

Vom Alltag zu Krisen und Suizid

Horst Kächele



Sentenzen

- Life is complicated (Miller, Galanter & Pribram 1960)
- Life is filled with perils (Bonanno 2005)
- Leben ist seinem inneren Wesen nach ein ständiger Schiffbruch (Ortega y Gasset)
- Leben lässt sich nicht einfach leben, vieles müssen wir bewältigen (Filipp & Aymanns 2010)

Alltag

- Vertraute Orte, vertraute Objekte, vertraute Abläufe
- Vertraute Mitmenschen
- Handlungsrouinen mit wenig Reflexivität und Planung, Zieloptionen
- „alles passt“
- Subjektive Theorien: internes Umweltmodell - interne Selbstmodelle

Krise

- Crisis (griechisch) bedeutet Scheidung, Streit oder Entscheidung nach einem Konflikt
- Bankenkrise, Finanzkrise etc
- Ehekrisen
- Medizin: ein Wendepunkt in der Entwicklung einer Krankheit
- **Wendepunkt in einem Entwicklungsgeschehen mit unsicherem Ausgang**

Psychische Krise

- ein belastender, temporärer, in Verlauf offener Veränderungsprozess der Person mit Unterbrechung der Kontinuität des Erlebens und Handelns, durch eine partielle Desintegration im emotionalen Bereich (Ulich 1987)

Lebenskrisen

- Zeitlich umgrenzte Situationen,
- Passungsgefüge zwischen Selbst und Umwelt stimmt nicht mehr
- Wenn die Auseinandersetzung misslingt, kann es zu einem krisenhaften Verlauf kommen
- Die Reorganisation scheitert
- Negative Affekte
- Teufelskreis Spirale abwärts

Positiver Ausgang

- Überwindung der Phasen der Orientierungslosigkeit
- Negative Emotionen werden herunterreguliert
- Geglückte Re-Organisation des Passungsgefüges von Selbst und Umwelt
- (kreative Krise bei Berufs- und Partnerwahl),
- Seelisches Wachstum & Zuwachs an Kompetenz
- Und Weisheit

Negativer Ausgang

- Das Passungsgefüge kann nicht wieder hergestellt werden
- Chronifizierung der Belastungsreaktion
- Ausbildung dysfunktionaler, verzerrter Einschätzungen der Welt und der eigenen Person
- Flucht in maladaptive Formen der Lebensbewältigung (Alkohol-Medikamentenkonsum)
- Depressiven Rückzug mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Erhöhter Suizidneigung u. verkürzte Lebenserwartung

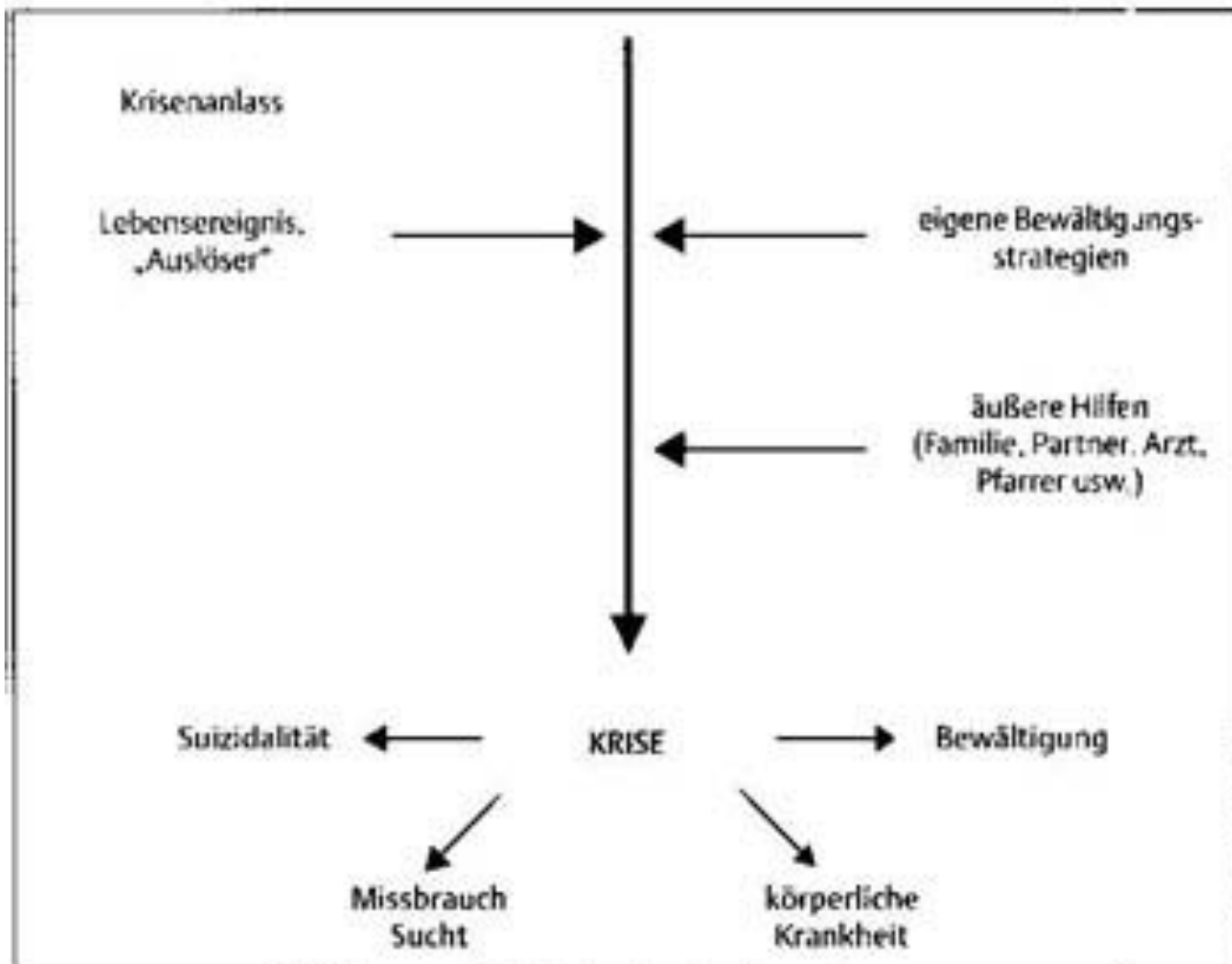
Kritische Lebensereignisse

- Def. Ereignisse, die weiter außerhalb des normale Erwartungs- und Erfahrungshorizontes liegen.
- Boston Feuerkatastrophe (Lindemann 1944)
- *Mehr als Stress!!*
- Verlust geliebter Personen durch Trennung oder Tod
- Verlust der Heimat durch Krieg
- Verlust von Fähigkeiten (Unfall, Hörfähigkeit etc)
- Verlust von sozialer Anerkennung (Pensionierungsbankrott)

Bewältigung oder Krankmachend

- Was Bewältigung ist, ist hochgradig individuell.
- Multiple Kriterien sind zu berücksichtigen
- Krebserkrankung als Paradigma
- (KMT bei hämatologischen Krebsformen)
- NeuKalibrierung der Lebensziele
- Resilienz
- *Lese: Genazino: Glück in glücksfernen Zeiten. 2009*

Krise im Ablauf



Krisenmodell vs Krankheitsmodell

zunehmender Lösungsdruck

#zunehmende affektive und kognitive Einengung

d.h. Krisensymptome, z.B.Unruhe, Getriebenheit,
Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen bis zu Mischung von
ängstlichen und depressiven Zuständen

zeitliche Begrenzung

Suizidversuch

- Ein Suizidversuch ist einer der größten Risikofaktoren sowohl für eine Wiederholung als auch für einen zukünftigen vollendeten Suizid.
- Rate der SV ist 10mal so hoch wie S
- Definition ist immer problematisch: ist jeder SV ein im Grunde missglückter Suizid (Stengel 1952)
- Heute NO: vorsätzliche Selbstvergiftung bzw vorsätzliche Selbstverletzung

Wunsch nach Ruhe, Pause,
Unterbrechung im Leben
(mit dem Risiko von Versterben)

Todeswunsch (jetzt oder in
einer unveränderten Zukunft
lieber tot sein zu wollen)

Suizidgedanke
- Erwägung als Möglichkeit
- Impuls (spontan sich aufdrän-
gend, zwanghaft)

Suizidabsicht
- mit bzw. ohne Plan
- mit bzw. ohne Ankündigung

Suizidhandlung
- vorbereiteter Suizidversuch,
begonnen und abgebrochen
(Selbst- und Fremdeinfluss)
- durchgeführt (selbst gemel-
det, gefunden)
- gezielt geplant, impulshaft
durchgeführt



eher passive
suizidalität

zunehmender
Handlungsdruck,
Zunahme des
Handlungsrisikos

eher aktive
Suizidalität

Para-Suizid

- Eine Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der ein Mensch absichtlich ein ungewohntes Verhalten zeigt, bei der er sich ohne das Eingreifen anderer eine Selbstbeschädigung zufügt oder vorsätzlich eine Substanz in höherer als der vorgeschriebene Menge oder der allgemein als therapeutisch angesehenen Dosierung zu sich nimmt.
- WHO 1992
- NB Unterscheidung von missglücktem Suizid und Selbstverletzung ohne Suizidabsicht!!!

Suizid-Vorstellungen

- Suizid-Ideen in der Adoleszenz - bei Fehlen von Psychopathologie - sind weder statistisch abnorm noch als Ausdruck psychischer Krankheit zu werten:
- 62% Studierenden an einer australischen Universität geben Suizid-Vorstellungen an; aber nur 7% haben frühere Suizidversuche in der Anamnese.

WHO- EURO MultiCenter Studie

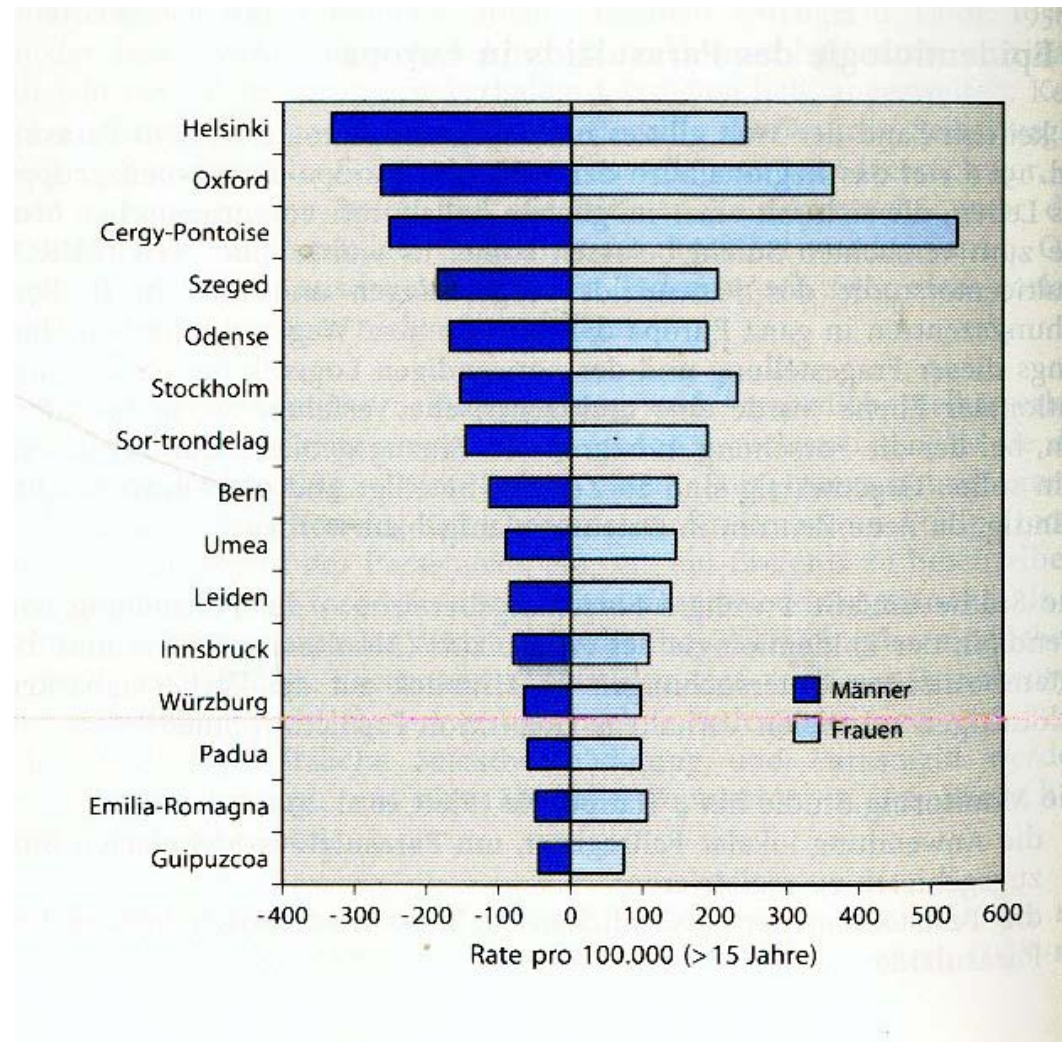
Durchschnittliche
Bevölkerungssuizidraten
für die verschiedenen
Zentren der Studie

Kerkhof et al. 1994

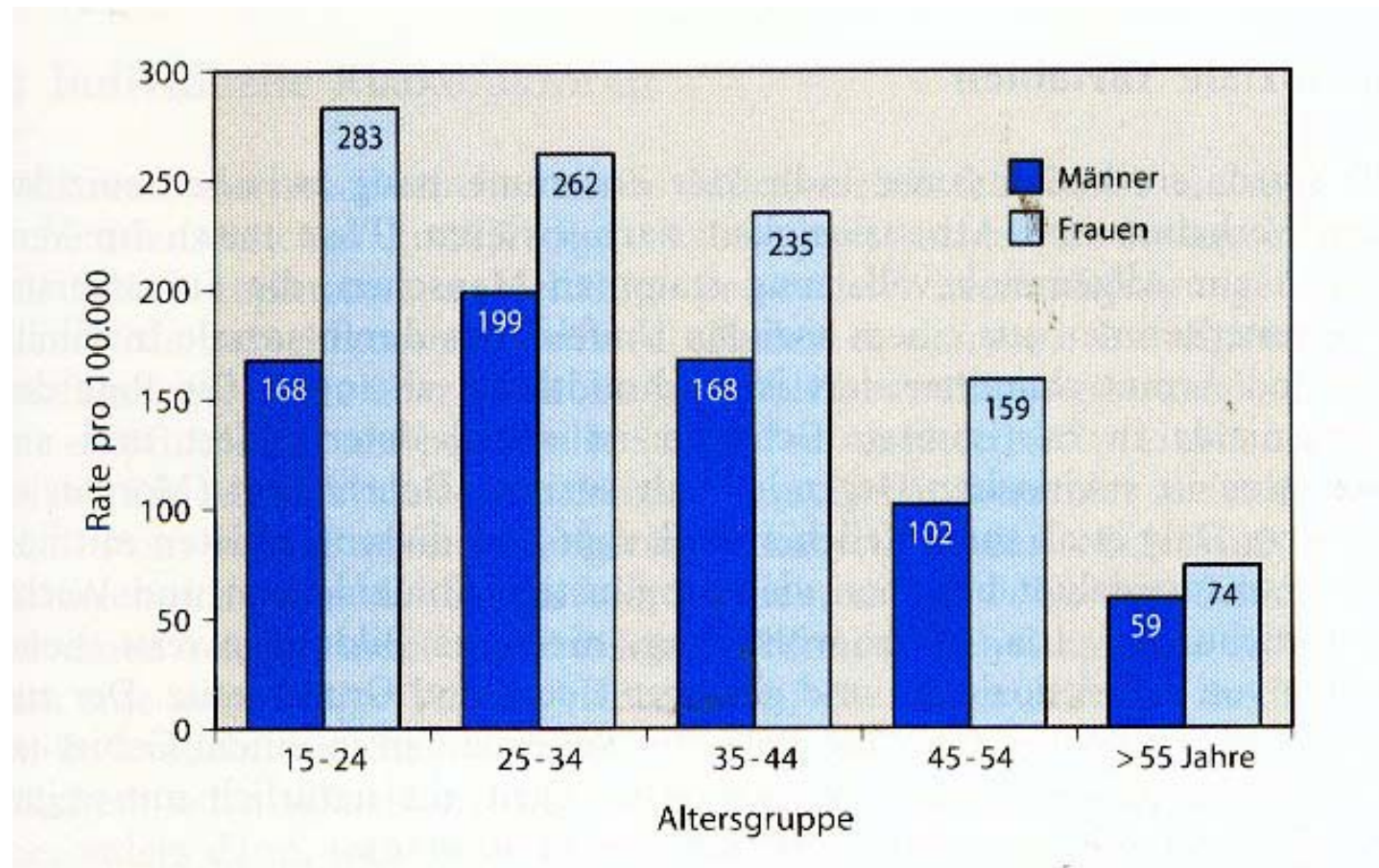
Dh in Europa im
Durchschnitt

Männer 140/100 000

Frauen 193/100 000



Alter & Parasuizid



Soziale Variablen

Arbeitslosigkeit: bedeutsamer indirekter Zusammenhang

Bildung: je geringer, desto höher die Wahrscheinlichkeit eines PS

Soziale Unterstützung: Deprivation sozialer Unterstützung
desto höher die Wahrscheinlichkeit eines PS

Individuelle Risikofaktoren

- Zwischenmenschliche Konflikte
- Verlusterlebnisse: materiell und /oder symbolisch
- Persönliche Beeinträchtigungen
- Schlechtere Problembewältigungsstrategien bei sozialer Notlagen

Diagnosen bei ParaSuizid

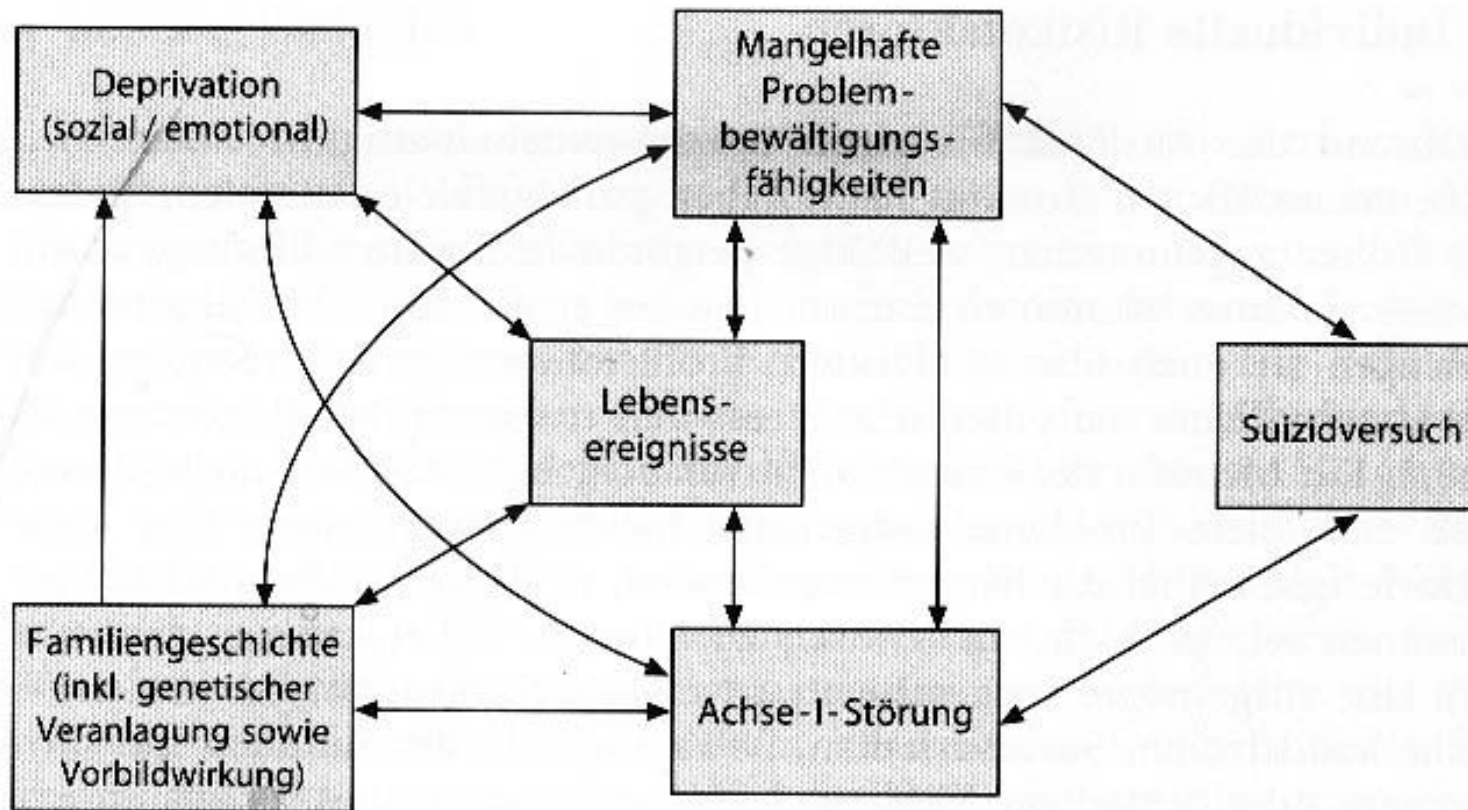
Diagnose	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
Psychosen	3	4	7	6
Persönlichkeitsstörungen	29	38	31	28
Alkoholmißbrauch	53	70	20	18
Substanzmißbrauch	21	28	12	11
Andere	9	12	13	12
Anpassungsstörung	7	9	35	32
Affektive Störung	25	33	54	49
Angstzustände	3	4	1	1
Affektive Störung mit Angstzuständen	5	7	12	11

Di
P

Wiederholungs-Risiko

- 15-20% wiederholen das para-suizidale Verhalten.
- Im Vergleich zu einmaligen Verhalten eine höhere Psychopathologie-Belastung.
- Alkohol-Missbrauch disponiert zur Wiederholung, wie auch andere der Schweregrad des Substanzmissbraches (Drogen Exzesse).
- Risiko Faktor Schizophrenie 40-55% SV

Entstehungsmodelle



Suizid

Definition

- Problem der Klassifikation eines Todesfalles
- „Ein Suizid ist eine Handlung mit tödlichem Ausgang, die der Verstorbene mit Wissen und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst geplant und ausgeführt hat“ (WHO 1992).
- Die Absicht, die Möglichkeit der Letalität und die Tödlichkeit des Ausgangs
- Juristische Definition der Absicht nicht immer leicht

Epidemiologie

- Suizidraten (SR): 1% in GB
- Bei jüngeren Männern um vieles höher

Religion

- Altes Testament: sachlich und ohne Verurteilung
- Christliche Kirchen seit Augustinus streng verurteilt wie auch Islam
- Nach der Reformation steigen die Suizidraten an als Folge des Verlust der allumfassenden religiösen Ausrichtung.
- Länder mit Sanktionen gegen den Suizid melden der WHO signifikant niedrigere Suizidraten.
- Der französische Soziologe Durkheim (1987): Katholiken und Juden niedrigere Suizidraten als Protestanten.
- Häufigkeit der Gottesdienstbesuche diskriminiert stark (Stack & Wassermann 1993)

Kultur

- Steigerung der SR in dem Zeitraum 1969-1985 zeigte sich 23 von 27 europäischen Ländern in Nord- und Mitteleuropa; Mittelmeerländer rel. Abnahme (Diekstra 1989).
- Europäische Länder mit einer höheren Lebensqualität haben höhere SR als ärmere Ländern (Inglehart 1990).
- Erklärung: größerer Zusammenhalt in Notzeiten
- NB Finnland und Japan rel. geringer Anstieg

Entwicklung: Jugend

- Gesteigerte SR für Adoleszenz.
- Erikson (1965): relativ viel Umbrüche in der Phase der Identitätsentwicklung; deshalb Gefährdung für depressive Einbrüche.
- Unfähigkeit des Familiensystems, Veränderungen zu ertragen oder Krisen durchzustehen, gibt den Anstoß zu suizidalen Agieren.
- Risikoverhalten ist adolszenz typisch (James Dean: „Denn sie wissen nicht was sie tun“)
- Adoleszentes Denken und Fühlen ist sehr schwankend
-
- Erikson EH (1965) Kindheit und Gesellschaft. E. Klett, Stuttgart

Jugendliche Homosexualität

- Bei homophilen Jugendlichen 2-3 mal häufiger
- Wg Ablehnung durch Altergenossen.
- In den USA 30% der vollendeten Suizide Jugendlicher (Gibson 1989).

Geschlecht

- Im Westen höhere SR bei Männern
- Im Osten, d.h. China mehr Frauen als Männer.
- Es liegen jedoch auch sehr regionale Befunde vor:
- Deganga Region in Indien 2/3 der S. von Frauen
- Ausnahme auch vom Alter abhängig in solchen Subpopulationen.
- Rücksicht auf Familie und Kinder: Marsha Linehan (1983) Reasons to stay alive.....

Women Power

- Auswirkungen der erfolgreichen Berufstätigkeit der Frauen auf Männern;
- haben Männer nur die Ehefrau als confidante, erleben sie dieses als Verlust (Stock 1998)
- Allerdings:
- Für beruflich erfolgreichen Frauen dieselben SR wie für Männer
- Emotionale Fähigkeiten als Schutzfaktor!!!!

Alter

- Verändertes Altersprofil: traditionell der ältere, sozial isolierte, oft verwitwete Mann (Keller et al. 1997);
- In England, Wales, Norwegen Irland seit 30 Jahren deutlicher Anstieg der 15-24jährigen jungen Männer: von 13,5 auf 24,5 pro 100 000).
- Ursache: soziale Veränderungen und veränderte Lebenseinstellung: viele offene Fragen!!!!!!

Psychologische Autopsie

- Erforschung der Lebenssituation eines Suizidopfers durch Interviews mit den Angehörigen:
- 90% werden retrospektiv als psychisch krank bezeichnet!
- Depression bei 2/3 der Fälle
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Abschiedsbriefe:
Schneidmann ES (1996) The suicidal mind. Oxford University Press, New York
- **Posner et al. (1989) Suicide notes in adolescence**

Suizid und körperliche Krankheit

- Erhöhte SZ bei bestimmten körperlichen Krankheiten, z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Schlaganfall, Huntington-Chorea/Veitstanz, muskuläre Dystrophien
- NB chronische Schmerzen können ein Faktor sein, dass sich suizidales Verhalten entwickelt.

Suizid & psychische Krankheit

- **Depression** mit Abstand die häufigste Diagnose bei Frauen; die auch diagnostiziert und behandelt wurde
- Fortschritte in der medikamentösen Depressionsbehandlung bremsen den Anstieg der SR in den Industrieländern jedoch nicht.
- **Schizophrenie**: Suizid ist die häufigste Todesursache (10-15%) . Frühes Erkrankungsalter, männliches Geschlecht, Statusverlust usw

Suizid & psychische Krankheit

- **Persönlichkeitsstörung:** dissozial, Borderline, impulsiver Typ
- **Substanzmissbrauch:** oft parasuizidal, selten jedoch CAVE „der goldene Schuss“

Wann?

- Relativ häufig werden Suizidversuche und Suizide im **Kontext der Entlassung** aus psychiatrischer Behandlung: Wochen bis Monate danach ist die SR erhöht!
- Probleme der **Wiedereingliederung**: Verlust stützender Strukturen, mangelnde Therapiemotivation für ambulante Behandlung usw.

Biochemie & Genetik

- Bislang am stabilsten:
- Anomalien im **serotonergen System** im frontalen Kortex von Suizidopfern.
- Kandidatengene sind deshalb die mit dem Serotonin assoziierten **Polymorphismen** des die Stoffwechselrate begrenzenden Enzyms Tyrosinhydroxylase.

Narzisstische Krisen

(Henseler 1974)

- Suizidant ist einem in ihrem Selbstgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit
- Für sein subjektives (bewusstes und unbewusstes) Erleben fühlt er sich bedroht, in einen Zustand totaler Verlassenheit, Hilflosigkeit u. Ohnmacht zu geraten
- Bedient sich deshalb der Realitätsverleugnung und der Idealisierung der eigenen Person wie der Umgebung.
- Recht dies nicht aus, greift er zu primitiven Mechanismen

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)?

- Die DGS ist die Dachgesellschaft für alle Einrichtungen und Personen, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen.
- Wesentliche Aufgaben sind : Die Förderung von Forschung, Fortbildung und Praxis auf diesem Gebiet, die - auch internationale - Vernetzung von Erfahrungen und eine informative Öffentlichkeitsarbeit.
- Um diese Ziele zu verwirklichen, werden jährlich zwei Fachtagungen organisiert, wird seit 34 Jahren die Zeitschrift "Suizidprophylaxe" herausgegeben, wurden die "Leitlinien zur Organisation von Krisenintervention" entwickelt, wird zum Aufbau neuer Einrichtungen und Arbeitskreise motiviert und anderes mehr getan.

Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen.

- Nach Schätzungen der WHO sterben jährlich etwa eine Millionen Menschen durch Suizid (201 Länder, 2008).
- In der EU sterben laut der EUSOSTAT-Datenbank 59.000 Menschen im Jahr durch Suizid (27 Länder). In Deutschland gab es 2006 knapp 10.000 Suizidtote.
- Weltweit werden jährlich etwa 10,2 Millionen Menschen von professionellen Helfern aufgrund von suizidalen Verhaltens betreut; ca. 30 Millionen Menschen gefährden jährlich ihr Leben (WHO).
- Die Suizidversuchsraten lagen 2000-2004 in verschiedenen Zentren Europas bei 158 Männern bzw. 212 Frauen auf 100.000 Personen der Allgemeinbevölkerung (Schmidtke et al. 2004).
- Die Zahl der Suizidtoten ist jährlich fast doppelt so hoch wie die Zahl der Verkehrstoten (genauer: 1,9: 1).
- Suizid findet in allen sozialen Schichten statt.
- Suizid ist immer noch ein Tabuthema in Deutschland.
- Ein Suizid löst bei mindestens 6 Menschen seelisches oder körperliches Leid aus.

Was beinhaltet **Suizidalität**?

Suizidalität beinhaltet den Wunsch, das eigene Leben selbst zu beenden. Oftmals steht dahinter der Wunsch nach Ruhe oder der Drang, eine ausweglos erscheinende Situation zu beenden. Die Betroffenen schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben. Sie können so nicht weiter leben und glauben, dass keine alternativen Handlungen verfügbar sind.

Wer ist gefährdet? Ein **erhöhtes Risiko** für Suizidalität besteht bei

- allen depressiven Menschen, insbesondere wenn diese hoffnungslos und schwer depressiv erkrankt sind.
- Menschen mit Suchtkrankheiten.
- an Psychosen erkrankten Menschen.
- alten Menschen, besonders wenn sie mehrfach und schmerzhaft erkrankt oder vereinsamt sind.
- allen Menschen mit Suizidversuchen, mit suizidalen Krisen oder Suizidankündigungen in der Vorgeschichte sowie mit Suizidalität in der Familiengeschichte.
- Menschen in akuten Trennungs- und Belastungssituationen, bei Entwurzelung, Isolation, schicksalhaften Lebensereignissen oder anderen psychosozialen Krisen.
- Menschen mit schmerzhaften oder verstümmelnden Erkrankungen, insbesondere chronischen oder Krebskrankheiten.

Woran erkennt man **Suizidalität**?

- Interesse- oder Teilnahmslosigkeit
- Äußerung von Gefühlen der Hoffnungs- oder Sinnlosigkeit
- Äußerung von Suizidgedanken oder -plänen
- Das Schreiben von Abschiedsbriefen oder das Verschenken persönlich wichtiger Dinge
- Rückzug von Aktivitäten oder Abbrechen von Kontakten
- Plötzliche Stimmungsaufhellung nach einer schweren Krise bei fehlenden Zukunftsideen
- Weglaufen (bei Jugendlichen)
- Reduktion oder Abbruch der Nahrungsaufnahme

Parallele Unterstützung im privaten Umfeld

Die offene Aussprache mit einem verständnisvollen Menschen hilft in vielen Fällen zum Leben zurückzufinden. Eine solche Vertrauensperson kann in der Krisensituation oder bei der Überwindung einer Depression Beistand leisten.

Professionelle Hilfe

Was kann ich tun?

- Beziehung anbieten: ernsthaft und direkt nach konkreten Suizidideen oder Suizidhandlungen fragen (Suizidalität ist Ausdruck von Not!)
- Akuten Handlungsdruck erfragen
- Zeit, Zuwendung, Fürsorge zur Verfügung stellen
- Die Sorgen des Betroffenen ernst nehmen
- Geduldiges Zuhören
- Gegebenenfalls zu einer Hilfseinrichtung begleiten
- Vermeiden von Vorhaltungen
- Vermitteln von Zuversicht
- Angehörige oder als positiv erlebte Bezugspersonen einbeziehen
- Vermitteln, dass der Betroffene wichtig ist
- Eigene Grenzen erkennen und als Helfer Unterstützung suchen

Was ist unprofessionell?

Was sollte ich nicht tun?

- Moralische Vorhaltungen machen
- Den Betroffenen alleine lassen
- Allgemeine Ratschläge geben
- Kritik an dem Wunsch des Betroffenen äußern
- Bagatellisieren („Das ist doch alles nicht so schlimm“)

Suizidprävention, im Sinne der Behandlung suizidgefährdeter Menschen, „lohnt“ sich. Der Großteil der Menschen nach einem Suizidversuch ist letztlich froh über ihre Rettung.

Literatur Vorschläge

- Henseler H, Reimer C (Hrsg) (1981) Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. frommann-holzboog, Stuttgart
- Welz R, Pohlmeier H (1981) Selbstmord-Handlungen. Beltz, Weinheim und Basel
- Henseler H (1984) Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Dormann W (1991) Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Reimer C, Arentewicz G (1993) Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Springer, Berlin
- Bronisch T (Hrsg) (2002) Psychotherapie der Suizidalität. Thieme, Stuttgart