

Suizidalität

Zahlen - Daten - Fakten

Alexandra Dippel
Leiterin der Abteilung Psychiatrie / Psychiatriekoordination

Begriffsklärung

Suizid kommt aus dem Lateinischen, zusammengesetzt aus *sui* (sich selbst) und *caecid* (hat getötet; caedere=töten)

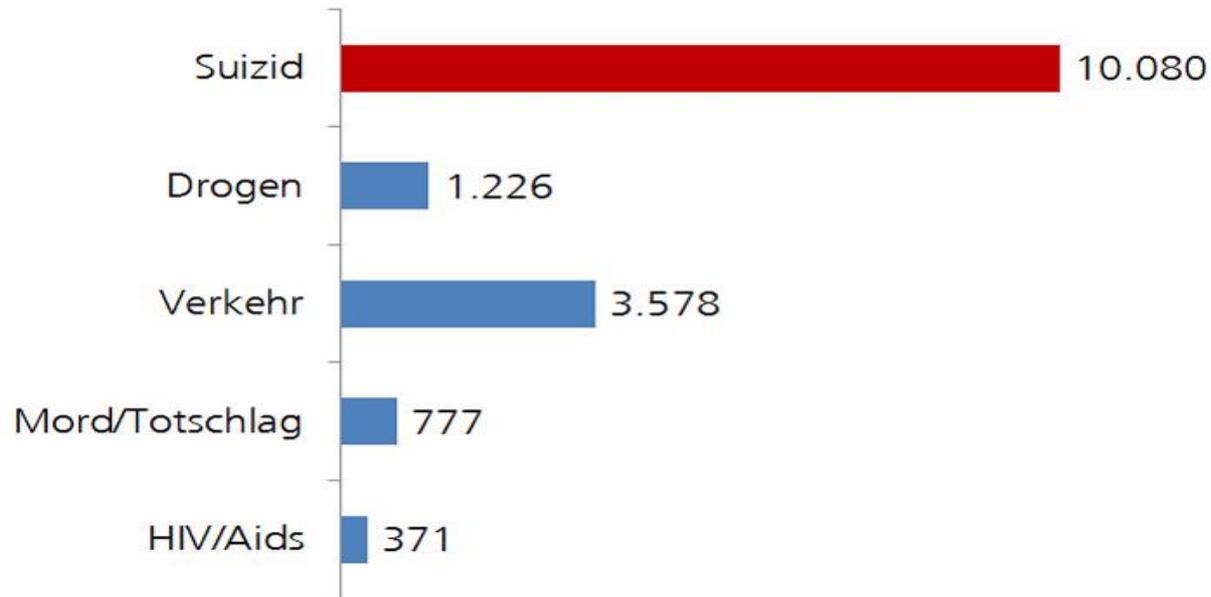
Suizidalität wird als Oberbegriff für Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und vollendete Suizide verwendet. (Teismann/Dorrmann 2014).

Suizidalität ist die „Summe aller Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder *passives* Unterlassen eines lebenserhaltendes Verhaltens (...) den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung bzw. einer *Unterlassung in Kauf* nehmen.“
(Wolfersdorf/Etzersdorf 2011)



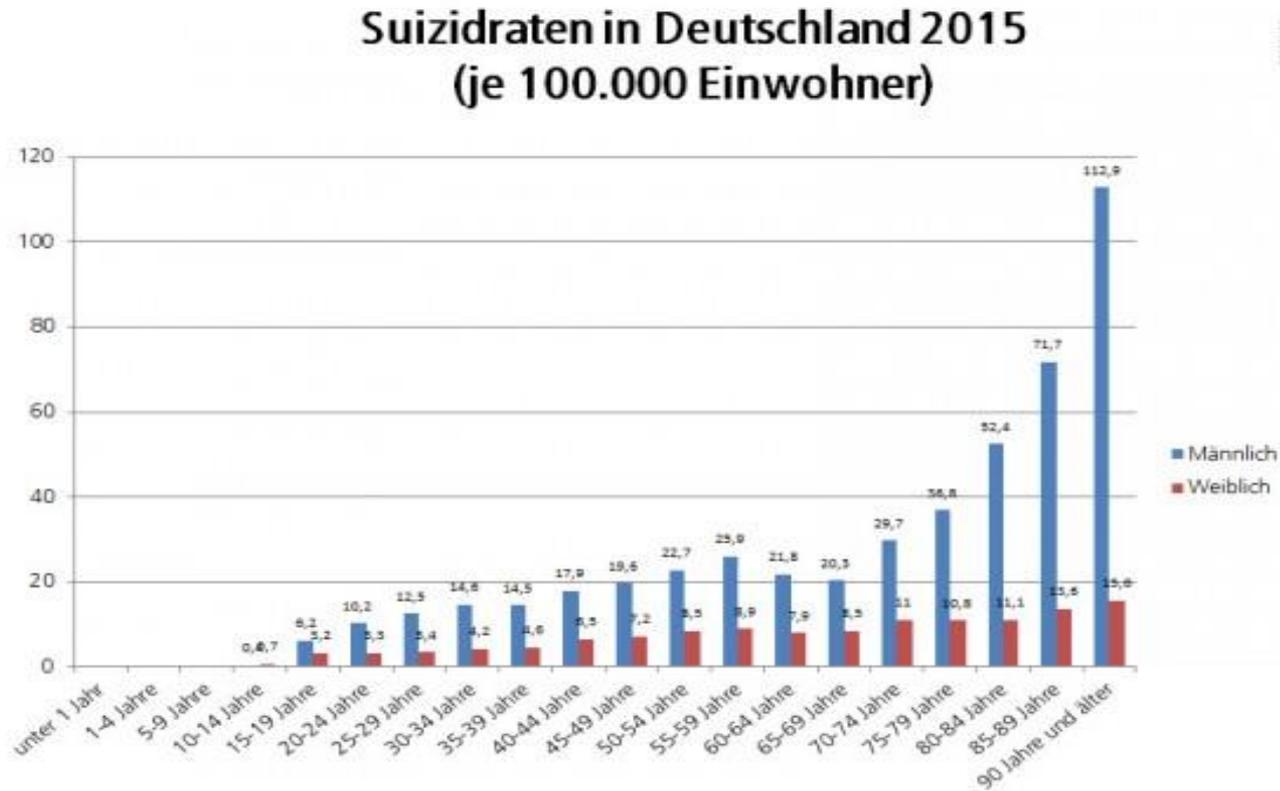
Todesursachen in Deutschland 2015

Todesursachen im Vergleich: BRD 2015



Statistisches Bundesamt 2017

Suizidraten in Deutschland 2015



Statistisches Bundesamt,
2017

Fakten?

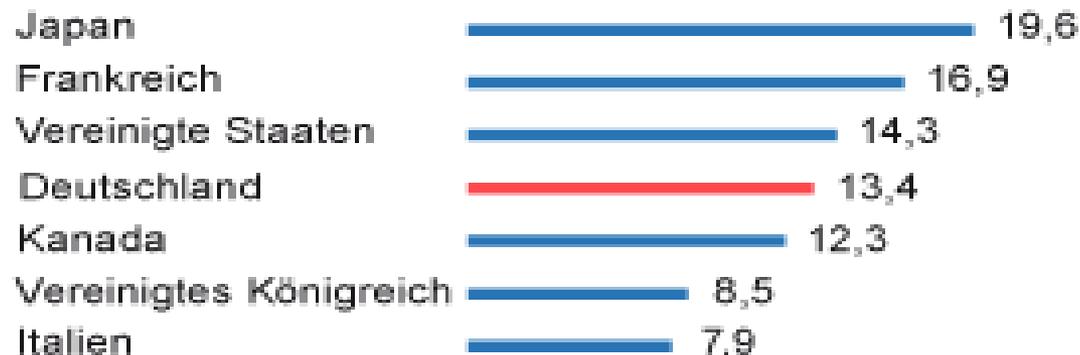
- Hohe Dunkelziffer bei Todesursache “unklar”
- Mindestens 10x so viele Suizidversuche, am höchsten bei (jungen) Frauen
- Männer : Frauen 3:1 bis 7,5:1 bei vollendeten Suiziden
- Männer wählen härtere Methoden, cave bei vorschnellen Schlüssen! (Ärztinnen und Ärzte zeigen bei den vollendeten Suiziden Geschlechtergleichheit)
- Suizidmethoden nach der Häufigkeit: Erhängen > Vergiftung > Sturz aus der Höhe > Schusswaffen > Legen vor ein sich bewegendes Objekt

Suizidrate der G 7 Länder

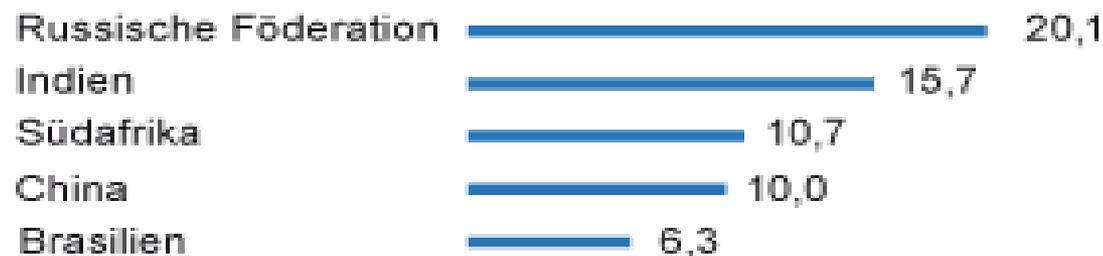
Suizidrate 2015

je 100 000 Einwohner

G7-Staaten



BRICS-Staaten



Quelle: WHO, teilweise Schätzungen

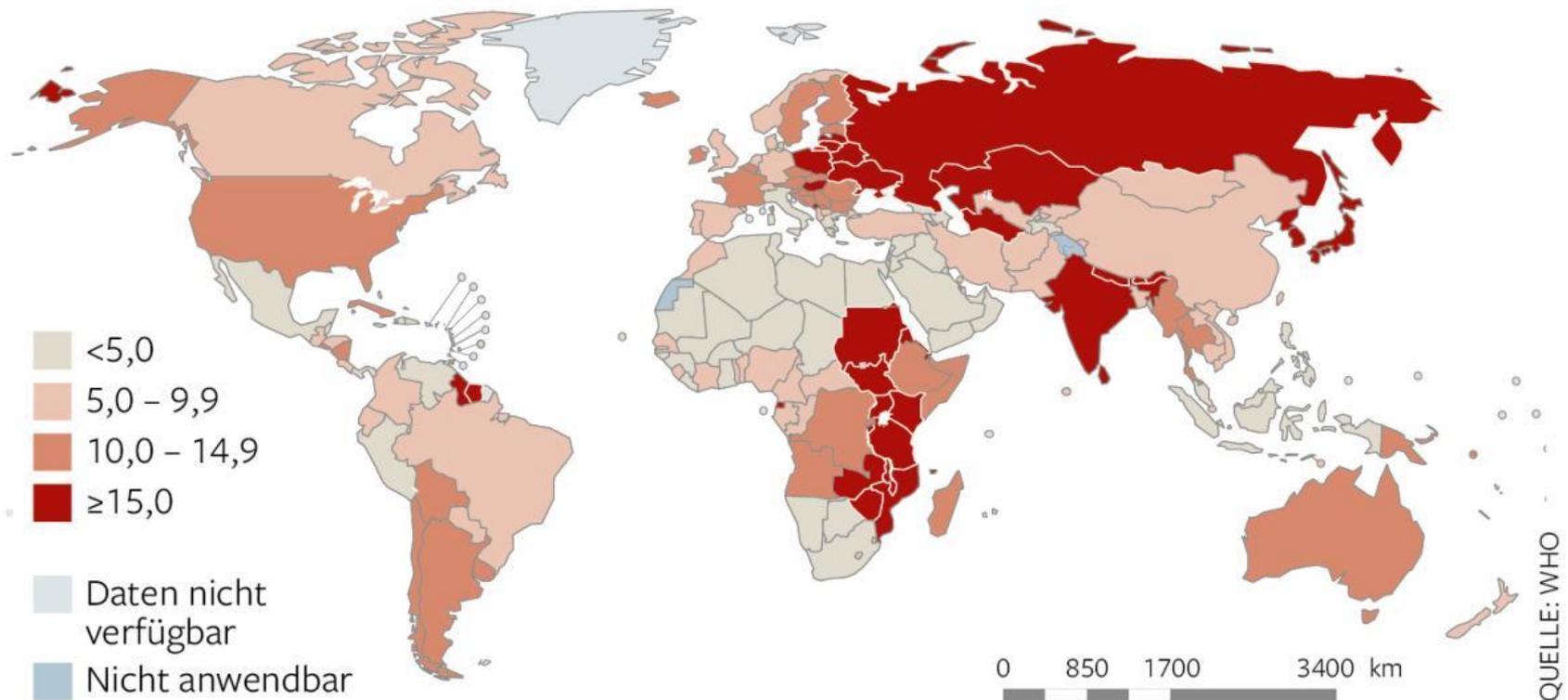
©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018



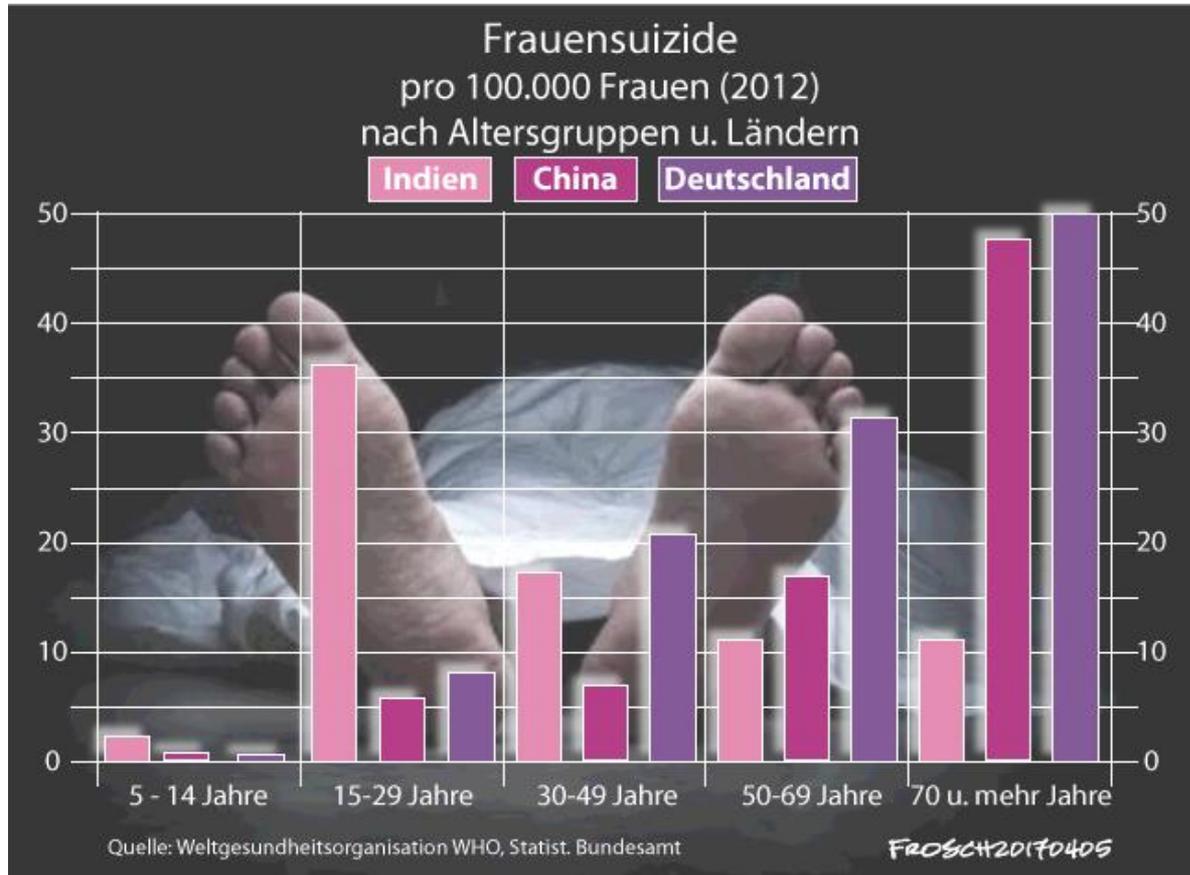
Suizidraten im Weltvergleich

SUIZIDRATE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

2012 begingen von 100.000 Einwohnern so viele Personen Suizid:



Suizidrate im Ländervergleich



Suizidrate im Ländervergleich

Suicide Rates Have Risen Sharply Across The U.S.

Percentage change in suicide rate in U.S. states from 1999 to 2016



Highest percentage increase
(1999 to 2016)

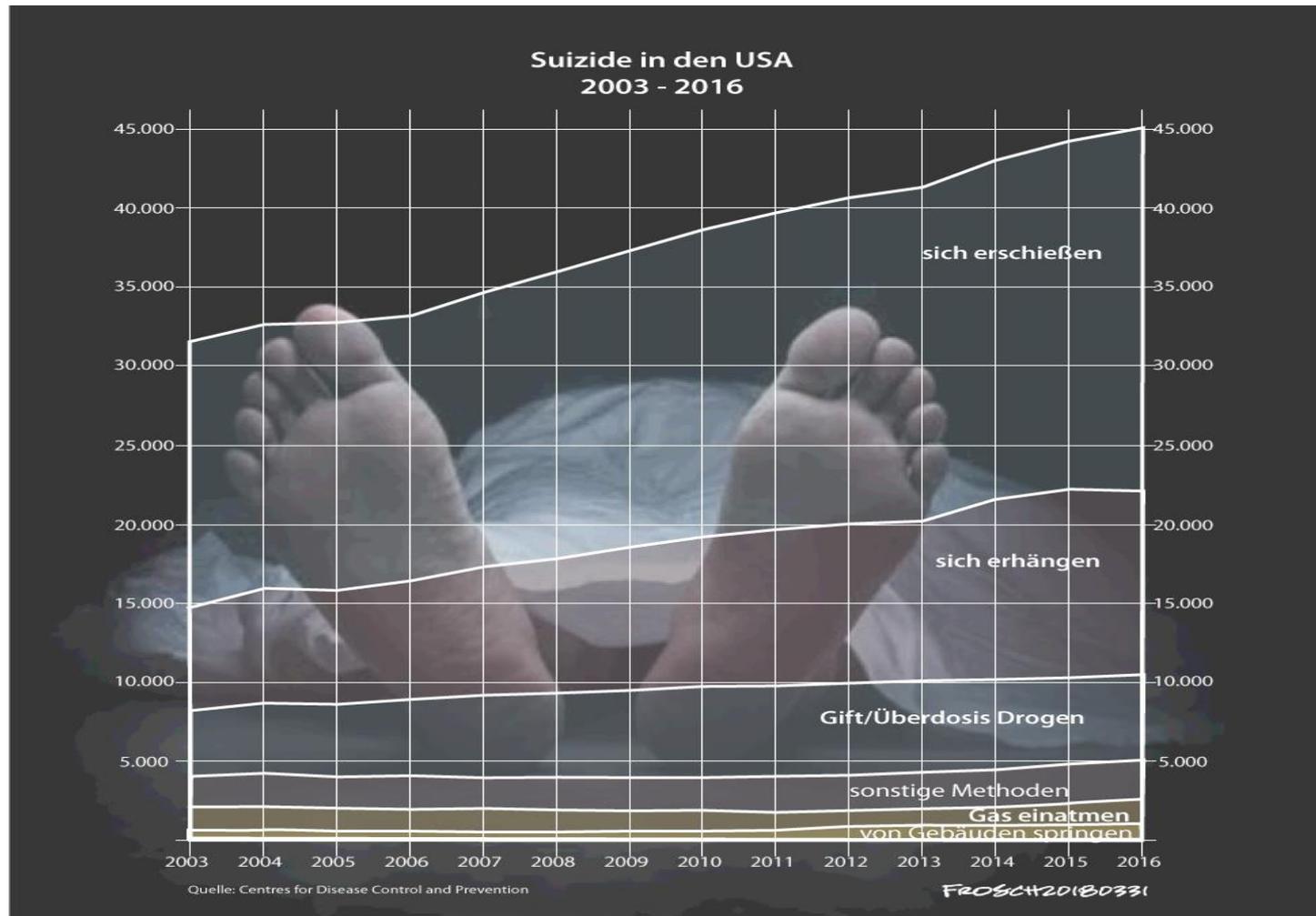
North Dakota	57.6%
Vermont	48.6%
New Hampshire	48.3%
Utah	46.5%
Kansas	45.0%
South Dakota	44.5%
Idaho	43.2%
Minnesota	40.6%
Wyoming	39.0%
South Carolina	38.3%



@StatistaCharts Source: Centers For Disease Control And Prevention

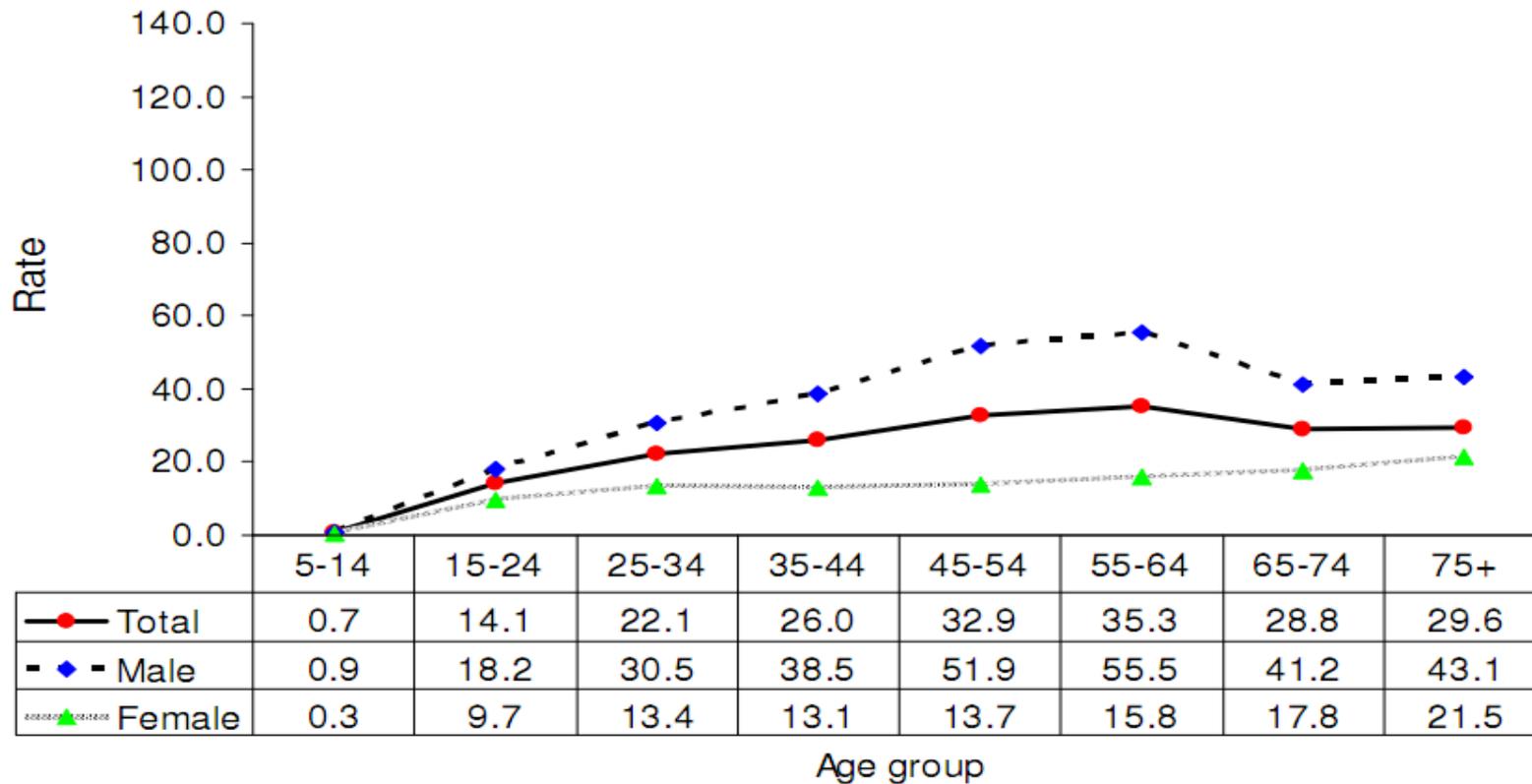
statista

Suizidarten in den USA



Suizidrate in Japan

Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Japan, 2006.



.....daraus folgt, die Suizidrate ist auch...

- abhängig vom sozio - ökonomischen Status **ist zu relativieren, mehr Faktoren treten hinzu!**
- abhängig von religiösen Vorstellungen und Bindungen
- abhängig von gesellschaftlichen Überzeugungen, kann z.B. Selbststötung ehrenhaft oder eher eine Schande für die Gemeinschaft sein?
- abhängig davon, ob psychische Erkrankungen stigmatisiert sind
- abhängig davon, ob es als Kriegsmittel anerkannt ist
- abhängig von der Multikulturalität einer Gesellschaft
- abhängig davon, ob gerade Krieg und Flucht herrscht im Land
- abhängig davon, wie Integration von Migranten / Flüchtlingen gelingt

Suizid in den Weltreligionen

- **Islam:** Sünde, wird mit der Hölle bestraft (Märtyrer-Tod wird nicht als Selbsttötung definiert sondern als Akt des Kampfes gegen die Unterdrückung des Islam)
- **Judentum:** verpönt, Trauerrituale verweigert. Aktuell Diskussion was “selbst in freiem Willen” bedeutet, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt
- **Buddhismus:** nicht verboten, jedoch verschiebt man den Weg der Erleuchtung auf das nächste Leben; Verschlechterung des Karma
- **Christentum:** katholisch Todsünde; protestantisch Sünde; noch vor nicht langer Zeit Verweigerung der Trauerrituale
- **Bahá'í:** nicht verboten, kann sich für das nächste Leben negativ auswirken.
- **Shintoismus:** gänzlich dem Leben zugewandt, kein Verbot. Jeder Tote geht in einen friedlichen Zustand über.

Risikofaktoren Deutschland I

- Männliches Geschlecht
- Höheres Lebensalter
- Verlust des Lebenspartners (Tod, Trennung, Scheidung)
- Psychische Erkrankung, vor allem affektive Störungen (z.B. Depression, Schizophrenie (Ersterkrankung), Substanzabusus, Persönlichkeitsstörung, Doppeldiagnosen häufiger betroffen
 - male depression: Im männlichen Gehirn wird durch die veränderte Stoffwechsellage Aggressivität und Impulsivität gesteigert.
- Schwierige, belastende, nicht erträgliche Lebenssituationen (inkl. sozioökonomischer Status) in den letzten 3 Monaten
- Suizidversuch in der Vorgeschichte, vor allem in den letzten 12 Monaten

Risikofaktoren II

- Genetische Belastung und / oder Suizide naher Verwandter
- Mißbrauchserfahrung in der Kindheit
- Fehlen tragfähiger sozialer Bindungen / Einsamkeit
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Arbeitsplatzverlust / Arbeitslosigkeit
- Chronische Schmerzerkrankung
- Diagnose einer schweren, möglicherweise tödlich verlaufenden Erkrankung
- Heroisierte oder romantisierte Darstellung von Suiziden verehrter Menschen-Vorbilder durch die Berichterstattung oder die sozialen Netzwerke
- Verfügbarkeit des Suizidmittels

Ausflug in die Biologie

- Grundlage der familiären Häufung mgl. Vererbung zu impulsiv-aggressivem / feindseligem Verhalten bei Frustration / Provokation
- Male depression mit depressionsuntypischer Transmitterreaktion
- Störung der Stress-Achse

=> Vulnerabilität für suizidales Erleben und Verhalten

Schutzfaktoren I (vergleichsweise wenige Studien)

- Optimistische Weltsicht
- Enge religiöse Bindungen – Trost und Zugehörigkeitsgefühl
- Gute soziale Einbindung (Familie, Kinder (im Haushalt), Freunde)
- Gute Problemlösefähigkeiten
- Schwangerschaft
- Angst vor Tod und Sterben
- Hoffnung / Gründe zu leben, positive Zukunftserwartungen

Schutzfaktoren II

- Verlässliches Gegenüber, vor allem in den therapeutischen Beziehungen
- Reflektierte Sicht auf die Suizide anderer- durch differenzierte Berichterstattung und offene gesellschaftliche Diskussion
- Verlässliche und bekannte Krisenstrukturen (z.B. Nummer Telefonseelsorge, Ablaufschema FRANS)

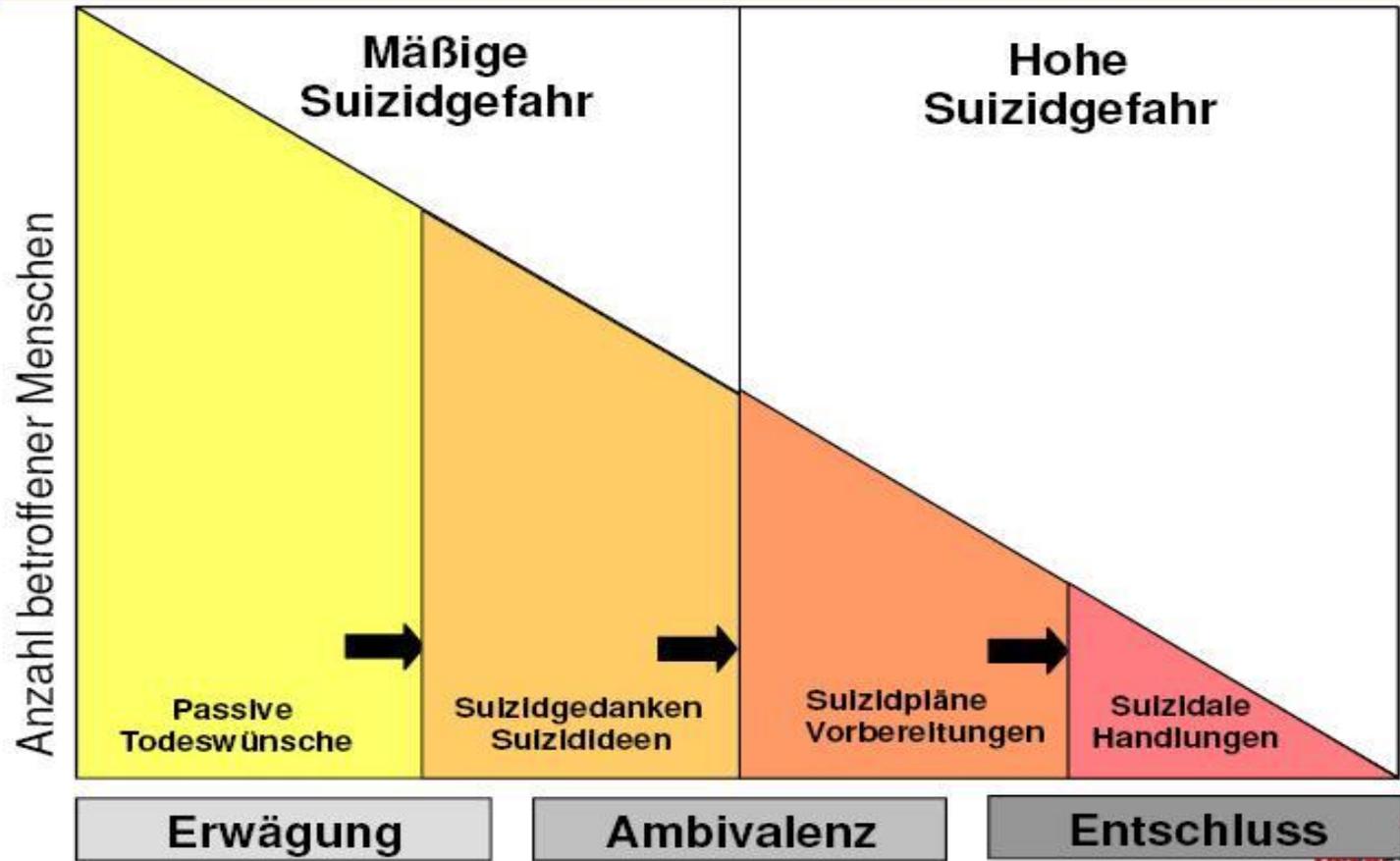
Die Modelle von Ringel und Pöldinger

Prof. Dr. Erwin Ringel fand durch Befragungen von über 700 Menschen nach Suizidversuchen einen (schematisch) immer gleichen Ablauf vor dem Versuch =>

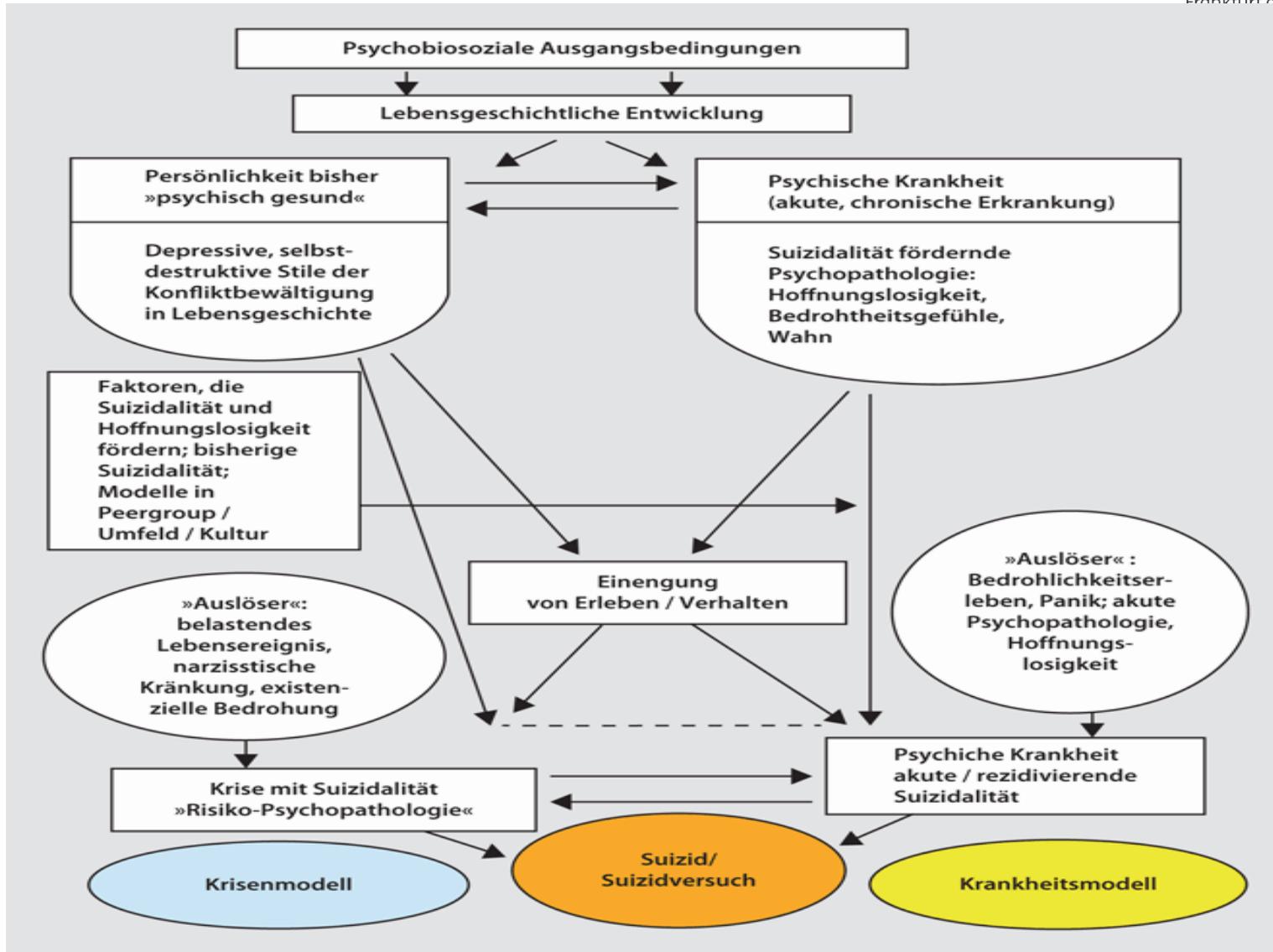
Das präsuizidale Syndrom (1953) besteht aus

- Einengung
- Aggressionsumkehr
- Suizidphantasien

Verschiedene Stadien von Suizidalität



Wie entsteht das suizidale Syndrom? I



Wolfersdorf 2015

Wie entsteht das suizidale Syndrom? II



Joiner 2005

Do´s and Dont´s in der Krise I - Risikoeinschätzung

- Suizidalität immer offen und direkt ansprechen
- Exploration des zeitlichen Verlaufs
- Erfragen aktueller krisenhafter Erlebnisse
- Fragen nach Häufigkeit der Suizidgedanken, drängen sie sich auf?
- Fragen nach der konkreten Planung, nach dem Suizidmittel
- Erfragen der Merkmale des präsuizidalen Stadiums (Einengung, Hoffnungslosigkeit, Isolation, für andere eine Last sein, Furchtlosigkeit vor Sterben und Tod, Agitiertheit oder Impulsivität)
- Verbales und nonverbales „Spiegeln“
- Einschätzung der protektiven Faktoren

Do´s und Don´ts in der Krise II

- In Beziehung gehen und die Krise würdigen
- Sicherheit und Vertrauen vermitteln
- Handlungsoptionen erweitern
- Einengung wahrnehmen und in Worte fassen
- Gemeinsam die Schwere der Situation klären und (möglichst) gemeinsam die nächsten Schritte gehen
- Soziale Unterstützung suchen, ggf. Vertrauenspersonen hinzuziehen
- Non-Suizid-Vertrag / Notfallplan etc. => Selbstkontrolle fördern
- Ggf. Medikation einsetzen

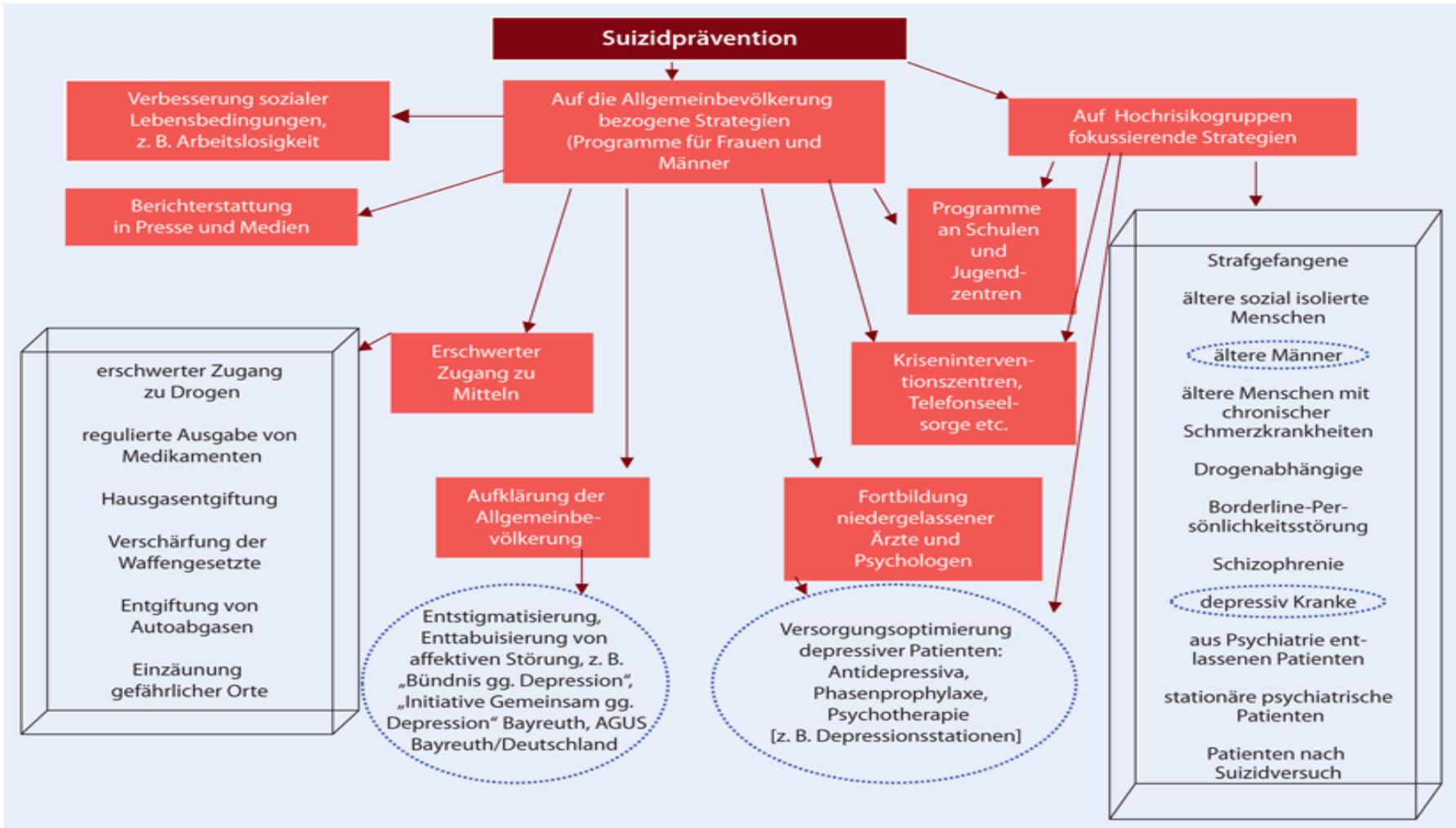
Do's und *Don'ts* in der Krise III

- Keine Eile!
- Nicht bagatellisieren - die Sorgen des Menschen ernst nehmen
- Die Angst vor stationärer Unterbringung nicht verstärken
- Konkrete Risikoeinschätzung nicht vermeiden
- Den Menschen nicht alleine lassen
- Suizidmittel nicht sichern
- Keine vorschnellen Zusagen – Verbindlichkeit und langer Atem wichtig =>
die “Ohnmachtsfalle” und die “Allmachtsfalle” (Eink/Haltenhof 2009)

Suizidprävention

- Ansprache der Risikogruppen
- Schulungen und Aufklärung von Multiplikatoren (Lehrer, Erzieher, Pädagogen, Hausärzte, Polizei, jobcenter-Mitarbeiter etc.)
- Genderspezifische Aufklärungsprogramme
- Altersspezifische Aufklärungsprogramme
- Aufklärung der Medienvertreter über sorgsame Berichterstattung
- Antistigma-Arbeit in Bezug auf psychische Erkrankungen
- Zugang zu Suizidmittel erschweren
- Bundesweite Stärkung von Krisendiensten / Telefonseelsorge
- Sorgfältige Datenerhebung und –auswertung, um Trends nicht zu verschlafen (s.USA, s. Deutschland Demografie) auch der Suizidversuche
- Durchgehende Evaluation der präventiven Maßnahmen (s. Japan)

Suizidprävention II



Wolferdorf 2015

FRANS



FRANS

Frankfurter Netzwerk
Suizidprävention

Fragen oder Kommentare?



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Alexandra Dippel, MBA
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialmedizin
Gesundheitsamt Frankfurt am Main
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt
Fon 069-212 44387
Alexandra.dippel@stadt-frankfurt.de