

Suizidalität

5. Internationale Sylter Palliativtage

9. bis 12. April 2016

smart-Q Kongresse
Westerland

Georg Fiedler

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Therapie

smart-Q Kongresse

Preventing suicide

A global imperative



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Suizidalität ist ein häufiges Phänomen

smart-Q Kongresse
mit
breit wirkenden Folgen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

- 10.076 Menschen starben in Deutschland im Jahr 2013 durch Suizid. *
- Weit über 100.000 Menschen begingen im Jahr 2013 einen Suizidversuch. *
- Weit über 60.000 Menschen verloren im Jahr 2013 einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid. Nicht selten benötigen auch sie Unterstützung (nach Angabe der WHO sind von einem Suizid im Durchschnitt mindestens sechs nahe stehende Menschen betroffen).

- Das bedeutet*:

smart-Q Kongresse

- In den letzten 10 Jahren starben mehr als 110.000 Menschen durch Suizid. (Einwohner Koblenz, Marburg ca. 80.000)
- In den letzten 10 Jahren gab es in Deutschland weit über 1 Million Suizidversuche.
- In den letzten 10 Jahren sind in Deutschland zwischen 500.000 und 1 Million Menschen von dem Suizid eines ihm nahe stehenden Menschen betroffen

* Die Angaben über vollendete Suizide beruhen auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes vom 12. Dezember 2013. Da Daten zu den Suizidversuchen nicht systematisch erhoben werden, sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (publiziert in Schmidtke et al. 2001, 2004). Die Angabe von 6 betroffenen Angehörigen durch einen Suizid beruht ursprünglich auf einer Behauptung von Shneidman (1973) und tradierte sich als Schätzung bis hinein in WHO-Publikationen. Eine erste Überprüfung von Berman (2011) ergab, dass die Schätzung den Kreis sehr nahestehenden Betroffenen relativ gut erfasste, dass aber durchaus darüber hinaus noch weitere (bis zu 25) Menschen betroffen sind. Weitergehende Berechnungen durch G. Fiedler.



Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

- 10.076 Menschen starben in Deutschland im Jahr 2013 durch Suizid. *
- Weit über 100.000 Menschen begingen im Jahr 2013 einen Suizidversuch. *
- Weit über 60.000 Menschen verloren im Jahr 2013 einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid. Nicht selten benötigen auch sie Unterstützung (nach Angabe der WHO sind von einem Suizid im

In Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und Aids

smart-Q Kongresse **zusammen**

Suizid. (Einwohner Koblenz, Marburg ca. 80.000, Aue ca. 17.000)

- In den letzten 10 Jahren gab es in Deutschland weit über 1 Million Suizidversuche.
- In den letzten 10 Jahren sind in Deutschland zwischen 500.000 und 1 Million. Menschen von dem Suizid eines ihm nahe stehenden Menschen betroffen

* Die Angaben über vollendete Suizide beruhen auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes vom 12. Dezember 2013. Da Daten zu den Suizidversuchen nicht systematisch erhoben werden, sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (publiziert in Schmidtke et al. 2001, 2004). Die Angabe von 6 betroffenen Angehörigen durch einen Suizid beruht ursprünglich auf einer Behauptung von Shneidman (1973) und tradierte sich als Schätzung bis hinein in WHO-Publikationen. Eine erste Überprüfung von Berman (2011) ergab, dass die Schätzung den Kreis sehr nahestehenden Betroffenen relativ gut erfasste, dass aber durchaus darüber hinaus noch weitere (bis zu 25) Menschen betroffen sind. Weitergehende Berechnungen durch G. Fiedler.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Todesursachen 2013

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Illegale Drogen	1.002	Quelle: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung *
Mord und Totschlag (vollendet)	578	Quelle: Bundesministerium des Inneren - Polizeiliche Kriminalstatistik 2013
Verkehrsunfälle	3.339	Quelle: Statistisches Bundesamt **
AIDS	~ 550	Quelle: Robert Koch Institut ***
Suizid	10.076	Quelle: Statistisches Bundesamt

Pressemitteilung vom 04.03.2015 - ** Pressemitteilung vom 2. Juli 2014 – 238/14 -

*** Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts Stand: Ende 2013 -

In Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und Aids zusammen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

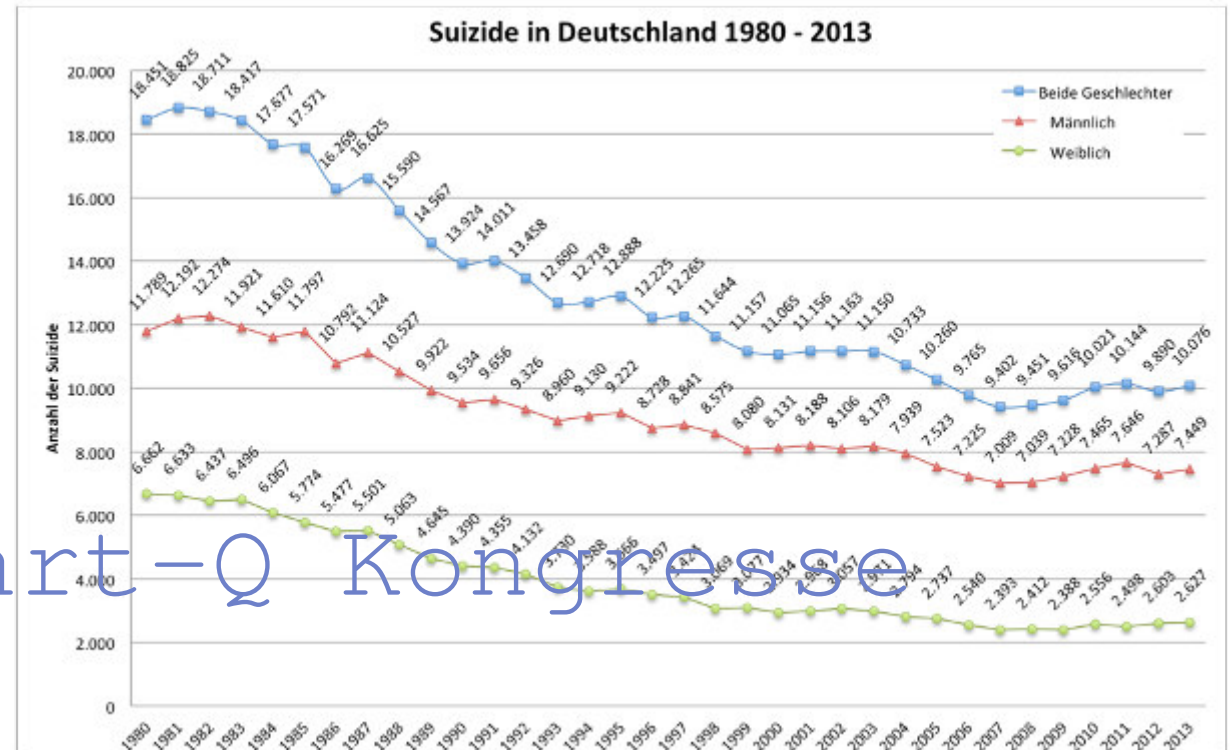
Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

smart-Q Kongresse



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

Die Suizidhäufigkeit (und die Suizidziffer) ist in Deutschland seit Beginn der achtziger Jahre deutlich zurückgegangen. Die Suizidhäufigkeit von Männern ist deutlich höher als die von Frauen.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

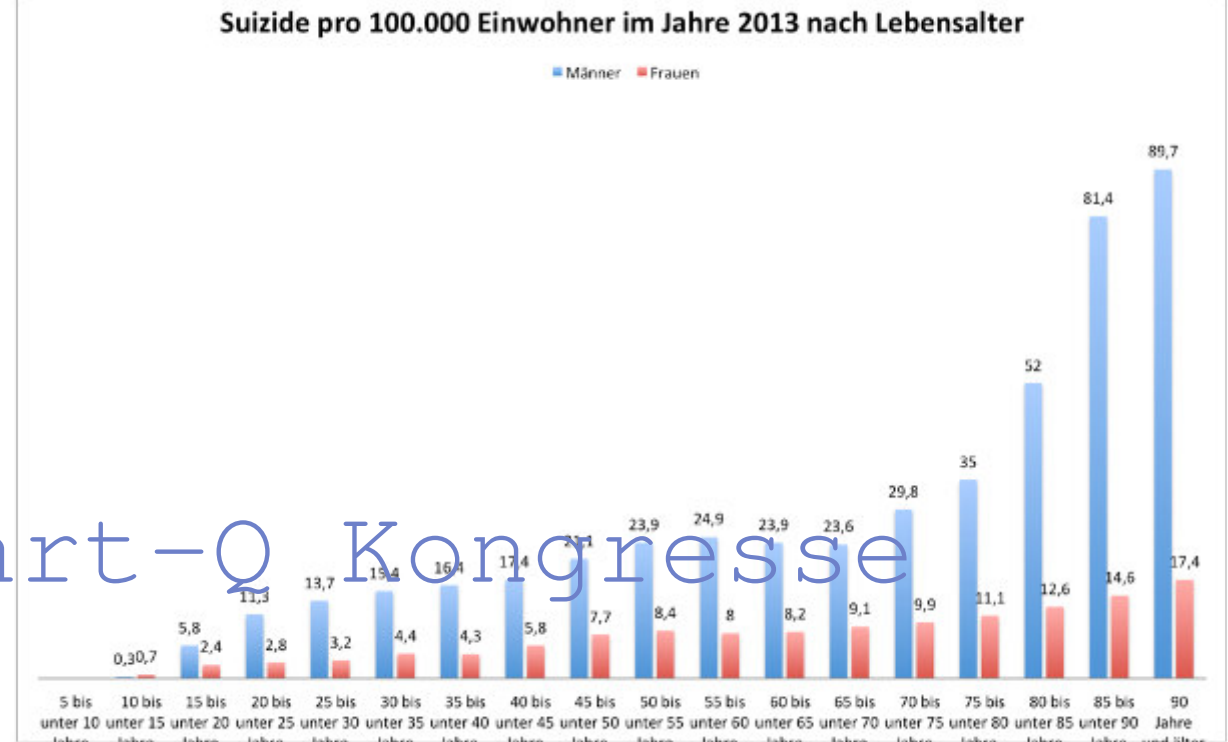
Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

smart-Q Kongresse



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

In Deutschland steigt die Suizidziffer (bzw. das Suizidrisiko) mit dem Lebensalter (das. sog. Ungarische Muster).

In allen Altersgruppen begehen Männer deutlich mehr vollendete Suizide als Frauen.

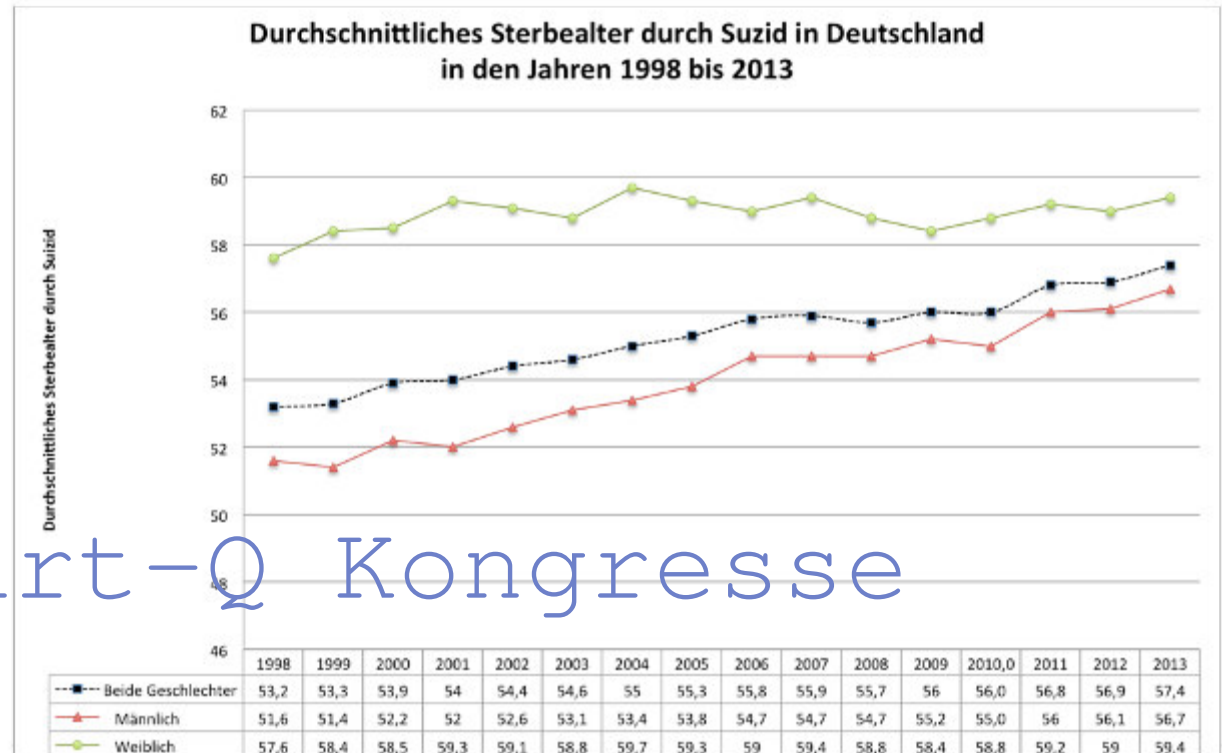
Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

smart-Q Kongresse



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

Der Suizid ist ein Phänomen des höheren Lebensalters.

Im Jahre 2013 betrug das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid verstorbenen Menschen 57,4 Jahre (1998 lag es noch bei 53,2 Lebensjahren). Besonders bei Männern stieg es von 51,6 (1998) auf 56,7 Lebensjahre (2013), und nähert sich dem Durchschnitt der Frauen an.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Suizidalität - Ein beeinflussbares Phänomen

Die Suizidhäufigkeit ist in ihrer Gesamtheit immer eine Resultante der Wirkung unterschiedlicher positiv und negativ wirkender Kräfte.



Beispiele für Faktoren, die sich positiv oder negativ auf die Suizidraten auswirken können.

G. Fiedler 2014 (siehe auch WHO - Preventing suicide: A global imperative - 2014)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Suizidalität - Ein beeinflussbares Phänomen

Epidemiologie

Negativ

Suizidalität

Mit jedem Prozent mehr an **Arbeitslosigkeit** steigt die Suizidzahl der unter 65-Jährigen um 0,8 % an

Praxis

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe : an empirical analysis. Lancet 2009; 374: 315-323

In den Tagen dem Suizid des **Fußballspielers Robert Enke** stieg die Anzahl der Suizide auf den Bahngleisen um das drei bis vierfache an. Insgesamt liegt die Anzahl der Suizide auf Bahngleisen bis heute noch deutlich höher als vor dem Suizid von Robert Enke.

Postiv

Der Rückgang der Suizidhäufigkeiten in Deutschland im Verlauf der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts. Vermutete Faktoren:

- **Psychiatriereform** (Auflösung der großen Landeskrankenhäuser, Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für Risikogruppen (depressiv und psychotisch Erkrankte) und in der **Notfallmedizin**, **Präventionsprogramme** für Risikogruppen (Sucht), demographische Entwicklung.

smart-Q-Kongresse

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Suizidalität ist bei **allen**
psychiatrischen Erkrankungen
erhöht
smart-Q Kongresse



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

smart-Q Kongresse

Diagnosis	overall		with admission to mental hospitals		without admission to mental hospitals	
	n	%	n	%	n	%
Mood-disorder	5950	30,20%	1545	20,80%	814	44,40%
Substance-use relatet disorder	3479	17,60%	725	9,80%	352	19,20%
Schizophrenia	2787	14,10%	1481	19,90%	138	7,50%
Personality disorder	2561	13,00%	1129	15,20%	58	3,20%
Other disorder	4541	23,10%	2534	34,20%	252	13,70%
No diagnosis	398	2,00%	10	0,10%	221	12,00%
	19716	100,00%	7424	100,00%	1835	100,00%

Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Crisis. 2004;25(4):147-55.

Das Suizidrisiko ist bei allen psychiatrischen Erkrankungen erhöht

Die Studienlage hinsichtlich depressiver Erkrankungen an den vollendeten Suiziden ist sehr uneinheitlich. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei 40% bis 60% der vollendeten Suizide eine depressive Erkrankung vorlag.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Lebenszeitprävalenz - Suizidideen und Suizidversuche

Diagnosegruppen	n	ideen	Versuche
Major Depressive Episode	2897	26,20%	8,36%
Dysthymie	958	30,70%	10,12%
Generalisierte Angstörung	556	31,90%	12,01%
Soziale Phobie	386	23,00%	7,60%
Spezifische Phobie	945	18,30%	5,11%
PTSD	411	32,90%	10,73%
Agoraphobie	176	19,40%	10,10%
Panikstörung	350	23,70%	10,00%
Alkoholmissbrauch	496	16,20%	5,43%
Alkoholabhängigkeit	143	27,80%	11,62%

Bernal M. Haro et al. (2007) Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study, J Affect Dis 1001: 27-34, Zitiert nach Wolfersdorf (2011)

smart-Q Kongresse

Ähnlich uneinheitlich ist die Studiensituation betreffend der Lebenszeitprävalenz von Suizidideen und Suizidversuchen bei depressiven Erkrankungen.

Suizidideen werden bei 40% bis 80% aller depressiven Patienten geschätzt, Suizidversuche bei 20% bis 30%.

Einleitung

Lebenzeitrisiko

Epidemiologie

Die Wahrscheinlichkeit durch einen Suizid zu sterben liegt bei

Suizidalität

4% bei Patienten mit affektiven Störungen

Praxis

5% bei an Schizophrenie erkrankten Patienten

7% bei alkoholabhängigen Patienten

8% bei Patienten mit bipolaren Störungen

smart-Q Kongresse

Das Risiko erhöht sich deutlich, wenn mehrere dieser Störungen bei einem Patienten vorliegen

Zusammenfassung nach WHO 2014



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

smart-Q Kongresse

Myths about suicide

Myth:

*Only people with
mental disorders are suicidal*

Fact:

*Suicidal behaviour indicates deep
unhappiness but not necessarily
mental disorder. Many people
living with mental disorders are not
affected by suicidal behaviour, and
not all people who take their own
lives have a mental disorder.*



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Wer an einer psychiatrischen Erkrankung leidet ist nicht notwendig suizidal, wer suizidal ist ist nicht notwendig psychisch erkrankt.

Suizidalität

Praxis

Suizidalität und psychische Erkrankung können als ein überlappendes Phänomen verstanden werden.

Auch bei Vorliegen einer bestimmten psychiatrischen Erkrankung sollte bei Suizidalität immer neben der Behandlung der Grunderkrankung auch die Suizidalität therapeutisch beachtet werden.

smart-Q Kongresse



Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen

smart-Q Kongresse



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Suizidalität ist ...

... ein spezifisch menschliches und ein komplexes Phänomen, welches sich einer einfachen und monokausalen Erklärung entzieht.

Ein Suizid lässt sich nie nur auf eine Ursache zurückführen.

... „ist die Summe aller Denk- Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, durch Handeln lassen anderer Beteiligter oder auch durch passives Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.“

Wolfersdorf 1996, 2000, 2009, 2014, DGPPN et al. 2010

wertende Begriffe: **~~Freitod~~ — ~~Selbstmord~~**

neutrale Begriffe: **Suizid - Selbsttötung**

smart-Q Kongresse



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung	Ein psychodynamisches Verständnis
Epidemiologie	In der Konzeption der Hamburger Forschungsgruppe „Suizidalität und Psychotherapie“ wurde Suizidalität nicht im Sinne einer spezifischen Krankheit, sondern als ein
Suizidalität	
Praxis	entwicklungsgeschichtlich individuell unterschiedlich ausgeprägtes Erleben

smart-Q Kongresse

verstanden, das

in verschiedenen Lebensphasen, bei

unterschiedlichen Erkrankungen und mit einer

geschlechterspezifischen Korrespondenz in

unterschiedlicher Intensität

aktualisiert werden kann.

Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie

Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) • Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Mitglieder:
Georg Fiedler, Ilan Gans, Paul Götze, Benigna Gerisch, Reinhard Lindner, Monika Richter

Einleitung

Suizidalität - Aus der Perspektive des Betroffenen

Epidemiologie

Suizidalität als Ausdruck der

Suizidalität

Praxis

- Zuspitzung einer seelischen Krise, **eine extreme psychische Befindlichkeit**, geprägt durch
- Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit, Scham- und Schuldgefühle, Ärger und Wut, paranoide Affekte
- oft begleitet von einer **Einengung des Denkens** und einer
- eingeschränkten Fähigkeit selbst psychosoziale Probleme zu lösen und sich adäquat Hilfe zu suchen.

Darüber hinaus besteht oft eine **Unfähigkeit, die eigene - suizidale-Befindlichkeit in Sprache auszudrücken**.

Befindlichkeiten werden nicht in Worten sondern in Handlungen ausgedrückt. Dies kann zu Konflikten in der Kommunikation führen.



Einleitung

Suizidalität - Ein Zustand der Ambivalenz

Epidemiologie

Der Suizidale möchte nicht unbedingt sterben. Er weiss nicht, wie er unter den gegebenen Bedingungen weiterleben kann.

Suizidalität

Praxis

In diesem Zustand besteht die **Möglichkeit der Hilfe**, aber auch die **Möglichkeit des Suizids**. Von aussen gesehen können Äußerungen und Handlungen sehr widersprüchlich erscheinen.

smart-Q Kongresse
Suizidalität kann vor diesem Hintergrund immer als ein mehr oder weniger bewusster Hilferuf verstanden werden

70% der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, begehen keinen weiteren Suizidversuch unternehmen, 90% sterben nicht durch einen Suizid.

Das bedeutet auch: **Suizidale Krisen können überwunden werden.**



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

smart-Q Kongresse

Myths about suicide

Myth:

*Someone who is suicidal
is determined to die.*

Fact:

*Fact: On the contrary, suicidal
people are often ambivalent about
living or dying. Someone may act
impulsively by drinking pesticides,
for instance, and die a few days
later, even though they would have
liked to live on. Access to emotional
support at the right time can
prevent suicide.*



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Suizidalität - Ein Hilferuf

Epidemiologie

Suizidgefährdete suchen Hilfe.

Suizidalität

Nach Autopsiestudien wurden Suizide in der Mehrheiten Fälle vorher angekündigt. **Suizidankündigungen sind deshalb immer ernst zu nehmen.**

Praxis

Nach älteren Studien haben bis zu 75% der Menschen, die sich das Leben genommen haben, haben innerhalb von vier Wochen davor einen Arzt aufgesucht. Vermutlich haben sie ihre suizidale Befindlichkeit jedoch nicht kommuniziert.

Nach einer neueren Studie haben 50% aller durch einen Suizid verstorbenen depressiv Erkrankten, in den letzten drei Monaten vor dem Suizid ihren Hausarzt aufgesucht, 40% im letzten Monat vor dem Suizid und 20% in der letzten Woche vor der Selbsttötung.

Hawton K, et al. 2013

„Wer darüber spricht tut es nicht“



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Suizidalität ist ein Phänomen in Beziehungen

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Die Tendenz zu suizidalem Erleben und Verhalten entwickelt sich in in Beziehungen, z.B. durch Ablehnungs- und Gewalterfahrungen oder unzureichend bewältigten Lebens- und Entwicklungskrisen in Kindheit und Jugend.

Gleichzeitig kann das suizidale Erleben ein Ausdruck der Bewältigung intrapsychischer Konflikte sein, **die in sehr unterschiedlicher Art und Weise bei den Anderen Gefühle auslösen können**. Das Gegenüber empfindet dann z.B. Gefühle von

- Besorgnis/Angst
- Wut/Ärger
- Identifikation
- erpresst werden
- ...

und generell einen starker **Handlungsdruck** (Einschränkung beruflicher Autonomie)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Suizidalität ist ein vielfältiges Phänomen

Suizidalität betrifft Menschen, die

- die an einer psychischen Erkrankung leiden und jene, die sich einer Diagnose entziehen
- wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung befinden, und jene, die es nicht sind
- zum ersten mal in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung sind und jene, die schon langjährig Erfahrungen haben
- akut suizidal gefährdet sind, und jene, die (noch) nicht vor suizidalen Handlungen stehen
- nur ein suizidale Krise im Leben haben und jene, die Suizidgedanken einen großen Teil des Lebens begleiten
- die jung und adoleszent sich in Entwicklungskrisen befinden sind oder jene, die an den Einschränkungen des Alters leiden
- die körperlich gesund sind oder an einer schweren oder unheilbaren Erkrankung leiden
- die offen über ihre Suizidgedanken reden und jene, die darüber schweigen
- die Hilfe in Krisen bei anderen Menschen suchen und jene, die es sich nicht vorstellen können und erst dazu bewegt werden müssen
- jene, die sich in Drogen flüchten, und jene, die es nicht tun

smart-Q Kongresse

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Therapie

Praxis

smart-Q Kongresse

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Grundsätzlich

in der Praxis treffen suizidgefährdete Patienten in ihrer ganzen schon beschriebenen Unterschiedlichkeit auf Therapeuten

- mit unterschiedlicher beruflicher Qualifikation,
- mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen und Handlungsoptionen,
- in unterschiedlich strukturierten Einrichtungen/Angeboten,
- mit unterschiedlichen Biographien, Kommunikationsstilen und „Empfindlichkeiten“
- und mit unterschiedlichen Haltungen zum Thema „Suizid“.

smart-Q Kongresse

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Grundsätzlich

- **Der Suizid ist eine Handlungsoption des Patienten, die vom Therapeuten akzeptiert werden sollte.** Im Verlauf der Behandlung kann ein Suizidversuch stattfinden oder sie kann durch einen Suizid enden.
- Nur diese Akzeptanz ermöglicht es über die suizidalen Befindlichkeiten zu sprechen und sie in die Behandlung einzubeziehen.
- Respektierung der Autonomie des Patienten.
- Ein hohes Maß an Klarheit, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit.
- **Suizidgefährdung wird im Gespräch erhoben. Kommunikation und eine tragfähige Beziehung ermöglichen das Verständnis und sind suizidpräventiv.**
- **Die Arbeit mit Suizidgefährdeten sollte möglichst nie allein vorgenommen werden**

smart-Q Kongresse

Einleitung

Hinweise auf Suizidgefährdung

Epidemiologie

Allgemeine Risikofaktoren:

Suizidalität

Praxis

- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizidale Äußerungen, Suizidankündigungen
- Suizide und Suizidversuche in der Familie

Potentielle Hinweise auf Suizidgefährdung im Verhalten des Patienten

smart-Q Kongresse

- Selbstverletzungen
- Rückzug
- Patient wird wortkarger, erscheint nicht mehr so häufig in der Praxis, berichtet nicht mehr Persönliches
- Abschiede
- „Unauffälligkeit“ – neigt dazu „vergessen“ zu werden



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Erhöhte Gefährdung bei suizidgefährdeten Patienten:

Epidemiologie

Hinweise auf **akute Gefährdung bei suizidgefährdeten Patienten**

Suizidalität

- Impulsivität, Alkoholabhängigkeit

Praxis

- Pläne hinsichtlich des Suizids
 - der **Methode** (evtl. Mittel besorgt),
 - des **Ortes**
 - und der **Zeit** (Datum, Jahrestag ...)

smart-Q Kongresse

Je konkreter die Planung um so höher die Gefährdung.

- **Klärung der Gefährdung von Kindern (erweiterter Suizid)**



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Erhöhte Gefährdung bei suizidgefährdeten Patienten:

Situative Faktoren

- Aktuelle Verlusterfahrungen (oder deren Befürchtung)
- Aktuelle Veränderungen der Lebensumstände (auch Verlegung oder Entlassung aus der Klinik)
- Suizide prominenter Persönlichkeiten (Werther-Effekt)

smart-Q Kongresse

Wechsel im Verhalten (nicht zu erklärende Widersprüche)

- Plötzliche **Stimmungsverbesserung oder -verschlechterung ohne erkennbaren Grund**
- Wechsel von Aggressivität zu Depressivität ...



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Epidemiologie

Suizidalität

Praxis

Auf Verwicklungen achten

- Ich verspüre heftige aversive Gefühle.
- Der Patient gibt mir das Gefühl, das nur ich ihm helfen kann.
- Ich habe das Gefühl, inkompetent zu sein und Fehler gemacht zu haben.
- Ich habe den Eindruck, das es in der Situation wirklich keinen anderen Ausweg als den Tod gibt.
- Ich verspüre den Wunsch, er/sie möge sich (endlich) das Leben nehmen.
- Ich spüre den Druck, ständig außerplanmäßige Termine anzubieten, Gesprächszeiten zu verlängern oder auch in meiner Freizeit zur Verfügung stehen zu müssen.
- Ich habe den Eindruck, alles alleine machen zu müssen.
- Ich möchte das alles in der Supervision/Intervision nicht ansprechen (z.B. Schamgefühle).
- Ich möchte Dinge, die der Patient mir erzählt hat, in der Supervision/Intervision verschweigen oder möchte ihn vor den Kollegen in Schutz nehmen.

smart-Q Kongresse

Diese Gefühle sind Teil der pathologischen Interaktion mit dem Patienten, gehen von ihm aus und gehören in die Supervision!

Vor dem Gespräch

- Wissen, für was man zuständig ist und wofür nicht
- Über die eigenen Handlungsoptionen im klaren sein
- Wissen, wo ich weiterführende Unterstützung und im Notfall Hilfe organisieren kann

Das Gespräch

- Zeit nehmen
- Ruhige Atmosphäre schaffen, Unterbrechungen vermeiden
- Rahmen setzen und einhalten
- **Den Suizidwunsch als Gesprächsangebot (und nicht als Handlungsaufforderung) verstehen !**
- Fokussierung auf den Patienten, ernst nehmen, nicht beschwichtigen und bagatellisieren
- Annehmen! Nicht bewerten und beurteilen.
- Auf eigene Affekte und Grenzen achten
- Besprechen, wie es weitergehen wird nach dem Gespräch

smart-Q Kongresse

Nach dem Gespräch

- ggf. Vorgesetzte und Kollegen informieren
- In Teamsitzung oder Supervision einbringen
- Verwicklungen klären

Gefahr in Verzug

- ggf. Kontakt zu einem Psychiater herstellen, eine stationäre Behandlung einleiten, Polizei einschalten ...

Was vermieden werden sollte

smart-Q Kongresse

- Heroische Taten vollbringen wollen
- Die Probleme nach Dienstschluss „nach Hause“ mitnehmen

Suizidprävention im Alltag

smart-Q Kongresse

Suizidprävention - Was kann ich tun ?

- Information und Fortbildungen zum Thema Suizid und Suizidprävention,
- Im Alltag auf gefährdete Menschen achten und sie gegebenenfalls ansprechen
- Wissen, wo man in Krisenfällen rasch Hilfe bekommt.
- Dafür Sorgen, dass das Thema Suizidalität und Suizidprävention im eigenen Arbeitsbereich und in der Supervision berücksichtigt wird
- Beteiligung am Welttag der Suizidprävention am 10. September (www.welttag-suizidpraevention.de)
- Engagement im Bereich der Suizidprävention (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Nationales Suizidpräventionsprogramm, regionale Initiativen).

smart-O Kongresse



Materialien (Flyer)

Wenn ein Mensch sich getötet hat.

Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen

Wenn das Altwerden zur Last wird.

Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr älterer Menschen - Flyer

Nüchtern hätte ich das nicht gemacht.

Krisen bei Sucht- und Selbsttötungsgefahr: Hilfe für Betroffene und Angehörige

Darüber reden kann Leben retten.

Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr junger Menschen

Wenn die Zukunft dunkel scheint

Empfehlungen für Betroffene bei Erwerbslosigkeit

Suizide, Suizidversuche, Suizidalität,

Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien

Leistungssportler in der Krise ?

Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr im Leistungssport

Niedergeschlagen? Schlecht drauf? Nicht zögern! Reden!

Informationen für Inhaftierte (in 14 Sprachen)

Hinsehen, zuhören, reden ... Suizide und Suizidversuche im Justizvollzug

Informationen für Vollzugsbedienstete

smart-Q Kongresse



Nationales Suizid Präventions Programm



Nationales
Suizid Präventions
Programm

Suizid Prävention ist möglich

Nationales Suizid Präventions Programm für
Deutschland

Startseite

Informationen

Grundsätze

Struktur

Beteiligte

Arbeitsgruppen

AG-Infos

AG-Mitglieder

Materialien

Presse

Aktuelle Tagungen

Links

Spenden

Kontakt

Impressum

Datenschutz

Downloads

Eine Initiative der



Weitere Informationen unter



Nationales
Suizid Präventions
Programm

für Deutschland

Leibniz-Institut Arbeitswissenschaft

European Network on Suicide Research and Prevention

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

unter der Beteiligung des

Bundesministeriums für Gesundheit

und in Kooperation mit der

Deutschen Akademie für Suizidprävention



Internationaler Tag der Suizidprävention am 10. September
Informationen finden Sie → [hier](#)

[www. suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de)

Die Webseite wurde überarbeitet mit freundlicher Unterstützung der



Dr. Elias und Hedwig Günsky-Stiftung
Suizidforschung und -prävention



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie