

Suizid

Jürgen Junglas, Bonn



FOTO UPI

STERN

Durchschnittlich alle dreißig Minuten springt in der Bundesrepublik ein Mensch aus dem Fenster oder bringt sich auf andere Weise um

Schwankender Verlauf

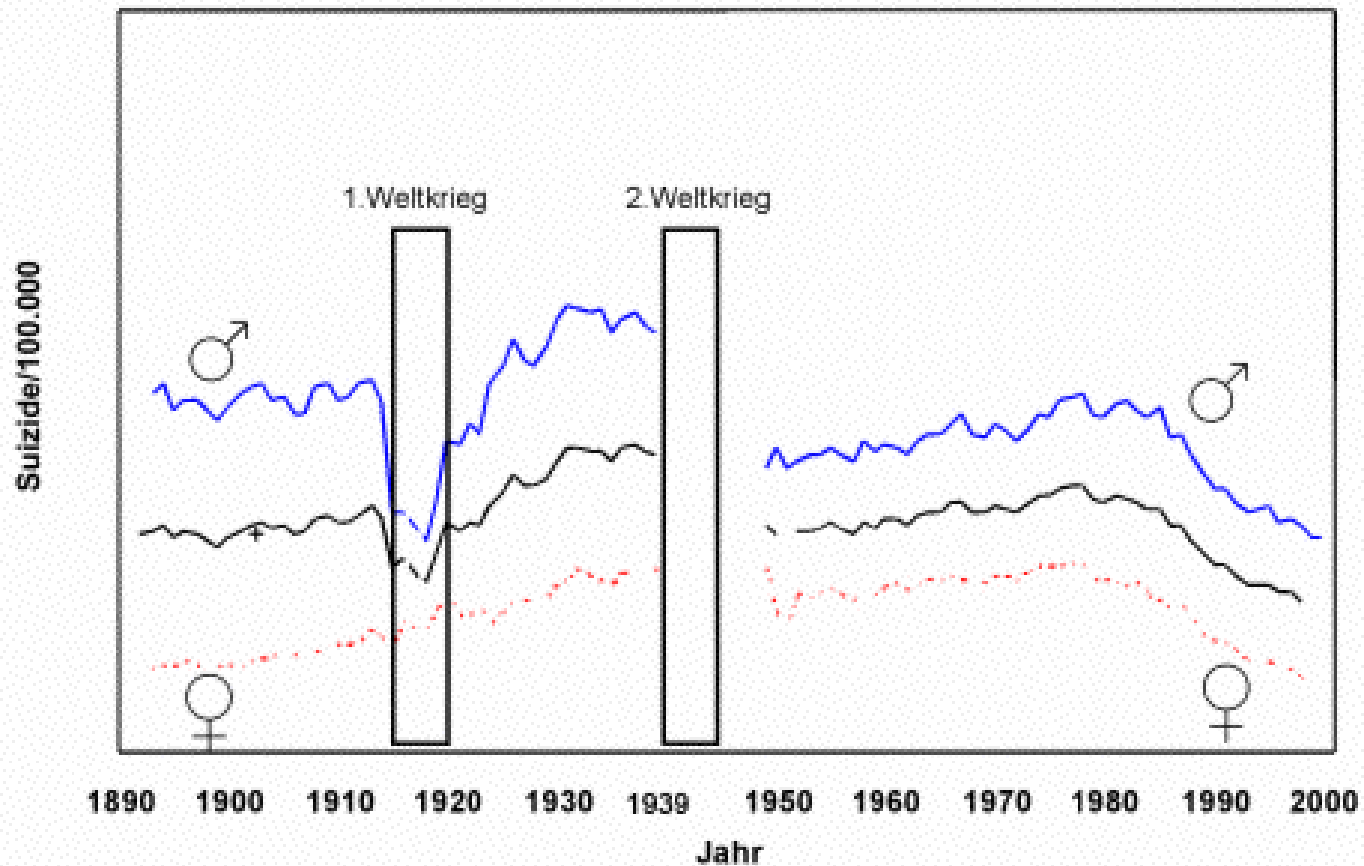
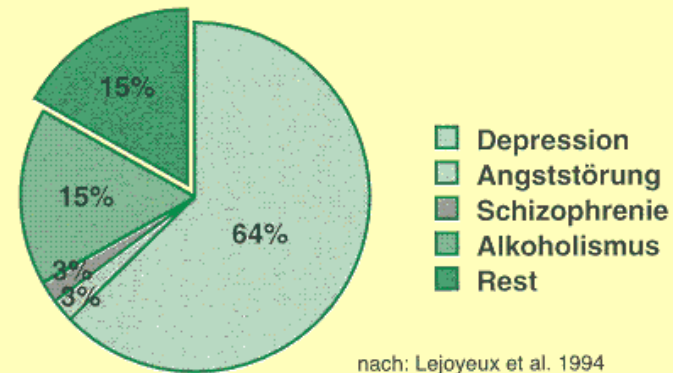


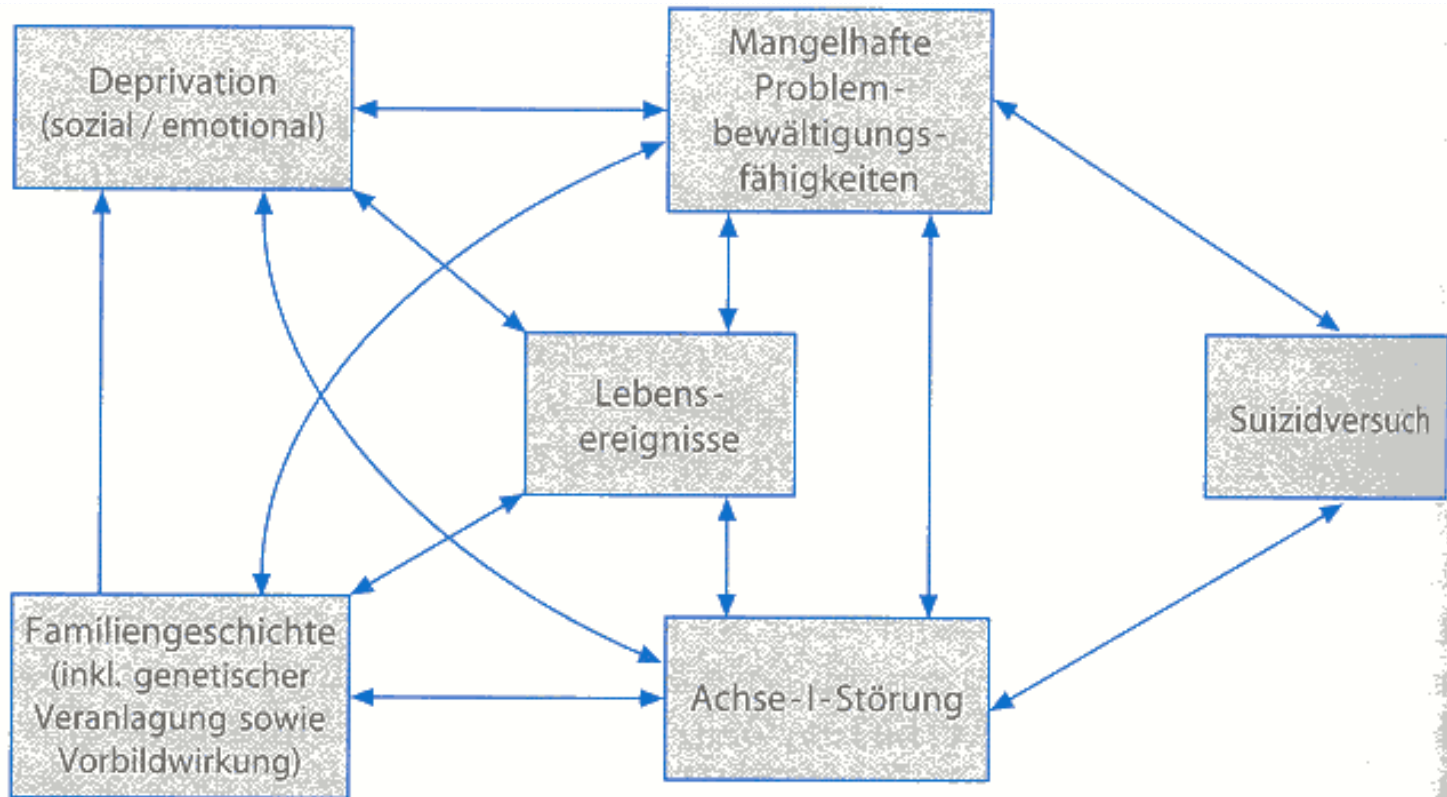
Abb. 1: Patienten mit besonderem Suizidrisiko

- Patienten mit chronifizierter depressiver Störung oder Angststörung mit psychiatrischer Komplikation (Depression, Abhängigkeit) - häufig erst nach 4- bis 5-jähriger Erkrankungsdauer
- vorausgegangener Suizidversuch, vorhandener Suizidplan
- positive Familienanamnese für Suizid (-versuch)
- aktuelle Konflikte (wie Verlust des Arbeitsplatzes, Partnerschaftskonflikt, Umzug) oder Jahrestage von psychosozialen Belastungen
- Männer, u.a.
 - junge schizophrene Patienten mit gut erhaltener Persönlichkeit und Begleitdepression
 - allein stehende Rentner mit fehlendem sozialem Netz
- sozial isolierte Menschen, u.a. auch Teenager!

Grunderkrankungen bei Suizid



Suizid-Entwicklung



Geschlechtsunterschiede

◆ Frauen

- Häufiger
 - ◆ Suizidversuche, „weiche Methoden“, bekannte Störung (in Behandlung)

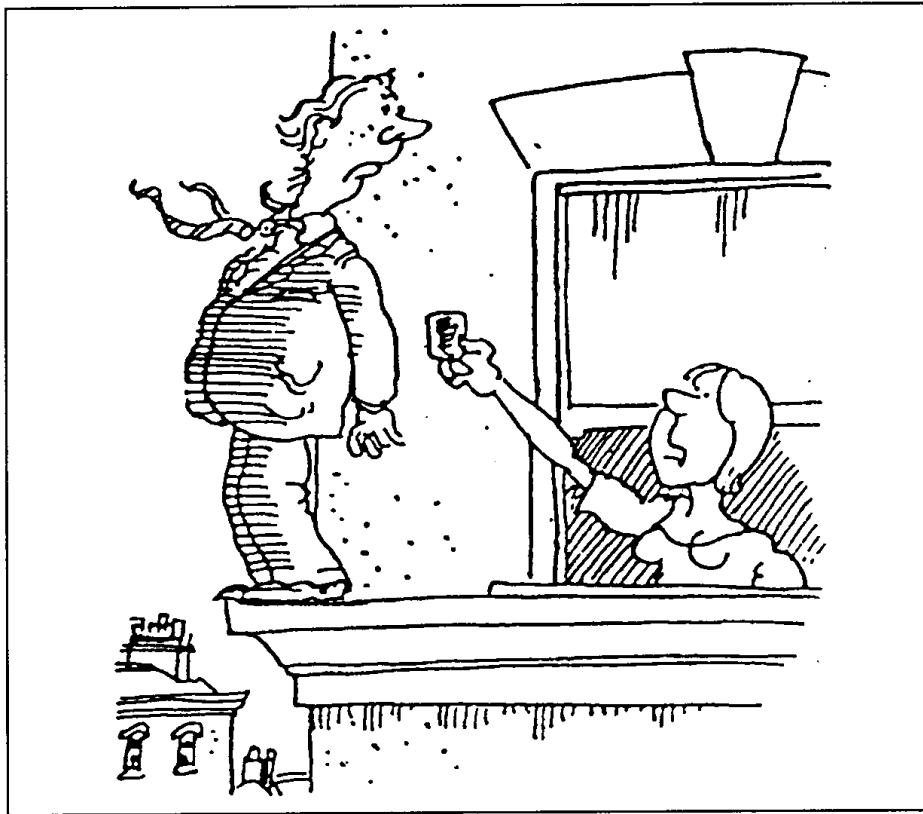
◆ Männer

- Häufiger
 - ◆ Erfolgreicher Suizid, „harte Methoden“

Altersgipfel

- ◆ Jugendalter
- ◆ Greisenalter

Egoist oder Altruist? (Klaas 1994)



**If your mind's really made up, take this kidney donor card
(Nierenspenderausweis)**

Beziehungstat!

- ◆ Distanz zu Bezugspersonen reduziert Suizidrate (Matakas)

Z.n.Suizidversuch

- ◆ Nach somatischer Notfallbehandlung
- ◆ Selbstvorsteller / Vorstellung durch Angehörige
- ◆ Verhinderter Suizidversuch/-Drohung
- ◆ Verzögerte Vorstellung
- ◆ Präsuizidales Syndrom

Präsuizidales Syndrom

(Ringel 1981)

1. Zunehmende Einengung

Situative Einengung

Dynamische Einengung (einseitige Ausrichtung der Apperzeption, der Assoziationen, der Verhaltensmuster, der Affekte und Abwehrmechanismen)

Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen

Einengung der Wertwelt

2. Aggressionsanstauung und Wendung der Aggression gegen die eigene Person

3. Selbstmordphantasien (anfangs aktiv intendiert, später sich passiv aufdrängend)

Suizidmanagement Jugendliche

- ◆ Stationäre Aufnahme
(entlastend, distanzierend und sichernd)
- ◆ Einschätzung und Stärkung der elterlichen Kompetenz
- ◆ Unterstützung der Autonomieimpulse des Jugendlichen
- ◆ Ruhig-bestimmte Führung von Patient und Eltern mit Verständnis für emotionale Erpressungsversuche
- ◆ Einschätzung der Suizidalität durch mehrere geschulte Personen nach Standards

Suizid-Risikogruppen

- ◆ Männliche Adoleszente mit HKS (OR2,9)
(James A et al., Acta Psychiatr Scand 2004; 110: 408-415)
- ◆ Mütter nach Tod ihres Kindes (v.a. 1-6 J.) [mit nicht verbrauchten Medikamenten] (Brit med J. 2006, 332-647)

Hoch-Risiko-Faktoren für Suizid im Jugendalter (AACAP)

- ◆ Männliche Jugendliche zeigen höheres Risiko als weibliche.
- ◆ Unter den männlichen Jugendlichen:
 - ◆ Frühere Suizidversuche
 - ◆ Assoziierte Verstimmung (affektive Störung)
 - ◆ Assoziierter Substanzmissbrauch
- ◆ Unter den weiblichen Jugendlichen:
 - ◆ Verstimmungen (affektive Störungen)
 - ◆ Frühere Suizidversuche
- ◆ Unmittelbares Risiko zeigt sich durch Agitiertheit und Depressive Episode (MDD)

Checkliste zur Einschätzung von kind- oder jugendlichen Suizidversucher in einem Krisenzentrum (AFSP, 1999)

Suizidversucher mit dem größten Suizidrisiko:

- Denkt an Suizid
- Depressiv, manisch, hypomanisch, sehr ängstlich, oder Mischung dieser Zustände
- Hat früher einen Suizidversuch gemacht
- Substanzmissbrauch alleine oder in Verbindung mit einer Verstimmung
- Männlich
- Irritierbar, agitiert, droht anderen mit Gewalt, wahnhaft oder halluziniert
- Lebt alleine

Suizidversucher, die nicht ohne eingehende Diagnostik entlassen werden dürfen I

(AFSP 1999):

◆ Schaue nach Zeichen klinischer Depression:

- Gedrückte Stimmung die meiste Zeit
- Verlust von Interesse oder Freude in alltäglichen Aktivitäten
- Gewichtsverlust oder -gewinn
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Rastlos oder verlangsamt
- Müdigkeit, Verlust von Energie
- Fühlt sich wertlos oder schuldig
- Niedriges Selbstwertgefühl, von sich enttäuscht
- Fühlt sich hoffnungslos bzgl. Zukunft
- Kann sich nicht konzentrieren, ist unschlüssig
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod
- Irritierbar, regt sich über Kleinigkeiten auf

Suizidversucher, die nicht ohne eingehende Diagnostik entlassen werden dürfen II (AFSP 1999):

- ◆ Schaue nach Zeichen von Manie oder Hypomanie:
 - ◆ Gedrückte Stimmung die meiste Zeit
 - ◆ Begeisterte, grandiose oder reizbare Stimmung
 - ◆ Aufgeblasener Selbstwert, Grandiosität
 - ◆ Vermindertes Schlafbedürfnis
 - ◆ Zerstreut
 - ◆ Gedankenflucht
 - ◆ Abrupter Themawechsel im Gespräch
 - ◆ Exzessive Beschäftigung mit verschiedenen Aktivitäten
 - ◆ Agitiert oder rastlos
 - ◆ Spricht mehr als gewöhnlich, muss sprechen
 - ◆ Hypersexuell, verschwenderisch, ungehemmt

Situationsabhängige Suizidalität!

- ◆ Affektive Belastungssituation in der Klinik nur indirekt einzuschätzen
- ◆ Einschätzung der „Suizidneigung“ des familiären Systems
- ◆ „Sekundären Gewinn“ von Suizidagieren eingrenzen!
- ◆ Patient die emotionale Annahme der Klinikbehandlung ermöglichen

Phasen der Suiziddynamik

- ◆ Emotionale Einengung
- ◆ Entlastung durch Tat
- ◆ Hypomanische Phase mit Realitätsverleugnung
- ◆ Wiederanschluss an die emotionale Realität
- ◆ Beginnende Einengung



Klausurfragen zur Erhöhung der Suizidalität von Gießener!

- ◆ Nennen Sie die Stufen des Präsuizidalen Syndroms!
- ◆ Nennen Sie Risikofaktoren für Suizidversuche!
- ◆ Beschreiben Sie die Phasen der Suiziddynamik!