

# Suizidalität

Prof. Dr. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy

# Marsha Linehan – Begründerin der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT)

[https://youtu.be/j\\_6j43zKNFw](https://youtu.be/j_6j43zKNFw)



*Marsha Linehan: «Mit einer toten Patientin lässt sich schlecht Therapie machen.»*

<https://www.143.ch>

Dargebotene Hand: Darüber reden hilft

# Definition und Schweregrad von Suizidalität



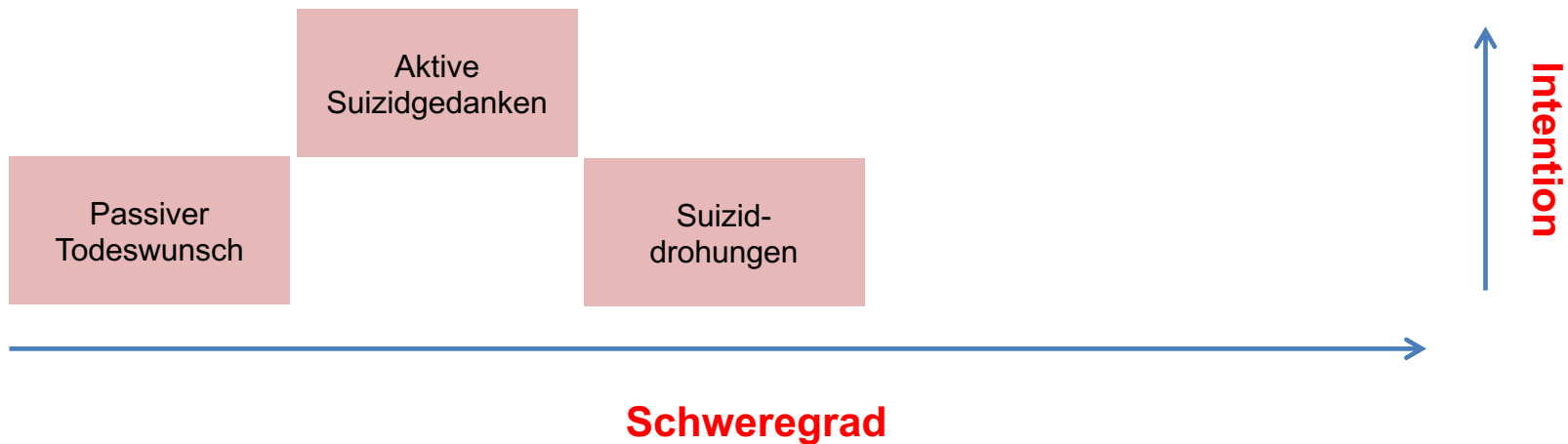
Als **passive Todeswünsche** werden Gedanken beschrieben, das eigene Leben als wenig lebenswert zu betrachten und lieber nicht mehr leben zu wollen. Eine Intention das Leben aktiv zu beenden besteht nicht.

# Definition und Schweregrad von Suizidalität



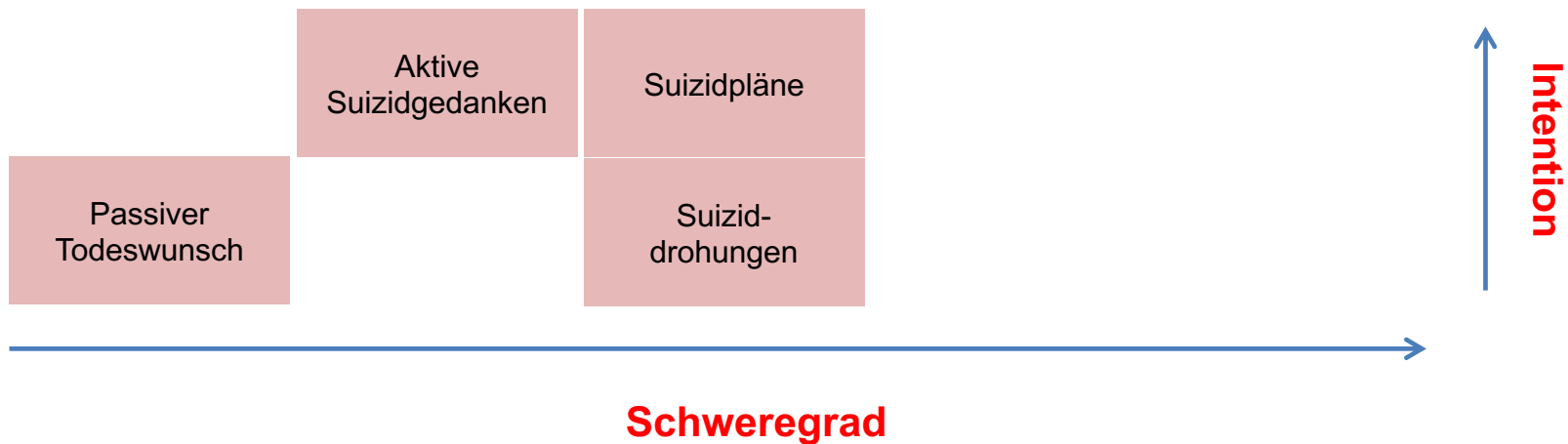
Als **Suizidgedanken** werden Gedanken beschrieben, das eigene Leben durch aktives eigenes Handeln oder durch passives Unterlassen zu beenden.

# Definition und Schweregrad von Suizidalität



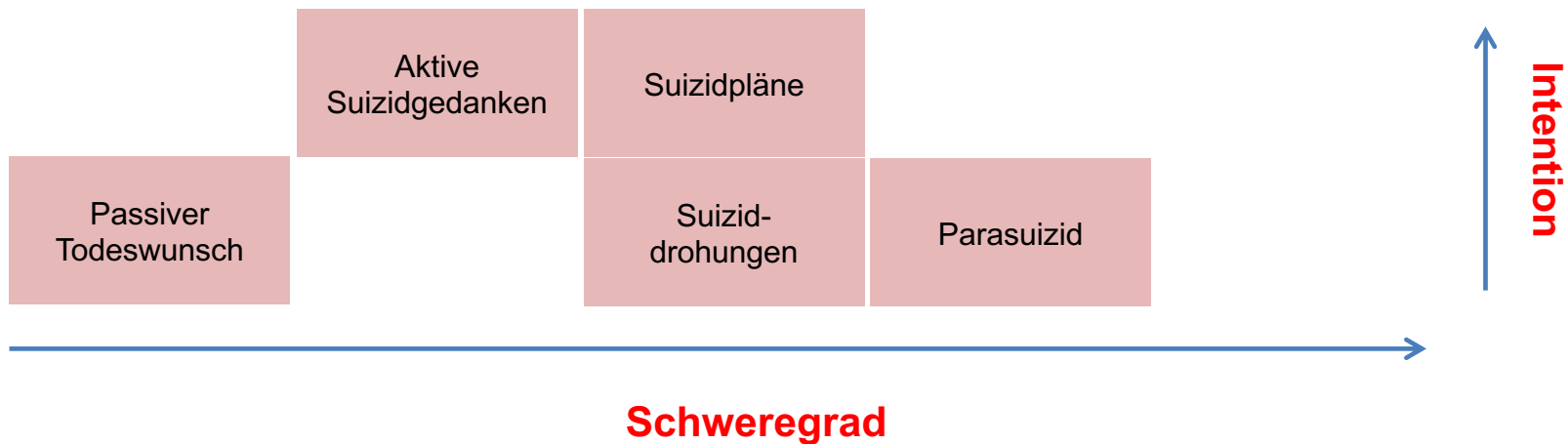
Als **Suiziddrohungen** werden verbale Äußerungen oder Handlungen beschrieben, bei denen suizidales Verhalten angekündigt wird, ohne dass die Intention besteht, dies auch durch einen Handlungsimpuls in die Tat umzusetzen.

# Definition und Schweregrad von Suizidalität



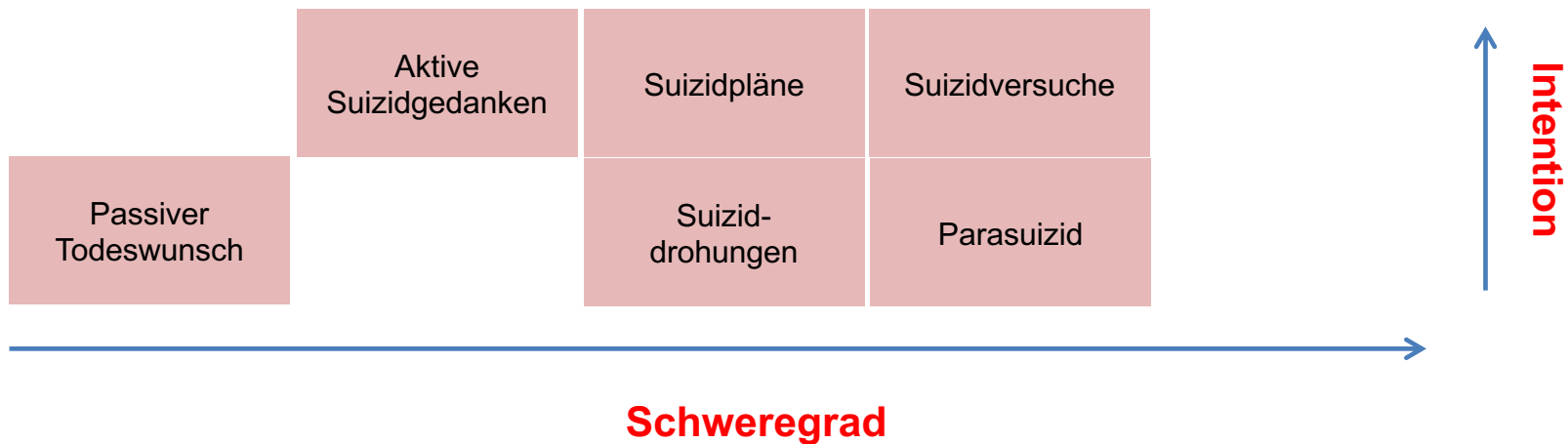
Ein **Suizidplan** liegt dann vor, wenn vom Individuum eine konkrete Methode formuliert wird, mittels derer das Individuum aktiv plant, aus dem Leben zu treten.

# Definition und Schweregrad von Suizidalität



Der Begriff **Parasuizid** bezeichnet die nichttödliche Handlung eines Menschen, die absichtlich selbstverletzend (aber nicht suizidal) durchgeführt wird und häufig ein Appell an die Umwelt in Form eines Suizidversuchs ist.

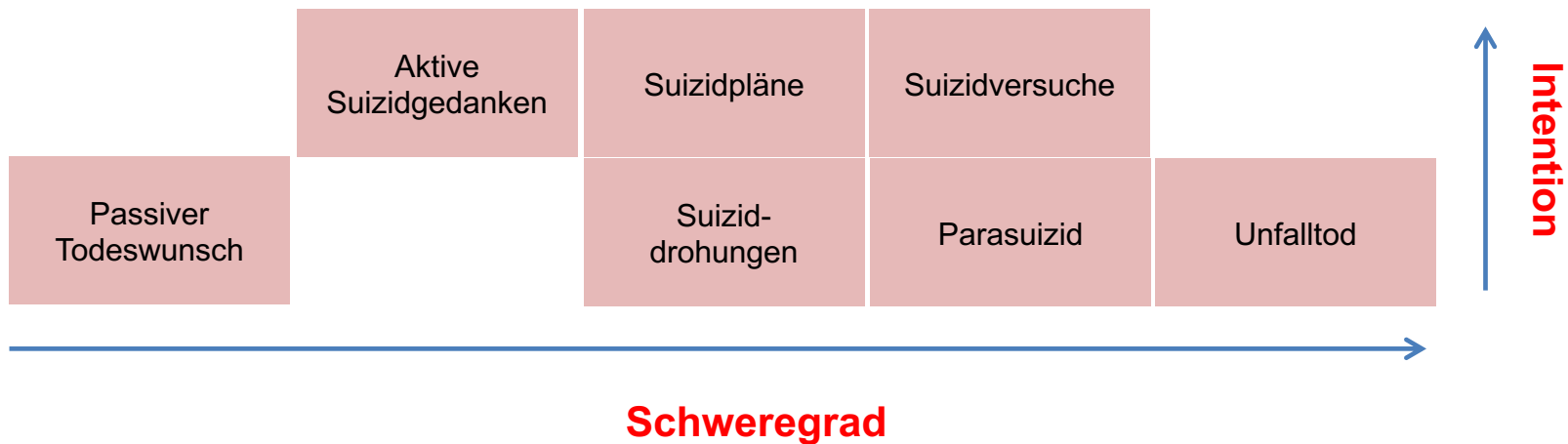
# Definition und Schweregrad von Suizidalität



Als **Suizidversuch** wird jede selbstinitiierte Verhaltenssequenz eines Individuums beschrieben, welches zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns erwartet, dass die getroffenen Maßnahmen zum Tode führen werden. Als Zeitpunkt des Beginns der Verhaltensweise wird jener Zeitpunkt gewählt, zu dem ein Verhalten initiiert wurde, das die Anwendung der Suizidmethode beinhaltet.

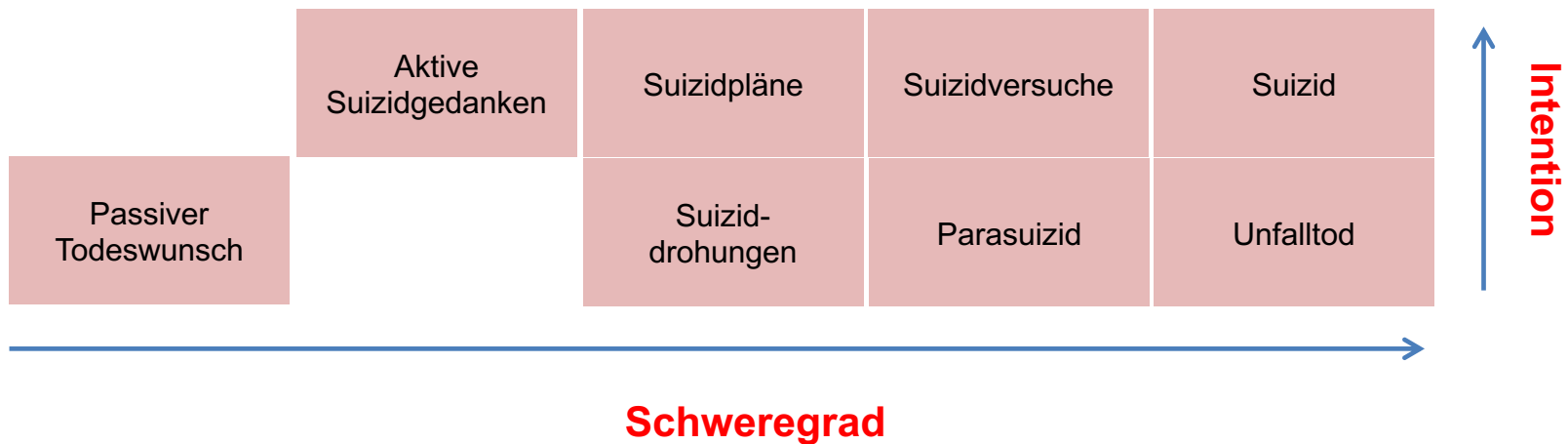


# Definition und Schweregrad von Suizidalität



Unter **Unfalltod** versteht man eine nicht beabsichtigte Beendigung des Lebens durch eine tödliche Selbstverletzung.

# Definition und Schweregrad von Suizidalität



Unter **Suizid** versteht man die von einer Person willentlich und im Bewusstsein der Irreversibilität des Todes selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens.

# Epidemiologie Suizidalität

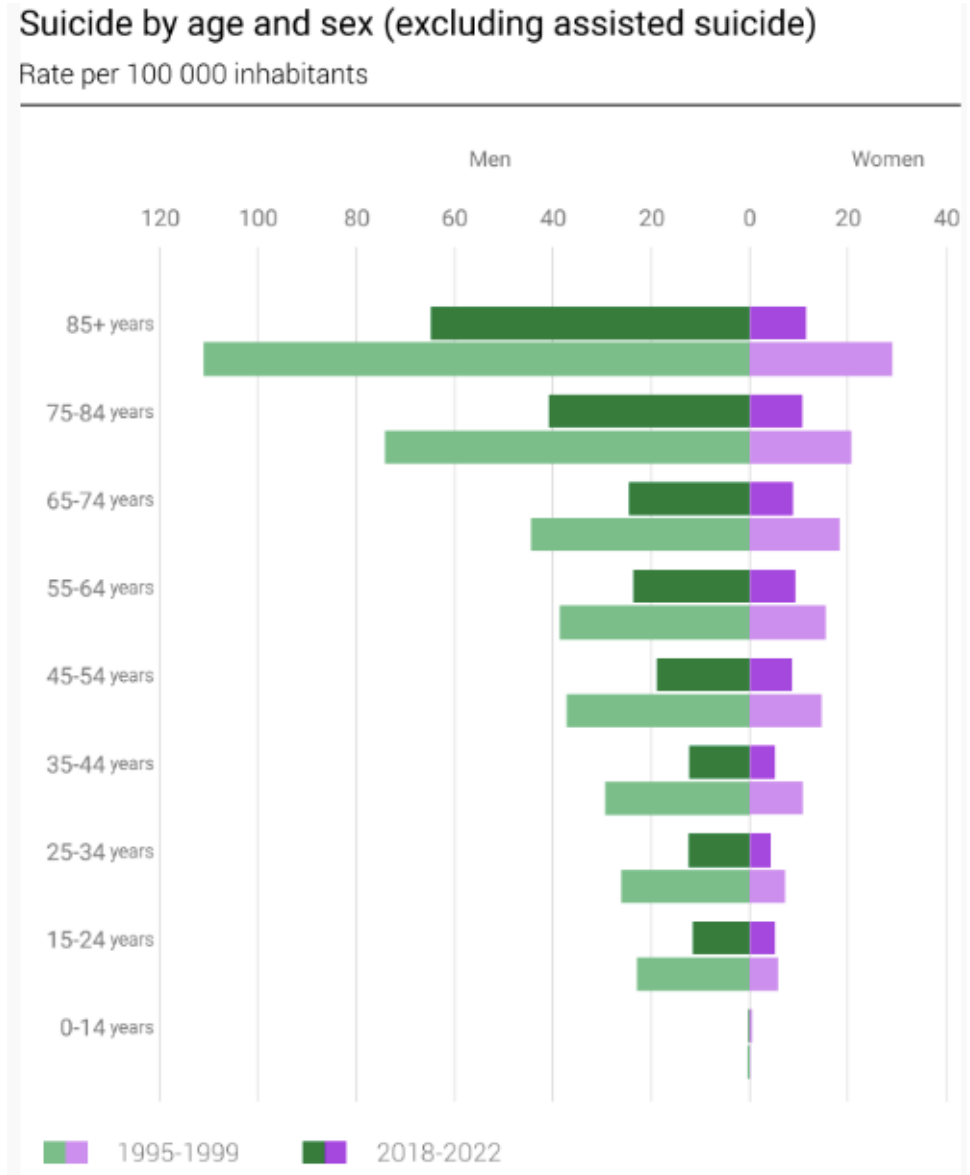
- Punktprävalenz Suizidgedanken
  - Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017: bei 7,8% mindestens einmal im Zeitraum von 2 Wochen vor der Befragung (steigend seit letzter Befragung im 2012)
  - Kein Geschlechts- und Altersunterschied
  - Wenig regionale Unterscheide, etwas häufiger in urbanen Regionen; sinkend mit Anstieg des Bildungsniveaus; höher bei Migrationshintergrund und Einpersonenhaushalten; bei 50% besteht mittlere oder hohe Depressivität

Peter, C., Tuch, A. (2019). *Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung* (Obsan Bulletin 7/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

# Suizidraten /100'000 nach Alter und Geschlecht

in den Jahren 1995-1999/ 2018-2022

- **Suizidrate bei Männern:** in fast allen Altersgruppen höher als bei **Frauen**
- **Suizidrate geht** in den Jahren 2018-2022 im Vergleich zu den Jahren 1995-1999 in fast allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern **generell zurück**
- **Dennoch gilt:** 2020-2021 stieg die Zahl der Spitalaufenthalte wegen psychischer Störungen bei Mädchen u. jungen Frauen (10 bis 24 Jahre) um 26%, bei gleichaltrigen Männern nur um 6% an; Hospitalisierung nach Suizidversuchen in dieser Altersgruppe nahm um 26% zu, die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste um 19%



# Prognose

- Suizidversuch vor 18. Lebensjahr erhöht das spätere Risiko für
  - Suizidale Ideen (OR 5.7)
  - Suizidversuch (OR 17.8)
- 4% der Jugendlichen mit anamnestischen Suizidversuch versterben im weiteren Lebenslauf an einem Suizid

Fergusson et al. (2005); Warnke (2007).

<b>Todeswunsch</b>	Wünschst du dir manchmal nicht mehr da zu sein? Beschäftigst du dich manchmal mit dem Thema Sterben, Tod?
<b>Suizidgedanken</b>	Denkst du daran, dir das Leben zu nehmen? Wie oft?
<b>Suizidpläne</b>	Hast du konkrete Ideen, wie du dir das Leben nehmen würdest?
<b>Verfügbarkeit der Methoden</b>	Kommst du da leicht ran oder hast du die notwendigen Dinge zu Hause? Hast du dir überlegt, wie du die Mittel erhältst?
<b>Vorbereitungshandlungen</b>	Hast du schon etwas vorbereitet? Hast du schon mal probiert, wie es wäre, wenn du es wirklich tun würdest?
<b>Zukunftsperspektive</b>	Ist die Situation aussichtslos für dich?
<b>Hoffnungslosigkeit</b>	Denkst du, dass sich deine Situation wieder verbessern kann?
<b>Soziale Faktoren</b>	Fühlst du dich alleine/ einsam? Fühlst du dich als Belastung für andere?
<b>Werther Effekt</b>	Ist in deiner Familie oder im Umkreis so etwas schon einmal passiert?
<b>Protektive Faktoren</b>	Gibt es Dinge, die dich noch am Leben halten?
<b>Frühere Suizidversuche</b>	Hast du schon einmal einen Versuch unternommen?
<b>Entschlossenheit</b>	Wie stark ist aktuell deine Absicht, dies in die Tat umzusetzen?

# Wie erheben?

## Hilfreiche Fragen:

- Denkst du im Moment daran, Deinem Leben ein Ende zu setzen?
- Warst Du schon einmal in dieser oder einer ähnlichen Situation?
- Hast Du dir schon einmal überlegt, wie Du dich umbringen würdest?
- Hast Du schon einmal versucht, Dir das Leben zu nehmen?
  - Wie hast Du es versucht, wann war das, was war danach, bist Du in Behandlung gewesen und wenn ja wo?
- Hast Du Zukunftspläne und wenn ja, welche sind das?
- Gibt es einen oder mehrere Menschen, der Dir besonders wichtig ist/die Dir besonders wichtig sind?
- Gibt es in Deiner Familie Menschen, die versucht haben sich umzubringen oder die es getan haben?
- Hilft Dir unser Gespräch im Moment dabei, Abstand von diesen Gedanken zu nehmen?
- Was könnte Dir helfen, Abstand von diesen Gedanken zu nehmen?
- Könnte es Dir helfen, eine Nacht auf unserer Station zu bleiben?
- Würde Dir diese Vorstellung ein momentanes Gefühl von Sicherheit geben?

# Einschätzung der Suizidalität

## 1. Gegenwärtige soziale Situation

Lebensereignisse, Beziehungen zu Familie und Peers, Mobbing Erfahrungen, Suizide in der unmittelbaren Umgebung

## 2. Psychische Situation der Betroffenen

Warnzeichen wie «Brüche», «Einengung von Denken, Fühlen, Handeln», Aggressionen und –stau, vermehrte somatische Beschwerden, Verschenken von Gegenständen, Verschlechterung Schulnoten

## 3. Frühere Suizidversuche



# Einstufung 0-5 bei Suizidalität

<u>Wert laut DiaryCard</u>	<u>Kennzeichen</u>	<u>Ausführliche Beschreibung</u>
0	<i>keine</i>	<u>gar keine Gedanken an Suizid</u> gar keine Gedanken an Suizid
1	<i>kaum</i>	<u>rein gedanklich</u> Gedanken an Suizid schwirren rum, sind aber nicht konkret, nur ab und zu, im Sinne von Blitzgedanken, ohne emotionale Beteiligung
2	<i>mässig</i>	<u>mit emotionaler Beteiligung</u> Gedanken sind schon etwas konkreter und öfter, verbunden mit einem gefühlten Todeswunsch
3	<i>drängend</i>	<u>spürbarer Kampf</u> Todeswunsch und Lebenswille halten sich gerade noch die Waage, Lebensgründe sind aber noch deutlich spürbar und haben noch einen erkennbaren Wert
4	<i>sehr drängend</i>	<u>Skillsanwendung ist absolut nötig</u> Wippe nähert sich dem roten Bereich, der Vertrag und damit die Selbstkontrolle existiert aber noch
5	<i>das Denken ist komplett auf Suizidideen eingeschränkt</i>	<u>Abklärung ist zwingend nötig</u> d.h. ohne Unterstützung von aussen besteht keine sichere Kontrolle mehr; eine andere Person ist nötig, um wieder den notwendigen Abstand zu den Suizidgedanken zu bekommen oder zu erkennen, dass externer Schutz nötig ist; meist ein konkreter Plan mit festen Vorstellungen bzgl. der Umsetzung.



# Konsensus Einschätzung Suizidalität

- Erfassung der Suizidalität als **fester Bestandteil** der Befunderhebung
- Suizidalität **nach Suizidversuchen** und **sobald Verdacht besteht** erheben
- Suizidalität bei **Vorliegen von Warnzeichen und Risikofaktoren** sowie bei unklaren Compliance- und Adhärenzproblemen somatischer Erkrankungen erheben
- Einschätzung der Suizidalität soll durch eine Fachperson im Bereich Kinder- und Jugendpsychologie oder Psychiatrie erfolgen
- Nach einer suizidalen Handlung soll eine **Kontaktaufnahme möglichst früh** erfolgen
- Bei Vorliegen von Suizidalität den **psychopathologischer Befund vollständig** erheben
- bei Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität eine **körperlich-neurologische Untersuchung** inkl. Hautinspektion durchführen
- bei der Beurteilung der Suizidalität **Aussagen Dritter** (Eltern, Lehrer etc.) berücksichtigen
- Abklärung der Suizidalität **wiederholt im Verlauf** durchführen

# Non-Suizid Commitment

- Verantwortungsübernahme durch Jugendliche
- Jugendliche verpflichten sich, alles in seiner Macht stehende zu tun, um sich nicht das Leben zu nehmen
- Jugendliche verpflichten sich, Hilfe zu holen, wenn akute Gefahr besteht

# DSM-5: Suizidale Verhaltensstörung

## Suizidale Verhaltensstörung

### Vorgeschlagene Kriterien

A. Die Person hat innerhalb der letzten 24 Monate einen Suizidversuch unternommen.

**Beachte:** Ein Suizidversuch ist ein selbstinitiiertes Verhaltensablaufeiner Person, die zum Zeitpunkt der Initiierung annimmt, dass der Ablauf der Handlung zu ihrem eigenen Tod führt. Der „Zeitpunkt der Initiierung“ ist der Zeitpunkt, an dem das Verhalten eingetreten ist, das die Anwendung der Methode beinhaltet.

B. Die Tat erfüllt nicht die Kriterien für Nichtsuizidale Selbstverletzungen – d. h. sie beinhaltet keine Selbstverletzungen, die der Körperoberfläche zum Zweck der Entlastung von negativen Gefühlen, von einem kognitiven Zustand oder zur Herbeiführung eines positiven Gefühls zugefügt werden.

C. Die Diagnose bezieht sich nicht auf Suizidgedanken oder Suizidvorbereitungen.

D. Die Tat wurde nicht während eines Delirs oder eines Zustandes der Verwirrtheit initiiert.

E. Die Tat wurde nicht ausschließlich aufgrund eines politischen oder religiösen Ziels ausgeführt.

*Bestimme, ob:*

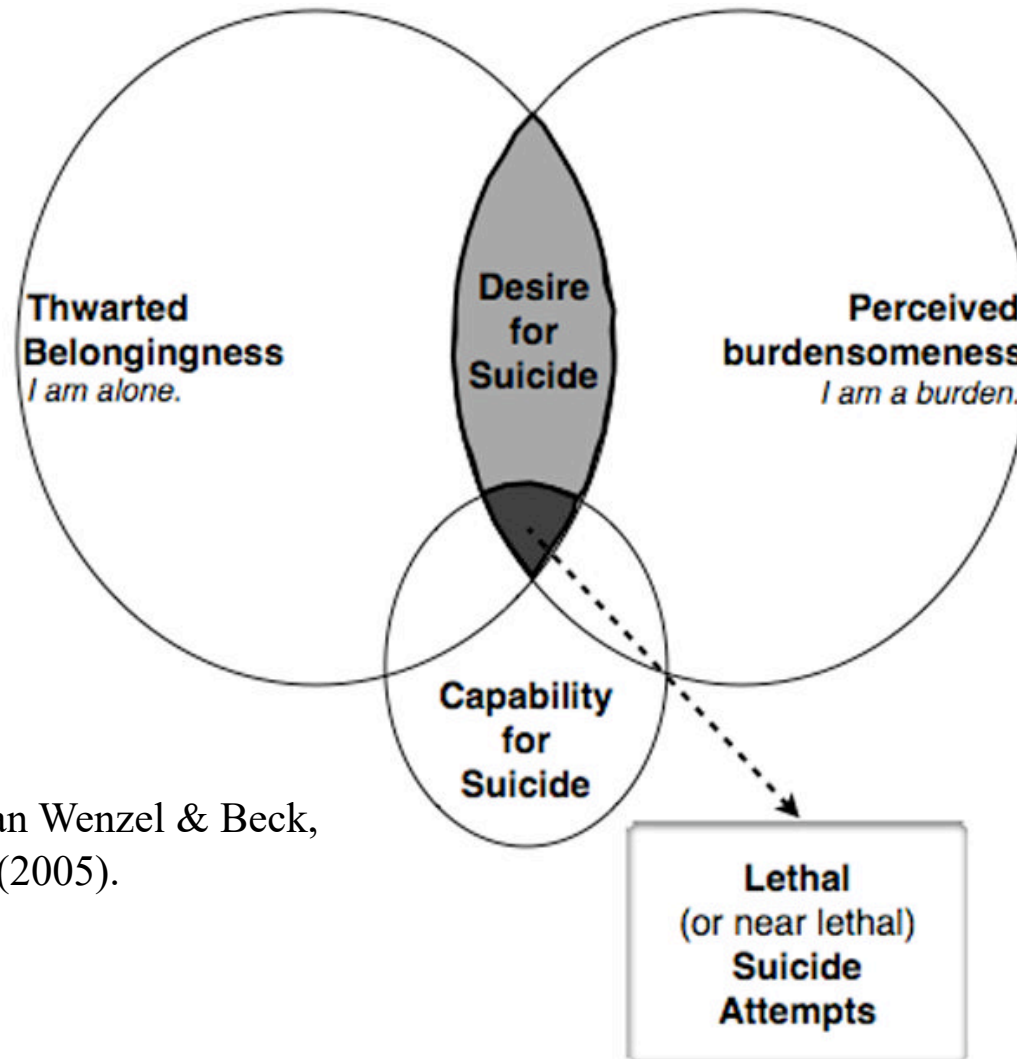
**Aktuell:** Nicht mehr als 12 Monate seit dem letzten Versuch.

**Frühremittiert:** 12 bis 24 Monate seit dem letzten Versuch.

# Warnzeichen im Jugendalter

- plötzliche Verhaltensänderung
- Apathie
- Rückzug
- Änderungen im Essverhalten
- unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod
- Verschenken persönlicher Gegenstände
- Symptome einer Depression, traurige Grundstimmung
- Stimmungsschwankungen, erhöhte emotionale Labilität
- (deutliche) Hoffnungslosigkeit
- deutliche Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Äußerung „altruistischer“ Suizid- bzw. Opferideen
- Agitiertheit bzw. Antriebssteigerung
- ausgeprägte Schlafstörungen
- Kurz zurückliegendes Verlusterlebnis
- eingeschränkte Problemlöseressourcen
- dichotomes („Schwarz-Weiß“) Denken
- Vorliegen einer psychosozialen Krise

# Kognitiv-interpersonales Modell



In Anlehnung an Wenzel & Beck,  
(2008); Joiner (2005).

# Mobbing und Suizidversuche

## The Association Between Cyberbullying, School Bullying, and Suicidality Among Adolescents

Findings From the Cross-National Study HBSC in Israel, Lithuania, and Luxembourg

Apolinaras Zaborskis<sup>1</sup>, Gabriela Ilionsky<sup>1</sup>, Riki Tesler<sup>2</sup>, and Andreas Heinz<sup>3</sup>

- **Studienteilnehmer:innen: 3814 15-Jährige** (aus Israel, Litauen und Luxemburg)
- **Häufigkeit Mobbing:**
  - 6.5% Cyber Mobbing
  - 15.6% Mobbing in der Schule
  - 16.7% Mobbing an anderen Orten
- **Suizidalität** in den vergangenen 12 Monaten (Gesamtstichprobe):
  - 17.8% dachten ernsthaft über Suizid nach
  - 12% machten einen Suizidplan
  - 9.5% Suizidversuch
- **Höheres Risiko für Suizidalität bei Mobbing-Opfern:** Suizidgedanken OR=3.66/3.44, Suizidpläne OR=4.41/3.34, Suizidversuche OR=6.31/3.87)



# Behandlung – Vorgehen ambulant

- **Für Sicherheit sorgen:** Zugang zu weichen und harten Methoden kontrollieren, Aufsicht, (stationäre Aufnahme)
- **Akute Problemlösung**
- Umgang mit drängenden Suizidgedanken – starke Emotionen aushalten lernen, sich für Entschlussformel entscheiden:
  - Ich werde mein Leben gestalten
  - Ich werde mir nichts antun - weder bewusst noch unbewusst
  - Auch wenn ich mich danach fühle



# Therapie der akuten Suizidalität - Leitlinien

- Oberstes Ziel: Sicherheit
- Stationäre Behandlung muss bei akuter Suizidalität umgehend eingeleitet werden (ggf. auch ohne Freiwilligkeit) mit adäquat begleitetem Transport in die Klinik
- Stationäre Behandlung muss bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen
- Psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen können bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein

# Therapie der fortbestehenden Suizidalität - Leitlinien

- Es soll eine psychotherapeutische und pharmakologische Intervention unter Beachtung folgender Punkte erfolgen:
  - Wenn möglich, offen und freiwillig
  - Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
  - wenn möglich, Kontinuität der Behandlungsperson
  - Reduktion von Belastungsfaktoren
  - assoziierte psychische Störungen sollen gemäss den entsprechenden Leitlinien behandelt werden
  - Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität

# Suizidprävention

## Schweizer Aktionsplan nach WHO Aufruf

### Zwischenfazit:

wenig Fortschritt (2017-2021)

- Reduktion der Verfügbarkeit suizidaler Mittel: ist das suizidale Mittel im Moment der Handlung nicht zugänglich, suchen Betroffene häufig keine Alternative und unterlassen den Suizid
  - bis dato fehlt es an konsequenten Massnahmen, wie Anbringen von Sicherheitsnetzen an Brücken (va. an Hotspots = Orte mit hoher Suiziddichte), Einsammeln von Schusswaffen

mittlerer Fortschritt (2017-2021)

- Suizidpräventive Medienberichterstattung & verantwortungsvolle Mediennutzung, negativen Medieneinfluss „Werther-Effekt“ abbauen, „Papageno Effekt“ fördern

hoher Fortschritt (2017-2021)

- sensibilisieren und informieren, Zugang fördern, Bsp. Webseite reden-kann-retten.ch: Hilfe für Betroffene, Angehörige & Hinterbliebene

<https://www.prevention.ch/article/spectra-zur-suizidpraevention>

# Format der Prüfung

## 20 FRAGEN

### Multiple-Choice Fragen

1. Welche Aussagen treffen auf die frühkindlichen Fütterstörungen zu?	Antwort
a) Eine Ruminationsstörung ist gekennzeichnet durch wiederholtes freiwilliges Erbrechen.	
a) Fällt bei einem Kind der Verzehr von nicht geeigneten Stoffen auf, so ist auch an einen Mineralienmangel zu denken.	X
a) Eine Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme ist häufig mit Gewichtsverlust oder Mangelerscheinungen assoziiert.	X
a) Fütterstörungen kommen vorwiegend bei intellektuell beeinträchtigten Kindern vor und wachsen sich in der Regel aus.	
a) Bei Fütterstörungen ist insbesondere auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind zu achten.	X

### K-Prim Fragen:

Zu jeder Frage werden fünf mögliche Antworten oder Ergänzungen angegeben. Für jede Alternative muss entschieden werden, ob sie richtig oder falsch ist. **Unabhängig davon, ob die Frage grammatikalisch im Singular oder Plural formuliert wird, ist es möglich, dass eine, mehrere, oder alle Antworten richtig sind. Der Fall, dass keine Antwort richtig ist, kommt in dieser Prüfung nicht vor.**

Bitte kennzeichnen Sie die zutreffenden Aussagen eindeutig mit einem X und übertragen Sie Ihre Antworten auf das **Antwortblatt**.

Punktevergabe:

Bei 5-stufigen Fragen ergeben 5 korrekte Antworten 3 Punkte, 4 korrekte Antworten 2 Punkte und 3 korrekte Antworten 1 Punkt.

# Prüfung

1. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist wie folgt charakterisiert:	Antwort
a) Betroffene erleben starke, unangemessene Wut.	X
a) Betroffene erleben starke, unangemessene Ängste und Panikattacken.	
a) Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ist zwingend für die Diagnosestellung.	
a) Betroffene erleben eine ausgeprägte Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität.	X
a) Die Störung tritt relativ häufig mit einer Prävalenz von 5% auf.	X