«Gemeinsam einen Weg finden»

Suizidale Verhaltensweisen bei Erwachsenen und im fortschreitenden Alter verstehen»

NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur

Mariann Ring
Dr. phil. Oberpsychologin
Leitung ASSIP, Clienia Schlössli AG
Stationsleitung Privé
«Stressfolgeerkrankungen und Psychosomatik»
Clienia Schlössli AG, Oetwil am See
Vizepräsidentin «Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich» (FSSZ)

Suizidalität – erkennen und verstehen

Übersicht

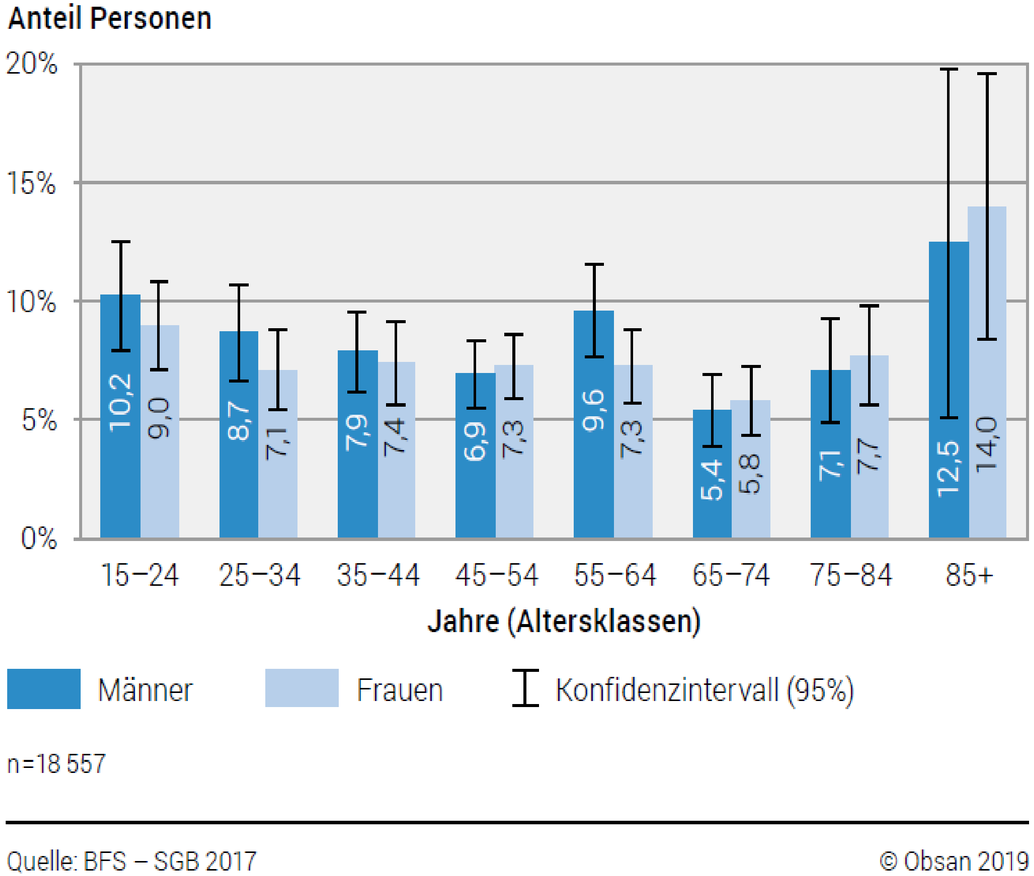
- Warum sprechen wir über Suizid?
- Wie entsteht Suizidalität?
- Wie erkenne ich Suizidalität?
- Was kann ich tun?

Warum sprechen wir über Suizid?

Fakten und Zahlen

Epidemiologie

Suizidgedanken Schweiz nach Alter und Geschlecht - 2017



Laut Hochrechnungen haben rund:

541000 Personen der Bevölkerung mindestens einmal im Verlauf der letzten 2 Wochen Suizidgedanken gehabt.

(Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017)

Frauen und Männer etwa gleich betroffen.

Tendenz seit Befragung im 2012:

Anteil Personen mit Suizidgedanken ist gestiegen

Die Zunahme ist bei Männer stärker ausgeprägt als bei den Frauen

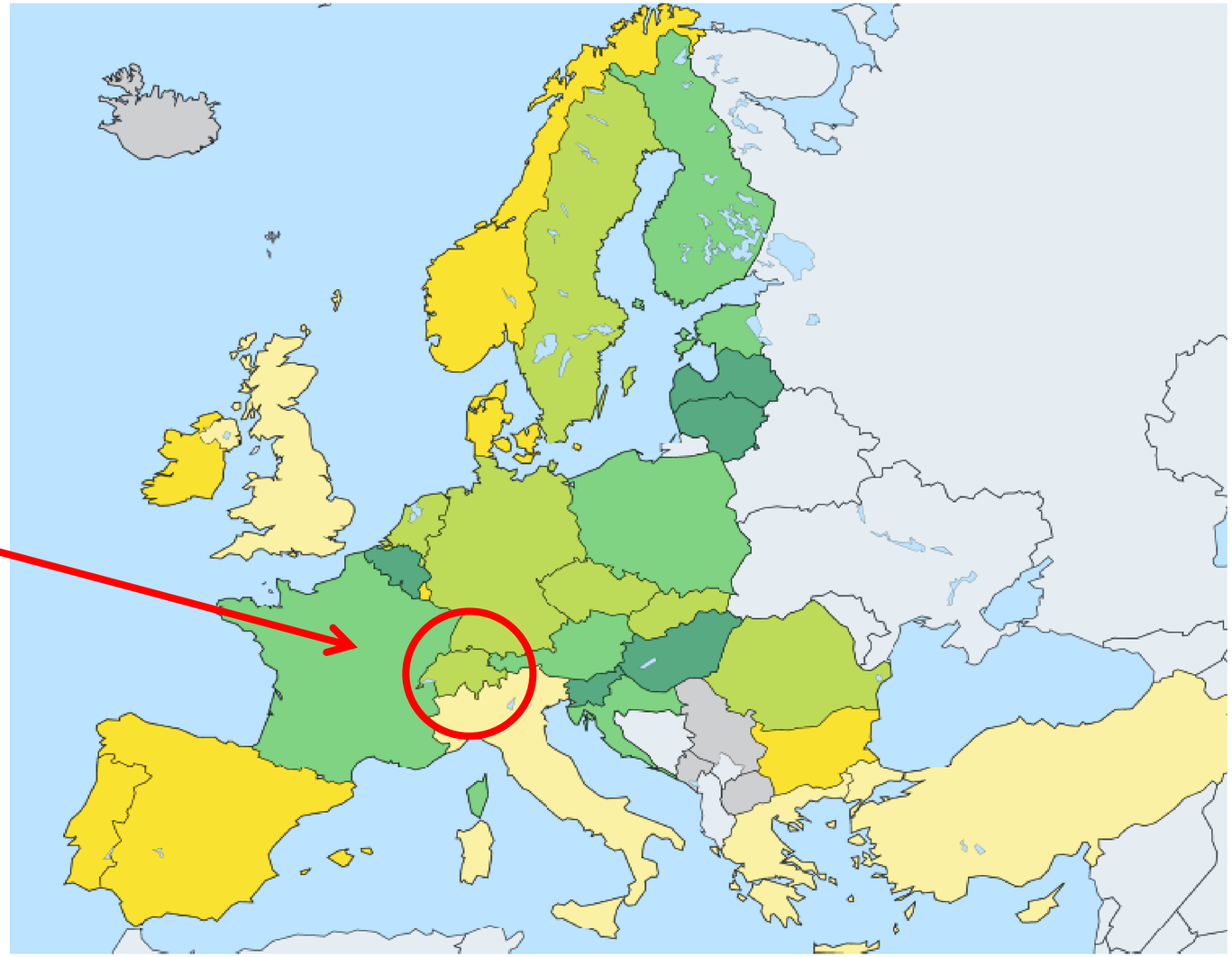
Epidemiologie

Suizide Europa - 2016

Legende:

Todesfälle durch Suizid pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

	2.73 to 7.48
	7.48 to 11.28
	11.28 to 15.18
	15.18 to 16.96
	16.96 to 36.12



Quelle: eurostat

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Epidemiologie

Suizide Schweiz nach Altersgruppe

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
total	32 3 %	101 10 %	110 10 %	201 19 %	215 20 %	165 16 %	118 11 %	88 8 %	21 2 %	**1050** **100 %**
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	**769**
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	**281**

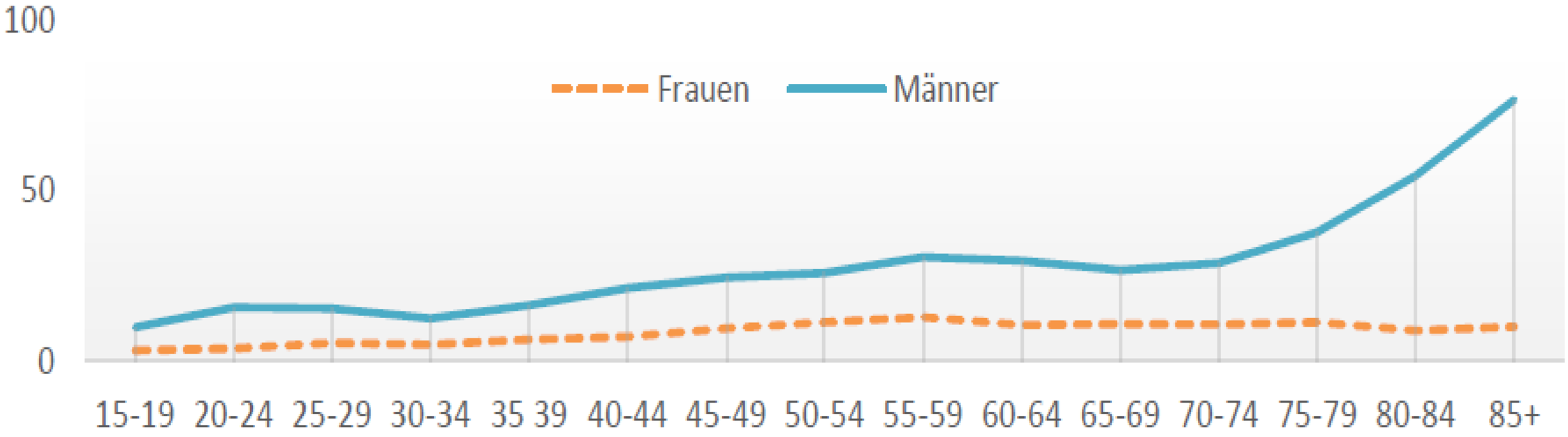
Absolute Zahlen (Durchschnitt 2009 – 2013) ¦ Quelle: BAG April 2015

2016 starben in der Schweiz 1016 Personen (759 Männer und 257 Frauen) durch Suizid
(nicht-assistiert)

Das sind 2-3 Suizide pro Tag

Epidemiologie

Suizide **Schweiz** nach Geschlecht

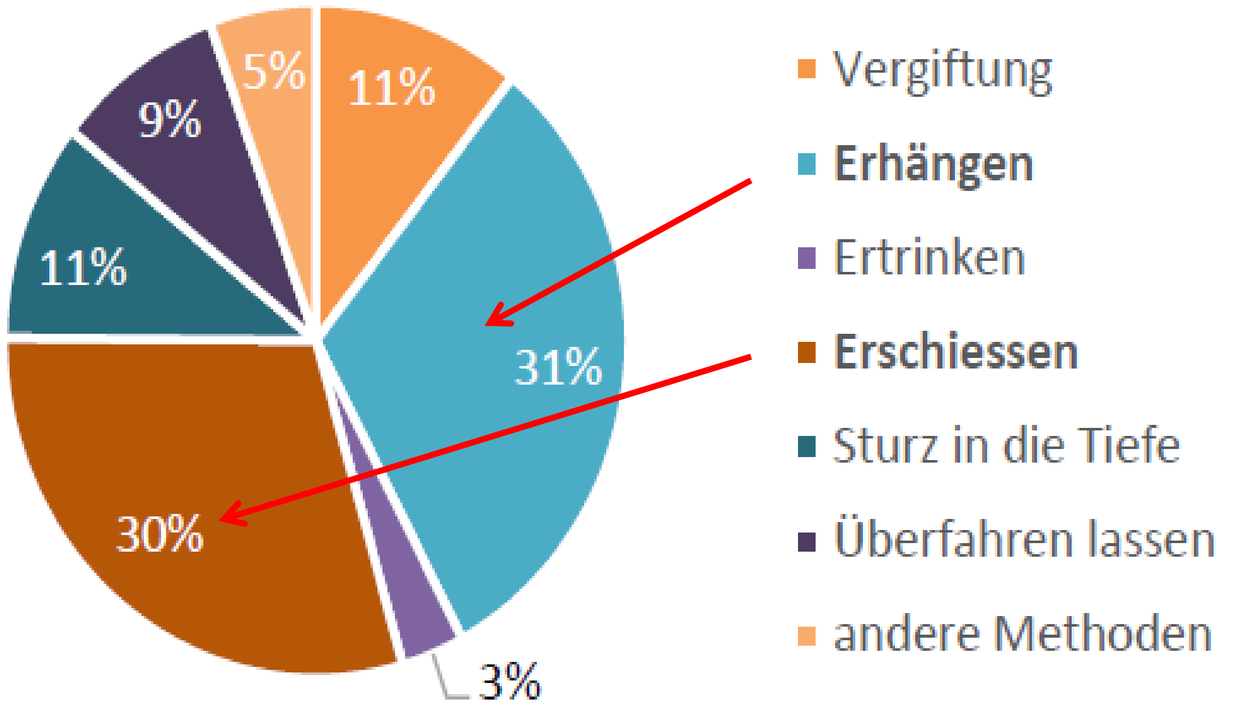


Suizidrate: Suizide pro 100 000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe nach Geschlecht (Durchschnitt 2009–2013)

Bei den vollendeten Suiziden dominieren Männer deutlich (3:1)
Dies zeigt sich in allen Altersgruppen.

Epidemiologie

Suizide **Schweiz** nach Methode - Männer

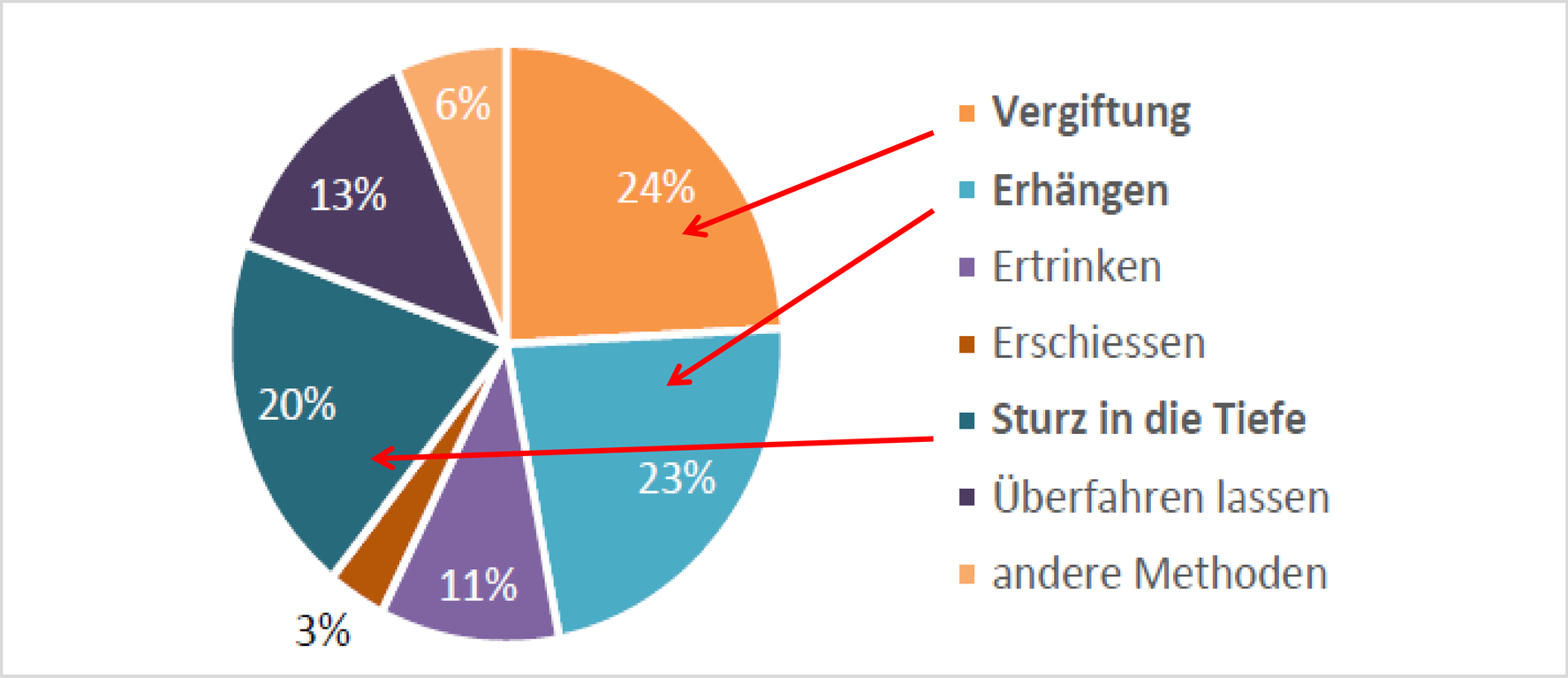


Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015 N=778 pro Jahr

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Epidemiologie

Suizide **Schweiz** nach Methode - Frauen



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015 N=300 pro Jahr

Epidemiologie

Suizidversuche Schweiz

Laut Hochrechnungen werden in der Schweiz pro Jahr rund:

10‘000 Suizidversuche medizinisch versorgt. (Muheim et al. 2013; Steffen et al. 2011)

33‘000 Suizidversuche durchgeführt gemäss der Befragten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017

Männer und Frauen gleich häufig

- Viele Suizidversuche werden nicht erkannt oder nicht gemeldet und bleiben somit unbehandelt.

Die meisten suizidalen Handlungen finden während – meist vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen statt.

Hinter jedem Suizidversuch und jedem Suizid steckt eine persönliche Geschichte: manchmal ein langer Leidensweg, manchmal eine kurzfristige Krise.

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Epidemiologie

Suizidgedanken …

Suizidale Krisen …

Akute Suizidalität …

- **Sind nicht das Gleiche und brauchen daher verschiedene präventive Interventionen**

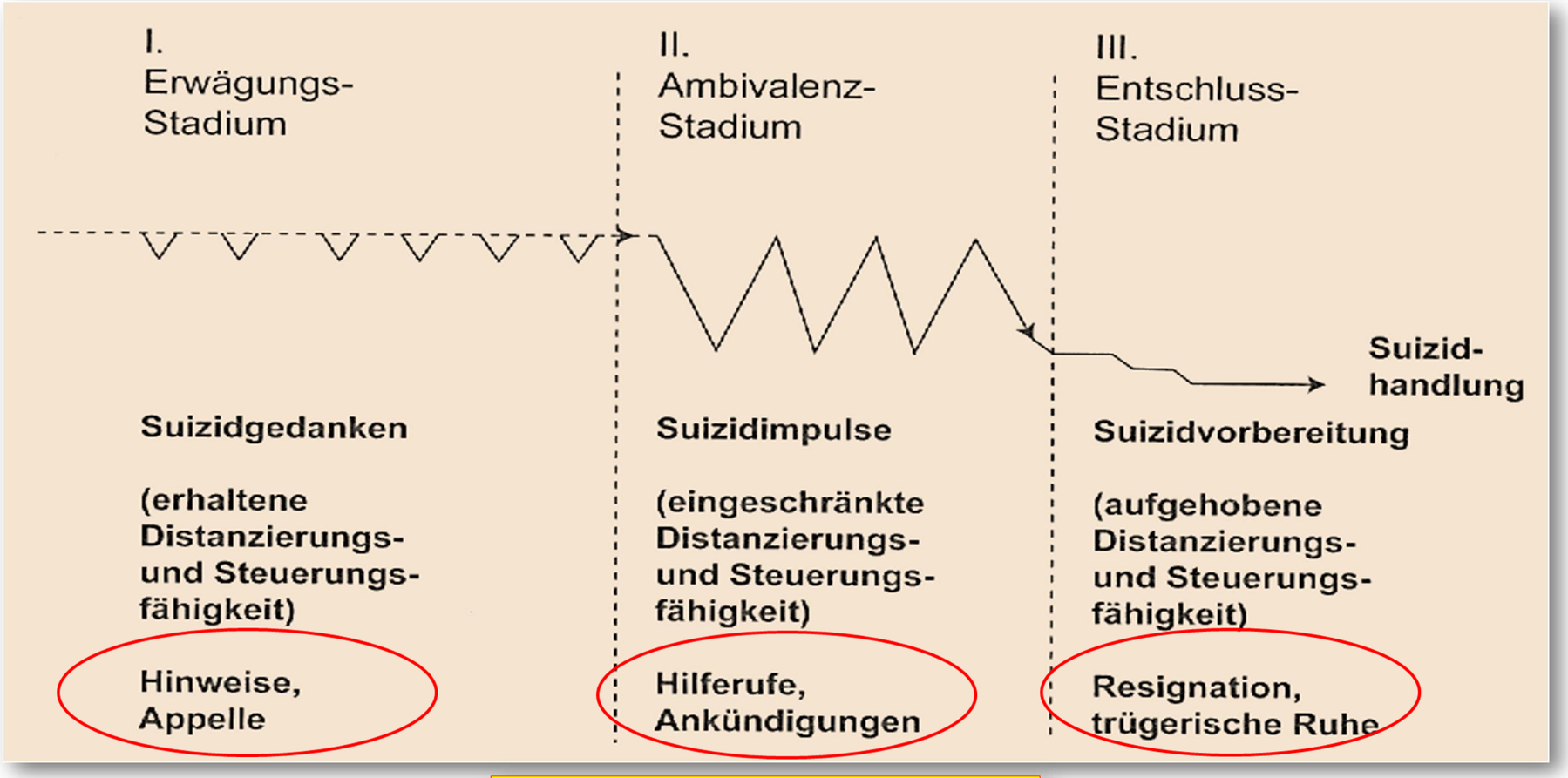
Wie entsteht Suizidalität?

Entwicklungsmodelle von suizidalen Krisen

Modell

Wie kommt es zu einer suizidalen Krise?

Pöldinger, 1968



Immer ernst nehmen!

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Modell

Was «läuft ab» vor einer Krise?

Einschneidende (psychische) Probleme

↓

Mobilisierung und Einsatz «üblicher» Bewältigungsmassnahmen

↓

Probleme/Belastung bleiben unverändert

↓

Intensive Suche nach neuen Bewältigungsstrategien

a-s.clayton.edu

Modell

Was «läuft ab» vor einer suizidalen Handlung?

Neue Strategien versagen auch

↓

Alle Ressourcen versiegen allmählich

↓

Trotz massiven Anstrengungen keine Entlastung

↓

Eigene Reserven schwinden

↓

Belastung bleibt über längere Zeit bestehen

Modell

Entwicklung der akuten Suizidalität

Häufiger/permanenter Ausnahmezustand

↓

Inakzeptanz des Selbst, Suizidgedanken

↓

Existenzielle Bedrohung

↓

Stresserleben → Stresshormone

- Amygdala: überaktiviert
- Präfrontaler Cortex: unteraktiviert

↓

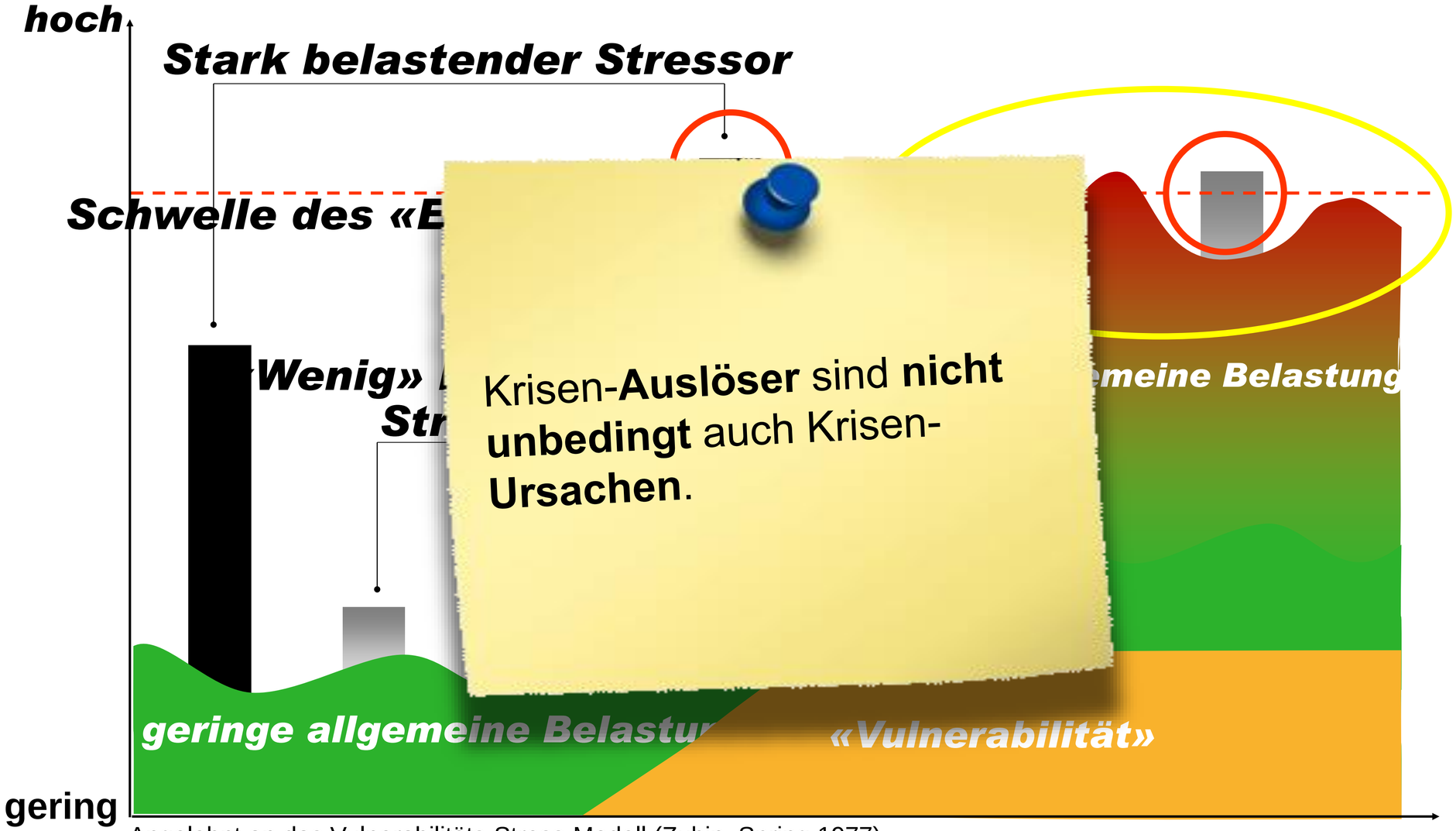
Flucht oder Angriff

fight or flight

Suizid ist beides: Flucht und Angriff !

Modell

Subjektive Belastung und suizidale Krise



Krisen-**Auslöser** sind **nicht unbedingt** auch Krisen-**Ursachen**.

Angelehnt an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin, Spring 1977)

Probleme und Auslöser für Suizid-handlungen

Interviews nach Suizidversuch (SV)

Häufigste Probleme, die zu SV führten:
Beziehungskonflikte und «alles kam zusammen»

Häufigste Trigger für SV:
Beziehungskonflikte

Stulz, N. et al., 2017

	Underlying problems					
	All identified[a]		Main identified		Triggers[a]	
EMIC variables: triggers and problems	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Interpersonal conflict	47	71.2	19	28.8	36	54.5
Partner	36	53.0	16	24.2	30	45.5
Parents	18	27.3	3	4.5	4	6.1
Children	6	9.1	0	0.0	0	0.0
Other family	3	4.5	0	0.0	4	6.1
Other interpersonal	5	7.6	0	0.0	3	4.5
Physical and mental health	33	50.0	14	21.2	11	16.7
Pain	4	6.1	1	1.5	1	1.5
Physical illness	7	10.6	2	3.0	1	1.5
Mental illness				13.6	7	10.6
Substance abuse (self)				3.0	4	6.1
Substance abuse (others)				0.0	0	0.0
Social distress				9.1	2	3.0
Financial problems				9.1	1	1.5
School				0.0	1	1.5
Work problems				6.1	4	6.1
Mobbing				0.0	1	1.5
Work stress				4.5	3	4.5
Work insecurity				1.5	0	0.0
Unemployment				0.0	0	0.0
Other work problems				0.0	0	0.0
Victimization				1.5	4	6.1
Sexual abuse				1.5	1	1.5
Physical abuse				0.0	1	1.5
Verbal abuse				0.0	3	4.5
Events before the suicide atter				4.5	2	3.0
Death	10	15.2	3	4.5	1	1.5
Suicide	2	3.0	0	0.0	0	0.0
Other event	2	3.0	0	0.0	1	1.5
Accumulation of problems/triggers	17	25.8	12	18.2	0	0
Nothing	0	0	0	0	4	6.1
Don't know	0	0	0	0	2	3.0
Other	6	9.1	0	0	6	9.1
Missing	0	0	7	10.6	0	0

Note. [a]Multiple answers possible.

«Stress» in Beziehungen ansprechen

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Hoffnungslosigkeit
Innerer Stress
Dissoziation
Innerer Antrieb
Seelischer
Schmerz
Äusserer Stress
Subjektive soziale Isoliertheit

Wie erkenne ich Suizidalität?

Suizidalität

Aus der Sicht der Experten - Professionelle

„Suizidalität ist ein derartig komplexes Geschehen, das nie gänzlich versteh-, erklär- und verhütbar sein wird“

Manfred Wolfersdorf, Bayreuth

„Suizid ist eine Handlung, keine Krankheit“

Ladislav Valach, Bern

„Die therapeutische Beziehung - d.h. das Interesse am Menschen und seiner Geschichte - ist die beste Suizidprävention“

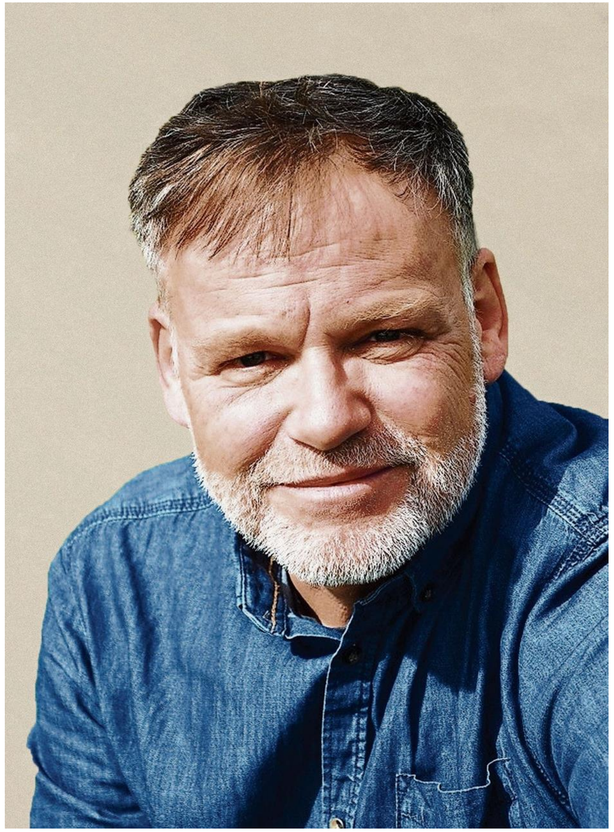
Konrad Michel, Bern

Suizidalität

Aus der Sicht der Experten - Betroffene

„Ich habe verstanden, dass ich eigentlich nicht mein Leben, sondern nur einen unerträglich traurigen Zustand beenden wollte“

Ein Plädoyer fürs Leben (NZZ 01. Nov. 2019)



Stefan Lange
www.stefan-lange.ch

Suizidalität

Suizidalität ist **keine Krankheit**

- Suizid/-versuch ist eine **Handlung**
- Handlungen sind **zielorientiert**
- Das der Ziel der suizidalen Handlung ist **nicht** der Tod

- Suizid = Lösung, das unerträgliche Leid / den seelischen Schmerz zu beenden

Risikogruppen

Es lassen sich im Wesentlichen drei Gruppen von Menschen mit eindeutig erhöhtem Suizidrisiko benennen:

1. Menschen mit **psychischen Erkrankungen**.
2. Menschen in **Krisensituationen**, die sich aus situativen, aus lebensgeschichtlich-biographischen oder auch aus traumatischen Veränderungen ergeben.
3. Menschen, die **bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert** haben bzw. Suizidversuche und suizidale Krisen bereits hinter sich haben.

(Wolfersdorf, 2012)

Risikogruppen

Psychische Grunderkrankungen bei erfolgten Suiziden

(Asenault-Lapierre, Kim & Turecki 2004, WHO 2014)

90% zeigten Symptome einer psychischen Erkrankung:

- Affektive Erkrankungen (43%)
- Sucht (26%) bes. Alkohol
- Persönlichkeitsstörungen (16%)
- Psychotische Störungen (9%)
- Anpassungsstörungen (4%)
- Angst- und somatoforme Störungen (

Die Mehrheit psychisch Kranker stirbt nicht durch Suizid!

Risikogruppen

Somatische Grunderkrankungen bei erfolgten Suiziden

(Hughes & Kleespies, 2001)

30-40% der Suizidenten litten unter einer somatischen Erkrankung:

- Karzinome
- Chronische Schmerzen
- Schwerwiegende neurologische Erkrankungen
- HIV

Risikogruppen

Menschen in Krisensituationen

Menschen in traumatisierten Situationen und Veränderungskrisen:

- Beziehungskrisen, Partnerverlust, Verwitwung
- Kränkungen
- Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes
- Identitätskrisen
- Arbeitslosigkeit, Kündigung
- Kriminalität, z.B. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines Anderen)
- nach Klinikaustritt (Psychiatrie)

Risikogruppen

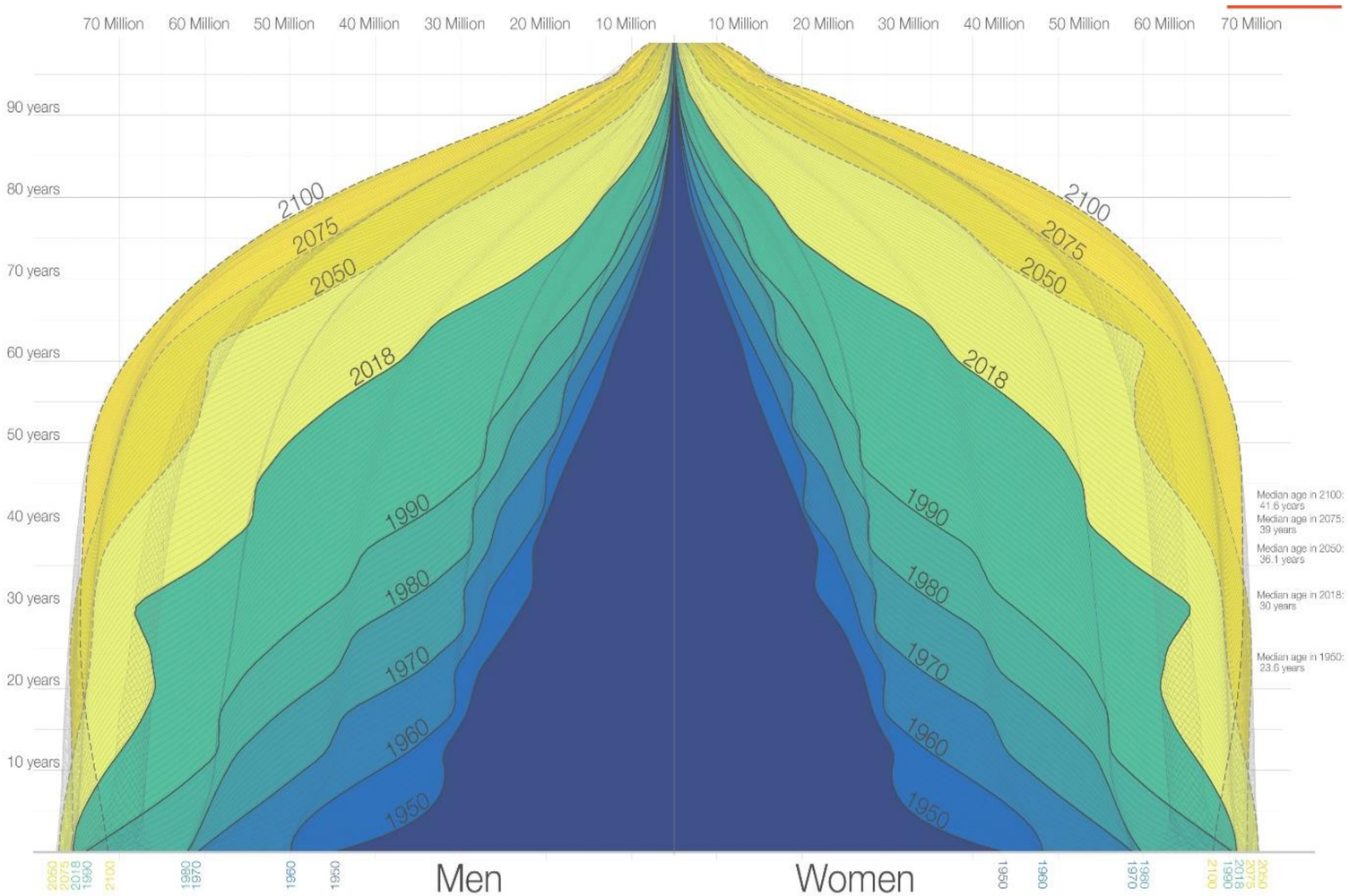
Menschen, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben

Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität:

- Suizidankündigungen (Hilferuf in der Ambivalenz); Suizidale Krise
- nach Suizidversuch (5-10% Rezidiv mit Suizid)

Risikogruppen

Ältere Menschen – Demografie der Weltbevölkerung von 1950-2100

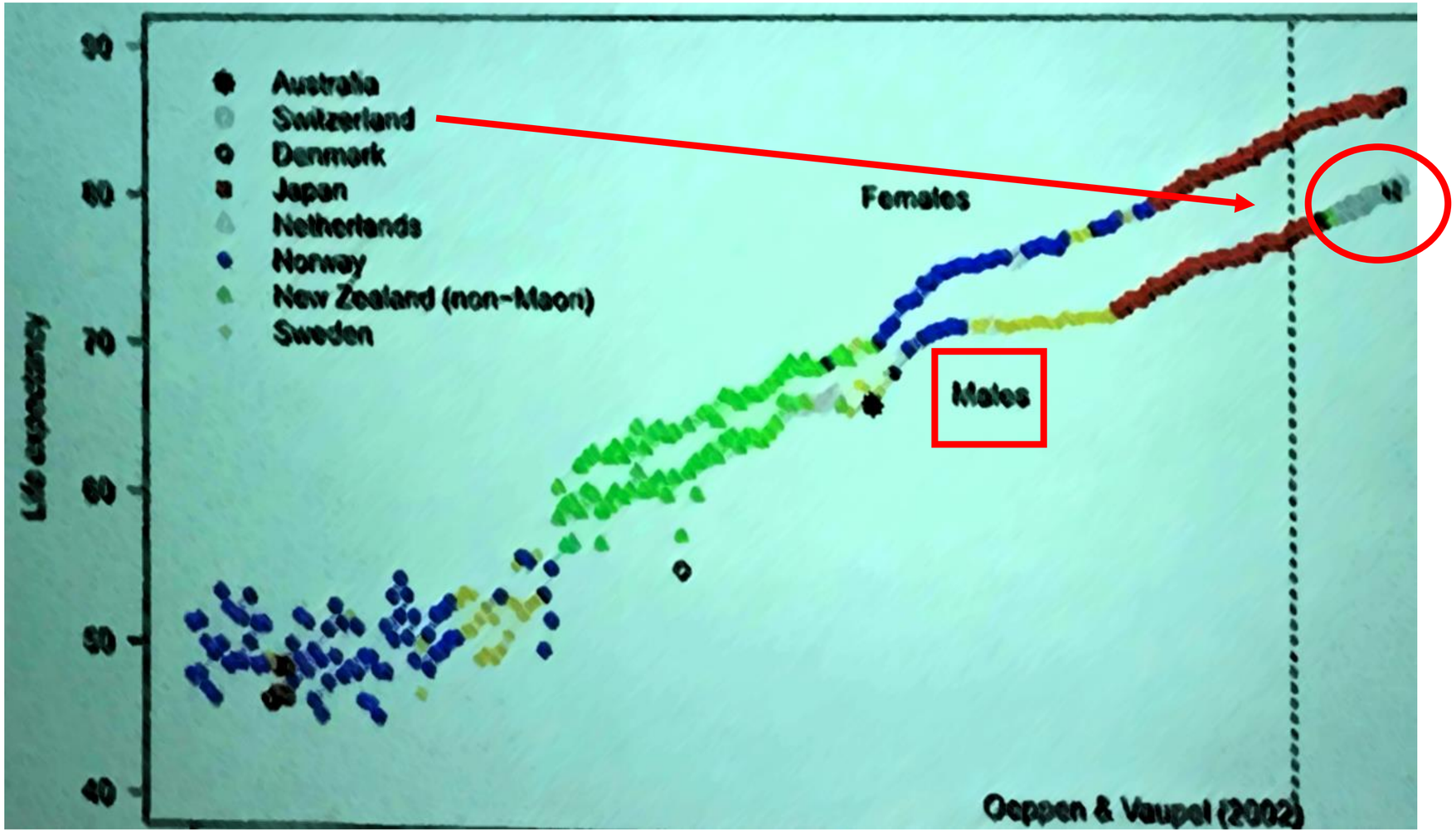


Data source: United Nations Population Division – World Population Prospects 2017; Medium Variant.
The data visualization is available at OurWorldinData.org, where you find more research on how the world is changing and why.

Licensed under CC-BY by the author Max Roser.

Risikogruppen

Ältere Menschen - Lebenserwartung



Risikogruppen

Ältere Menschen

Mehr ältere Erwachsene erreichen ein Alter, in dem sie zunehmend gebrechlich sind

Risikogruppen

Ältere Menschen

- Wechsel ins Altersheim:
  - Angst das Zuhause zu verlieren/verlassen
  - Angst vor neuer Umgebung
  - Gestaltung von neuen Beziehungen

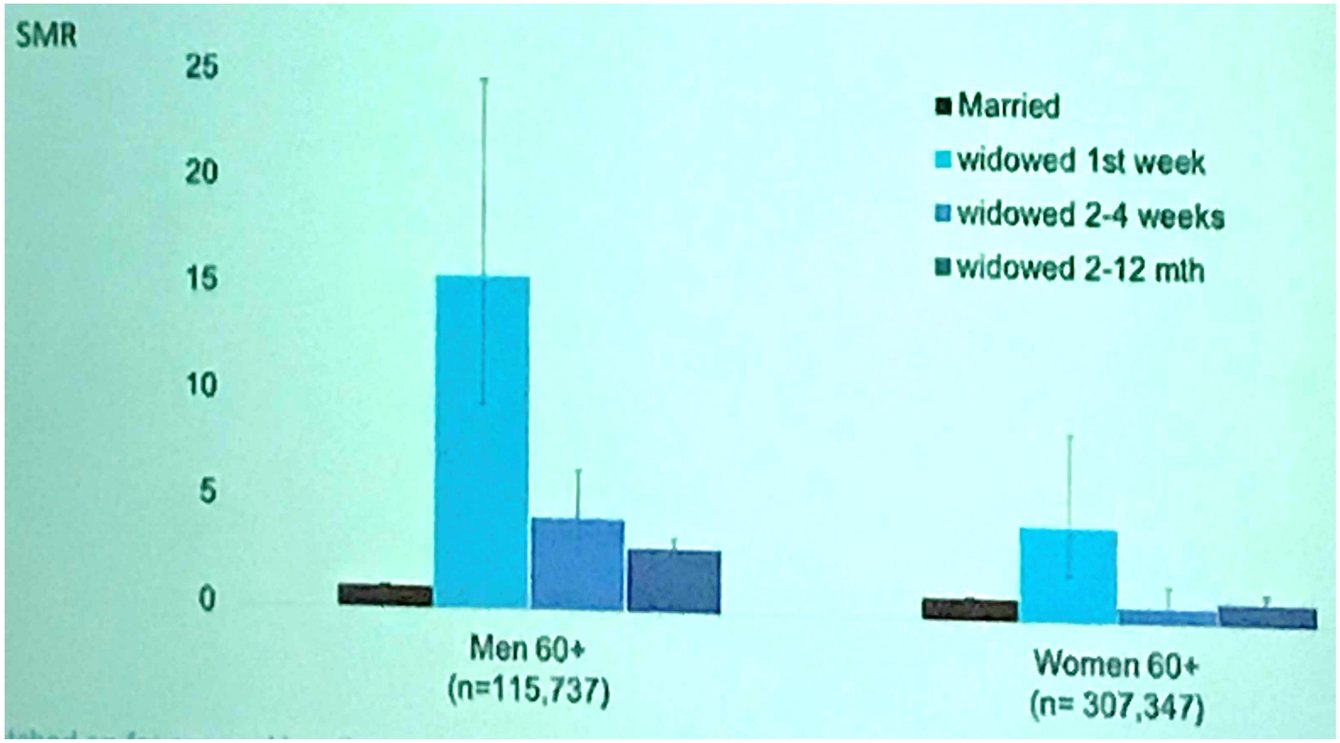
  >> auch für alte Menschen eine besondere Herausforderung
- Nicht diagnostizierte Depression:
  - Wiederkehrende Depression kann in Demenz übergehen und Demenz kann mit einer Depression einhergehen
  - Nicht erkannt = nicht behandelt
- Mehrfacherkrankungen / Gebrechlichkeit
- Reale oder befürchtete Einschränkung der Selbständigkeit
- Angst vor Kontrollverlust und Abhängigkeit

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Risikogruppen

Ältere Menschen

- Vereinsamung
- Partnerverlust
- Verwitwung (Ajdacic et al.,2008)



- Haltung unserer westlichen Welt gegenüber älteren Menschen:
  - Empfundene Nutzlosigkeit
  - Wertlosigkeit
  - Belastung in der Gesellschaft (Kostenfaktor)
    > Ein Suizid im Alter wird oft als weniger schwerwiegend angesehen als ein Suizid bei Jüngeren

Risikogruppen

Ältere Menschen

- Körperliche Verfassung > geringe Toleranz bei einem Suizidversuch
- Schmerzen
- Schlafstörungen

Erkennen

Suizidalität ist komplex und sehr individuell

Erkennen

- Über Suizid sprechen / Todeswunsch äussern
- Rückzug von Freunden und gewohnten Aktivitäten
- Aufräumen, Verschenken von Dingen
- Abschied nehmen
- Nach Sterbemethoden und -mitteln suchen
- Hoffnungslosigkeit
- Grosse Selbstkritik, geringe Selbstachtung, starke Kränkung
- Riskantes Verhalten
- Veränderungen im Verhalten und Körper
- Schlafstörungen, Appetitverlust, Energiemangel
- Plötzliche Ruhe und Gelöstheit nach einer Phase von Niedergeschlagenheit und Leiden

Was kann ich tun?

Was kann ich tun?

Der erste Schritt: Ansprechen!

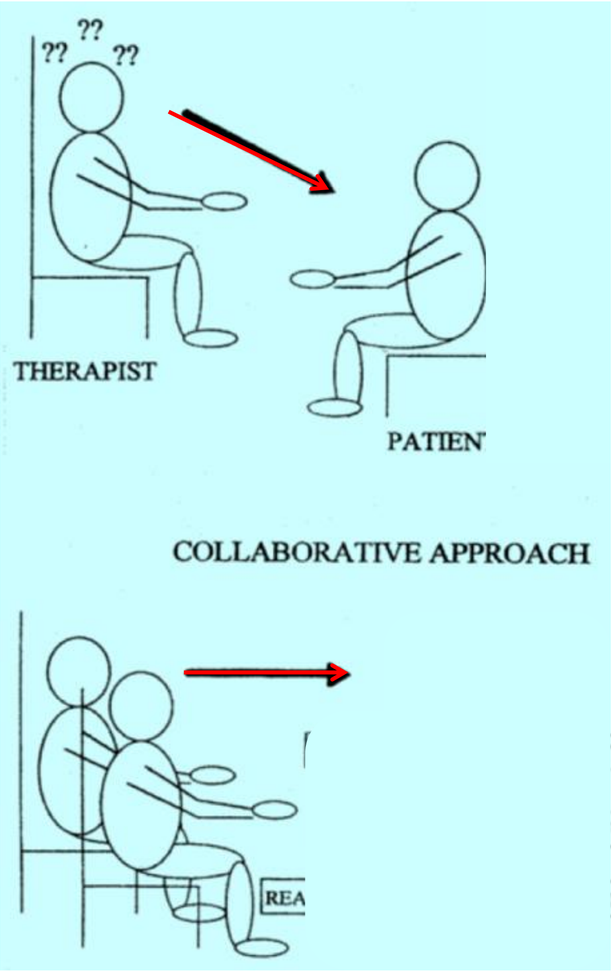
Aufbau einer vertrauensstiftenden Beziehung:

- empathische
- wertschätzende
- und authentische Haltung

Teilen Sie Ihrem Gegenüber das Wahrgenommene mit.
Äussern Sie, dass Sie sich Sorgen machen.

Grundhaltung: Collaborative Approach (David Jobes)

I want to see it through your eyes



© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Was kann ich tun?

Der erste Schritt: Ansprechen!

So können Sie ins Gespräch einsteigen:

«Ich mache mir ernsthaft Sorgen um Sie; Sie wirken in letzter Zeit sehr bedrückt.»

«Ich habe das Gefühl, dass es Ihnen heute nicht gut geht. Mögen Sie mir erzählen, was Sie bedrückt?»

Wenn die Person in ein Gespräch einsteigt, zögern Sie nicht, das Thema Suizidgedanken anzusprechen:

«Ist Ihnen schon einmal der Gedanke gekommen, sich das Leben zu nehmen?»

«Ist Ihr Schmerz / Ihr Kummer manchmal so gross, dass Sie lieber nicht mehr leben möchten?»

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Was kann ich tun?

Der zweite Schritt: Zuhören!

Betroffene berichten nach einem Suizidversuch Ihnen habe jemand gefehlt, der einfach zugehört und Anteil genommen hat.

Hinter seelischer Not und Suizidalität steht immer eine persönliche Geschichte.

Was

Der z

«Don’t tell – ask»

Sie können fragen:

«Was ist passiert, dass es Ihnen im Moment so schlecht geht?»
«Wann tauchen die Suizidgedanken auf?»
«Seit wann haben Sie diese Gedanken schon?»
«Wie stark drängen sie im Moment?»
«Was hilft Ihnen, mit den Suizidgedanken umzugehen?»
«Was würde Ihnen guttun?»
«Was haben Sie schon unternommen, damit es Ihnen besser geht?»

Was kann ich tun?

Der dritte Schritt: Gemeinsam Wege suchen und in Beziehung bleiben

Sie können und müssen die Probleme Ihres Patienten nicht lösen. Sie können sie jedoch darin unterstützen, suizidale Krisen zu überwinden.

In Beziehung zu bleiben, ist für Menschen in suizidalen Krisen wichtig.

- In kurzen Abschnitten weitere Termine vereinbaren
- Einbezug von Angehörigen und Vertrauenspersonen wenn dies der Patient erlaubt.

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Was kann ich tun?

Der dritte Schritt: Gemeinsam Wege suchen und in Beziehung bleiben

Checkliste nach dem Gespräch:

- Braucht es fachliche Unterstützung?

  z.B. psychiatrische Abklärung und psychotherapeutische Behandlung?

- Muss weitere Entlastung organisiert werden?

  z.B. Aufbau Helfernetz, Abgabe von der Notfallkarte, etc.

- Muss jemand über das Gespräch informiert werden?

  z.B. Spitex, Hausarzt, Angehörige, etc.

Bei akuter Suizidalität: 1:1 Betreuung = Patient nicht alleine lassen!

Notfallnummer wählen z.B. Polizei 117

Sanität 144

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Was kann ich tun?

Das Gespräch suchen und sich für die Geschichte des Menschen interessieren

Ansprechen

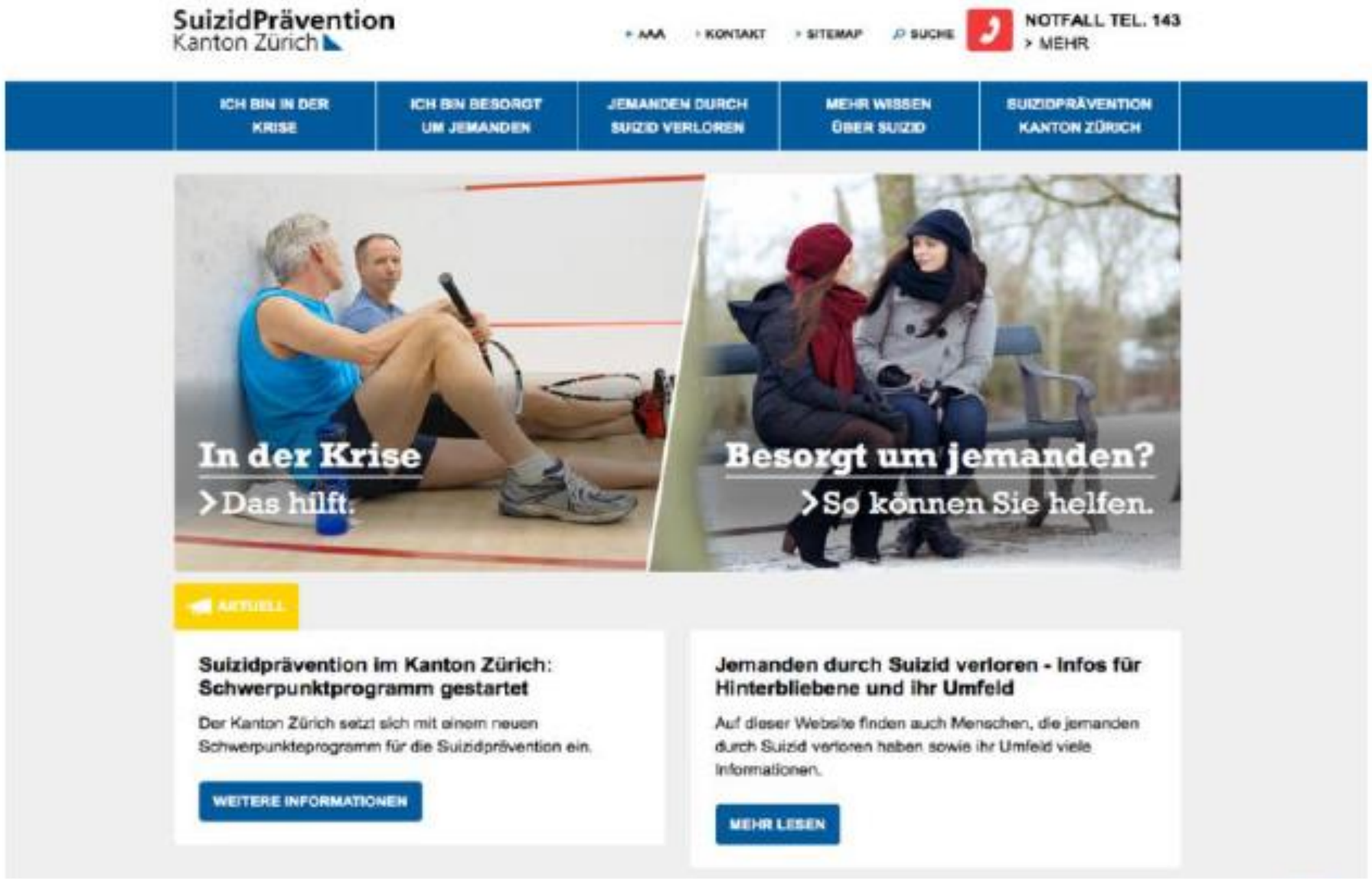
Zuhören

Gemeinsam Wege suchen und in Beziehung bleiben

© NAP FACHTAGUNG 22. November 2019 Winterthur ¦ Mariann Ring

Was kann ich tun?

Was kann ich tun?



Was kann ich tun?

LESEN SIE WEITER:

Wie reden über Suizidgedanken?

GESPRÄCHSTIPPS

Einen Sicherheitsplan machen.

JETZT STARTEN

Warum es keine sicheren Suizidmethoden gibt.

LESEN SIE MEHR

Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben.

BERICHTE LESEN

Danke!

Mariann Ring
Dr. phil. Oberpsychologin
Leiterin ASSIP
Clienia Schlössli AG
Schlösslistrasse 8
8618 Oetwil am See
mariann.ring@clienia.ch
www.fssz.ch
www.suizidpraevention-zh.ch
www.prism-coop.ch

FSSZ
Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich