



MAX-PLANCK-GESELLSCHAFT



Prävention und Therapie der Suizidalität

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch

Volkskrankheit Depression im Erwachsenenalter

Tagung des Sozialdienstes katholischer Frauen

München

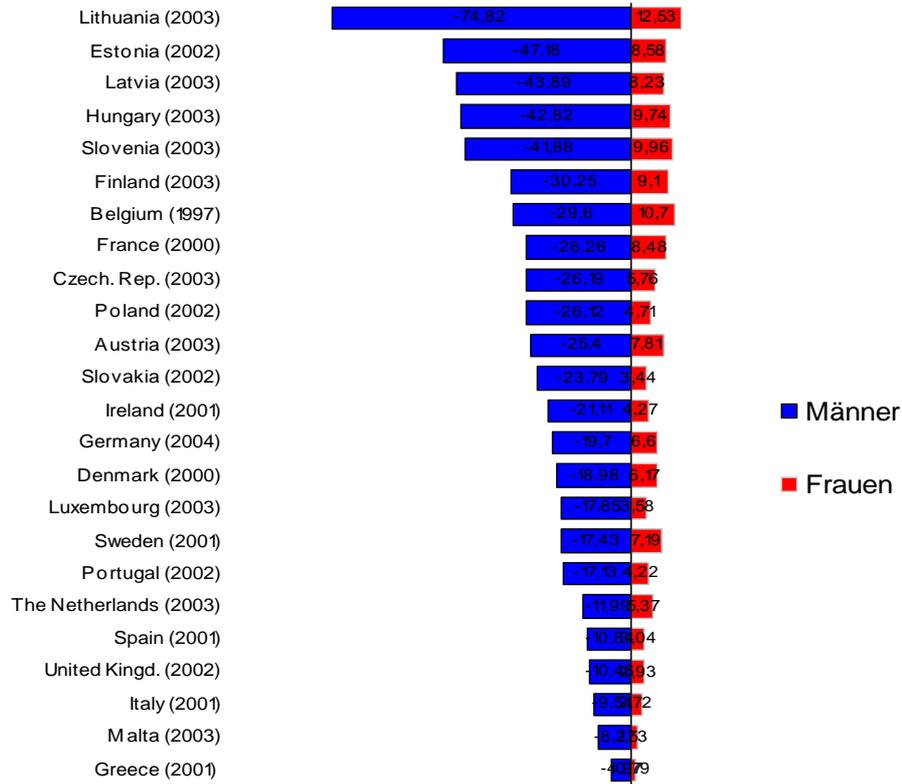
05.07.2012



Epidemiologie

**Franz Masereel
Untitled woodcut
From The City (1925)**

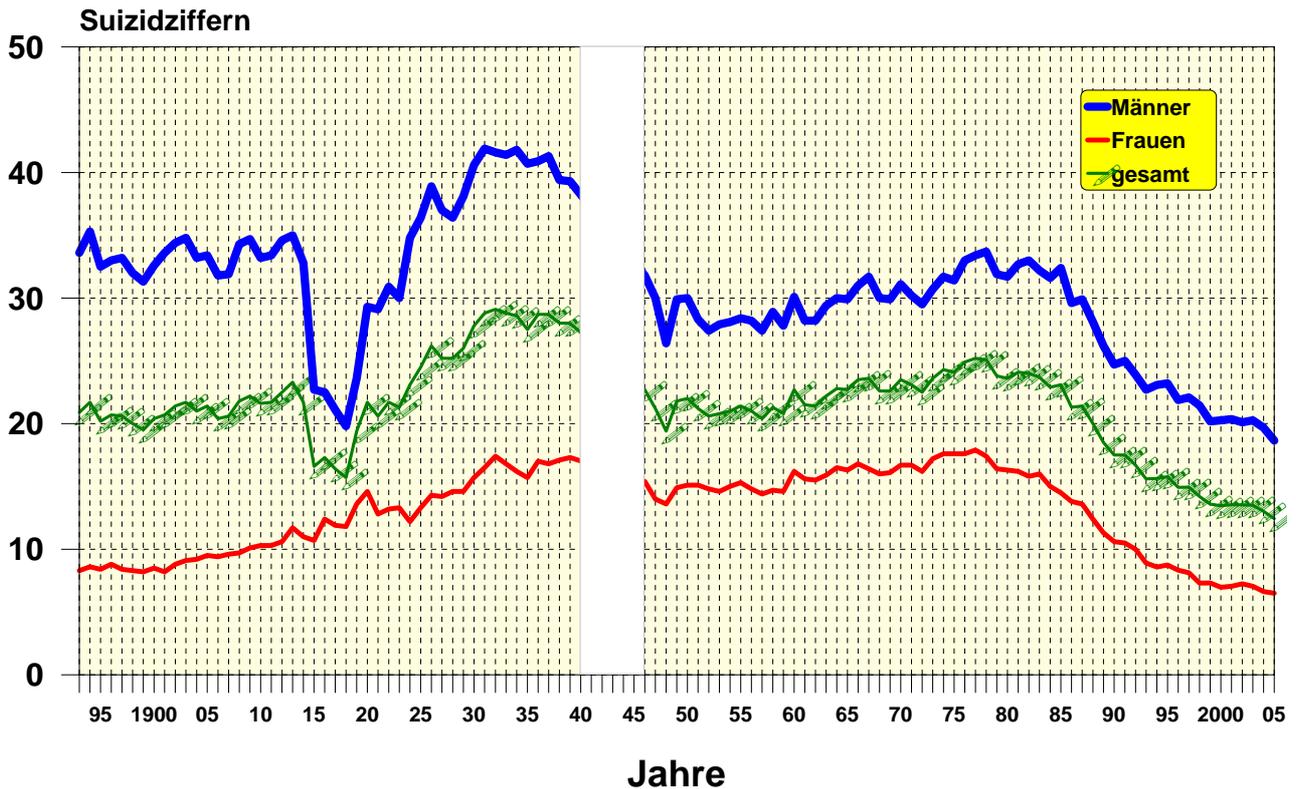
Suizidraten in den Eu-Ländern^{a)}



a) Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Prof. Armin Schmidtke/Würzburg: Vortrag DGPPN 2005

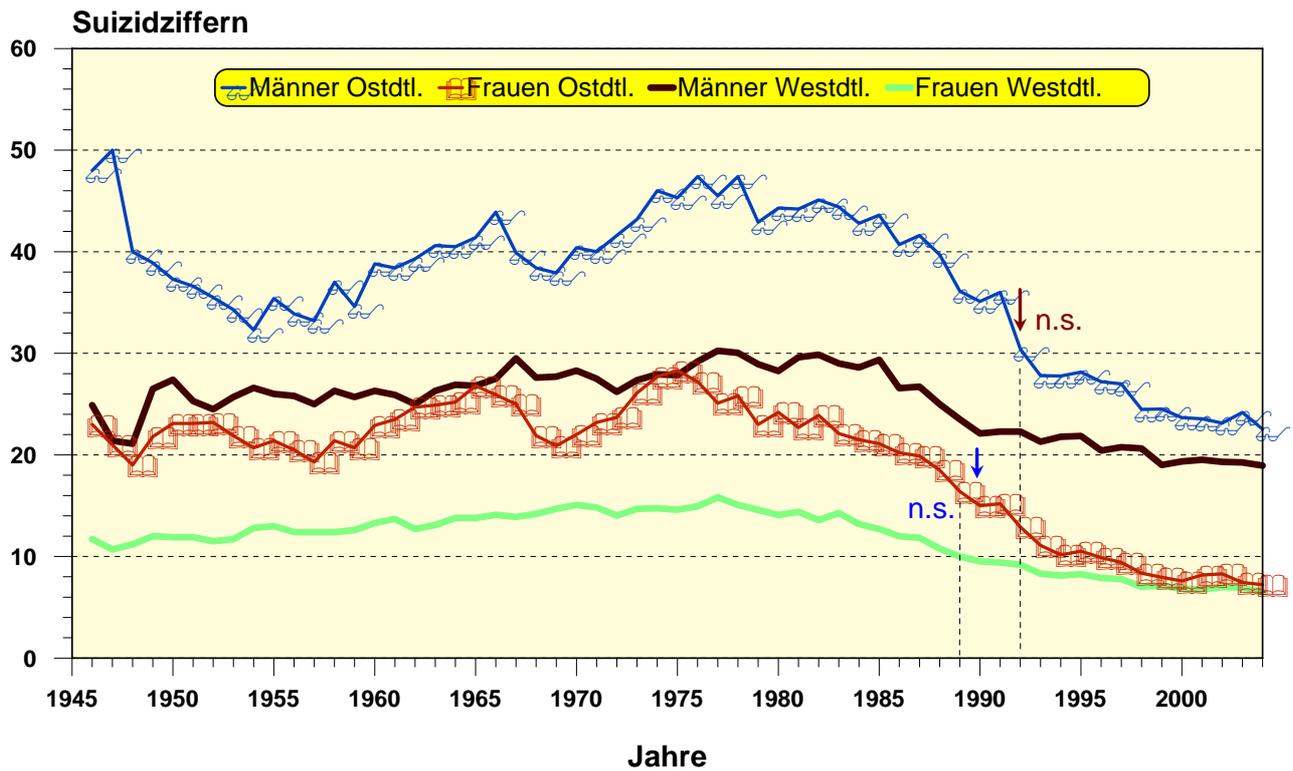
Suizidziffern Deutschland

1893 - 2005



Suizidziffern in Ost- und Westdeutschland

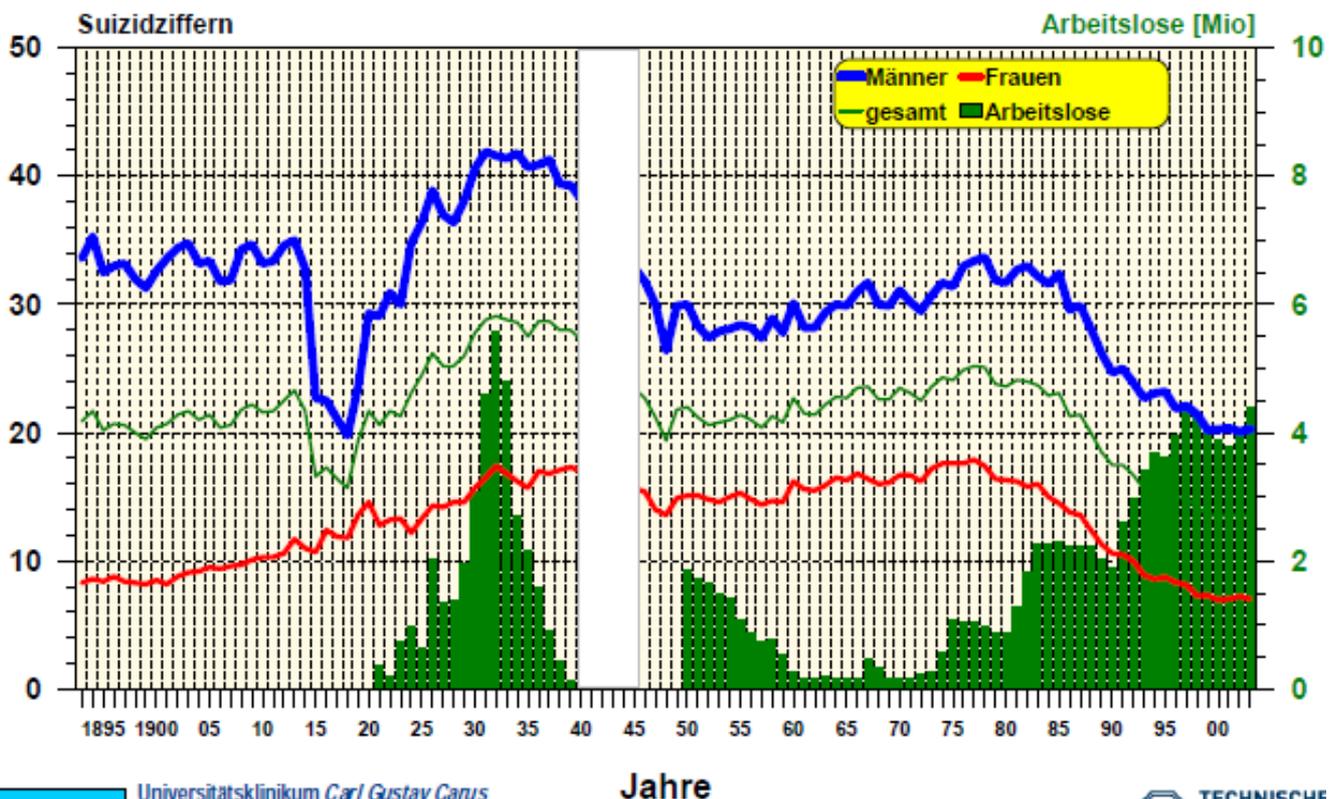
Gebiete der alten u. neuen Bundesländer 1946 - 2004



Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Prof. W. Felber in Dresden

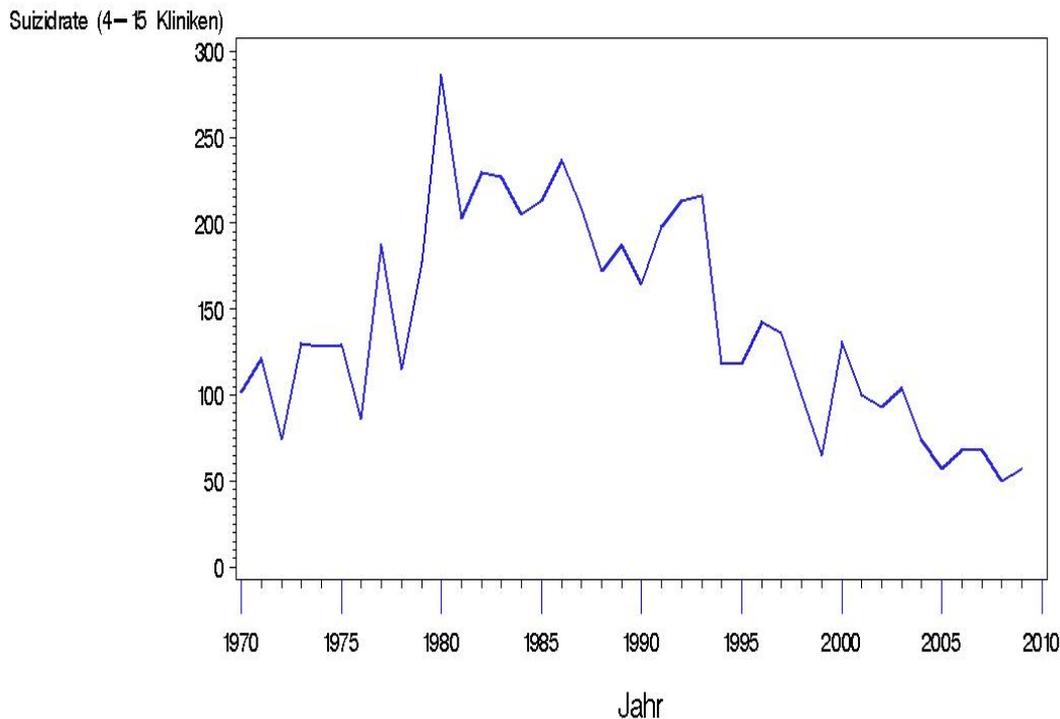
Suizidziffern und Arbeitslosigkeit

Deutschland 1893 - 2003



Abnahme der Kliniksuzidrate 1980 – 2009^{a)}

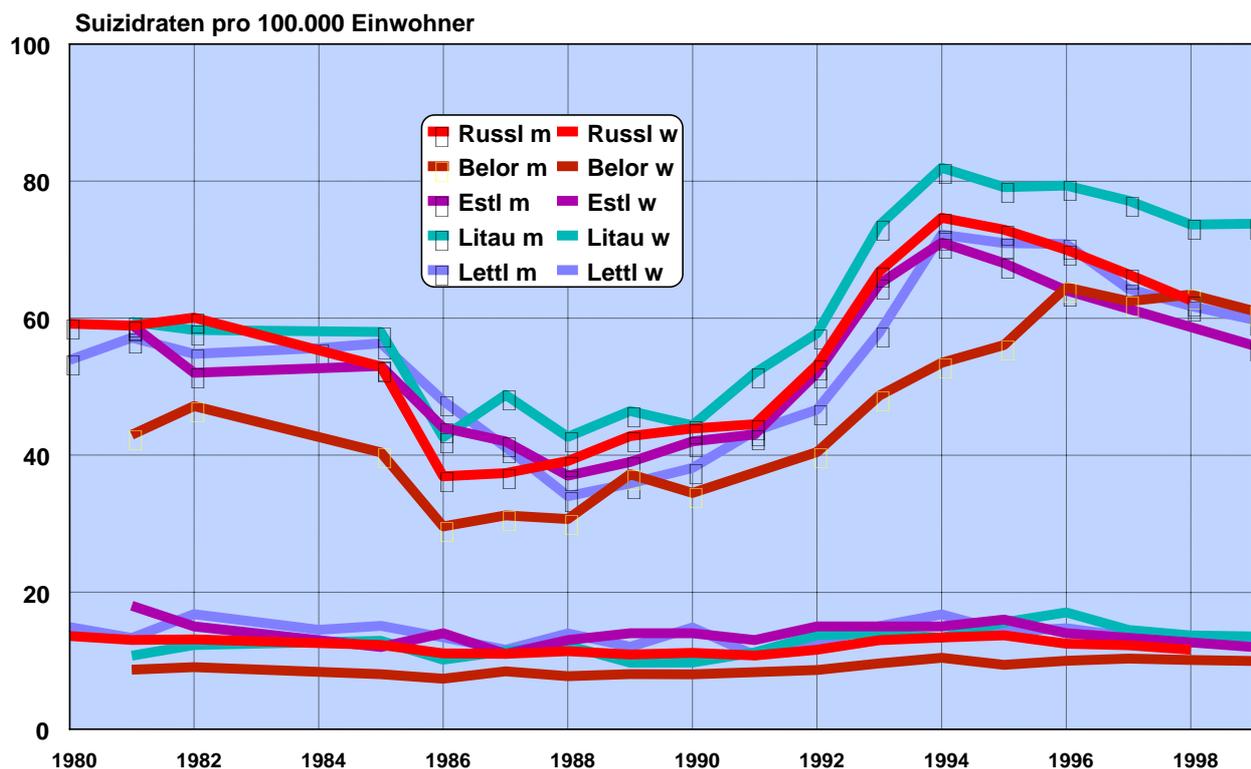
- die suizidpräventive Wirkung der psychiatrischen Kliniken: 1980 SR >250, 2009 SR = 50



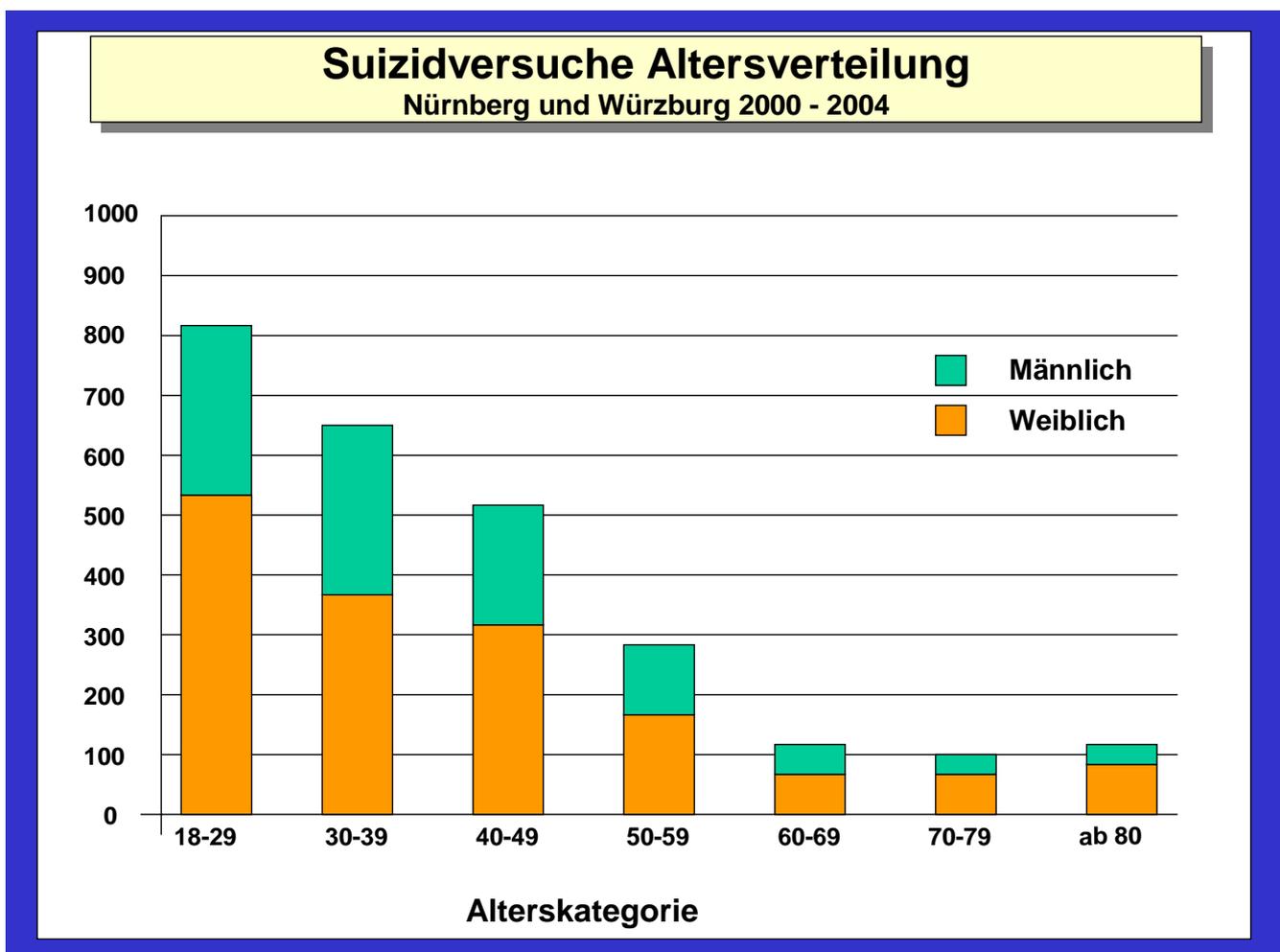
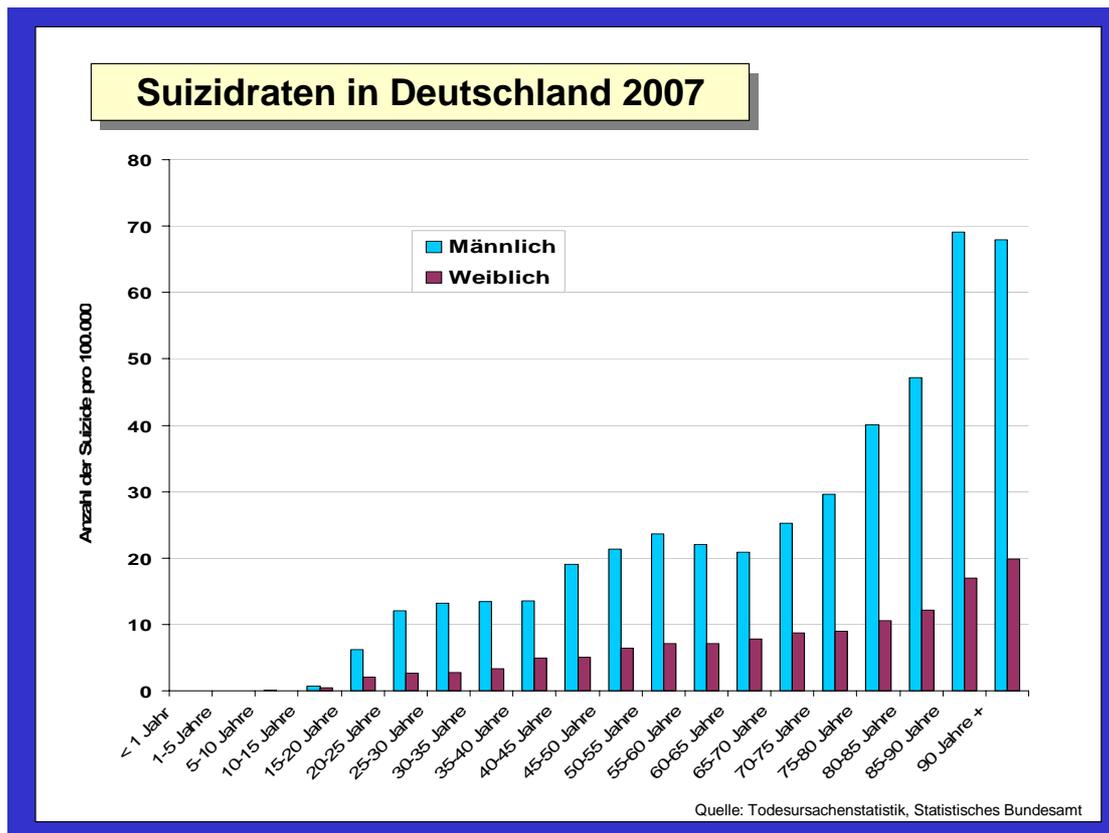
^{a)}Wolfersdorf M: Der Suizid im psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhaus: Therapeutische Konsequenzen. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Therapie der Suizidalität“. Berlin: DGPPN 24.11.2011

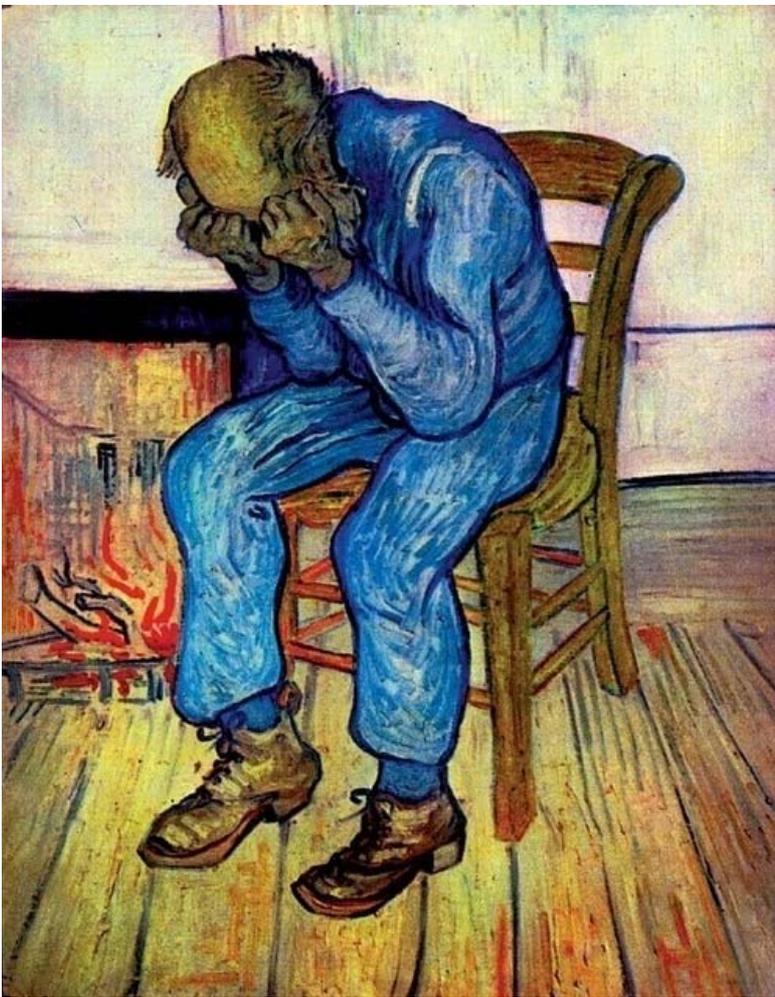
Länder der ehemaligen Sowjetunion

Russland, Belorussland, Estland, Lettland, Litauen



Die Suizidraten in Deutschland folgen dem „ungarischen Muster“: Alte Menschen haben eine deutlich höhere Suizidgefährdung





Empirische Studien zur Therapie

**Vincent van Gogh
An der Schwelle der Ewigkeit
(1890)**



Pharmakotherapie

**Paul Delaroche
The Young Martyr
(1855)**

Pharmakotherapie der Suizidalität bei depressiven Erkrankungen

- **Anxiolytische Benzodiazepine** (Lorazepam): keine empirische Evidenz - aber aus forensischen Gründen!
- **Antidepressiva aller Wirkstoffklassen** bei Erwachsenen
- **Antidepressiva aller Wirkstoffklassen**: Vorsicht bei Kindern und Jugendlichen: Suizidversuchsrate auf das Zweifache erhöht
- **Lithium**: Potentestes Suizidprophylaktikum
- **Mood Stabilizer**: vermutlich suizidpräventiv
- **Atypische Neuroleptika**: fraglich suizidpräventiv – fehlende empirische Evidenz für depressive Erkrankungen
- **Glucocorticoid- und CRH-Rezeptor Antagonisten (?)**



Henry Wallis The death of Chatterton (1856)

Evaluation suizidprophylaktischer Maßnahmen: Suizide (Cochrane-Analyse^a)

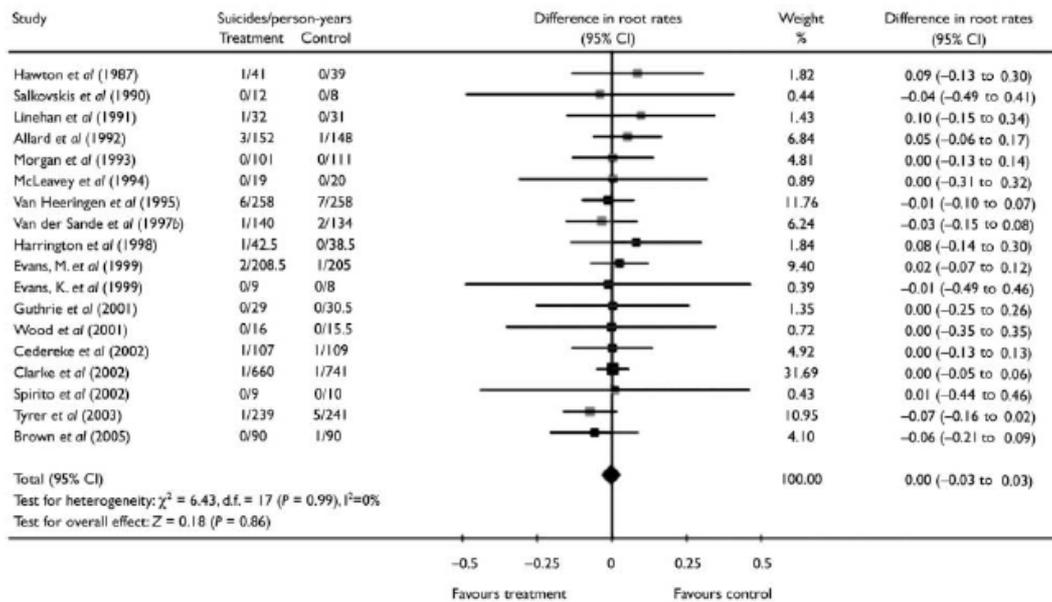


Fig. 2 Meta-analysis of effect of psychosocial interventions on completed suicide.

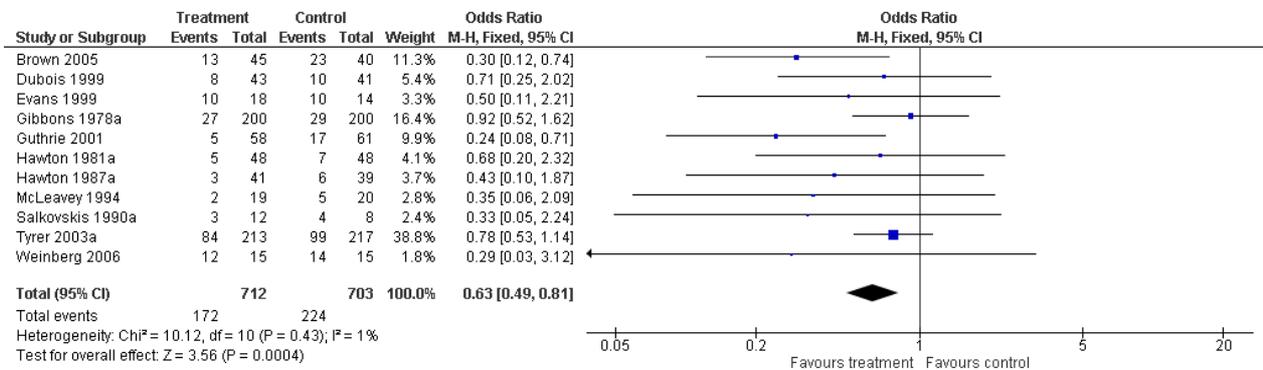
^a) Crawford M Thomas O, Khan N, Kulinskaya E (2007) Psychosocial interventions following self-harm. *British J Psychiatry* 190: 11-17

Evaluation suizidprophylaktischer Maßnahmen (Cochrane-Analyse) Formen der Interventionen

- Problemlösungstherapie vs Standardnachsorge
- Intensive Betreuung mit “outreach” vs Standardnachsorge
- “Outreach”-Versorgung vs Standardnachsorge
- Notfallkarte vs Standardnachsorge
- Stationäre VT vs stationäre psychodynamische Therapie
- Gleicher Therapeut (continuity of care) vs unterschiedliche Therapeuten
- Aufnahme in Allgemeinkrankenhaus vs Entlassung
- Langzeittherapie vs Kurzzeittherapie

Wiederholung von Suizidversuchen (Cochrane Analyse 2008)^{a)}

Psychologische Behandlungen: Problem solving & cognitive behavior therapy



a) Hawton K, Taylor T, Gunnell D, Hazel P, Townsend E, van Heeringen K (2008)
Deliberate self-harm. The efficacy of psychological and pharmacological interventions.
Submitted to Cochrane Collaboration
Presentation at the XII. European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior/Glasgow 29.08.2008

Zusammenfassung der RCT-Studien mit einer erfolgreichen Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung mit Zielvariable suizidales Verhalten (Bronisch 2011)

| Behandlungsart | Autor(en) | Gruppengröße | Replikation der Ergebnisse |
|--|--|--------------|--------------------------------------|
| Psychotherapie Psychodynamisch | Bateman & Fonagy 1999 Suizidversuch↓ | 38 | Ja Döring et al 2010 |
| Dialektische Behaviorale Therapie (DBT) | Linehan et al. 1991 Parasuizidales Verhalten↓ | 44 | Ja |
| | | 34 | Verheul et al. 2003 |
| | | 64 | Ja Evans et al. 1999 |
| | | 101 | Ja Linehan 2006 |
| Kognitive Verhaltens- therapie | Salkovskis 1990 Suizidversuch ↓ | 32 34 | partiell Evans et al. 1999 |
| | | | |

a) . Bronisch T (2011) Suizidalität. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Dulz B, Herpertz S, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer, 406-411

Prävention



Sechs Basisschritte zur Suizidprävention (WHO)^{a)}

- **Behandlung psychiatrischer Patienten**
- **Kontrolle von Waffenbesitz**
- **Entgiftung von Haushaltsgasen**
- **Entgiftung von Autoabgasen**
- **Kontrolle des Zuganges zu toxischen Substanzen**
- **Reduzierung der Presseberichterstattung**

^{a)} World Health Organization (WHO) Consultation on strategies for reducing suicidal behaviors in European region: Summary report. World Health Organization, Geneva 1990

Effektivität von Suiziprävention entsprechend der Basischritte (WHO) ^{a)}

| Typus Prävention | Empirische Evidenz | Abfall Suizidrate % |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|
| Behandlung psychiatrischer P. | + | ? |
| Kontrolle von Waffenbesitz | + | 1,5 – 9,5 |
| Entgiftung von Haushaltsgasen | + | 19- 33 |
| Entgiftung von Autoabgasen | + | ? |
| Kontrolle Zugang toxischer Subst. | + | 23 (Barbiturate) |
| Reduktion Presseberichte | + | ? |

a) Mann JJ et al. (2005) Suicide prevention strategies. A systematic review. JAMA 294: 2064-2074

Diagnostik der Suizidalität



Édouard Manet
Le Suicide (1877)

Diagnostisches Vorgehen (Bronisch 2009)

| Diagnostische Ebene | Diagnostische Ziele |
|--------------------------|---|
| Anamnese | Symptomatik und chronologische Entwicklung Vorerkrankungen, insbesondere Suizidversuche Lebenssituation |
| Exploration | Erkennen psychiatrischer Erkrankungen, insbesondere depressiver Syndrome Verstehen auslösender Konfliktsituationen Beurteilung der akuten Suizidgefährdung |
| Körperliche Untersuchung | Erfassen Therapie relevanter körperlicher Begleiterkrankungen (Folgen durchgeführter suizidaler Handlungen) |
| Fremdanamnese | Ergänzung und Überprüfung der Angaben des Patienten, z. B. Bagatellisierungstendenzen |

23

Erkennen von Suizidalität I Personale Faktoren

- Patient distanziert sich nicht von Suizidideen/Suizidversuch,
- auch nach einem ausführlichem Gespräch
- Patient erlebt drängende Suizidgedanken
- Patient wirkt ausgesprochen hoffnungslos
- Patient hat keine Zukunftsperspektive
- Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen
- Patient hat Konflikt, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, nicht gelöst
- Patient reagiert ausgesprochen gereizt/aggressiv oder ist agitiert,
- ein tragfähiger Kontakt kommt nicht zustande
- Patient hat schwere depressive Verstimmung, evtl. mit depressiven Wahnideen

24

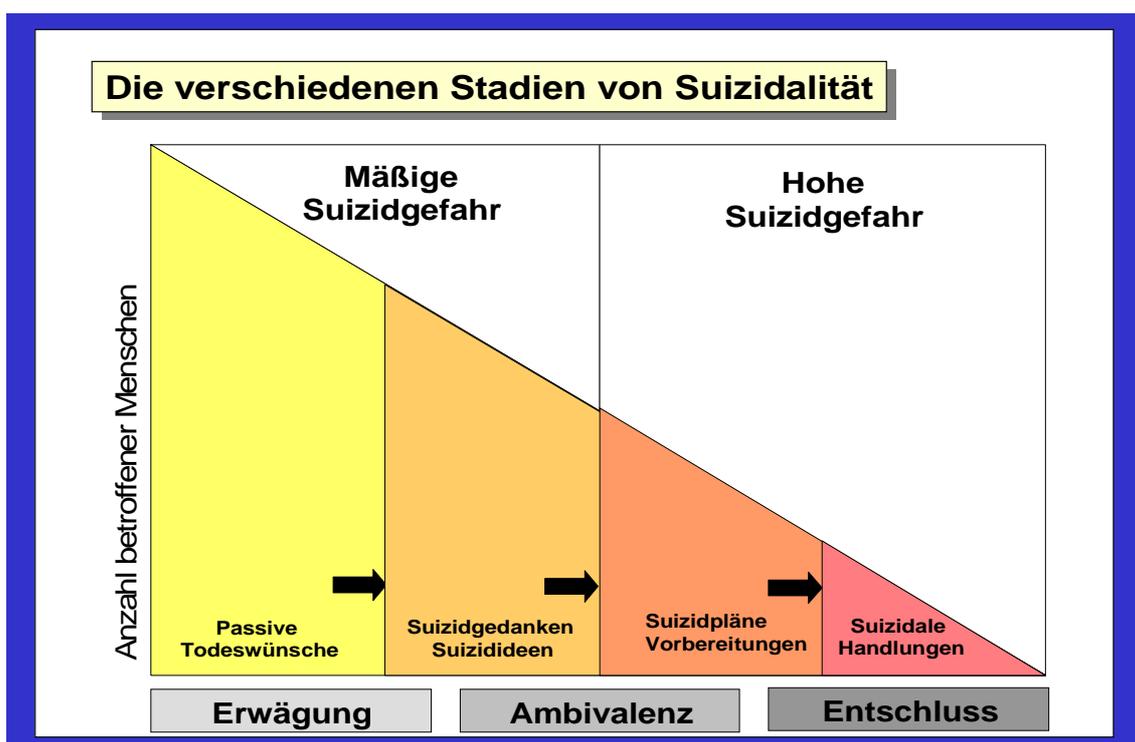
Erkennen von Suizidalität II

Anamnestiche Aspekte

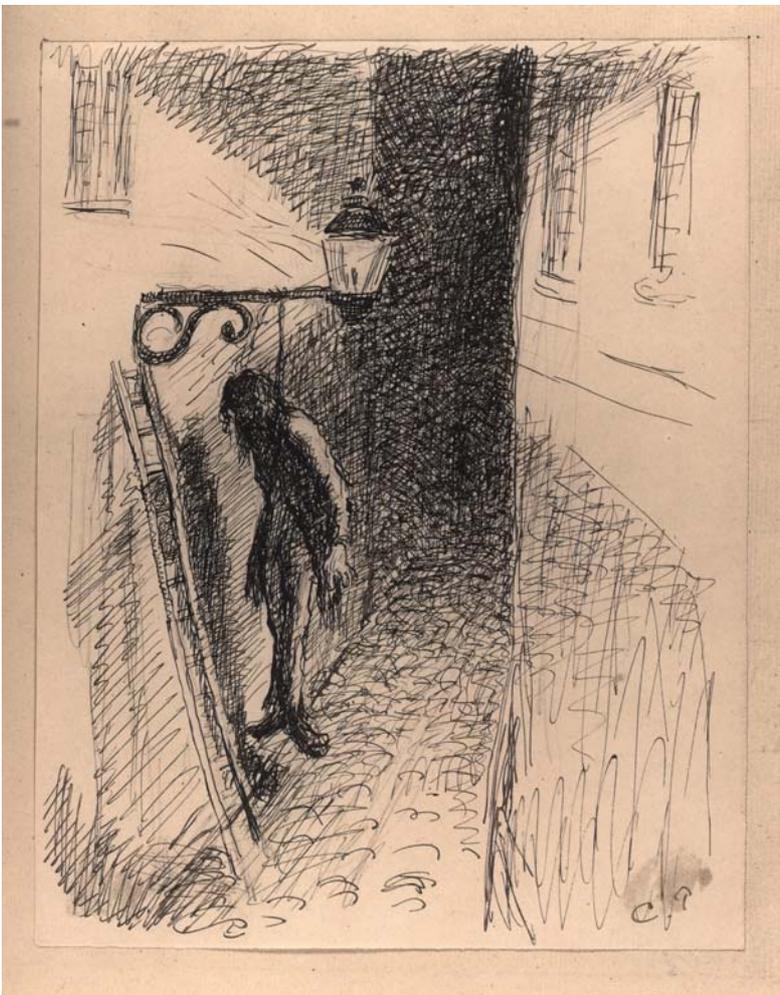
- Patient hat Suchterkrankung
- Patient befindet sich in einer akuten psychotischen Episode
- Patient hat einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Patient hat Suizidarrangement getroffen,
 - das eine Auffindung unmöglich macht
- Patient unternahm einen Suizidversuch mit harter Methode,
 - oder hat Suizidgedanken mit harter Methode
- Patient hat positive Familienanamnese mit Suiziden und Suizidversuchen
- Patient zeigt mangelnde Impulskontrolle,
 - z. B., bei akuter Alokoholintoxikation und Alkoholentzug

25

Verschiedene Stadien von Suizidalität



26



Therapie der Suizidalität

Camille Pissarro
Le Pendu
1889-1890

Therapie der Suizidalität

- **Maßnahmen zur therapeutischen Krisenintervention**
- **Notfallbehandlung bei Suizidalität**
- **Leitsätze im Umgang mit suizidalen Patienten**
- **Der chronisch suizidale Patient**
- **Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalen**

Maßnahmen zur therapeutischen Krisenintervention

- **Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal**
- **Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals**
- **Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche**
- **Aufbau einer tragfähigen Beziehung**
- **Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen**
- **Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für die aktuelle Krise**
- **Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für künftige Krisen**
- **Kontaktangebote als Hilfe zur Selbsthilfe**
 - **Einbeziehung von Angehörigen - (unter Berücksichtigung der individuellen Situation)**

29

Notfallbehandlung bei Suizidalität

Wenn der Patient aufgrund seiner Äußerungen oder seines Verhaltens als akut suizidgefährdet anzusehen ist, sind alle Maßnahmen, die dazu geeignet sind, ihn vom Vollzug des Suizids zurückzuhalten, prinzipiell gerechtfertigt

Aufgrund der Pflicht zur Hilfeleistung müssen Ärzte, aber auch andere anwesende Personen im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Patienten vom Suizid abzuhalten (Garantenpflicht)

Die Maßnahmen sind rechtlich abgedeckt durch die Bestimmungen des „rechtfertigenden Notstandes“ bzw. der „Geschäftsführung ohne Auftrag“. Andernfalls droht bei Nichteingreifen die Strafbarkeit durch unterlassene Hilfeleistung

Die stationäre Aufnahme ist indiziert, wenn eine suizidale Handlung innerhalb der nächsten Minuten, Stunden oder Tage zu erwarten ist. In diesen Fällen ist eine geschlossene Unterbringung meist nicht zu vermeiden

Der Patient darf nicht allein gelassen werden und ist sofort in das zuständige psychiatrische Krankenhaus einzuliefern. Gibt der Patient sein Einverständnis nicht, ist eine Aufnahme unter Anwendung der auf Länderebene gültigen Unterbringungsgesetze möglich, gegebenenfalls unter Zuziehung der Polizei

Bei der Entscheidung über Zwangseinweisung muss dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung getragen werden. Wesentliche Momente bei dieser Güterabwägung sind die im Einzelfall gegebenen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, das Potenzial an sozialer Unterstützung sowie der Grad der Absprachefähigkeit auf Seiten des Patienten

30

Leitsätze im Umgang mit suizidalen Patienten

- Suizidversuche basieren in den meisten Fällen auf sehr subjektiven Bilanzen des eigenen Lebens, die fast immer korrigierbar sind.
- Therapeut und Patient müssen sich darüber im Klaren sein, dass Suizid etwas ist, was *nicht* rückgängig gemacht werden kann.
- Nahezu jeder Suizidversuch enthält als wesentliches Element einen Appell an menschliche Bindung.
- Der Therapeut muss mit dem suizidalen Patienten einen zeitlichen Aufschub vereinbaren, während dessen er – noch einmal – mit dem Patienten die Lebenssituation genau anschauen kann.
- Kein Therapeut kann einen Patienten *langfristig* von einem Suizidversuch oder Suizid abhalten. Der Therapeut muss mit der Kränkung fertig werden, dass er nicht um jeden Preis Leben erhalten kann.
- Der Therapeut muss für den Patienten stellvertretend Hoffnung ausstrahlen können.
- Ein Suizidversuch ist immer ernst zu nehmen, und es müssen auch bei parasuizidalen Gesten Konsequenzen gezogen werden.

31

Der chronisch suizidale Patient

- Chronisch suizidale Patienten dürfen auf keinen Fall um jeden Preis von Suizidversuchen abgehalten werden, weil oftmals Suizidalität manipulativ eingesetzt wird.
- Bei ambulanter Therapie muss *vor* Therapiebeginn eine evtl. schriftliche Vereinbarung über Konsequenzen von suizidalem Verhalten während der Therapie erfolgen (siehe weiter unten „Suizidpakt“).
- Bei akuter Suizidgefahr sollte der Patient in eine psychiatrische Notfallambulanz eingewiesen oder der Notarzt alarmiert werden.
- Bei erpresserischen Suiziddrohungen sollte der Therapeut dem Patienten klarmachen, dass der Therapeut einen Suizid des Patienten zwar bedauern würde, aber sich weder verantwortlich für den Suizid des Patienten fühlt noch ihm nachtrauern wird.
- Bei gleichzeitig bestehender deutlich depressiver Verstimmung ist eine antidepressive Behandlung, welche möglichst stationär erfolgen sollte, unbedingt erforderlich.
- Sofern Angehörige vorhanden sind, die zu einer Kooperation fähig und willig sind, sollte die stets existierende Suizidgefahr offen besprochen und das Einverständnis für eine ambulante Behandlung eingeholt werden.

32

Literatur

- **Bronisch T:** Der Suizid. Ursachen, Warnsignale Prävention. CH Beck: München 1995, 5. neu überarbeitete Auflage 2007
- **Bronisch T:** (Hrsg.): Psychotherapie der Suizidalität. Thieme, Stuttgart, New York 2002
- **Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckel Ch:** Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Pfeiffer bei Klett-Cotta: München 4. Auflage 2009
- **Bronisch T, Hegerl U** Suizidalität. In: Lehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie (Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Berlin: Springer. 4. neu bearbeitete Auflage 2010
- **Doerrmann W:** Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Pfeiffer: München 1991, 2. Auflage 2000
- **Freeman A, Reinecke MA:** Selbstmordgefährdung. Kösel: München 1995
- **Giernalczyk T:** Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. Kösel: München 1995
- **Kind J:** Suizidal. Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen 1992
- **Wolfersdorf M** Therapie der Suizidalität. In: Möller H-J (Hrsg) Therapie psychischer Erkrankungen. 3. Aufl., Thieme: Stuttgart 2006
- **Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (2008)** Suizidalität. Verstehen – Behandeln – Vorbeugen. Regensburg: S.Roderer