

Suizidalität und Suizidprävention im Alter

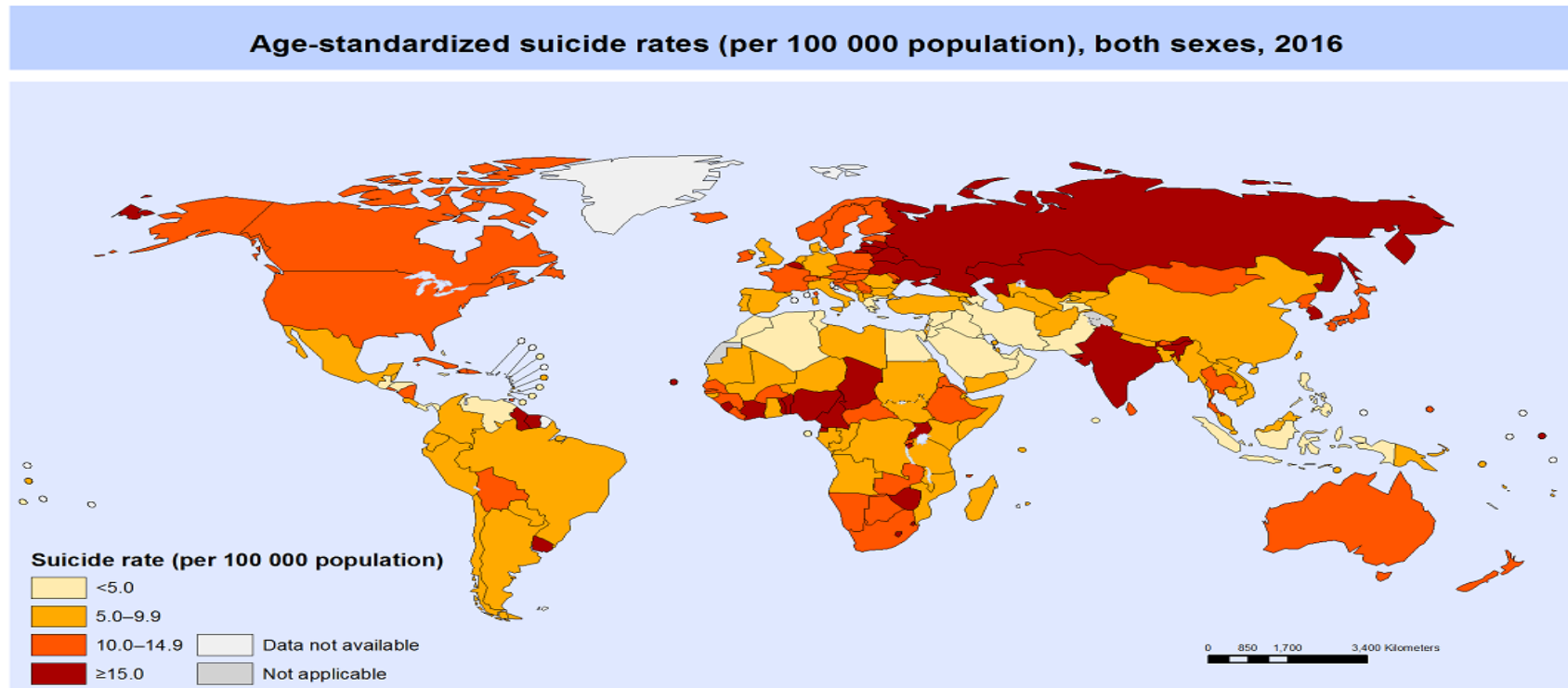
**Interdisziplinäre Alterspsychotherapie
Ulrike Schrittwieser, 19.10.2024**

Suizidalität

-

keine Krankheit, ein Verhalten

Suizidraten global



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2018. All rights reserved.

Suizidalität

meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen,
die in Gedanken,
durch aktives Handeln oder passives Unterlassen,
oder durch Handeln-Lassen
den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in
Kauf nehmen.

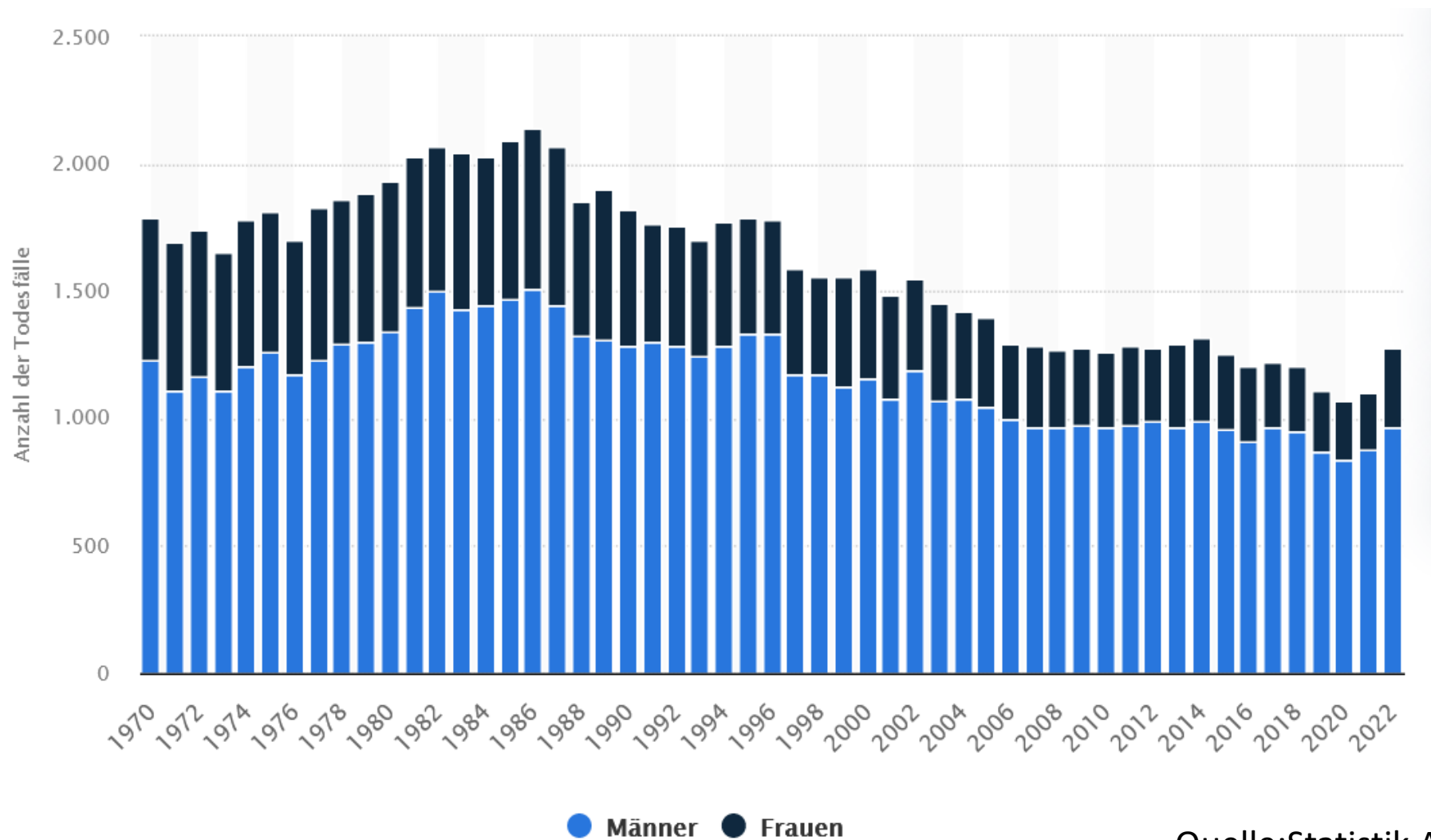
M. Wolfersdorf

Begrifflichkeiten

- **Suizid oder Selbsttötung**
- Selbstmord
- Freitod
- erfolgreicher Suizidversuch
- gescheiterter Suizidversuch
- „gerettete Selbstmörder“

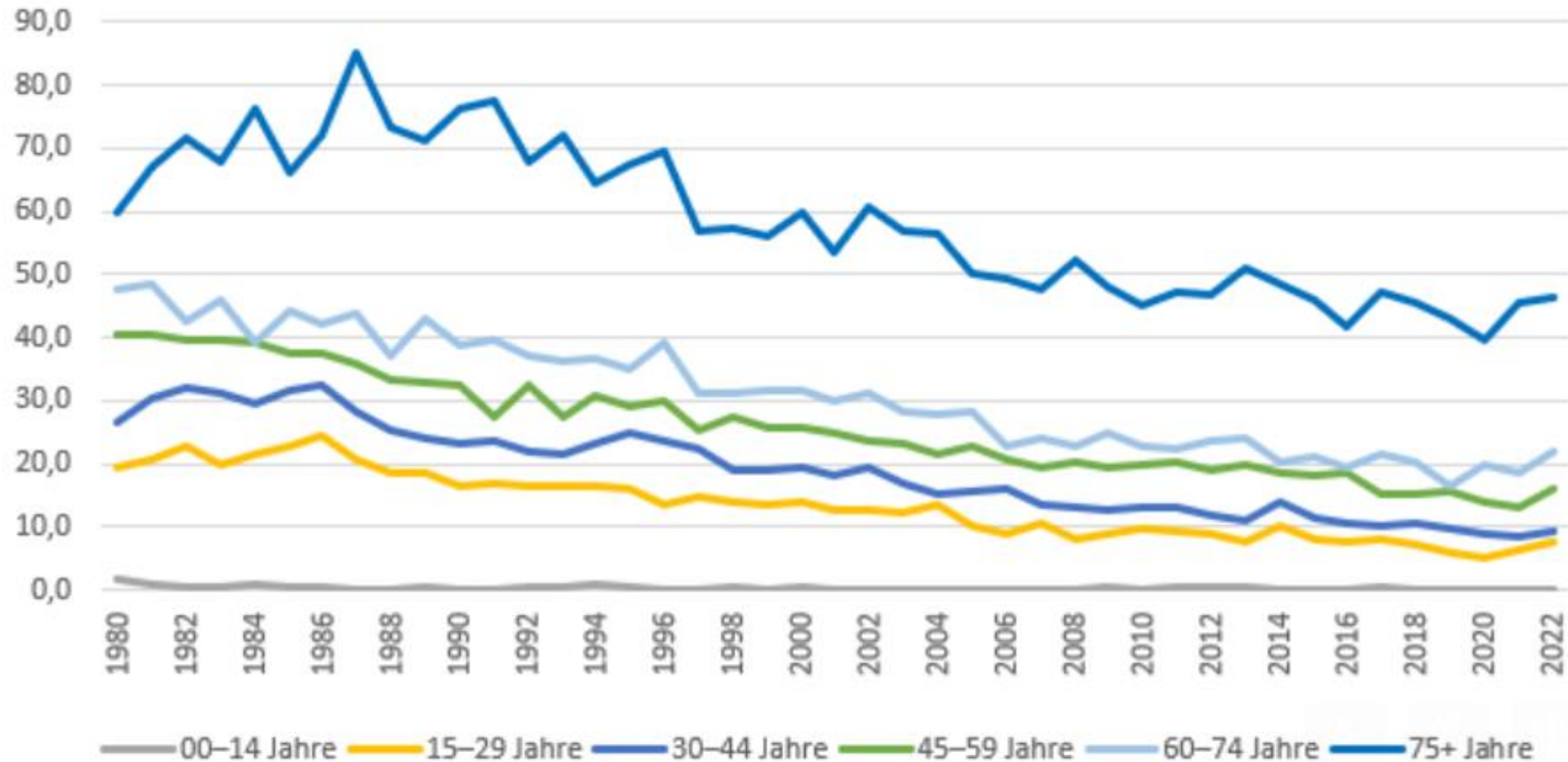
Fakten zur Suizidalität

Suizide in Österreich



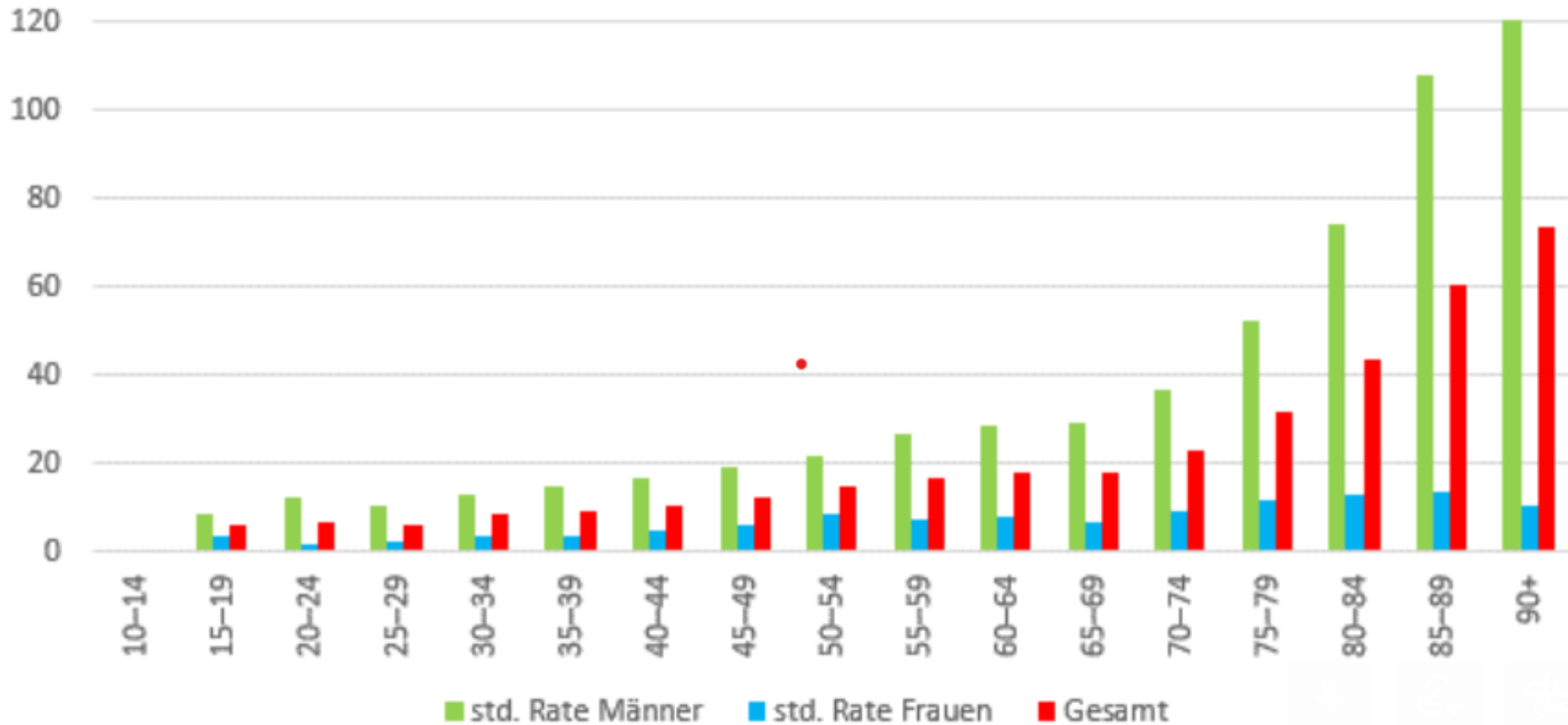
Quelle: Statistik Austria

Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 Ew) 1980-2022 nach Altersgruppen



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Standardisierte Suizidraten/100.000 Ew 2018-2022 nach Altersgruppen



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Suizide in Österreich

- Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen der über 50-Jährigen
 - Suizidrisiko ab dem 75. Lj. ist etwa doppelt,
 - ab dem 85. Lj. sogar mehr als dreimal so hoch wie jenes der Durchschnittsbevölkerung
- über ein Drittel aller Suizide entfallen auf Menschen über 65 Jahre

➤ 2021: 1.099 Menschen; 879 ♂, 220 ♀

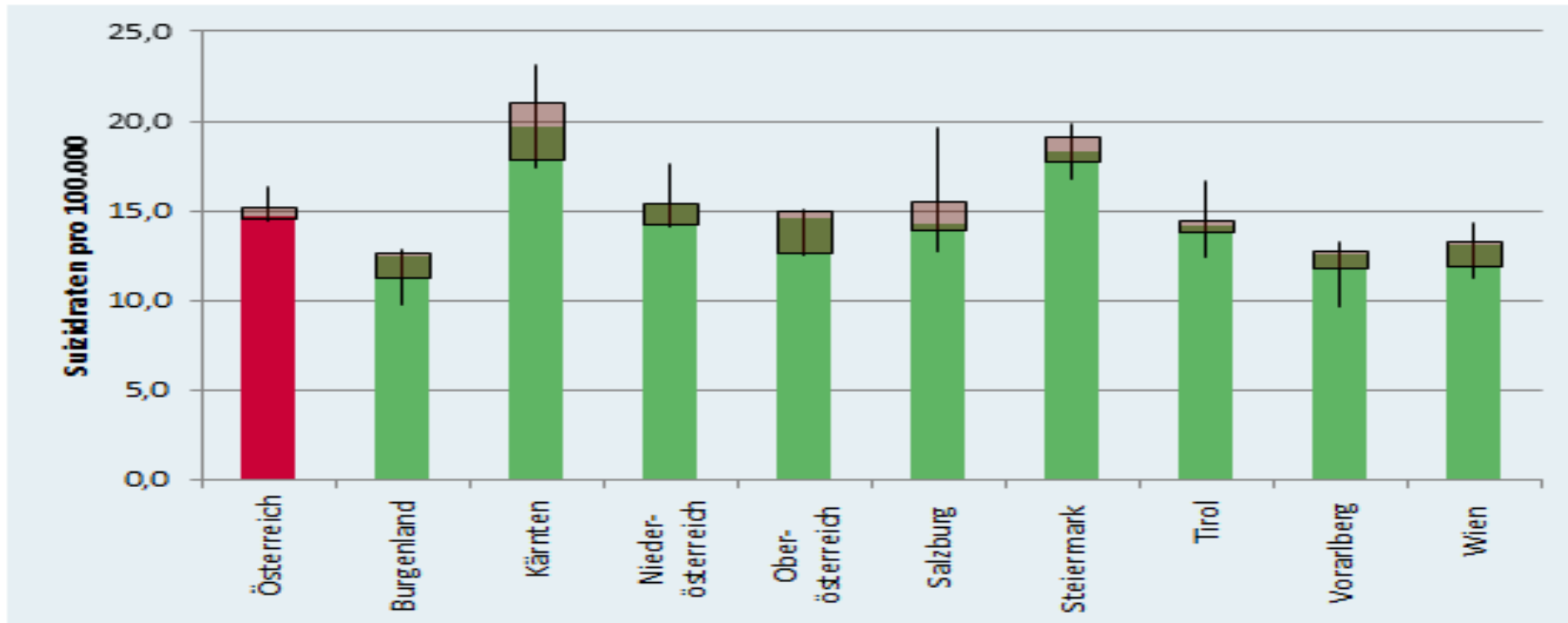
1.099 Selbsttötungen gesamt /2021	619 < 65 Jahre	472 ≥ 65 Jahre
Männer	485	392
Frauen	137	85

➤ 2022: 1.276 Menschen, 966 ♂, 310 ♀ (54 assistierte Suizide)

Dunkelziffer

- stiller, larvierter Suizid
- Einzel-Verkehrsunfälle
- scheinbar zufällig zugefügte Verletzungen
- Suizid als starkes Tabu
- versicherungsrechtliche Gründe – Lebensversicherung
- moralische Bedenken – strafbar vor Gott

Standardisierte Suizidraten/100.000 Ew 2014-2018 nach Bundesländern



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

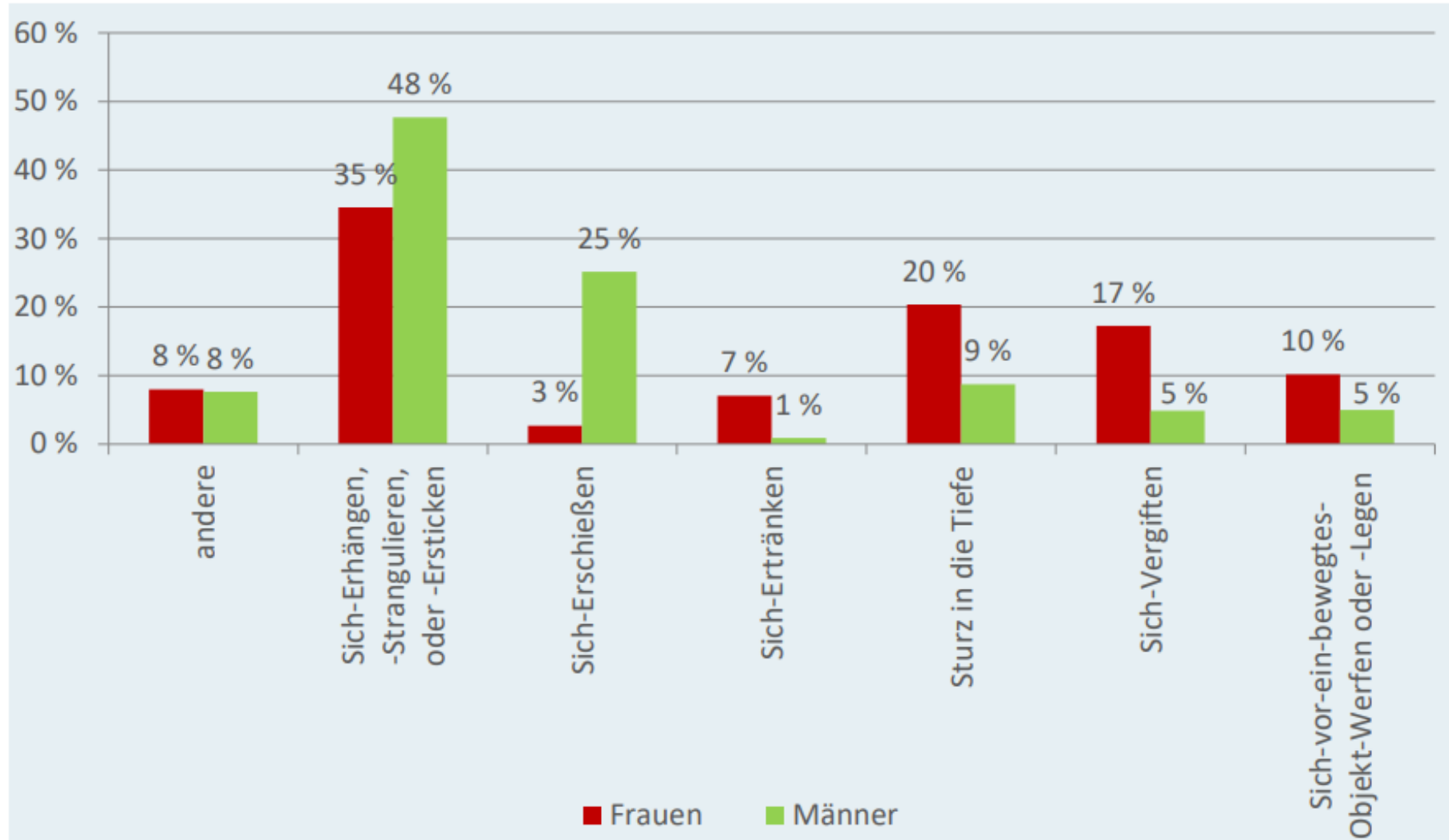
Suizid
ist in Österreich
männlich
betagt
kärntnerisch-steirisch

Suizidversuche

- 10 – 30 mal häufiger als Suizide
- vorwiegend jüngere Frauen unter 25 Jahren – „Hilfeschrei“
- im Alter seltener appellativ

- 2. Suizidversuch erfolgt bei 50% innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten
- nach „ernsthaftem“ SV: erhöhte Letalität durch Suizid in den darauf folgenden 5 Jahren – suizidpräventive Maßnahmen!

Suizidmethoden 2021



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

Suizidalität im Alter

- Indirekter Suizid:
Hochrisikoverhalten, passive Unterlassungshandlungen (ärztl. Verordnung)
- Stiller Suizid (Ziel = Verkürzung der Lebenserwartung):
Verweigerung von Essen/Trinken, unangemessenes Essen,
„Treppenstürze“, zu viele/wenige Medikamente
- Doppelsuizid:
Tötung eines Partners mit anschließendem Suizid
(1,5% aller Alterssuizide bei körperlichen Leiden, finanziellen Nöte, „erlaubte Selbstaggression“)

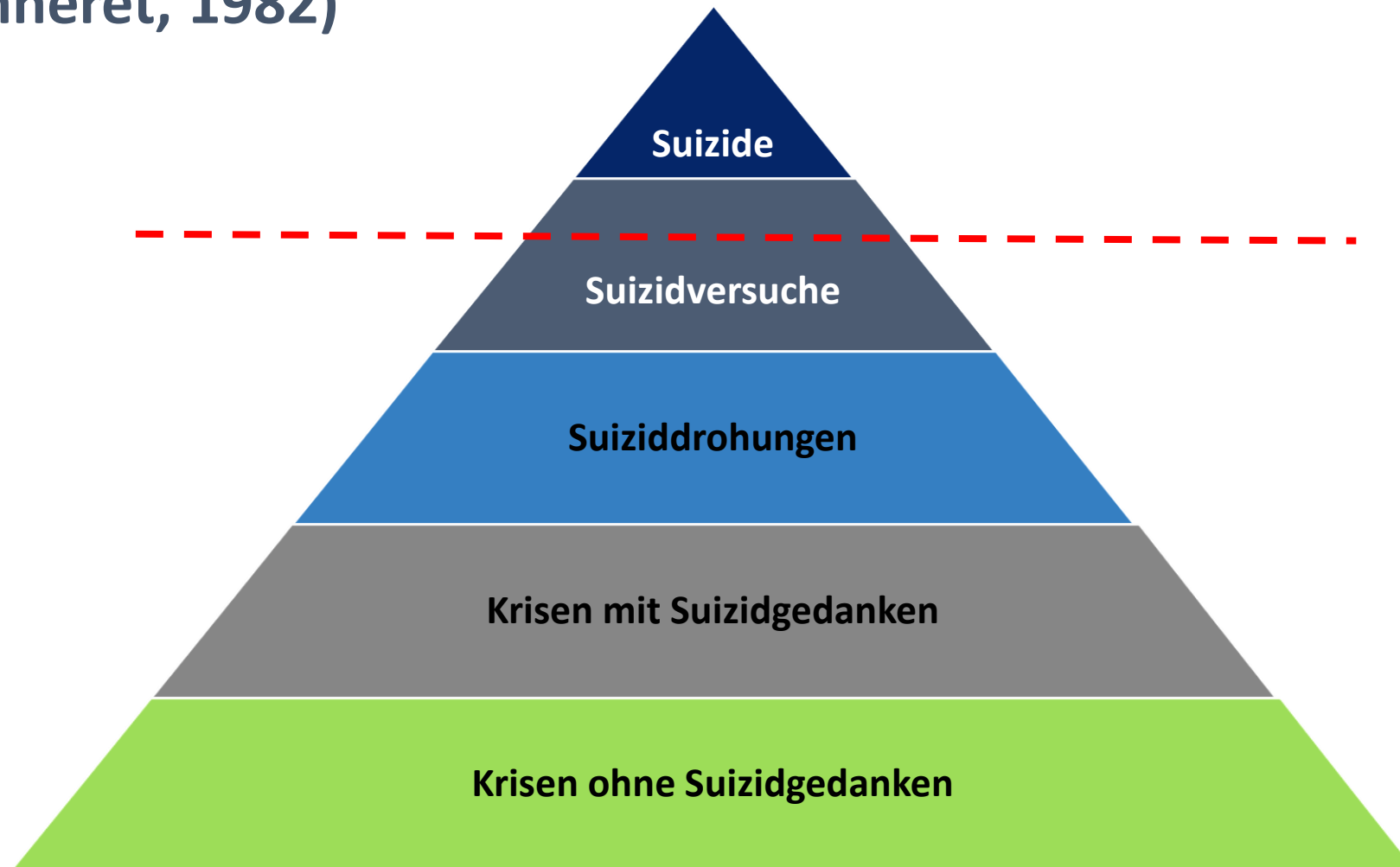
Motive

- selten: Wunsch nach dem Tod
- vielmehr: kann / will so nicht weiterleben
- Flucht vor unerträglich empfundener Situation – „seelischer Schmerz“
- Appell, Hilferuf
- Problemlöseversuch
- Wunsch nach Ruhe, Unterbrechung oder Pause

Motive im Alter

- Gedenktagsuizide:
 - z.B. Todestag des Partners – positive Konsequenzen „im Jenseits“ werden antizipiert;
 - besondere Orte mit positiven Erinnerungen
- altruistisches Motiv:
 - interpretierte/kommunizierte Belastung der Familie oder Umgebung
(bei 22% der InteressentInnen für Sterbehilfe, Van der Wal)

Eisberg-Paradigma (nach Jeanneret, 1982)



Krise - Ungleichgewicht zwischen

äußeren belastenden
Ereignissen und
Lebensumständen

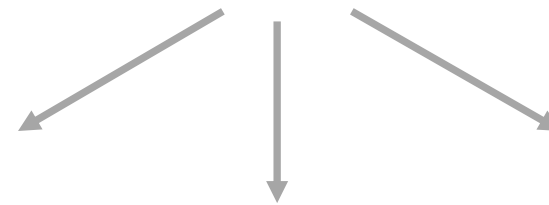
momentanen
Bewältigungsmöglichkeiten
und Ressourcen



Wichtige Weichenstellung

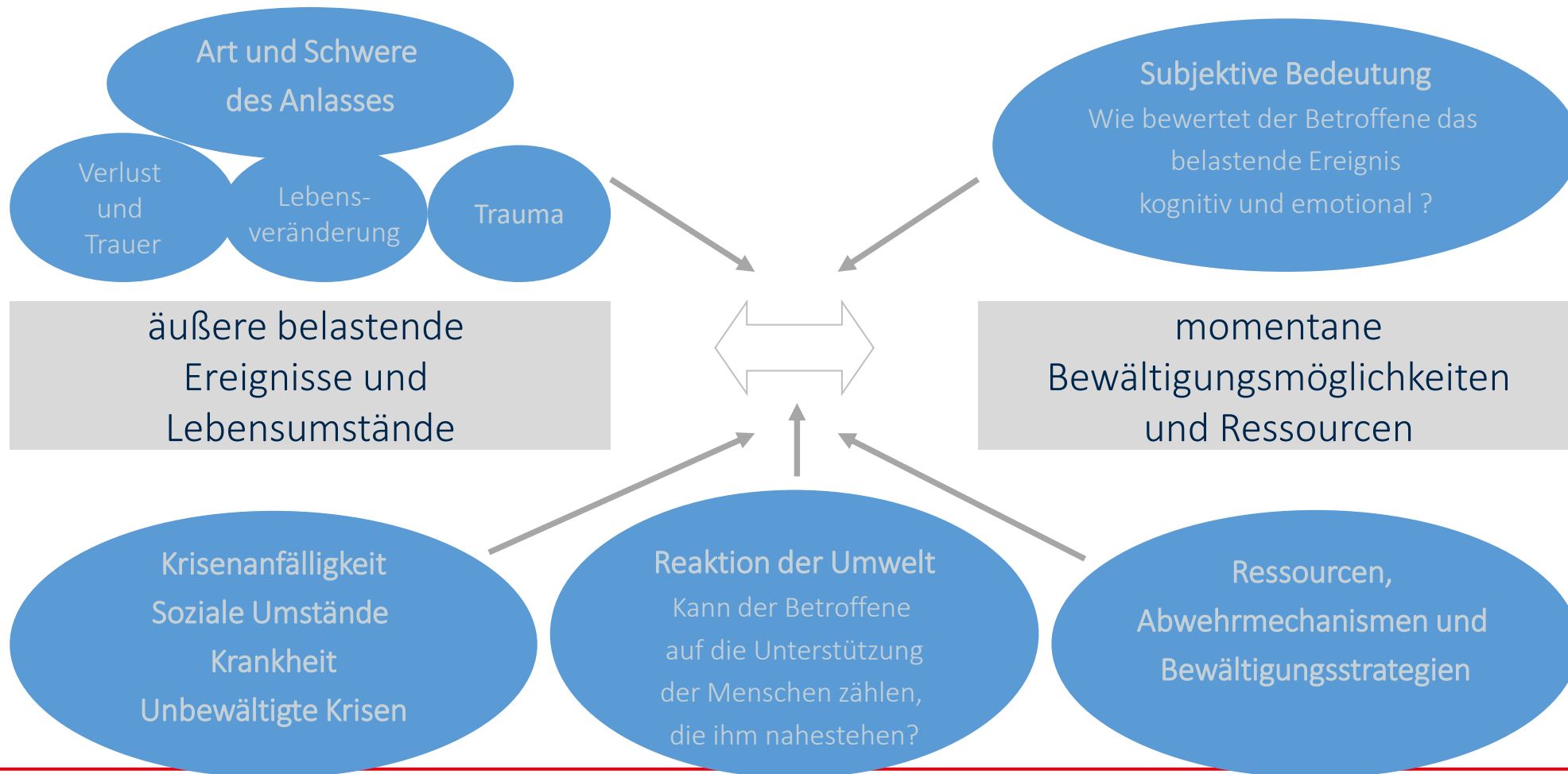
Gefahr der Chronifizierung
z.B. Alkoholismus, Krankheit

Chance zu Weiterentwicklung
und Reifung



Spezifische Gefahren
z.B. Suizidalität, Gewalt

Faktoren, die Entstehung und Verlauf psychosozialer Krisen beeinflussen



Krise kann ein produktiver Zustand sein.
Man muss ihr nur den Beigeschmack
der Katastrophe nehmen.

Max Frisch



Riskogruppen für Suizidalität

- **Menschen in psychosozialen Krisen**
- **psychiatrische Störungen - Depression, Sucht (80-90%)**
- **früheres suizidales Verhalten (10%)**
- hochaltrige Männer / Jugendliche
- chronische Erkrankungen, körperliche Einschränkungen
- vereinsamte, isolierte Menschen
- Armut, existentielle Bedrohung – soziale Exklusion
- rassistisch, religiös, politisch Verfolgte
- Hinterbliebene

Risikofaktoren und Persönlichkeit

- geringes Selbstwertgefühl, mangelndes Selbstvertrauen
- Versagensgefühle und -ängste
- Gefühle des Verlassen- und Alleingelassenseins
- zu hohe Erwartungen an sich selbst
- Gefühl der Niederlage – kein Rettungsanker
- Hoffnungslosigkeit – keine Erwartung von Hilfe
- Aggressivität, Impulsivität, Feindseligkeit

Zusammenhang mit Lebensumfeld

- schwere körperliche Erkrankung – subjektive Bewertung
- Suizidhandlungen in der Familie / bei Rollenmodellen
- kritische Lebensereignisse, Mobbing, Pensionierung
- Fremdunterbringung, Altersheim
- Einsamkeit, Armut, Vernachlässigung
- sexuelle Orientierung
- Fehlen sinnstiftender Faktoren (Kinder, religiöse Bindung, Arbeit)
- gesellschaftliche Werthaltungen: Verständnis für Schuldgefühle, körperliche Hinfälligkeit, Ageismus, Anti-Aging Bewegung

Psychosoziale Belastungen im Alter

- zunehmende Vereinsamung
- soziale und familiäre Situation: alleinstehende Männer!
geschieden, getrennt, verwitwet, allein lebend ↔ verheiratet
- fehlende soziale Unterstützung: Ernährung, Wohnen
- kritische Lebensereignisse: Pensionierung, körperliche Einschränkungen, Altersheim, Misshandlungen
- wiederauftauchende alte Konflikte und Probleme

Hinterbliebene

- haben mit aufgeschobener Trauer, Missbilligung und Scham zu kämpfen
(33% entwickelt Depressionen, Angststörungen, Panikattacken; 20% komplexe Trauerreaktion)
- viele widersprüchliche Gefühle: Ratlosigkeit, Schmerz, Ärger, Unverständnis, Erschrecken oder Wut
- Schuldgefühle "Hätte ich etwas tun können, habe ich etwas übersehen?"
- Verlust „geteilter Erinnerungen“
- Abschiedsbrief: Erleichterung – Last

Überlebende

- Suizid ist auch heute noch ein gesellschaftliches Tabu
- Davongekommene spüren das offene wie das getarnte Unwert-Urteil

Ursachen von Suizidalität

Suizidalität
bei psychosozialen Krisen:
häufig einmalige Episode

Suizidalität
bei psychischen Störungen:
häufig chronische Suizidalität

Depressionen

Sucht

Psychosen

Persönlichkeits-
störungen

Essstörungen

Depression

Symptome der Depression (ICD 10)

Hauptsymptome (mind. 2)	Andere häufige Symptome (mind. 2-4)
<ul style="list-style-type: none">➤ <u>gedrückte Stimmung</u>, Tagesschwankungen, Leeregefühl➤ <u>Interesselosigkeit</u> geliebte Dinge und Aktivitäten werden gleichgültig➤ <u>Verminderung/Verlust des Antriebs</u> Alltägliches erfordert (viel) Überwindung Ermüdbarkeit und schnelle Erschöpfung	<ul style="list-style-type: none">• verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit• Appetitstörung• Hemmung (bis Stupor)/Unruhe• Schlafstörung• Morgentief• vermindertes Selbstwertgefühl• Schuldgefühle• Selbstschädigung, suizidales Verhalten

Dauer der Beeinträchtigung: mindestens 2 Wochen

Formen der Depression

- Klassifikation nach ICD (WHO) bzw. DSM (APA) –
früher „triadisches System“: exogen/körperlich, endogen, psychogen
- verschiedene Schweregrade, mit/ohne psychotische Symptome
(Wahn, Halluzinationen, depressiver Stupor)
- „larvierte“ Depression: vordergründig körperliche Beschwerden –
Exploration depressiver Kernsymptome (Gefühl der Leere, Gefühllosigkeit),
Lösung aus somatischer Fixierung
- depressive „Pseudodemenz“: vordergründig kognitive Defizite
- saisonal abhängige Depression:
in Herbst-/Wintermonaten, Appetitsteigerung und vermehrter Schlaf

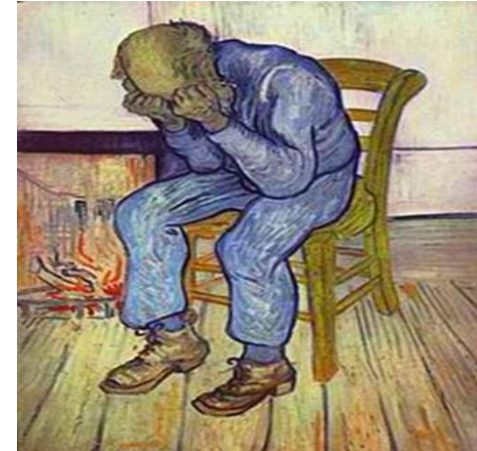
Männliche Depression



- ♂ und ♀ zeigen bei schwer depr. Zustandsbild ähnliche Kernsymptome
- ♂
 - ↑ Aggressivität, Gereiztheit, Impulsivität
 - ↓ Vitalitätsstörung, ↑ Hoffnungslosigkeit
 - Aktivismus: übertrieben viel Sport, Marathon, exzessiv Alkohol
 - Alkohol als Trigger: „Mut antrinken“ vor einer Suizidhandlung
- Behandlungserfolge bei ♂ und ♀ = gleich gut
- ♂ kommen seltener und später zur Behandlung
- Ein traditionelles männliches Rollenbild führt dazu, Hilfsbedürftigkeit als beschämend und den Selbstwert gefährdend zu erleben.

Symptomatik der Depression im Alter

- Symptome meist nicht so ausgeprägt, eher chronischer Verlauf
- Verschlechterung v.a. kognitiver Fähigkeiten
(Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Entschlussfähigkeit)
- somatische Symptome im Vordergrund (z.B. chronische Schmerzen)
- oft unspezifische Symptome (Klagsamkeit, hypochondrische Befürchtungen, Reizbarkeit, Verlangsamung, Apathie, Rückzug)
- häufig Misstrauen und Wahnideen (Verarmungs-, Versündigungswahn)
- Alkoholmissbrauch - neu auftretend
- „Ich weiß nicht“- Antworten, Interesselosigkeit
- Suizidgedanken und Suizidversuche - vor allem bei Männern über 70 Jahre!



Persönlichkeitsfaktoren

„Typus melancholicus“ als Primärpersönlichkeit für endogene Depression, gekennzeichnet durch

- Ordentlichkeit
- Überkorrektheit, „pathologische Normalität“
- Genauigkeit und Aufopferungsbereitschaft

„Das erschöpfte Selbst“, Alain Ehrenberg: Mit der allgemeinen Ausbreitung einer „Kultur der Autonomie“ sind Entscheidungsfähigkeit und persönliche Initiative an Stelle von Gehorsam, Disziplin und Regelbefolgung getreten.

Somatische Komorbidität

- Endokrinologie: Hypo-/Hyperthyreoidismus, DM
- Neurologie: Demenzen, Mb. Parkinson, Epilepsie, AI, MS
- Kardiologie: KHK bis 66%, MI, CMP
- Nephrologie: chron. Niereninsuffizienz 30%
- Infektiologie: Hepatitis, Encephalitis, Aids, Borelliose
- Tumorerkrankungen: Gehirn, HNO
- chron. Schmerzpat. 50%
 - nach MI Mortalität bis 4-fach erhöht bei unbehandelter Depression
 - DM: erhöhte Komplikationsrate, Non-Adherence

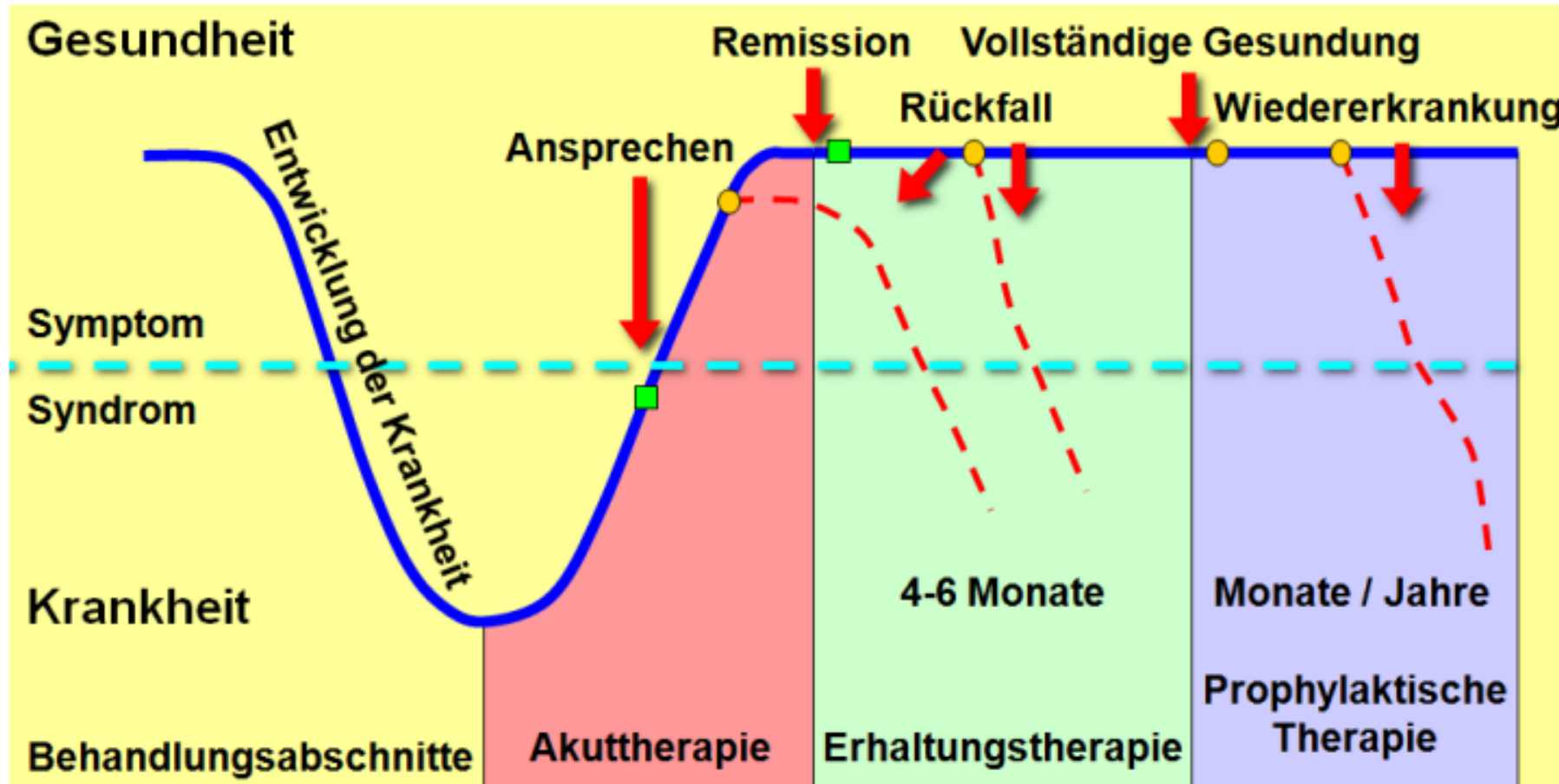
Psychische Komorbidität

- Angststörungen 50%
- Suchterkrankungen: Alkohol 70%, Tranquilizer, Drogen
- somatoformen Störungen, anhaltende Schmerzstörungen
- Essstörungen
- Anpassungsstörungen
- PTBS
- Persönlichkeitsstörungen

Depression als Nebenwirkung von Medikamenten

- Analgetika: Opiate, nichtsteroidale Antirheumatika
- Antihypertensiva: Reserpin, Clonidin, Diuretika, Betablocker
- Antikonvulsiva
- Antiparkinsonmittel: Amantadin, L-Dopa, Bromocriptin
- Cholinesterasehemmer
- Benzodiazepine
- Kortikosteroide
- Chemotherapeutika: Cisplatin, Vincristine
- Cimetiden, Ranitidin, Tuberkulostatika ...

Verlaufsstadien der unipolaren Depression



Quelle: Kupfer 1991, zit. nach Kasper et al. 2011 [17]

Dauer und Rückfälle

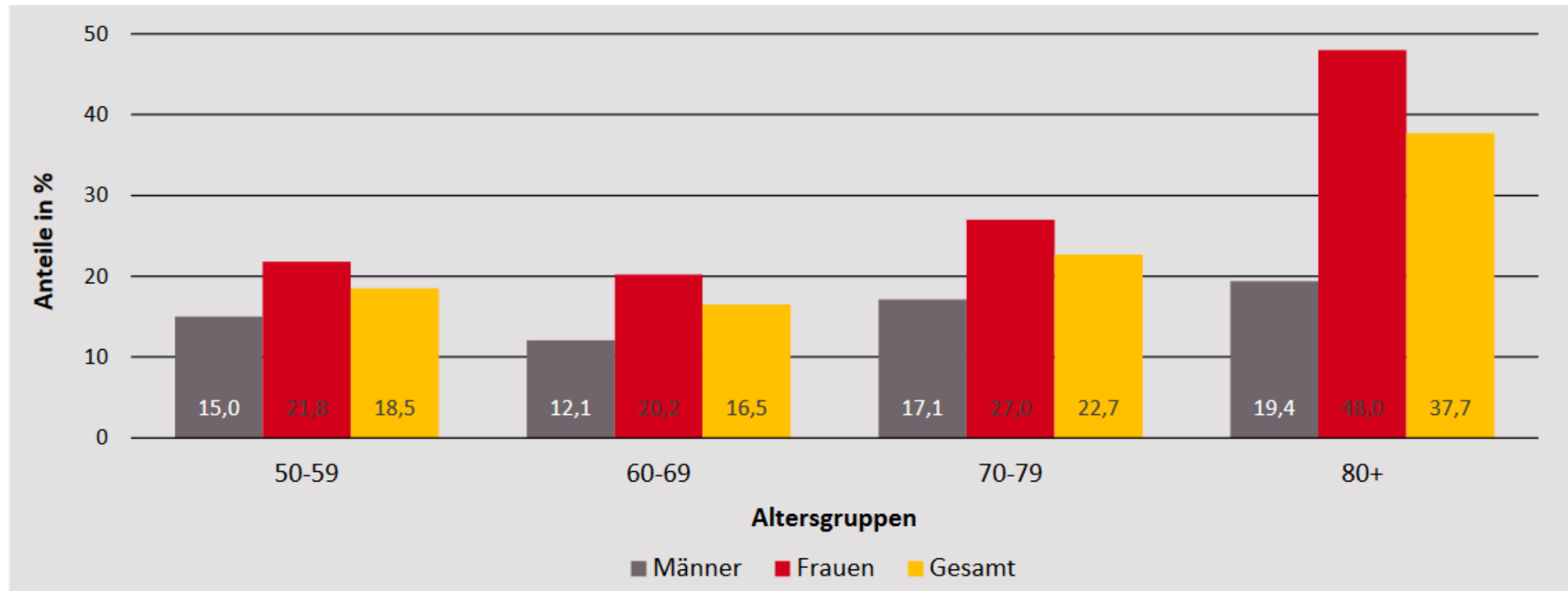
- depressive Episode: dauert (un)behandelt 6-12 Monate
- Zyklusdauer (Zeit zwischen Beginn zweier depressiver Episoden)
 - bei unipolaren Depressionen anfänglich 4-5 Jahre
 - kürzere Zyklusdauer mit zunehmender Rezidivhäufigkeit
 - Rezidivhäufigkeit nach 1. Episode 30-90%
 - Rezidivhäufigkeit nach 2. Episoden 80-90%
- im Alter: längere Episoden, Tendenz zur Chronifizierung!
- Umgang: empathisch, Hoffnung und Sicherheit vermitteln, Compliance fördern, Vorsorge gegen suizidale Handlungen

Folgen von Depression im Alter

- insbesondere in Heimen lebende ältere und hochbetagte Menschen sind in hohem Ausmaß von depressiven Störungen betroffen
- Einschränkungen in Alltagsfunktionen durch kognitive Defizite
- sozialer Rückzug und Vereinsamung mit Folgen wie Immobilität, Bettlägrigkeit, Unterernährung, Dehydration bis hin zu Suizidalität
- erhöhter Mortalität und Morbidität an körperlichen Begleiterkrankungen
- prolongierter Verlauf, bis zu 50 % erhöhte Chronifizierungsrate
 - zeitlich verzögertes oder tw. unzureichendes Ansprechen auf Therapie
 - höhere Nebenwirkungsrate von Antidepressiva

Spezielle Therapie- sowie Präventionsstrategien sind nötig!

ÖsterreicherInnen 50+ mit einer depressiven Symptomatik nach Alter und Geschlecht, 2015 (nach EURO-D)



Personen in Privathaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (50 Jahre und älter)

Quelle: Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe 2015

Berechnung und Darstellung: GÖG

Risikofaktor Depression im Alter

- 21 % der Ab-50-Jährigen weisen eine klinisch bedeutsame depressive Symptomatik auf - rund 650.000 Personen (EURO-D)
- Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer (27 vs. 15 %)
- Altersgruppe 80+ besonders häufig betroffen (38 %)
- Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko
- 15% schwer depressiver Menschen sterben durch Suizid
- Cave: Suizidgefahr kann zu Beginn der Behandlung mit Antidepressiva zunehmen, wenn zunächst der Antrieb wieder zunimmt, die Stimmung aber noch schlecht ist



Alkohol als Trigger

- „Mut antrinken“: schon zum Suizid entschlossen, Autosuggestion zur Verstärkung der Einengung
- kurz vor einer Suizidhandlung findet sich häufig starker Alkoholkonsum (Conwell et al., 2002)
- als Auslöser der Selbstaggression: verdrängte Suizidimpulse werden übermächtig bei
 - Aggressionsenthemmung im Rausch, Depression im Ausklingen
 - Charakterveränderung, enthemmte Selbstaggression
 - Entwicklung ungünstiger äußerer Umstände

Ursachen von Suizidalität

Suizidalität
bei psychosozialen Krisen:
häufig einmalige Episode

Suizidalität
bei psychischen Störungen:
häufig chronische Suizidalität

Suizidalität
bei körperlichen Erkrankungen

Nierenerkrankungen

Neurologische
Erkrankungen

Krebserkrankungen

Ursachen von Suizidalität

Suizidalität
bei psychosozialen Krisen:
häufig einmalige Episode

Suizidalität
bei psychischen Störungen:
häufig chronische Suizidalität

Suizidalität
bei körperlichen Erkrankungen

Bilanzsuizid

Bilanzsuizid

Begriff suggeriert Objektivität,
ist aber eher ein **Akt der Verzweiflung**

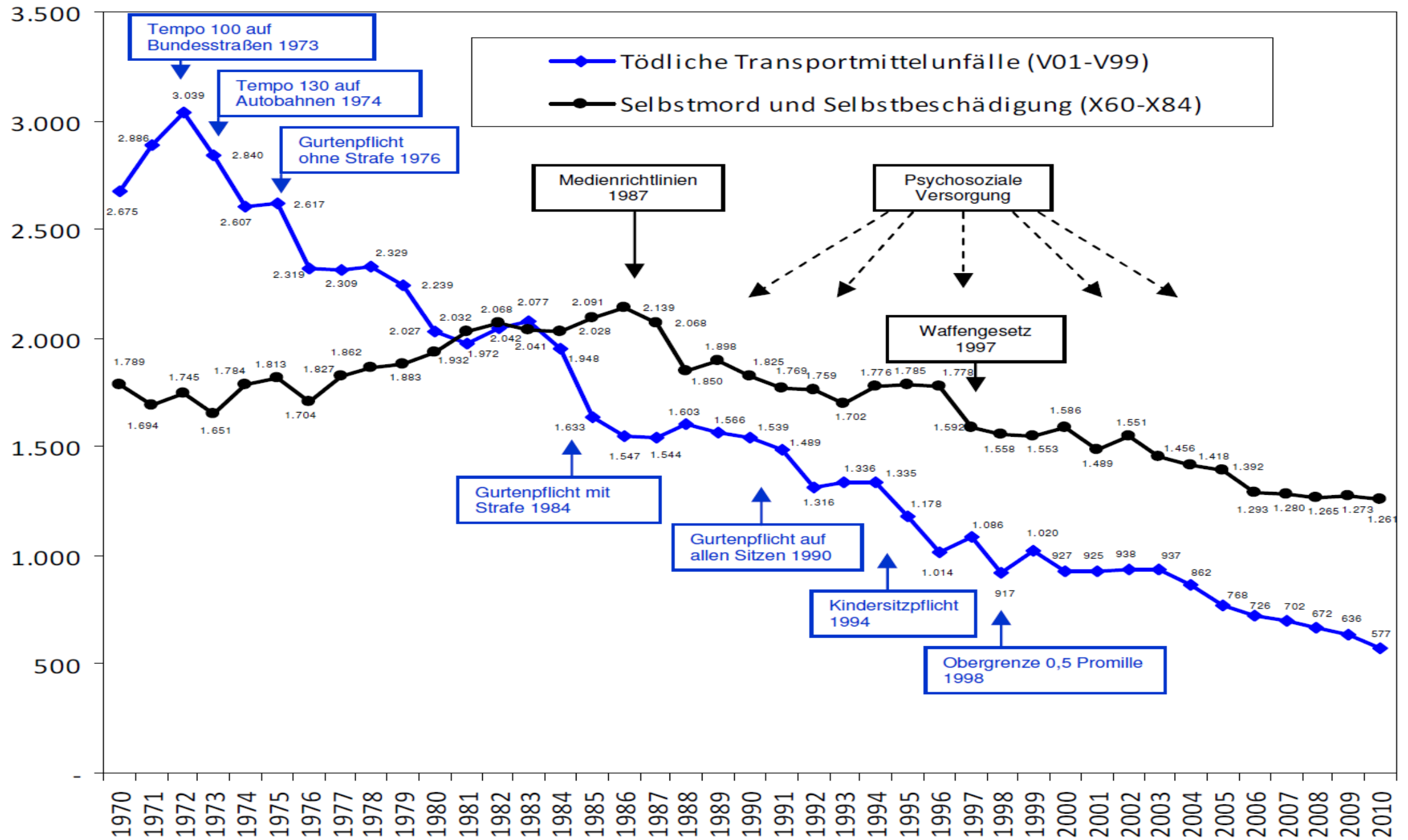
Motive:

- schwere körperliche Krankheit
- Nachlassen der geistigen Kräfte
- soziale Aspekte – Verluste, Konflikte, Einsamkeit
- des Lebens müde, wollen Tod nicht in ungewisser Zukunft erwarten



Suizid ist verhinderbar

Absolute Häufigkeit der Verstorbenen



Präsuizidales Syndrom, Erwin Ringel 1953



Neigung zum Suizid

- beginnt in der Kindheit
- tödlicher Ausgang ist verhinderbar
- Suizidenten sind in ihrem Entschluss zu sterben nicht frei

„Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung.
Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern“, E. Ringel, 1953

Präsuizidales Syndrom (Ringel, 1953)

- **Einengung persönlicher Lebensmöglichkeiten:** Beziehungen, Ausbildung/Beruf, Hobbys
- **Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen:** wechselseitig
- **dynamische Einengung:** Wahrnehmung der Welt und Assoziationen bewegen sich nur in
eine negative Richtung
- **Einengung der Gefühlswelt:** verzweifelt, hoffnungslos, perspektivlos
- **Werteverlust:** Wichtiges im Leben zählt nicht mehr (z.B. Beziehungen, Religion, Haustier)

Suizidale Entwicklung, Walter Pödlinger 1968

I. Erwägung

Suizidale Isolierung
Suizid als vage mögliche
Problemlösung

II. Abwägung (Ambivalenz)

(In)Direkte Suizidankündigung
als Hilferuf
(80%!)

III. Entschluss

Indirekte Suizidankündigung
Vorbereitungs-handlungen:
„Ruhe nach dem Sturm“

Einfluss der Medien

Werther oder Papageno? Einfluss der Medien



www.kriseninterventionszentrum.at



Verstärkung des Imitationseffektes

- **Erhöhung der Aufmerksamkeit:** Titelseite, spektakulärer Stil („Selbstmordserie“ hat Sogwirkung)
- **Details zur Person:** Name, Foto, Lebensumstände, Abschiedsbrief
- **Details zur Suizidmethode**
- **Details zu Suizidort** („magische“ Suizidorte)
- **Details zur Suizidhandlung**
- **Details zu Suizidforen**
- **vereinfachende Erklärung**
- **Heroisierung** („Club 27“)
- **Romantisierung**
- **Interviews mit Angehörigen**

Verringerung des Imitationseffektes

- **individuelle Problematik:** persönliches Leid einfühlsam beschreiben, sorgfältiger Umgang mit Wertungen und sprachlichen Formulierungen
- **konkrete / alternative Lösungsansätze:** Ermutigung zur Annahme von Hilfe, Darstellung konstruktiver Krisenbewältigung, Interviews mit ähnlich Betroffenen
- **professionelle Hilfsangebote**
- **öffentliches Bewusstsein schaffen:** Aufklärung zu Fehleinschätzungen, Zusammenhang mit psychischen und behandelbaren Erkrankungen
- **Kennzeichen von Suizidgefahr veröffentlichen** (Warnsignale, Risikogruppen)

Die defizitorientierte Sicht auf das Alter(n)

schafft ein suizidförderndes Klima.

Tabuisierte Sterbekultur im Film

„Amour“ (2012), „Die Auslöschung“ (2013):

- einseitige Darstellung von Alter und Pflegebedürftigkeit als Belastungen, durch die das Leben sinnlos wird
- Tod als einzige Alternative zum Leben als Pflegefall?
- Sterbekultur fehlt in vielen modernen Gesellschaften

positive Beispiele:

„Still Alice“ (2014), „An ihrer Seite“ (2006)

Einschätzung der Suizidalität

**Nicht ein einzelner Hinweis gibt Aufschluss
über die Bedrohlichkeit einer Situation,
sondern nur das
Bedenken mehrerer Faktoren
ermöglicht eine realistische Einschätzung.**

Die 3 D der Suizidprävention:

Daran denken

Danach fragen

Darüber sprechen

Einschätzung der Suizidgefährdung

Basales Suizidrisiko	Aktuelle Suizidalität			
Risikogruppe/ Risikofaktoren	Suizidale Inhalte/ Entwicklung	Krise/ Trauma/ Soziale Situation	Präsuizidales Syndrom/ Affekte	Beziehungsgestaltung
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psychische Erkrankung ❖ Ältere Menschen (bes. ♂) <ul style="list-style-type: none"> ❖ Suizidversuch in der Vorgeschichte ❖ Zugriff auf tödliche Mittel <ul style="list-style-type: none"> ❖ Suizide in der Familie ❖ Imitationseffekt 	<p>Gedanken Ankündigung Hinweis(e)</p> <p>Erwägung Abwägung Entschluss</p>	<p>Akute äußere Belastung</p> <p>Ressourcen, persönliche Bedeutung Soziale Isolation</p>	<p>Einengung Aggressionsumkehr Suizidphantasien</p> <p>Hoffnungslosigkeit Angst Verzweiflung Psychose</p>	<p>Unerreichbarkeit (Anzeichen für) Dissimulation</p> <p>Mangelnde Kooperationsbereitschaft oder - fähigkeit</p>

erhöhte Basissuizidalität

- suizidale Krise und/oder Suizidversuche in Vorgeschichte
- suizidale Handlungen auch unter Hilfe- und Therapiebedingungen
- Störung der Impuls- und Aggressionskontrolle
- Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Suizide in der Familie bzw. bei Modellen
- Zugehörigkeit zu Risikogruppe

Suizidgedanken

Je systematischer und realistischer Suizidgedanken sind und **je weniger Alternativen** erwogen werden, **desto gefährlicher** ist die Situation.

- Fragen nach:
 - Hoffnungslosigkeit und passivem Todeswunsch
 - aktivem Selbsttötungswunsch
 - Handlungsvorstellungen
 - Plänen
 - Vorbereitungen

Lebenskrise: Anzeichen, Symptome

- Unruhe/Anspannung/Nervosität
- Schlafstörung (häufig ein erstes Anzeichen)
- Grübeln
- Konzentrationsstörung
- negative Gefühle
- Beeinträchtigung des Selbstwerterlebens
- **Depressivität** durch
 - langanhaltende Belastungen
 - zunehmende Erschöpfung
 - wiederholtes Scheitern von Lösungsversuchen
 - Gefühle der Ausweglosigkeit/Ohnmacht

Einschätzung der Suizidalität

Je systematischer und realistischer Suizidgedanken sind und **je weniger Alternativen** erwogen werden, **desto gefährlicher** ist die Situation.

- Fragen nach:
 - Hoffnungslosigkeit und passivem Todeswunsch
 - aktivem Selbsttötungswunsch
 - Handlungsvorstellungen
 - Plänen
 - Vorbereitungen

erhöhte Suizidgefahr

- Äußerung konkreter Todes- und Ruhewünsche
- Erkennen oder Äußerung konkreter Suizidideen oder –pläne
- keine glaubwürdige Distanzierung beim Nachfragen
- fremdanamnestisch berichtete Äußerungen werden von Betroffenen negiert
- tiefe Hoffnungslosigkeit, nicht aufhellbar im Gespräch
- konkrete Zeitpunkte oder Rahmenbedingungen
- mehrere Krankheitsphasen oder chronische psychische Erkrankung
- imperative Stimmen

akute Suizidgefahr

- konkrete Suizidabsicht wird geäußert
- Suizidhandlung ist geplant und vorbereitet, wurde evtl. auch abgebrochen
- ausgeprägter Leidensdruck, der nicht mehr tragbar scheint („seelischer Schmerz“)
- Autoaggressivität, nicht mehr absprachefähig
- Gründe für Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch können nicht benannt werden

Chronische Suizidalität:

kontinuierlich vorhandene Suizidgedanken mit oder ohne SV

Abklärung von Suizidalität – beziehungsfördernde Haltung

- aktives Ansprechen und Nachfragen
 - „Ich mache mir Sorgen“: verändertes Verhalten (Reizbarkeit, Missmut, etc.), Gefährdung – Suizidalität, Lebensereignisse – Lebensveränderungen – Verluste
- verstehen wollen
- Möglichkeit geben, Leidvolles mitzuteilen
- aushalten, wenn ich keine Problemlösung anbieten kann
- auf argumentierendes Diskutieren verzichten
- Krisenerkennung – Psychoedukation

Umgang mit suizidalen Menschen

- Nähe aufbauen
- Bild machen von Situation der Betroffenen
- Ambivalenz verstärken
- Hoffnung aufbauen
- der konkrete Umgang ist hoch individuell, um jeweiligen Anliegen gerecht zu werden
- größte Gefahr ist die soziale Isolation i.S.e. präsuizidalen Syndroms
- beziehungsfördernde Maßnahmen sind von größter Bedeutung

Beziehungsfördernde Grundhaltung nach Kulesa 1985

- Ich nehme den anderen an, wie er ist
- Ich fange dort an, wo der andere steht
- Ich zeige, dass ich Kontakt aufnehmen möchte
- Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren
- Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr
- Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe
- Ich orientiere mich an den Bedürfnissen des anderen
- Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz

Fragen nach Suizidalität

Ist es so, dass Sie die Freude am Leben verloren haben?

Kommen manchmal Gedanken, dass Sie nicht mehr leben wollen?

Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?

Wenn Sie daran denken, haben Sie konkrete Vorstellungen, wie Sie das Leben beenden würden?

Haben Sie bereits Pläne, wie Sie das umsetzen würden?
Haben Sie die Mittel dazu? – Was hält Sie zurück?

Abklärung von Suizidideen

- Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- Ist das in letzter Zeit häufiger geworden?
- Drängen sich diese Gedanken auf, lassen sie sich in den Hintergrund verschieben?
- Beschäftigen Sie sich mit Büchern, Filmen oder Liedern, in denen es um den Tod geht?
- Kennen Sie andere Menschen, die sich das Leben genommen haben?
Chatten Sie im Internet, in Foren?

Abklärung von Suizidplänen

- Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?
- Denken Sie konkret daran, wie Sie das machen könnten?
- Hätten du die Möglichkeit, die Mittel dazu?
- Haben Sie schon mal konkrete Vorbereitungen getroffen, um sich das Leben zu nehmen?
- Haben Sie Pläne, sich umzubringen oder in Gefahr zu bringen?
- Gibt es Gründe, trotz allen Belastungen weiterzuleben?

Abklärung von Suizidabsichten

- Haben Sie schon mal versucht, sich umzubringen?
- Möchten Sie am liebsten sterben?
- Was hat Sie bisher davon abgehalten?
- Wie stellen Sie sich Ihre Zukunft vor?
- Welche Ziele haben Sie im Leben?
- Gibt es einen Abschiedsbrief?
- Können Sie mir sicher versprechen, dass Sie sich nichts antun werden bis zu unserem nächsten Termin?

Schweregradeinteilung des Suizidversuchs nach der Intention zu sterben

- hoch: Todeserwartung
- mittel: Ambivalenz
- niedrig: keine gezielte Intention
- keine: keine Suizidabsicht

Schweregradeinteilung des Suizidversuchs nach äußeren Umständen

- **hoch:**
 - subj. Einschätzung der Methode als tödlich
 - obj. gefährliches Mittel
 - Entdeckung und Rettung unwahrscheinlich /unmöglich
- **mittel:**
 - subj. Einschätzung des Mittels als gefährlich, aber nicht tödlich
 - Entdeckung und Rettung möglich
- **gering:**
 - subj. Einschätzung des Mittels als wenig gefährlich
 - Entdeckung und Rettung möglich und wahrscheinlich

Beziehungsgestaltung – ein Balanceakt zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge

➤ Selbstbestimmung:

- Todeswunsch empathisch validieren – Anerkennung der Krise
- Behandlungsaspekte offen und transparent besprechen
- Autonomie betonen
- Selbstwirksamkeitserleben ermöglichen

➤ Fürsorge:

- Belastungserleben empathisch validieren
- erreichbar sein
- verlässlicher und unterstützender Partner in der Krise

Gefahren im Gespräch

Kulessa, 1985

- vorschnelles Trösten
- Ermahnungen
- Verallgemeinerungen
- Ratschläge
- Belehrungen
- Herunterspielen des Problems
- beurteilen und kommentieren
- nachforschen, ausfragen, analysieren
- vorschnell Aktivitäten entwickeln

Kommunikation – Schwierigkeiten der Betroffenen

- Hilflosigkeit, Ohnmacht
- Schuldgefühle
- Scham
- Wut

Kommunikation – Schwierigkeiten der HelferInnen/Angehörigen

- Angst vor zu großer Verantwortung
- Angst, keine Lösungen / keinen Ausweg anbieten zu können
- eigene Betroffenheit
- Wut

Was hilft?

- **offenes Ansprechen von Suizidgedanken**
- **Suizidabsichten ernst nehmen = Notsignal**
- **Wertschätzung der Person, vorurteilsfrei**
 - **Besprechen der Hilfsmöglichkeiten**
 - **Involvierung von Bezugspersonen**

Krisenintervention bei suizidalen KlientInnen

BELLA - Grundprinzipien der Krisenintervention

(Sonneck 1977)

- Gesprächs- und Beziehungsangebot
 - Beziehung herstellen**, Zeit, Raum und Akzeptanz zur Verfügung stellen, Halt geben, Leid aushalten
- Diagnostik und Einschätzung
 - Erfassen der Situation**, Einschätzung von Suizidalität und Handlungsdruck
- Akutmanagement und Versorgung
 - Linderung von Symptomen**, Abwenden von Gefahren
 - Leute einbeziehen**, die unterstützen und sichern
- Therapie und Problemlösung
 - Ansatz zur Problembewältigung**, Therapieplanung

1. Beziehung aufbauen

- einen einladenden Anfang schaffen
- wertschätzend, aufmerksam und einfühlsam zuhören
- vermitteln, dass ich GesprächspartnerIn ernst nehme und mir seiner/ihrer Schwierigkeiten bewusst bin

2. Erfassen der Situation

sich befassen...

- mit den Gründen des Kommens
- mit dem Krisenanlass und den davon unmittelbar Betroffenen
- mit der derzeitigen Lebenssituation
- mit möglichen Veränderungen durch die Situation

3. Linderung von Symptomen

- **auf die emotionale Situation eingehen**
 - Panik, Depression, Suizidrisiko erheben!

- **versuchen, zu entlasten**
 - zuhören, ordnen lassen
 - eventuell durch Übungen entspannen
 - eventuell medikamentöse Hilfe einleiten / vermitteln (vor allem bei Suizidgefahr)

4. Menschen einbeziehen, die helfen

- **persönliches HelferInnensystems**
 - Familie, Partnerschaft, Nachbarn, FreundInnen, Bekannte, KollegInnen, Vereinsmitglieder etc.
- **professionelle HelferInnensysteme**
 - ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, Beratungsstellen, Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen, andere Institutionen, Polizei, Rettung

5. Ansatz zur Problembewältigung finden

- das eigentliche Problem definieren
- Widersprüchlichkeiten aufgreifen
- gefühlsmäßige und reale Bedeutung des Problems erfassen
- Veränderungsmöglichkeiten initiieren

Ziele der Krisenintervention

- Erkennen von Gefährdung
- rasche Beseitigung von Symptomen – Auflösung der suizidalen Einengung
- Wiederherstellung des Selbstwertgefühles
- Wiedererreichen von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit
- Finden und Erproben alternativer und konstruktiver Handlungsweisen

Tragfähige Beziehung als zentrales Element einer konstruktiven Krisenintervention

- Akzeptanz, emotionale Wärme und empathische Sorge
- Aktives Zuhören - Verständnis und Interesse vermitteln
- ausreichend Zeit - ungestörte Atmosphäre
- Raum bieten, um offen über die verzweifelte Situation, etwaige Suizidimpulse und auslösende kränkende Ereignisse zu sprechen
- emotionale Entlastung durch die Möglichkeit die Gefühle zu äußern - Containing von Gefühlen und Leid (Bion)
- Haltende Zuwendung (Winnicott)
- Sorge mitteilen
- Gesamtwahrnehmung - Körperhaltung, Gestik, Mimik, Widersprüchlichkeiten

Situationsbeurteilung

- entsprechend den gewonnenen Informationen und der Interaktion mit dem/der Betroffenen.
- wichtig ist die Vollständigkeit der Wahrnehmung des/der Betroffenen (Anteile, die nicht mehr leben wollen - Anteile, die weiterleben wollen)
- Einschätzung der Kooperationsfähigkeit, Tragfähigkeit und Zuverlässigkeit der helfenden Beziehung
- Tragfähigkeit der wichtigsten Beziehungen ist zu überprüfen, Reaktionen der Angehörigen

Anti-Suizidpakt = Lebensvertrag

- Ein Antisuizidpakt wird keinen Suizid verhindern. Eingebettet in eine tragfähige Beziehung geht es darum, sich der Folgen eines Antisuizidpaktes für KlientIn/HelferIn und die helfende Beziehung klar zu werden
 - z.B. KlientIn erlebt Sorge und Fürsorge durch BeraterIn und ist entlastet
 - KlientIn fühlt sich kontrolliert
 - Anti-Suizidpakt dient der Absicherung der BeraterInnen

Eine Verschriftlichung ist nicht Voraussetzung sondern Option und es ist genau zu prüfen, ob dies sinnvoll ist.

Umgang mit suizidalen Personen

- Nähe aufbauen, Beziehung fördern
- Bild machen von Situation der Betroffenen
- Ambivalenz verstärken
- Hoffnung aufbauen
- beziehungsfördernde Maßnahmen - wo sind Grenzen? Gefahr: soziale Isolation!
- konkreter Umgang ist hoch individuell, um jeweiligen Anliegen gerecht zu werden

Gefühle, die ein suizidaler Mensch auslöst

Gegenübertragungsgefühle, also jene Gefühle, die auf Grund der Interaktion mit dem suizidalen Menschen im Helfer/in der Helferin entstehen, können ein überaus wichtiges diagnostisches und therapeutisches Instrument darstellen.

Entstehen im Helfer/in der Helferin Gefühle von Angst, Sorge, Ohnmacht, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit sollte er/sie diese unbedingt ernst nehmen. In den allermeisten Situationen sagen diese Gefühle auch etwas über den inneren Zustand des Klienten/der Klientin und somit über das Ausmaß seiner/ihrer Gefährdung aus.

Kontakt zum / zur Betroffenen

- Wenn der Kontakt nicht oder nur schlecht hergestellt werden kann,
- wenn sich keine Gesprächsbasis mit dem suizidalen Menschen finden lässt,
- wenn er gefühlsmäßig nicht erreichbar ist oder nicht bereit ist, aufrichtig über sich zu sprechen,

sind dies Alarmzeichen!

notwendiges Setting festlegen

- Bei akuter suizidaler Gefährdung sind baldmöglichst fürsorgliche und schützende Maßnahmen einzuleiten. Unter Umständen ist ein enges Kontakt- und Beziehungsnetz notwendig.
- Es ist wichtig sich darüber klar zu werden, ob eine ambulante Betreuung möglich ist und ob man in der Lage ist, diese selbst zu übernehmen. Ist dies nicht der Fall, ist zu klären, wer die Betreuung sonst übernehmen kann bzw. ob eine stationäre Einweisung erforderlich ist.

Setting

- Der/Die Helfer/in sollte nach Möglichkeit keine Vereinbarungen treffen, die ungewöhnliche Anstrengungen oder heroische Maßnahmen notwendig machen, die ihn/sie in der Folge überfordern (Kernberg).
- Wesentlich ist also, sich darüber klar zu werden, was man für sich selbst noch als zumutbar erlebt und wo die eigenen Grenzen überschritten werden.
- Es ist immer günstig von vorneherein klare Grenzen festzulegen und zu überprüfen, ob das Angebot für den Klienten/die Klientin tragfähig genug ist.

Akuthilfe

- **Notfallplan, Notfallkoffer:**
 - was hat bisher in Krisen geholfen
 - Telefonnummern, Adressen
 - Bezugspersonen in Krisen
- **Überlebensvertrag:**
 - mündlich in die Hand
 - schriftlich

Vorgehen bei akuter Suizidalität

- keine ausreichende Distanzierung gegenüber sich aufdrängenden Suizidgedanken und Handlungsimpulsen
- klares und entschlossenes Handeln in Ruhe und Gelassenheit
- weitere Schritte soweit möglich im Einverständnis und nach Absprache mit KlientIn und Sorgeberechtigten
- Notfallkette in Gang setzen (Klinik, Rettung, Polizei)
- Sicherheit der Klienten als oberstes Ziel (stationäre Behandlung im geschützten Rahmen bis zum Abklingen der akuten Suizidalität)

Patientenmanagement bei Suizidalität – ambulantes Setting

Voraussetzungen

- offene Aussprache über Suizidalität
- tragfähige Vereinbarung bis zum nächsten Termin, Anti-Suizidpakt
- ausreichende persönliche Ressourcen

- gegebenenfalls engmaschige Betreuung
 - kurzfristige Wiederbestelltermine
 - telefonischer Kontakt
- Einbeziehen von Angehörigen
 - Vermeiden von langen Zeiten des Alleinseins
 - Wer weiß Bescheid?
- Notfallmanagement
 - Angehörige, Kontaktperson(en)
 - Bedarfsmedikation
 - eigene Erreichbarkeit (telefonisch)
 - Notdienste (welche, Kontaktdaten)

Patientenmanagement bei Suizidalität – stationäre Aufnahme

- massive suizidale Einengung – Patient ist affektiv nicht erreichbar
- Kontakt kann nicht oder nur schlecht hergestellt werden
- auffällige Dissimulation/Verharmlosung durch den Patienten
- die Person ist nicht bereit, aufrichtig über sich zu sprechen
- Fehlen eines sozialen Netzes, das unterstützend herangezogen werden kann
- keine tragfähige Vereinbarung für die Zeit bis zum nächsten Termin

Stationäre Aufnahme

- bei erheblicher Selbstgefährdung des/der Klienten/in
- bei Fremdgefährdung abhängiger Personen
- bei einem Missverhältnis zwischen notwendiger Betreuung und der aktuellen Belastbarkeit des Umfeldes
- bei fehlender ambulanter Betreuungsmöglichkeit

Voraussetzung für §3 UbG – Unterbringung ohne Verlangen

1. die Person ist psychisch krank
2. es besteht Gefahr für Leben oder Gesundheit (Selbst- oder Fremdgefährdung)
3. ausreichende andere Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten fehlen

ad stationäre Aufnahme

„Nach unserem Gespräch habe ich den Eindruck, dass – wenn Sie alleine zu Hause sind – die Verzweiflung immer besonders groß ist und Sie sich dann nicht ausreichend schützen können.

Ich würde daher vorschlagen, dass Sie sich für einige Tage im Krankenhaus aufnehmen lassen, um Abstand von der Situation zu bekommen.“

Aufgaben der Medikamente bei suizidalen Patienten

- kurzfristig – symptomorientiert:
 - Sedierung
 - Schlafförderung
 - Distanzierung
- Symptomreduktion
 - Linderung von leidvollen Zuständen
 - Abwenden von Gefährdung
- Behandlung einer Grunderkrankung
 - antidepressiv, antipsychotisch

Medikamente bei Suizidalität kurzfristig - symptomorientiert

- **Sedierung** (mit Tranquilizer)
z.B. Lorazepam, Quetiapin, Olanzapin
- **Schlafförderung**
z.B. Trazodon, Mirtazapin, Lorazepam, Quetiapin, Olanzapin
- **Distanzierung/Reduktion der suizidalen bzw. affektiven Einengung**
z.B. Oxazepam, Lorazepam, Quetiapin
- keine kurzwirksame Sedierung, Gefahr des Rebound!
 - Cave Einschlafmittel: Halcion, Zolpidem
 - Cave reine Schlafmittel: Rohypnol, Mogadon

Medikamente bei Suizidalität längerfristig - krankheitsorientiert

- **Antidepressiv**
 - SSRI SNRI Mirtazapin Trazodon
 - Cave Wirklatenz (10 bis 20 Tage)
 - Achtung auf Nebenwirkungen, v.a. Unruhe
 - Achtung auf Antriebssteigerung bei Weiterbestehen der Suizidalität
 - einschleichende Dosierung, gegebenenfalls sedierende Medikamente
- **Antipsychotisch**
 - Olanzapin, Quetiapin (XR), Risperidon, Ziprasidon, ...
 - Cave Früh-EPS (antidopaminerg) bei Neuroleptika

Voraussetzungen für die Prävention von Suiziden

- **Wissen** um Entwicklungen in Lebenskrisen, Depression und suizidale Krisen
- **Kommunikation** mit den Patienten über psychisches Leid und suizidale Gedanken
- **Behandlungsstrategien** und Einsatz von suizidpräventiven Maßnahmen – Psychopharmaka (Symptomreduktion – Grundkrankheit), Umfeld, Psychotherapie
- **Kooperation** und Vernetzung im psychosozialen Versorgungsfeld

Lebenssinn



„Hat man sein WARUM des Lebens,
so verträgt man sich
fast
mit jedem WIE.“

(Friedrich Nietzsche, 1888)

Mythen

Mythos 1

**„Wer über Suizid nachdenkt,
ist verrückt.“**

Mythos 1

„Wer über Suizid nachdenkt,
ist verrückt.“

Wirklichkeit:

**40-80% aller Menschen haben schon an Suizid gedacht.
Gedanken über das Leben und den Tod sind normal.**

Mythos 2

„Wer vom Suizid spricht,
tut es nicht.“

Mythos 2

„Wer vom Suizid spricht,
tut es nicht.“

Wirklichkeit:

80% der Menschen, die einen Suizid begehen,
kündigen diesen vorher an.

Mythos 3

„Durch das Ansprechen von Suizidgedanken bringe ich andere erst auf die Idee, sich umzubringen.“

Mythos 3

„Durch das Ansprechen von Suizidgedanken bringe ich andere erst auf die Idee, sich umzubringen.“

Wirklichkeit:

Ein offenes Ansprechen wirkt entlastend. Niemand wird erst durch ein Gespräch auf die Idee gebracht.

Mythos 4

**„Wer sich wirklich umbringen will,
ist nicht aufzuhalten.“**

Mythos 4

„Wer sich wirklich umbringen will,
ist nicht aufzuhalten.“

Wirklichkeit:

Die meisten Suizide erfolgen im Rahmen von Krisen.

Professionelle Krisenbewältigung kann Suizid verhindern.

Mythos 5

„Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.“

Mythos 5

„Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.“

Wirklichkeit:

Starker Druck ist zunächst ein Hinweis auf das Ausmaß der Verzweiflung und die Intensität des Anliegens.

Professionelle Hilfe wirkt für die betroffene Person und ihre Umwelt entlastend.

Mythos 6

„Wer es einmal versucht hat, versucht es immer wieder.“

Mythos 6

„Wer es einmal versucht hat, versucht es immer wieder.“

Wirklichkeit:

80% aller Suizidversuche sind einmalige Ereignisse.

Allerdings sind jene Menschen, die wiederholt versuchen sich das Leben zu nehmen, besonders gefährdet.

SUPRA - Suizidprävention Austria



Suizidprävention Austria

1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen
2. Unterstützung und Behandlung
3. Zielgruppe: Kinder und Jugendliche
4. Zielgruppe: Erwachsene
5. Suizidprävention im Alter
6. Gruppen mit erhöhtem Risiko
7. Schulung und Entwicklung
8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln
9. Nationale Expertise
10. Gesetzliche Voraussetzungen

- Welttag der Suizidprävention seit 2003
10. September
- Präventionsstrategien 2006 - SUPRE
 - Restriktion von Suizidmitteln
 - Behandlung von psychisch Kranken
 - Betreuung nach Suizidversuch
 - verantwortungsbewusste Berichterstattung
 - spezifische Schulung von Gesundheitspersonal

SUizidPRävention Austria (SUPRA)

Eine Initiative des
Bundesministeriums für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Konsumentenschutz

SUPRA 
Suizidprävention Austria

ifsg
Institut für
Suizidprävention
Graz

- 2012 Etablierung mit der Veröffentlichung des SUPRA Programms - Suizidprävention als Teil des Regierungsprogramms 2008-2013
- SUPRA-Koordinationsstelle an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Gesundheitsministeriums (jetzt BMASGK)
- SUPRA-ExpertInnengremium:
 - österreichweite Vernetzung und Kooperation von ExpertInnen der Suizidprävention
 - Unterstützung der SUPRA-Koordinationsstelle
- Auszeichnung: EU Good/Best Practice Model 2017/19/21
- Über Joint Action ImpleMENTAL, eine mit rund € 4 Mio. dotierte Initiative der EU-Kommission, Unterstützung anderer Länder bei Initiierung eines Prozesses ähnlich jenem in Österreich
 - ÖGS/SUPRA zertifizierte Ausbildung zu TrainerInnen für Suizidprävention



Suizidprävention

Suizidgedanken? Holen Sie sich Hilfe, es gibt sie.



Sie denken an Suizid, machen sich um jemanden Sorgen oder haben einen Menschen aufgrund eines Suizidtodesfalls verloren? Hier finden Sie [Erste-Hilfe-Tipps](#), [Notfallkontakte](#) und [Hilfsangebote in Ihrem Bundesland](#) sowie weiterführende Informationen zur Bewältigung dieser Notsituation.

Inhalte

- Sie haben Suizidgedanken?
- Sie kennen jemanden mit Suizidgedanken?
- Sie haben jemanden durch Suizid verloren?
- Sie möchten mehr zum Thema Suizid erfahren?
- Sie suchen Anlaufstellen?



Papageno-Medienpreis



Anton Blitzstein



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
und ein schönes Restwochenende!**

Kontaktdaten:
Dr. Ulrike Schrittwieser
8042 Graz, Prof. Franz Spath-Ring 15/39
E: praxis.schrittwieser@gmail.com
www.ifsg.at