

Gemeinsam einen Weg finden – suizidale Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen verstehen

NAP Tagung, 22. November 2019

Dr. med. Stephan Kupferschmid
Chefarzt Psychiatrie für Jugendliche und junge Erwachsene
Vorstand Ipsilon

patientennah – engagiert – vernetzt



Überblick

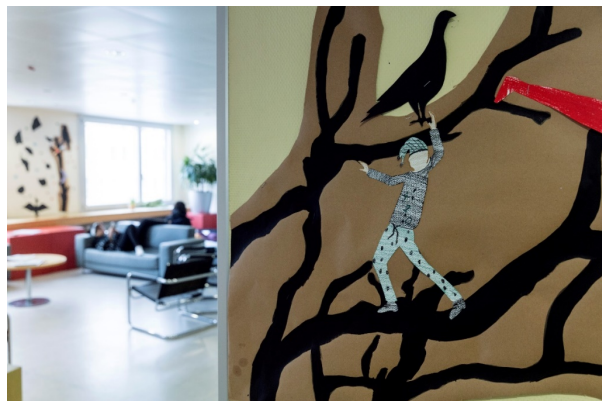
- Adoleszentenpsychiatrie
- Perspektiven auf Suizidalität
- Epidemiologie KJP
- Suizidalität verstehen?
- Die Rolle der Angehörigen
- Mythen und Fakten
- Dos and Don'ts

Adoleszentenpsychiatrie

Beratungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene

Früherkennung von Psychosen und Persönlichkeitsstörungen

Ambulante DBT - Gruppen



Adoleszentenpsychiatrie



Akutstation für Jugendliche

Psychotherapiestation für Jugendliche

Psychotherapiestation für junge Erwachsene (DBT zertifiziert)

Adoleszentenpsychiatrie

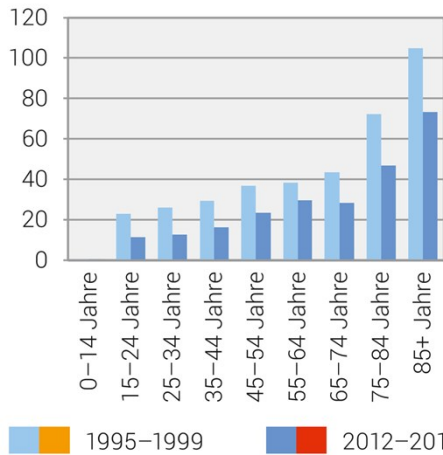
Anerkennung als WB Stätte
Psychiatrie und Kinder- und
Jugendpsychiatrie



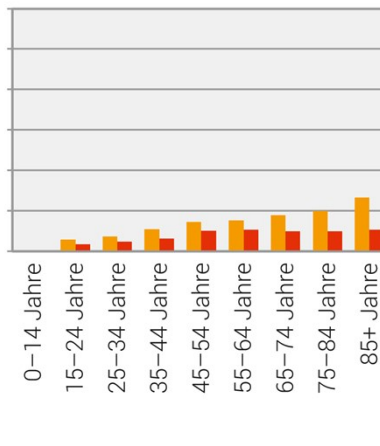
Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

Männer

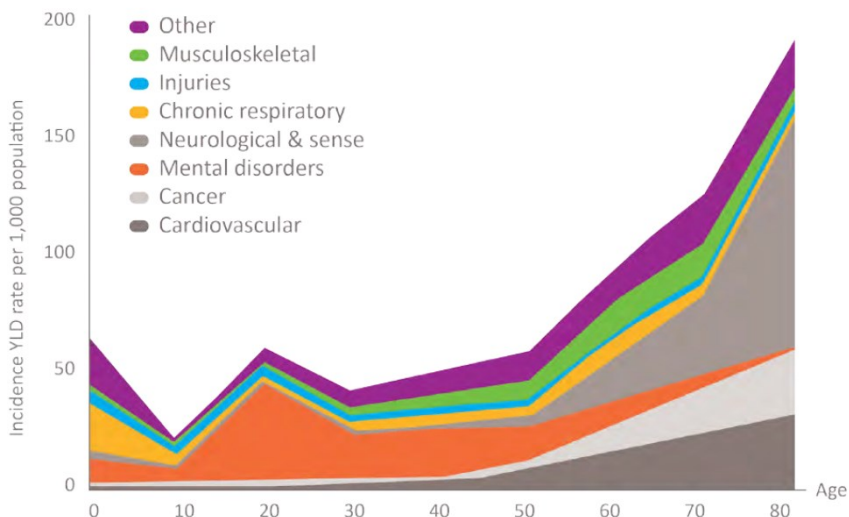


Frauen



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

© BFS 2018



(McGorry, 2017)



ORIGINAL CONTRIBUTION

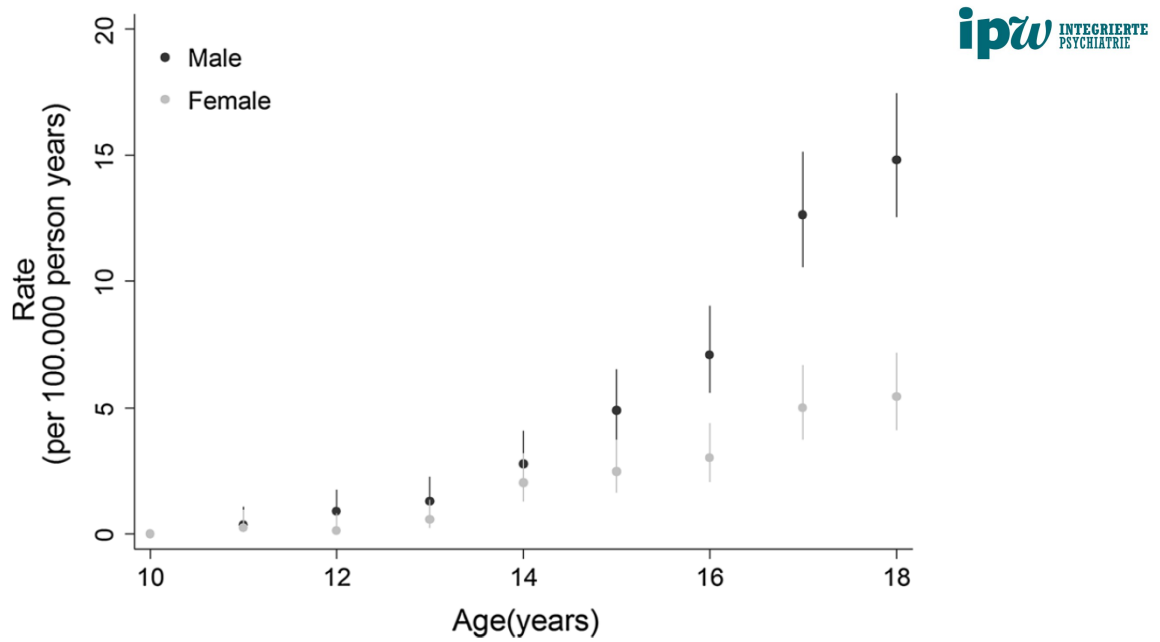
Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort

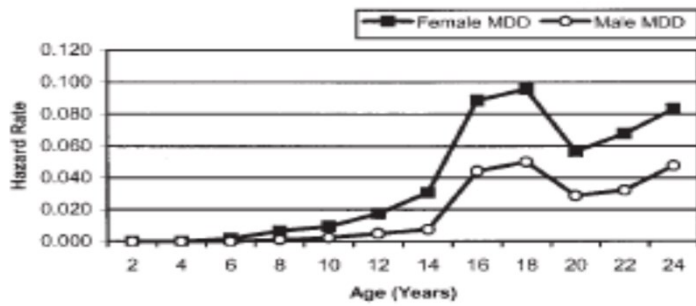
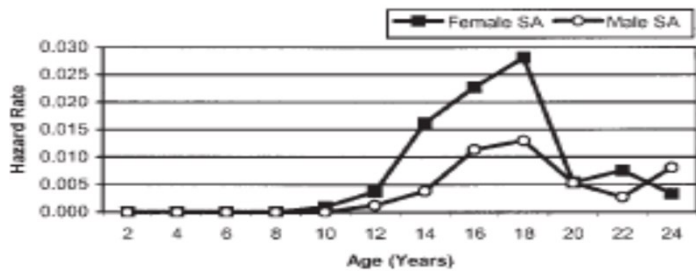
Nicole Steck¹ · Matthias Egger¹ · Benno G. Schimmelmann^{2,3} ·
Stephan Kupferschmid^{3,4} · for the Swiss National Cohort

Received: 5 January 2017 / Accepted: 19 June 2017
© The Author(s) 2017. This article is an open access publication

11. April 2012

Seite 9





(Lewinsohn et al., 2001)

Perspektiven

Soziokulturelle Perspektive

Lange Tradition der Forschung seit
Émile Durkheim (1897)



Soziokulturelle Perspektive

- *Die Suizidrate bei Männern ist höher als bei Frauen*
- *Kinderlose Ehepaare zeigen eine höhere Rate als Eltern.*
- *Protestanten haben eine höhere Rate als Katholiken und Juden.*
- *Die Wahrscheinlichkeit von Suiziden wächst mit dem Bildungsgrad.*

These: Suizidales Verhalten ist Folge des Verlustes sozialer Integration.

Medizinische Perspektive

Suizid als mögliche Folge von psychischen Erkrankungen (z.B. Depression).

Suizidales Verhalten ist keine Krankheit, psychiatrische Diagnosen aber wesentliche Risikofaktoren.

Medizinische Perspektive

Genetische Varianten beeinflussen, in welchem Ausmass es bei belastenden Lebensereignissen zu Depressionen oder Suizidalität kommt (Arango et al., 2001; Caspi et al., 2003).

In Bildgebungsstudien (z.B. Reisch et al., 2010) zeigten sich veränderte Aktivierungsmuster im Bereich des Stirnhirns bei Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben.

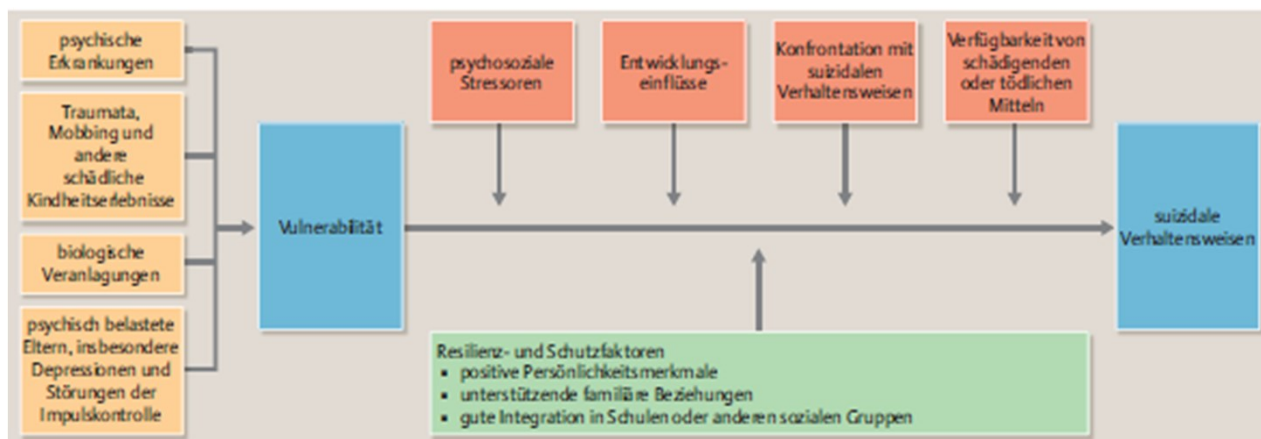
Medizinische Perspektive

Diagnoses	Number of suicides				Total
	10–14 years		15–18 years		
	Male	Female	Male	Female	
Depressive episodes	4 (8.2%)	2 (7.7%)	39 (10.4%)	29 (20.3%)	74 (12.5%)
Schizophrenia	–	–	6 (1.6%)	3 (2.1%)	9 (1.5%)
Alcohol and drug use	–	–	7 (1.9%)	6 (4.2%)	13 (2.2%)
Other	3 (6.1%)	3 (11.5%)	13 (3.5%)	4 (2.8%)	23 (3.9%)
All mental disorders	7 (14.3%)	5 (19.2%)	65 (17.4%)	42 (29.4%)	119 (20.1%)
None	42 (85.7%)	21 (80.8%)	309 (82.6%)	101 (70.6%)	474 (79.9%)
Total	49 (100%)	26 (100%)	374 (100%)	143 (100%)	592 (100%)

Number of suicides (%) are shown

(Steck, Egger, Schimmelmann & Kupferschmid, 2017)

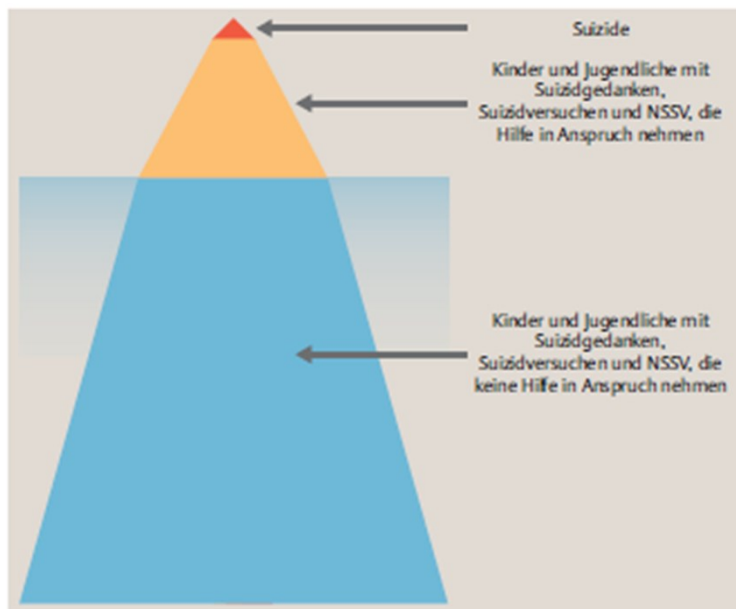
Entwicklungspsychopathologie



(Kupferschmid, Weber & Wüthrich, 2016)

Bedeutung des Themas

Selbstverletzungen:	10 – 20 %	(Hawton, 2012)
Suizidgedanken:	20 %	(Nock et al., 2008)
Suizidversuche:	120 / 100.000 Einwohner	(Reisch et al., 2011)
Suizide:	1028 Menschen pro Jahr	(BAG, 2014)



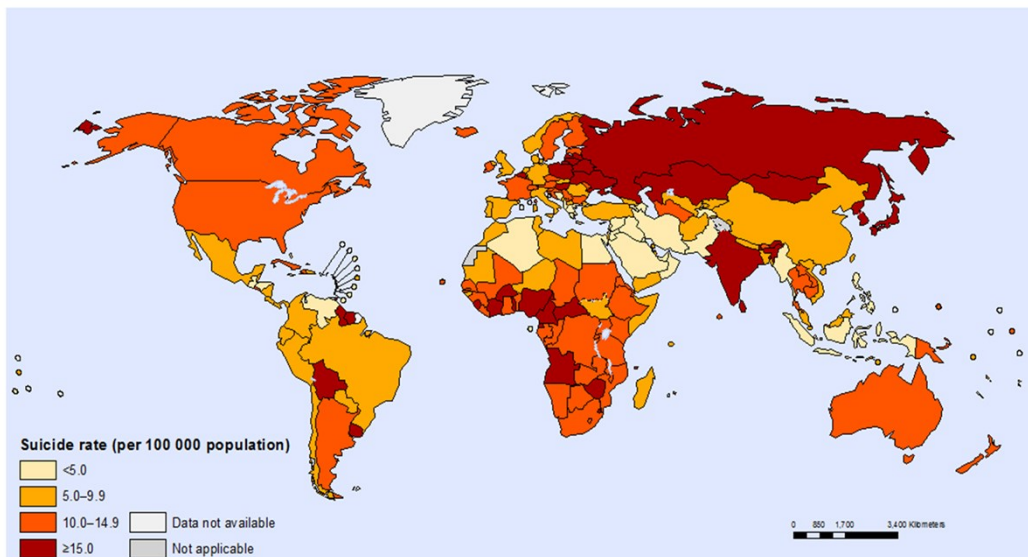
(Kupferschmid, Weber & Wüthrich, 2016)

Zahlen in der Schweiz



Im Jahr 2009 starben in der Schweiz 1105 Personen (827 Männer, 278 Frauen) durch Suizid. 1995 waren es über 1400 Personen jährlich, Mitte der 1980er Jahre waren es pro Jahr über 1600 Personen.

Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

Funktionalität von suizidalen Verhaltensweisen

Affektregulation

Beenden von unerträglichen Zuständen

Selbstbestrafung

Sensation Seeking

Suizidprophylaxe

Regulierung von zwischenmenschlichen Beziehungen

Was berichten suizidale Menschen?

Häufige Berichte über Ausnahmezustände:

«Der Druck wurde unerträglich. Alles, was ich anfasse, scheitert.»

«Ich wollte niemanden belasten, niemanden enttäuschen, wollte so nicht mehr weiterleben.»

«Ich höre eine negative Stimme, die mir sagt: »Du bist nichts wert.« »

Suizidalität ist ein Zustand der die Wahrnehmung, die Gefühle, den Körper und die Verhaltensweisen betrifft.

Häufig erleben Menschen dies als Zustandswechsel zu ihrem normalen Erleben. Sie sind dann im «suizidalen Modus» (nach Michel & Gysin-Maillart, 2013).

Was berichten suizidale Menschen?

Der «suizidale Modus» (nach Michel & Gysin-Maillart, 2013)

- Gedanken sind darauf eingeengt, diesem seelischen Zustand ein Ende zu setzen (keine langfristige Planung mehr möglich).
- Die Gefühle werden als starker seelischer Schmerzzustand (mental pain) beschrieben.
- Körperfunktionen sind wie unter starkem Stress.
- Im Verhalten wird eine Flucht tendenz erlebt.

Cry for help – Cry for change ?

Der systemische Blick

Es ist ein Missverständnis einen Menschen in einer suizidalen Krise als isoliertes Individuum zu betrachten

Suizidalität ist nicht allein ein intrapsychisches Problem

Mögliche Konstellationen:

- Rigidität und Erstarrung
- Symbiotische Verstrickung
- Familiengeheimnisse

Die Rolle der Angehörigen

Welche Rolle schreiben wir Angehörigen zu?

- Auftraggeber
- Informationsquelle
- Hilfstherapeuten
- Krankmacher
- Repräsentanten einer krankmachenden Lebensart
- Störenfriede

Welche Belastungen erleben Angehörige? (Schmid et al., 2003)

- Zeitliche und finanzielle Belastung
- Berufliche Nachteile
- Eigene gesundheitliche Belastung
- Einschränkungen der Freizeitgestaltung
- Negative Auswirkungen auf Beziehungen

Welche Belastungen erleben Angehörige? (Schmid et al., 2003)

- Informationsdefizit bezüglich der Erkrankung
- Erfahrung von Diskriminierung und Ablehnung
- Gefühl des Nicht-Ernstgenommen-Werdens
- Belastung durch wohnortferne stationäre Behandlung

- Emotionale Belastung
- Schwierigkeiten im Umgang mit dem Erkrankten
- Angst & Sorgen bezüglich Suizidalität

Suizidprävention bei Klinikaustritten

Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen

August 2019



FÜR DEN FACHBEIRAT:

- FSP: Yvik Adler (Co-Präsidentin); eigene Praxis
- GDK: Kathrin Huber (Stv. Generalsekretärin)
- NAP: Thomas Lampert (Vize-Präsident); Koordinator Prävention und Angehörigenarbeit, St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
- PMS: Liliana Paolazzi (Fachverantwortung Beratung)
- SGKJPP: Alain Di Gallo (Co-Präsident); Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
- SGPP: Fulvia Rota (Vorstandsmitglied); eigene Praxis
- SMHC: Hanspeter Conrad (Präsident); Direktor Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SVPC: Paul Hoff (Präsident bis Ende 2018); Stv. Direktor Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
- VDPS: Peter Schwegler (Vorstandsmitglied); Direktor Luzerner Psychiatrie (Mitwirkung: Julius Kurmann, Chefarzt Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie)
- VPPS: Harald Müller (Präsident bis Ende 2017); Pflegedirektor Sanatorium Kitchberg

FÜR DIE DISKUSSION ZU FINANZIERUNGSASPEKTEN DER EMPFEHLUNGEN:

- BAG: Salome von Greyerz (Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, Stv. Leiterin Direktionsbereich Gesundheitspolitik)
- GDK: Kathrin Huber (Stv. Generalsekretärin)
- mfe: Kaiser Eva (Vorstandsmitglied); Ärztezentrum Oberhasli, Meiringen
- SGPP: Fulvia Rota (Vorstandsmitglied); eigene Praxis
- SMHC: Daniela Gamper; Bereichsleiterin Spezial + Ambulant – Psychiatrie für Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- VDPS: Thomas Nuspel, Direktor Dienste und Betrieb, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

FÜR DIE ARBEITSGRUPPE ZUR ERARBEITUNG DER EMPFEHLUNGEN:

- FSP: Anja Gysin-Maillart, Leiterin Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch (ASSIP), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Gregor Harbauer, Leitender Psychologe, Privatklinik Hohenegg
- NAP: Sibylle Glauser, Angehörigenberatung, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Präsidentin NAP
- PMS: Diomira Sloksnath, Peermitarbeiterin Pro Mente Sana und Sanatorium Kitchberg
- SAPP: Alexander Minzer, Präsident Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP (Mitwirkung: Rebecca Ott, Dirk Büchter)
- SGKJPP: Kupferschmid Stephan, Chefarzt Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SGPP: Fulvia Rota, eigene Praxis
- SVPC: Georges Klein, Médecin Chef de Service, Hôpital de Malévoz (Valais); Rafael Traber, Ärztlicher Direktor des Kantonalen Psychiatrienetzwerkes OSC (Tessin)
- VPPS: Elena Seidel, Direktorin Pflege, Psychiatrie Basellandschaft, Liestal

2

Angehörige oder Vertrauenspersonen beim stationär-ambulanten Übergang einbeziehen.

Angehörige oder von den Patientinnen und Patienten definierte Vertrauenspersonen sind einzubeziehen. Bei Minderjährigen ist die Verantwortlichkeit der Sorgeberechtigten besonders zu berücksichtigen. Stimmt die Patientin / der Patient dem Einbezug der Angehörigen nicht zu, sind sie auf entsprechende Angebote hinzuweisen (z.B. Angehörigenberatungsstellen NAP). Angehörige zu befähigen und zu beraten, ist ein zentraler Aspekt der Suizidprävention. Gleichzeitig ist an ihre Entlastung zu denken.



Suicide and Life-Threatening Behavior 48(4) August 2018
 © 2017 The American Association of Suicidology
 DOI: 10.1111/sltb.12365

449

Awareness of Suicide Risk and Communication Between Health Care Professionals and Next-of-Kin of Suicides in the Month Before Suicide

BRIAN DRAPER, MBBS, MD, FRANZCP, KAROLINA KRYSINSKA, MA, PhD,
 JOHN SNOWDON, MD, FRANZCP, FRCPSYCH, FRACP, AND DIEGO DE LEO, MD,
 PhD, DSc, FRANZCP, AO

Suicide Warning Signs and Psychopathology Reported by HCPs and NOK

	Health care professional		Next-of-kin informants		Differences in proportions (p value*)
	n	%	n	%	
Psychiatric diagnosis at time of last consultation (HCP)/ever (NOK)					
Yes	59	79.7	47	63.5	.078
No	14	18.9	22	29.7	
Unknown/missing	1	1.4	5	6.8	
Past history of suicide attempts or DSH (HCP)/subject previously attempted suicide (NOK)					
Yes	33	44.6	43	58.1	.035
No	38	51.4	29	39.2	
Unknown/missing	3	4.1	2	2.7	
Past history of suicide ideation (HCP)/communicated suicide intent in past year (NOK)					
Yes	50	67.6	43	58.1	.185
No	21	28.4	30	40.5	
Unknown/missing	3	4.1	1	1.4	

Wer hat welche Informationen?

Changing will					
Yes	2	2.7	18	24.3	.000
No	71	95.9	55	74.3	
Unknown/missing	1	1.4	1	1.4	
Disposing of possessions					
Yes	1	1.4	16	21.6	.000
No	71	95.9	57	77.0	
Unknown/missing	2	2.7	1	1.4	
Stockpiling pills					
Yes	2	2.7	21	28.4	.000
No	71	95.9	51	68.9	
Unknown/missing	1	1.4	2	2.7	

Wer hat welche Informationen?

Statements of hopelessness					
Yes	24	32.4	53	71.6	.000
No	49	66.2	20	27.0	
Unknown/missing	1	1.4	1	1.4	
Other suicidal behaviors/statements					
Yes	10	13.5	39	52.7	.020
No	64	86.5	35	47.3	

Mythen und Fakten über Suizid

Mythos

Suizid geschieht ohne Vorzeichen – deswegen kann man so wenig tun.

Fakt

Viele Beobachtungen lehren, dass Menschen ihren Suizid meist durch unmissverständliche Zeichen oder Handlungen ankündigen.

Mythen und Fakten über Suizid

Mythos

Menschen, die über Suizidabsichten sprechen, begehen keinen Suizid.

Fakt

Suizidversuche werden oft in irgendeiner Form angekündigt.

Jede Suizidäusserung ist ernst zu nehmen. Selten geht einem Suizid keinerlei Hinweis voraus. Wichtig ist, früh zu erkennen, wann jemand in einer unglücklichen oder depressiven Phase Hilfe brauchen könnte.

Mythen und Fakten über Suizid

Mythos

Verzweifelte Menschen soll man nicht auf Suizidgedanken ansprechen:
„Bloss keine schlafenden Hunde wecken“.

Fakt

Es kann helfen, das Thema direkt und offen anzusprechen.
Suizidgefährdete Menschen wissen oft nicht, an wen sie sich wenden sollen.
Wird das Problem thematisiert, überdenken viele ihre Lage noch einmal und
kommen so von dem Gedanken ab, sich das Leben nehmen zu wollen.
Ein Gespräch über Suizidgedanken ist häufig entlastend.

Mythen und Fakten über Suizid

Mythos

Wer Suizidabsichten hat oder einen Suizidversuch unternimmt, will wirklich
sterben

Fakt

Der Suizidgefährdete steht Leben und Tod ambivalent gegenüber. Zunächst
bedeuten Suizidabsichten einmal, so nicht mehr weiter leben zu wollen.

Mythen und Fakten über Suizid

Mythos

Wer einmal einen Suizidversuch macht, wird es immer wieder tun -
Wer einmal einen Suizidversuch überlebt hat, wird es nie mehr tun.

Fakt

Suizidale Menschen haben nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten. Aber Suizidversuche sind ein Risikofaktor.

Mythen und Fakten über Suizid

Mythos

Suizidgefährdet sind nur Menschen mit einer psychischen Störung.

Fakt

Menschen, die sehr unglücklich sind und an Suizid denken, leiden nicht zwangsläufig an einer psychischen Störung.

Und umgekehrt sind Menschen mit psychischen Problemen nicht automatisch suizidgefährdet. Seelische Belastungen können aber ein Warnhinweis sein. Besonders bei Kindern und Jugendlichen sind psychosoziale Faktoren bedeutsam.

Wegleitung der „Aeschi Working Group“ zum Umgang mit Patienten mit suizidalen Verhaltensweisen [17]

- Im Gespräch mit dem suizidalen Patienten muss das Ziel des Therapeuten sein, ein gemeinsames Verständnis der Suizidalität zu finden.
- Der Therapeut sollte berücksichtigen, dass suizidale Patienten oft die Tendenz haben, sich zurückzuziehen. Sie sind aber bereit, sich zu öffnen, wenn der Therapeut sich bemüht, das innere Erleben des Patienten zu verstehen und nachzuvollziehen.
- Die Haltung des Therapeuten muss empathisch und wertfrei sein. Diese zeigt sich darin, dass er dem Patienten gegenüber offen ist und bereit ist zuzuhören.
- Suizidale Verhaltensweisen haben immer eine Vorgeschichte und einen biografischen Bezug.
- Auch ein erstes Gespräch, möglicherweise in einer Notfallsituation, sollte darauf ausgerichtet sein, eine therapeutische Beziehung herzustellen.

Dos and Don'ts

Don'ts:

- abwarten und Krise aussitzen
- Motivierungsversuche und Durchhalteparolen
- einfache Lösungen präsentieren
- über Legitimation der Krise/Suizidgedanken diskutieren
- Aktionismus oder Paralyse
- sich unter Druck setzen lassen
- unrealistische Versprechungen machen

Dos and Don'ts

Dos:

- eigene Betroffenheit, resp. Grenzen vorgängig reflektieren
- Gespräch suchen, ruhig und aktiv zuhören, offene Fragen stellen, sich Zeit nehmen
- Orientierung geben und unterstützen
- nächste Schritte besprechen, Termin vereinbaren oder direkt begleiten
- Beratung / Therapie durch Fachperson empfehlen

Suizidale Verhaltensweisen sind im Kindes- und Jugendalter häufig

Viele Mythen über Suizid treffen nicht zu

Die Rolle der Angehörigen ist sehr relevant – und gleichzeitig sehr herausfordernd

Suizidprävention ist ein wichtiges Thema – nicht nur in der Psychiatrie

Vielen Dank!

ipzw