

## Richtlinie Suizidalität

Bearbeiter: J. Junglas

L:\richtlinien\birlinghovener\suizidalität\Richtlinie Suizidalität.doc

Der Gedanke an den Selbstmord ist ein starkes Trostmittel:  
Mit ihm kommt man gut über manche böse Nacht hinweg.  
*Friedrich Nietzsche, Jenseits von Gut und Böse,  
Sprüche und Zwischenspiele 157, 1885*

Das präsuizidale Syndrom (nach 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)

### **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)

Die gender-Unterschiede in der Suizidalität sind so deutlich, dass man von einem männlichen bzw. weiblichen Suizidsyndrom sprechen kann (Eichhorn 2001).

Weibliche Jugendliche beginnen früher mit Suizidversuchen und zeigen häufigere Versuche, sie haben häufiger Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und leiden unter Angststörungen; männliche Jugendliche zeigten mehr Alkohol- und Finanzprobleme (Wunderlich et al. 2001). Ein familiendynamisches Verständnis ist hilfreich (Schleiffer 1979, 1983).

### **Risikogruppen:**

- homo- und bisexuelle Jugendliche (4fach höhere Suizidraten; Söht 2001)

### **Therapeutischer Umgang**

Therapeuten, die mit Patienten umgehen, die mit Suizid agieren bedürfen eines konstanten Monitoring und der Möglichkeit zur kollegialen Konsultation (Modestin 1997).

## Richtlinie Suizidalität

Das Akut-Management unterscheidet sich von dem therapeutischen Umgang mit Suizidalen. Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen, die zu suizidalen Handlungen neigen bedarf einer besonderen Vorgehensweise (Schleiffer 1995).

### **Psychopharmakologie:**

Cave! SSRIs können Suizidgedanken längerfristig reduzieren, jedoch kurzfristig erhöhen!

Cave! Trizyklische Antidepressiva:

Wegen geringer therapeutischer Breite und der Gefahr der suizidalen Intoxikation kontraindiziert!

Optional:

Benzodiazepine und Phenobarbital mit Vorsicht!

Die Psychopharmakotherapie orientiert sich an der vorhandenen Grundstörung (Sieberns o.J. 265).

**Instrumente:**

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

<b>Suizidversucher mit dem größten Suizidrisiko</b>			
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			<b>Gesamt:</b>

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

Schaue nach Zeichen klinischer Depression:		Schaue nach Zeichen von Manie oder Hypomanie:	
	Gedrückte Stimmung die meiste Zeit		Gedrückte Stimmung die meiste Zeit
	Verlust von Interesse oder Freude in alltäglichen Aktivitäten		Begeisterte, grandiose oder reizbare Stimmung
	Gewichtsverlust oder –gewinn		Aufgeblasener Selbstwert, Grandiosität
	Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf		Vermindertes Schlafbedürfnis
	Rastlos oder verlangsamt		Zerstreut
	Müdigkeit, Verlust von Energie		Gedankenflucht
	Fühlt sich wertlos oder schuldig		Abrupter Themawechsel im Gespräch
	Niedriges Selbstwertgefühl, von sich enttäuscht		Exzessive Beschäftigung mit verschiedenen Aktivitäten
	Fühlt sich hoffnungslos bzgl. Zukunft		Agitiert oder rastlos
	Kann sich nicht konzentrieren, ist unschlüssig		Spricht mehr als gewöhnlich, muss sprechen
	Wiederkehrende Gedanken an den Tod		Hypersexuell, verschwenderisch, ungehemmt
	Irritierbar, regt sich über Kleinigkeiten auf		
	Summe		Summe

# Richtlinie Suizidalität

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, umso höher muß das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	ja	
2. Häufig?	ja	
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	ja	
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	ja	
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	ja	
6. Haben Sie schon zu jemanden über Ihre Selbstmordabsicht gesprochen?	ja	
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	ja	
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	ja	
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	ja	
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?	ja	
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?	ja	
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbies?	nein	
13. Haben Sie jemand, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?	nein	
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten?	nein	
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?	nein	
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?	nein	
Anzahl entsprechend beantworteter Fragen		
Endzahl = max. 16		

**Tab. 8: Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (PÖLDINGER) 1982**

---

### Literatur:

- AACAP (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry) (2001): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:7 Supplement, July 24S-51S
- AFSP (American Foundation for Suicide Prevention) (1999): Today's suicide attempters could be tomorrow's suicide (poster). New York: America Foundation for Suicide Prevention, 1-888-333-AFSP
- Dubitscher F (1971): *Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung. Beratung und Vorbeugung*. G. Thieme, Stuttgart
- Eichhorn M (2001): Suizidprävention durch Weiterbildung – Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede *Psychiatr Prax* 28: 359
- Henseler H (1984, orig. 1974): *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Lewinsky-Aurbach B (1980): *Suizidale Jugendliche. Grenzen und Möglichkeiten psychologischen Verstehens*. F. Enke, Stuttgart
- Menninger K (1989<sup>3</sup>, orig. 1938): *Selbsterstörung. Psychoanalyse des Selbstmords*. Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main (stw 249)
- Modestin J (1997): Zu interpersonellen Aspekten der suizidalen Psychodynamik. *Psychother Psychosom med Psychol* 47: 413-418
- Nissen G (1989): Suizidversuche und Suizide. In: Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P: *Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5.Aufl.*. Springer-Verlag, Berlin etc., S. 301-309
- Palinkas R (1994): Mitbehandlung eines suizidalen Patienten durch den psychiatrischen Liaisondienst auf einer chirurgischen Station. *Psychiatr Prax* 21: 204-205
- Poeldinger W (1982): *Methoden zur Abschätzung der Suizidalität*. Internationale Association for Suicide Prevention (IASP)
- Poustka F (1985) : Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In: H. Remschmidt, M.H. Schmidt: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band III. Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen*, G. Thieme, Stuttgart, S. 214-247
- Ringel E (1980) : Warum nehmen sich junge Menschen das Leben? In: C. Schaefers: *Notausgänge*. Fackelträger-Verlag, Hannover, S. 92-102
- Ringel E (1981): Die Beurteilung des Suizidrisikos. *Schweiz Ärztezeitung* 62: 1405
- Schleiffer R (1979): Suizidhandlung als Familientradition. *Z Kinder-Jugendpsychiatr* 7: 208-218
- Schleiffer R (1983): Zur Familiendynamik parasuizidaler Handlungen bei Kindern. In: I. Jochmus, E. Förster (Hg.): *Suizid bei Kindern und Jugendlichen*. F. Enke Verlag, Stuttgart: 101-104
- Schleiffer R (1995): Selbsttötung als Versuch der Selbstrettung. Zur Funktion suizidaler Handlungen bei Jugendlichen. *System Familie* 8: 243-254
- Sieberns S (o.J.): Zur neuroleptischen Therapie und medikamentösen Suizidprophylaxe bei schizophrenen Psychosen. In: V. Faust, M. Wolfersdorf (Hrsg.): *Suizidgefahr*, Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Söht D (2001): Hohe Selbstmordraten bei homo- und bisexuellen Jugendlichen. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 51: 403-404
- Steinert T, Wolfersdorf M (1993): Aggression und Autoaggression. *Psychiatr Prax* 20: 1-8
- Wolfersdorf M (1992): Stellung von Psychopharmaka in der Behandlung von Suizidalität. *Psychiatr Prax* 19: 100-107
- Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 104: 332-339

---

### Weitere Literatur :

Goethe JW (1772) : Die Leiden des jungen Werthers

**KINDER-JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE  
DER RHEINISCHEN KLINIKEN BONN-EUSKIRCHEN**

Patient	datum
Einschätzung durch	Ausbildungsjahr Psychiatrie

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

<b>Suizidversucher mit dem größten Suizidrisiko</b>			
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			<b>Gesamt:</b>

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

Schaue nach Zeichen klinischer Depression:		Schaue nach Zeichen von Manie oder Hypomanie:	
	Gedrückte Stimmung die meiste Zeit		Gedrückte Stimmung die meiste Zeit
	Verlust von Interesse oder Freude in alltäglichen Aktivitäten		Begeisterte, grandiose oder reizbare Stimmung
	Gewichtsverlust oder -gewinn		Aufgeblasener Selbstwert, Grandiosität
	Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf		Vermindertes Schlafbedürfnis
	Rastlos oder verlangsamt		Zerstreut
	Müdigkeit, Verlust von Energie		Gedankenflucht
	Fühlt sich wertlos oder schuldig		Abrupter Themawechsel im Gespräch
	Niedriges Selbstwertgefühl, von sich enttäuscht		Exzessive Beschäftigung mit verschiedenen Aktivitäten
	Fühlt sich hoffnungslos bzgl. Zukunft		Agitiert oder rastlos
	Kann sich nicht konzentrieren, ist unschlüssig		Spricht mehr als gewöhnlich, muss sprechen
	Wiederkehrende Gedanken an den Tod		Hypersexuell, verschwenderisch, ungehemmt
	Irritierbar, regt sich über Kleinigkeiten auf		
	Summe		Summe

# Richtlinie Suizidalität

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, umso höher muß das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	ja	
2. Häufig?	ja	
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	ja	
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	ja	
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	ja	
6. Haben Sie schon zu jemanden über Ihre Selbstmordabsicht gesprochen?	ja	
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	ja	
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	ja	
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	ja	
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?	ja	
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?	ja	
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbies?		nein
13. Haben Sie jemand, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?		nein
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten?		nein
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?		nein
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?		nein
Anzahl entsprechend beantworteter Fragen		
Endzahl = max. 16		

**Tab. 8: Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (PÖLDINGER) 1982**

Abschließende Einschätzung:

suizidal, erhöhte Aufsicht erforderlich	suizidal, normale Aufsicht ausreichend	nicht eindeutig von Suizidalität distanziert	zur Zeit nicht suizidal
---	--	--	-------------------------