

forum: zukunft. alter.
2. März 2017

Suizidologie - Suizid im Alter

Herwig Oberlerchner

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie – 2010 (www.kabeg.at)



Ein paar Zahlen

- 186 Betten/Plätze
(164 Betten im stationären Bereich, 15 Plätze Tagesklinik, 4 Tagklinik, 3 Nachtklinik)
- 3400 stationäre Fälle im Jahr
- 11 000 ambulante Fälle im Jahr
(Allgemeine Ambulanz, 7 Spezialambulanzen, Konsilien)
- 40 % der PatientInnen werden am Beginn oder während des stat. Aufenthaltes im unfreiwilligen UBG geführt
- 2 Drittel aller PatientInnen werden freiwillig behandelt
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer 15,4 d

Das Team der APP



Definitionen - Suizidalität

- Alle **Denk- und Verhaltensweisen** von Menschen, die den eigenen Tod anstreben
- Allen Menschen möglich
- Keine Freiheit oder Wahlmöglichkeit – **Einengung**
- (Pseudo-) **Motive**: appellativ, manipulativ, altruistisch, auto- und fremdaggressiv, narzisstisch ...
- **Wunsch nach Veränderung**
- Die Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der Menschen hoffnungslos und verzweifelt über sich selbst das eigene Leben und ihre Situation als ausweg- und perspektivenlos erleben.

Mythen/Fehlmeinungen

- Suizide sind selten
- Suizidalität darf/soll nicht angesprochen werden
- Suizide werden nicht angekündigt
- Suizide können nicht verhindert werden
- Suizide sind unabhängig vom Alter
- Suizide können durch Antidepressiva ausgelöst werden
- Suizide sind nicht immer Ausdruck psychischer Erkrankung

Bertolote et al.(2004): Bei 2 % von 15629 Suizidenten ist keine Diagnose stellbar.

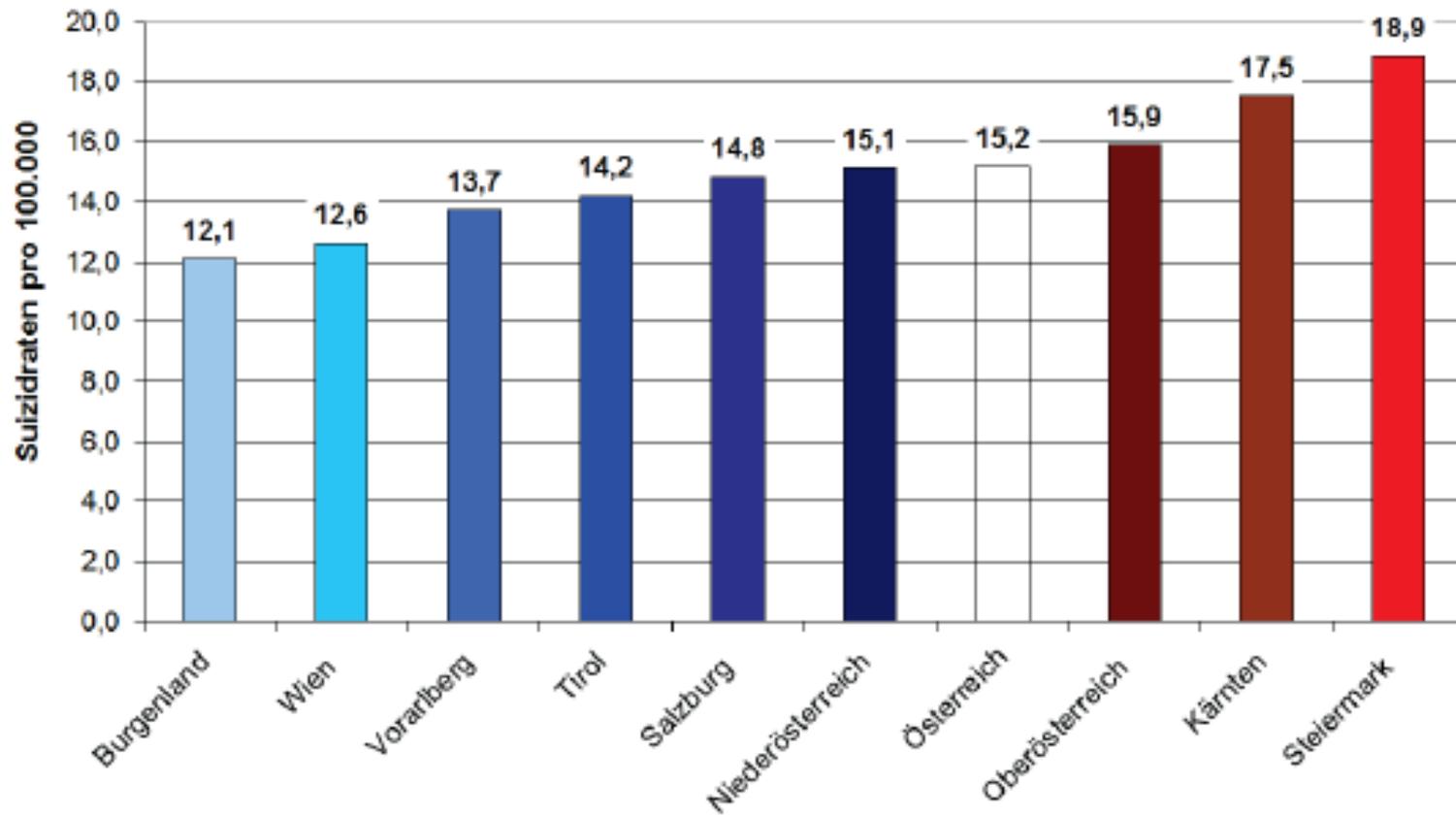
Cavanagh et al. (2003): Bei 70-90 % liegt eine psychische Erkrankung vor.

Suizide – Epidemiologie

- 58 000 Suizide/a in der **EU** (2005), **USA**: 42 773/2014.
- **Weltweit** ca. 1 Million Menschen pro Jahr (alle 40 Sek.)
- Suizide in **Österreich**: 1251 (961 / 290) im Jahr **2015**.
- **2013**: 1291 (967/324), Verkehrstote (455). **2014**: 1313/430.
- **1983**: 2077 Suizide, **2015** (1251). Seit 1987 minus 44 %.
- Kärnten (2009): 17,4 Suizide pro 100 000 Einwohner
- Steiermark (2009): 19,6 Suizide pro 100 000 Einwohner
- **Kärnten**: 110 Suizide im Jahr 2010, 85 (2011), 97 (2012), 107 (2013), 104 (2014), 128 (2015).

Statistik: Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich

3-Jahres-Mittelwert (2009-2011)

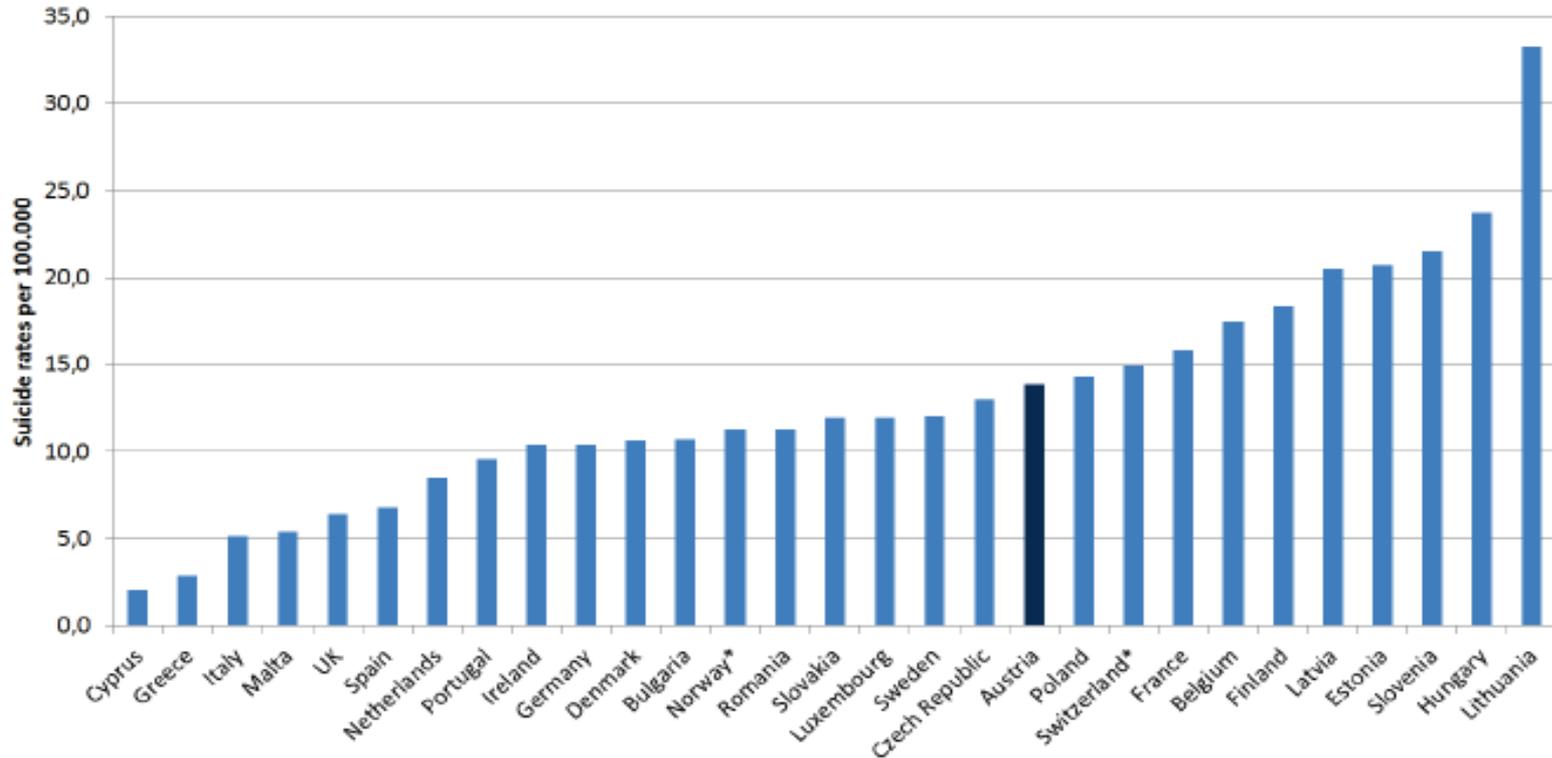


Suizidraten in Europa

(A: Männer:23,7; Frauen: 7,3; 14,3/100000)

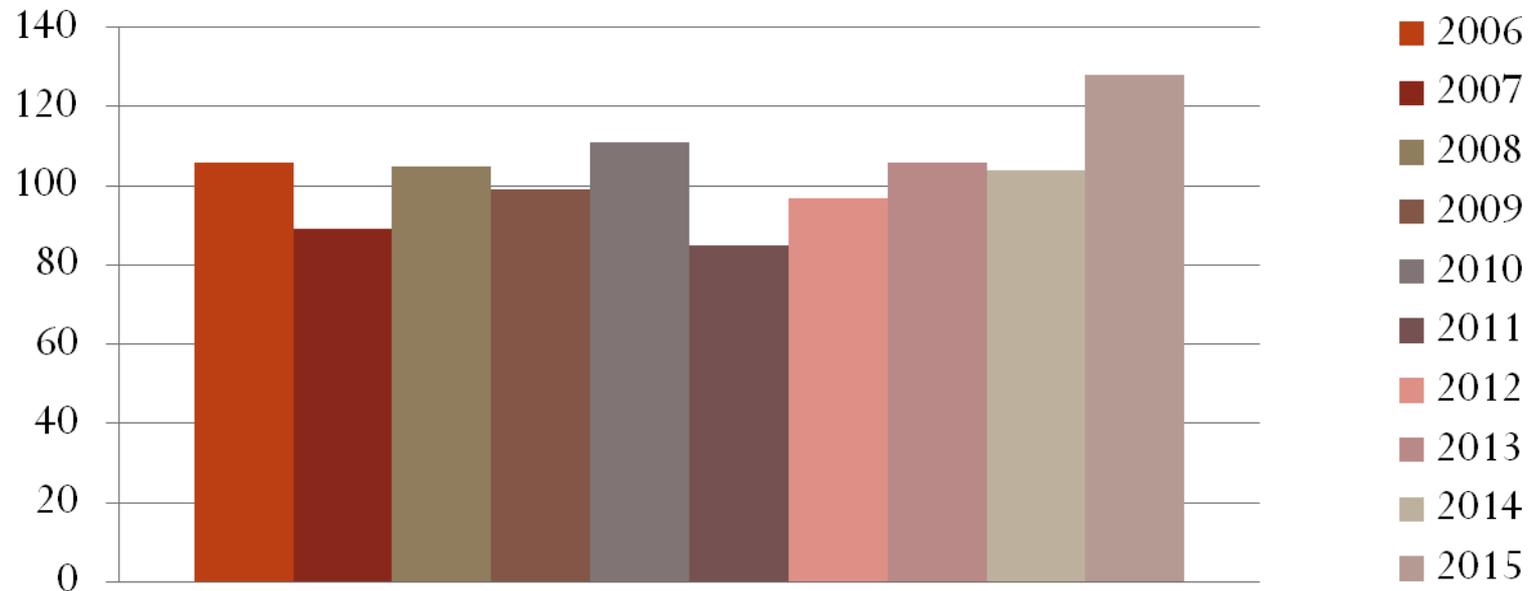
3-Jahres-Mittelwert (2009-2011)

5-Jahres-Schnitt (2004-2008)



Zur Vergleichbarkeit der Europäischen Suizidraten beruhen die Daten auf einer Standardisierung auf die europäische „Normbevölkerung“.

Suizide in Kärnten im 2015/2014



- In Kärnten: 128 (2015)/104 (2014)(+ 24): 22/100000
- In Österreich: 1251 (2015)/1314 (2014)(- 63): 14,3/100000
- In Kärnten: **2014: 79** , 24 ; **2015: 104** , 24

Insel Gotland



Gotland

- Größte schwedische Insel in der Ostsee
- Ca. 60 000 Einwohner
- 115 (89 / 26) Suizide (1981-1992)
- Schulung der praktischen ÄrztInnen
- 60 % Rückgang der Suizide (bei Frauen)
- Rückgang der stationären Aufnahmen
- Zunahme der Verschreibung von AD
- Männer?
- Nachschulung (nach vier Jahren neuerlicher Anstieg der Suizidrate)...



Depressive Episode – Kriterien (DSM)

1. Depressive Verstimmung
2. Vermindertes Interesse
3. Gewichtsverlust
4. Gestörter Schlaf
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
6. Müdigkeit und Energieverlust
7. Gefühl von Wertlosigkeit und Schuldgefühle
8. Denken, Konzentration, Entscheidungsfähigkeit
9. Suizidideen, -gedanken, -impulse

Mindestens fünf Symptome über zwei Wochen
(verbunden mit psychosozialer Leistungseinbuße)

Exkurs: Männer mit Depressionen

- Irritabilität und Dysphorie
- Ärgerattacken
- Verbitterung oder Feindseligkeit
- Neigung zu Vorwürfen
- Geringe Stresstoleranz
- Erhöhte Risikobereitschaft
- Verhalten an der Grenze zur sozialen Norm
- Substanzmissbrauch
- Allgemeine Unzufriedenheit
- Erhöhte Suizidneigung

Hohe Suizidraten bei Komorbidität

- Schizophrenie und Sucht: 15-65%
- Depressive Störung und Sucht: 15-65%
- Bipolare Störung und Sucht: -50%
- Angsterkrankung und Sucht: 21-32%
- 69-87% der Alkoholkranken, die sich suizidierten, litten an einer depressiven Erkrankung

ZAHLEN – DATEN – FAKTEN

- 8,6-11,2 % (12-25 %) der PatientInnen beim Hausarzt leiden an einer Depression
- 50-75 % davon werden richtig diagnostiziert
- 26-40 % der Personen in Alten- und Pflegeheimen sind depressiv
- 40 % der PatientInnen mit einer schweren körperlichen Erkrankung leiden an einer Depression
- (85,4 %) 76,9% der SuizidentInnen besuchten einen praktischen Arzt in den letzten drei Monaten (de Leo et al: 2013)
- 1 Suizid kommt auf 10 (-30) **Versuche**
- **1-2 Suizide pro 1000 Aufnahmen**
- **8 von 10** PatientInnen kündigen ihren Suizid an ...
- Jeder 7. depressive Pat. suizidiert sich (15%), **Risikoerkrankungen**

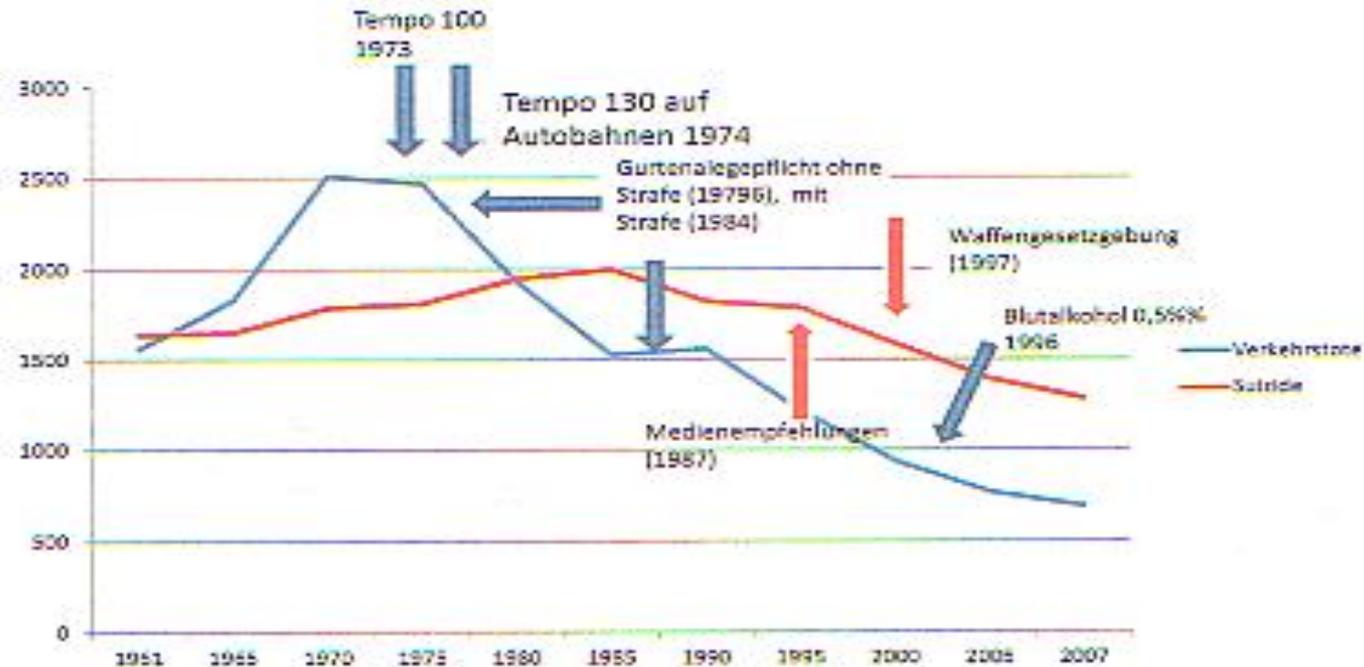
Beiträge zur Suizidprävention

www.suizidpraevention.at

- Unterstützung und **Behandlung** (APP, PNKD, KIT, KLP ...)
- **Primärprävention** (Schulbasierte Suizidprävention ...)
- Unterstützung von Anlaufstellen für Menschen in potentiellen **Krisen** (AMS, Polizei ...)
- Suizidprävention im **Alter** (Telefondienste ...)
- **Schulung** (Stichwort „Gotland“)
- **Erreichbarkeit** von Suizidmethoden ...
- (Zielgruppenspezifische) **Medienarbeit**
- Richtlinien zur Suizidberichterstattung wurden Teil des Ehrenkodex der österreichischen Presse (06/12)

Zugänglichkeit einer Methode

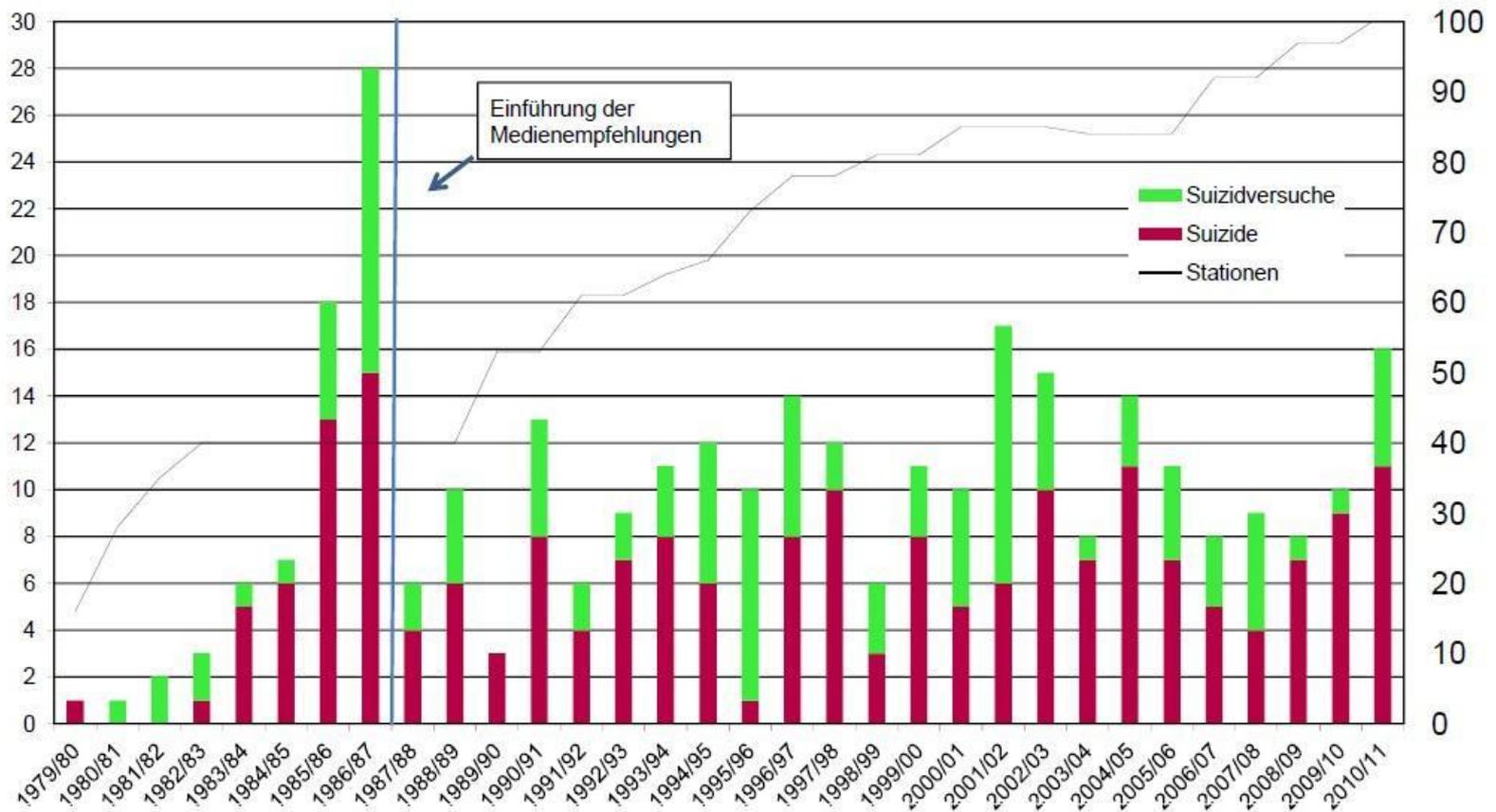
Prävention im Straßenverkehr



G. Sonneck

80 er Jahren

U-Bahn-Suizide und -Suizidversuche 1980-2011 in Wien



Werther - Effekt

- 1774: Bestseller von J. W. **Goethe**: „Die Leiden des jungen Werther(s)“.
- **Suizidwelle (?)** – Verbot des Buches und der Tracht (in Leipzig bis 1825)
- **Werther-Effekt**: Zusammenhang zwischen Berichterstattung in Medien und erhöhter Suizidrate.
- **Phillips D. P.** (1974): Untersuchung von Prominentensuiziden
- **Sonneck G.** et al (1994): U-Bahn-Suizide und Berichterstattung
- Berichterstattungsricht- und -leitlinien

Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid

- **Tomandl G., Sonneck G., Stein C. (2008)**

„Medien reflektieren und beeinflussen durch die Art und Weise der Berichterstattung auch die gesellschaftliche Information und Einstellung zum Suizid“.

- **Zwei Kernaussagen:**

„Manche Medienberichte über Suizid können weitere Suizide auslösen“.

„Auch Medien können einen Beitrag zur Suizidprävention leisten“

www.hilfe-in-der-krise.at/leitfaden-zur-berichterstattung.html

Im Besonderen zu vermeiden sind

- Erhöhung der Aufmerksamkeit
- Details zur Person
- Details zur Suizidmethode
- Details zum Suizidort
- Details zur Suizidhandlung
- Vereinfachende Erklärung (monokausale Modelle)
- Heroisierung der Person
- Romantisierung des Suizides
- Interviews mit Angehörigen in der Schockphase

Kärntner Tageszeitung – 15. Mai 2012

Todessprung: Hergang ist geklärt

Jener Deutsche, der sich am Donnerstag mit einem Sprung vom Klagenfurter Stadtpfarrturm das Leben nahm, lehnte vorher eine Führung mit den Worten ab: »Ich möchte nur die Aussicht genießen.« Warum das Sicherheitsnetz am Turm teilbar (und damit sinnlos) ist, ließ man im Magistrat gestern offen.

Klagenfurt Die Gründe seiner Verzweiflungstat liegen immer noch im Dunkeln. Bekannt sind jetzt aber die Umstände, unter denen sich ein 57-jähriger Deutsche das Leben genommen hat: Der Mann, der

nach einem Sprung vom Klagenfurter Stadtpfarrturm sofort tot war, hatte die dortigen Sicherheitseinrichtungen problemlos überwunden. Wie berichtet spielte sich die Tragödie am Donnerstag mit-

ten in der Landeshauptstadt ab. Kurz vor 12 Uhr betrat der Deutsche den Eingang des 97 Meter hohen Bauwerks und begegnete dort dem Türmer. Der fragte den Besucher, ob er eine Führung wünsche. »Nein«, lautete die Antwort des 57-Jährigen, »ich möchte nur die Aussicht genießen.« Was dem Mann danach durch den Kopf ging, als er die 225 Stufen bis zur Aussichtsplattform erklimm, wird für immer ein Geheimnis bleiben. In 50 Meter Höhe angekommen, handelte er aber sehr schnell. Er stieg auf die Brüstung, die die Besucher schützen soll, zog das teilbare Sicherheitsnetz auseinander und sprang ... Sekunden später schlug sein Körper auf einen VW Golf,

der direkt unter dem Turm geparkt war, auf: Der 57-Jährige war sofort tot, der schwer beschädigte Golf musste von einem Abschleppdienst entfernt werden.

Mauer des Schweigens

Die Frage, weshalb das Sicherheitsnetz, das Vorfälle wie diesen verhindern soll, geteilt werden kann und damit seinen Sinn verliert, blieb gestern unbeantwortet. Die KTZ fragte im Klagenfurter Magistrat nach, traf aber auf eine Mauer des Schweigens. Zu hören war nur: »Wir können nichts sagen, die Ermittlungen der Polizei sind nicht abgeschlossen.« Fest steht: Die Sicherheitsmaßnahmen am Turm müssen überarbeitet werden.



Zertrümmert wurde der VW Golf, auf den der 57-Jährige stürzte. Das Fahrzeug musste abgeschleppt werden.

Werther Effekt

Wieder zwei Tote nach Eifersuchtsdrama

Seit Samstag starben sechs Menschen durch Beziehungstaten. Gestern erschoss ein 70-jähriger seine Ehefrau (52) und verübte dann Selbstmord.

Es ist die dritte Beziehungstat in sechs Tagen, die sich gestern früh bei einem Eifersuchtsdrama in Mödling ereignete. Ein Mann (70) erschoss in der Wohnung eines Mehrparteienhauses seine Ehefrau (52) und sich. Die Tochter (14) wurde Zeugin der Bluttat. Bei Beziehungstaten in Ostösterreich sind damit seit vergangenem Samstag sechs Menschen ums Leben gekommen – vier in Niederösterreich, zwei im Burgenland.

Den Erhebungen zufolge besaß der 70-jährige Mödlinger seit wenigen Wochen einen Waffenschein und einen Revolver. Damit feuerte er gestern früh mindestens drei Mal im Kinderzimmer auf seine schlafende Frau. Die Tochter, die in wenigen Tagen 15 wird, flüchtete währenddessen aus der Wohnung zu Nachbarn. Im Stiegenhaus hörte das Mädchen noch einen Schuss – jenen, mit dem sich der Vater im Badezimmer tötete. Die Waffe lag neben dem 70-Jährigen.

Die Ermittler sehen Eifersucht als Motiv. Der Mann habe Tagebuch geschrieben und die Tat an-



Der Tatort in Mödling: Ein Mann erschoss erst seine Frau und dann sich selbst
APA/STANEFEC

gekündigt. Der Bluttat dürften bereits mehrere Streitgespräche vorausgegangen sein.

Die Tochter des Paares wurde nach der Tat von einem Kriseninterventionsteam des Roten Kreuzes betreut. Sie war Ermittlern zufolge von ihrem Vater nicht bedroht worden.

Zwei Scheidungsdramen

Erst am vergangenen Samstagnachmittag hatte im Bezirk Gänserndorf (Niederösterreich) ein Scheidungs-drama zwei Tote gefordert. Eine 47-jährige wurde erstochen, ihr Ehemann (52) erhängte sich. Die Frau wurde von ihrer Tochter (17) im gemeinsa-

men Einfamilienhaus tot aufgefunden. Das Opfer wies massive Schnitt- und Stichverletzungen im Halsbereich auf. Der Mann hatte sich im Schuppen erhängt. Nicht einmal 24 Stunden später, am Sonntagvormittag, endete ebenfalls ein Scheidungs-drama in Parndorf (Burgenland) tödlich. Ein 62-jähriger, der die Tat seinem Sohn zuvor per SMS angekündigt hatte, erstach erst seine Ehefrau (57) und erschoss sich danach selbst.

„Auslöser für solche Dramen ist meist mangelnder Selbstwert und die Angst, ersetzt zu werden“, meint Psychologin Rotraud Perner (siehe Interview rechts).

REAKTION DES TAGES

Berichte können gefährlich sein

Psychiatrie-Primar warnt vor ansteckender Wirkung nach Artikeln über Beziehungsverbrechen.

„Wieder zwei Tote nach Eifersuchtsdrama“, 14. 10.

Die Kleine Zeitung berichtet ausführlich über ein neuerliches, nun drittes Beziehungsdrama mit Mord und anschließendem Suizid. Ohne kausale Zusammenhänge herstellen zu wollen, ist seit Jahren bekannt, dass diese Form von Berichterstattung über Gewalt und Suizid die Wahrscheinlichkeit für Nachahmung erhöht. Dieses als „Werther Effekt“ bezeichnete Phänomen geht auf Goethes Werk „Die Leiden des jungen Werther“ zurück, mit dem er eine Welle an Imitations-suiziden auslöste, was insbesondere dann passiert, wenn das (auto-)aggressive Element solcher Taten detailliert geschildert wird.

Diese Berichterstattung mag zwar das Informations- (und Sensationsbedürfnis) der Leser stillen, im Gegenzug muss sich die Presse aber des Gefahrenpotenzials solcher Artikel bewusst sein und sich zu einem verantwortungsvolleren Journalismus bekennen. Denn es gibt Formen

von Berichterstattung, die einen suizid- und gewaltprotektiven Effekt haben. Wenn aufgezeigt wird, dass Partnerschaftskrisen oder suizidale Krisen konstruktiv bewältigt werden können, dass es Auswege aus schwierigsten Lebenssituationen gibt und auch Betroffene zu Wort kommen, die es geschafft haben, sich, ihrer Biografie oder ihrer Partnerschaft eine neue Richtung zu geben, wenn Hilfsangebote sehr konkret genannt werden. . . .

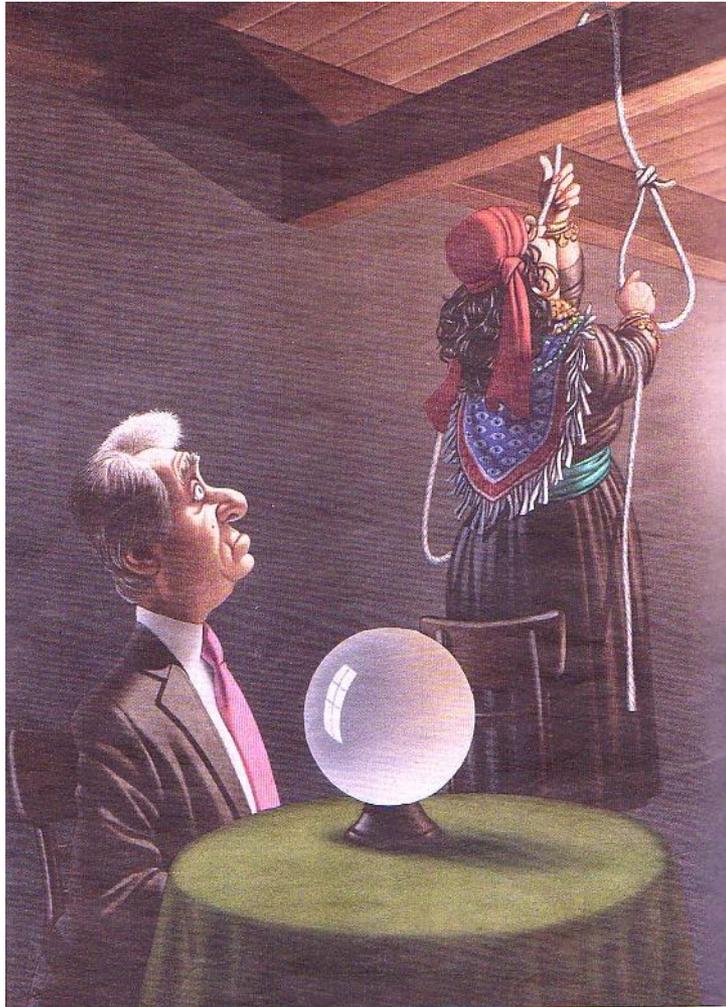
Dieser präventive und protektive Effekt wurde von einer Wiener Forschungsgruppe eindrucksvoll belegt und wird „Papageno Effekt“ genannt. Eine psychotherapeutische Deutung des Geschehenen (Interview mit Rotraud Perner) reicht dafür nicht aus, im Gegenteil, es kann gar zu einer Romantisierung der Ereignisse und der psychischen Verfassung der Betroffenen beitragen.

Prim. Mag. Dr. Herwig Oberlerchner, MAS, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Klagenfurt

Bringts ein Leitfaden?

- **Schäfer Rita et al. (2006):** Suizidberichte in Nürnberger Printmedien – Häufigkeit und Form der Berichterstattung vor und nach der Implementierung eines Medienguides. In: Psychiatrische Praxis. 2006.
- **Kernaussage:**
„Eine günstige Beeinflussung der Suizidberichterstattung durch einen Medienguide gelingt nur dann, wenn Verantwortliche der Lokalredaktion zu einer engagierten Mitarbeit zugewonnen werden“.

Medien



Die Zeiten, in denen psychiatrische Patienten in Gitterbetten ruhiggestellt wurden, scheinen in Klagenfurt noch präsent. Foto: Hendrich

Papageno Effekt



- **Niederkröthaler Th. et al (2010):**

Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. In: British Journal of Psychiatry.

- **Kernaussage:**

Es zeigt sich, dass „Berichte über Betroffene, die Krisensituationen konstruktiv und ohne suizidales Verhalten bewältigen konnten, mit einer Senkung der Suizidrate in der Woche nach Erscheinen des Artikels assoziiert waren“.

Papageno-Effekt



Papageno aus Mozarts Zauberflöte war bereits mit Suizidplänen beschäftigt, da er den Verlust seiner geliebten Papagena befürchtet. Er wird jedoch in letzter Minute davon überzeugt, dass er Papagena doch für sich gewinnen kann und rückt von seinem Vorhaben ab.

Papageno Effekt

36 GESUNDHEIT

KLEINE ZEITUNG
SAMSTAG, 8. SEPTEMBER 2012



APOTHEKERTIPP
VON DR. GERHARD ROBINGER

Arzt und Apotheker

Der Stauferkaiser Friedrich II trennte mit seinem Edikt von Salerno im Jahre 1241 die Berufe von Arzt und Apotheker, die bis dorthin als Einheit gesehen worden waren. Trotz dieser Trennung: Die beiden akademischen Gesundheitsberufe Arzt und Apotheker haben viel gemeinsam – und arbeiten sehr gut zusammen. Nach einem langen, intensiven Universitätsstudium der Medizin bzw. der Pharmazie folgt bei Ärzten der Turnus bzw. die Facharztbildung, bei Apothekern das Aspirantenjahr, bevor sie eigenverantwortlich ihre Tätigkeit im Gesundheitssystem ausüben dürfen. Beide gehören zu den Freien Berufen, was so viel bedeutet, dass sie ein Aufgabengebiet im staatlichen Auftrag mit hoher Kompetenz, Ethik und Eigenverantwortung zu bearbeiten haben. Die ärztliche Tätigkeit ist im Ärztegesetz geregelt und umfasst kurz gesagt Diagnose und Therapie, also die Erkennung von Krankheiten und deren Behandlung. Die Apotheker sind per Apothekengesetz für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zuständig. Das heißt: früher vor allem Medikamentenherstellung aus natürlichen und später chemischen Ausgangsstoffen. Auch heute noch werden etwa drei Prozent des Umsatzes mit individuell in der Apotheke angefertigten Arzneimitteln erzielt. Die logistische Bewirtschaftung von Arzneimitteln ist heute die Basis der Apotheken: Im Schnitt lagern hier 5000 verschiedene Artikel in etwa 20.000 Packungen. Darauf aufbauend erfolgt das Herzstück der apothekerlichen Leistung: die Abgabe mit fachkundiger Beratung über richtige Einnahme, Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten sowie weitere Gesundheitsthemen. Dazu zählt auch die Beratung bei der Selbstmedikation bzw. der Verweis zum Arzt, wenn die Symptome als schwer, unklar oder lang andauernd beschrieben werden.

IM INTERNET
Diesen und weitere Apothekertipps können Sie nachlesen unter www.apotheker.at

SUIZID-PRÄVENTION

Schritt für Schritt zurück ins Leben

Vor einem Jahr wollte sie sich das Leben nehmen, heute wünscht sie sich eine Wohnung: Lisa erzählt, wie sie dem Dunklen entkam.

SONJA SAURUGGER

Ohne ihre „helfende Hand“, wie Lisa* sie liebevoll nennt, würde sie heute wohl nicht hier sitzen. Diese helfende Hand hat der heute 21-jährigen ein neues Zuhause gegeben. Und sie hat sie zur Therapie gebracht – an der Hand genommen und hingeleitet. „Ohne das hätte ich es nicht geschafft“, weiß Lisa. Vor eineinhalb Jahren wollte sie ihrem Leben ein Ende setzen. Heute hat sie wieder Ziele. Und sieht, dass das Leben auch Positives zu bieten hat.

„Das sind schon Kleinigkeiten“, sagt Lisa. Zum Beispiel ihren früheren Verleher zu sehen. Diese positiven Dinge saugt sie heute auf. Vor

HIER FINDET MAN HILFE

Der 10. September ist der Tag der Suizidprävention. Hier finden Betroffene und Angehörige Hilfe.
Telefonseelsorge rund um die Uhr unter Tel.: 142
Krankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung; Landesnervenklinik Graz, Tel.:

(0316) 2191 2797, LKH Graz (0316) 385 136 16, Klinikum Klagenfurt, Tel. (04063) 538 22 950.
Stiftung WEIL – Weiter im Leben: Tel.: 0664/ 35 86 786.
Ein Adressenverzeichnis aller psychosozialen Dienste: www.plattformpsyche.at

eineinhalb Jahren noch hat sie so etwas nicht wahrgenommen. „Es ist, als wäre eine Hülle um einen herum“, beschreibt Lisa das Gefühl, als sie keinen Ausweg mehr sah als den Suizid. „Man sieht nur schwarz und es kommt kein Licht herein.“ Natürlich hatte sie auch Angst: Was kommt danach? „Aber andererseits der Gedanke: Dann ist er endlich vorbei, der Leidensweg.“

Depressionen, Borderline, posttraumatische Belastungsstörung, multipler Substanzmissbrauch – ganz nüchtern zählt Lisa auf, was sie so alles an psychischem Gepäck mit sich herum-schleppt. „Viele Suizidgefährdete haben einfach den Wunsch nach Ruhe, nach ei-

ner Pause“, sagt Barbara Royer, Psychologin bei Pro Mente Steiermark. „Und der Suizid scheint als einzige Fluchtmöglichkeit.“ Und meist gibt es auch Anzeichen, erklärt die Psychologin: konkrete Ankündigungen, sozialer Rückzug, Interessenslosigkeit, Abschied nehmen und letzte Dinge regeln. „Gibt es solche Anzeichen, sollte man sie unbedingt ernst nehmen.“ Und handeln: „Das Thema offen ansprechen“ ist Royers wichtigster Rat an Angehörige. Denn für Betroffene ist es eine Entlastung, endlich darüber reden zu können.

Reden, das hilft auch Lisa sehr: Einmal pro Woche geht sie zu ihrer Therapeutin. Dass es ihr heute gut geht, möchte sie so nicht sagen.



Lisa (links) im Gespräch mit Psychologin Barbara Royer. Ihren Therapeuten und ihrer „helfenden Hand“ möchte Lisa danken – ohne sie wäre sie heute nicht mehr hier. PHOTO: MICHAEL

SUIZID

Entlarvte Mythen

236 Menschen nahmen sich 2011 in der Steiermark das Leben, in Kärnten waren es 85. „Prävention wirkt“, ist der Appell von Psychologin Barbara Royer, die einige Mythen aufdeckt. **Wer darüber spricht, tut es nicht.** Stimmt nicht! 80 Prozent der Menschen, die einen Suizid begehnen, kündigen ihn vorher an – das ist als Hilferuf zu verstehen. **Wenn man Suizidabsichten anspricht, bringt man jemanden erst auf die Idee.** Stimmt nicht. „Hat man einen Verdacht, sollte man diesen offen ansprechen“, ist Royers dringlicher Rat. Für Betroffene ist es meist entlastend, endlich darüber sprechen zu können. **Wer sich tatsächlich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.** Stimmt nicht. Die meisten Suizide werden durch Krisen ausgelöst, rechtzeitige Krisenbewältigung kann Suizide verhindern!

„Ich gehe Schritt für Schritt“, sagt sie lieber. Denn: „Von jetzt auf sofort zu sagen, ich habe nichts mehr, das geht nicht.“ Auch die Gedanken, die kommen ab und zu wieder. „Wenn es mir dreckig geht“, sagt Lisa. „Aber ich schau eben, dass es mir immer seltener dreckig geht.“ Lisa lacht ein bisschen.

Neue Ziele setzen

Nach einem Suizidversuch zu rück ins Leben? „Das geht, indem man sich neue Ziele setzt“, sagt Psychologin Royer. Und seinem Leben wieder Sinn gibt. Auch soziale Kontakte, liebe Menschen, sind wichtige Anker, die einen im Leben halten. Lisa hat diese Ziele für sich klar definiert: „Ich will zurück ins Berufsleben und eine eigene Wohnung.“ Lisa weiß aber: Wann es so weit sein wird, das kann sie heute noch nicht sagen. So geht man eben zurück ins Leben: Schritt für Schritt.

Lisa hat auch einen Rat, für alle da draußen: „Sucht euch Hilfe. Und wenn ihr euch selbst nicht traut, den Termin auszumachen, bittet eure Freunde, eure Familie.“ Denn es braucht sie wohl jeder, die helfende Hand, wie Lisa sie hatte.

*Name geändert.

Natürliche Hilfe bei Übersäuerung Dr. AUER® Basensystem – das Original

Seit Jahren ist Übersäuerung als Ursache für viele Befindlichkeitsstörungen verantwortlich. Internationale Studien haben sich damit befasst und sind zu Erkenntnis gekommen, dass dies völlig zu Recht geschieht.

Nur dem Original vertrauen
Gegen Übersäuerung sollte regelmäßig **Basenpulver®** Dr. AUER® oder rein pflanzliche **Basenkapseln** Dr. AUER® zugeführt werden. Die hohe Qualität der Dr. AUER® Präparate wurde in zahlreichen internationalen Studien bewiesen.

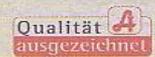


Gerade im Winter sehr beliebt ist **Basenbad®** Dr. AUER®, das für eine sanfte Entsäuerung über die Haut steht. Es hilft der Haut selbst zu Geschmeidigkeit und neuer Reinheit, eine Kurzzeitan-tension im Alltag.

Optimale Qualität
Dr. AUER® steht für höchste Produktqualität zum besten Preis. Entscheidend sind die herausragende Qualität, der wissenschaftliche Hintergrund und internationale Anerkennung. **Basenpulver®** Dr. AUER® enthält nur untersuchte Substanzen höchster Reinheit.

Vertrauen auch Sie nur dem geprüften Original aus Ihrer Apotheke.

www.basenpulver.net



Reduktion des Imitationsrisikos durch

- Beschreiben der individuellen Problematik
- Konkrete Lösungsansätze zeigen
- Nennen von professionellen Hilfsangeboten
- Öffentliches Bewusstsein schaffen
- Risikofaktoren und Warnsignale beschreiben

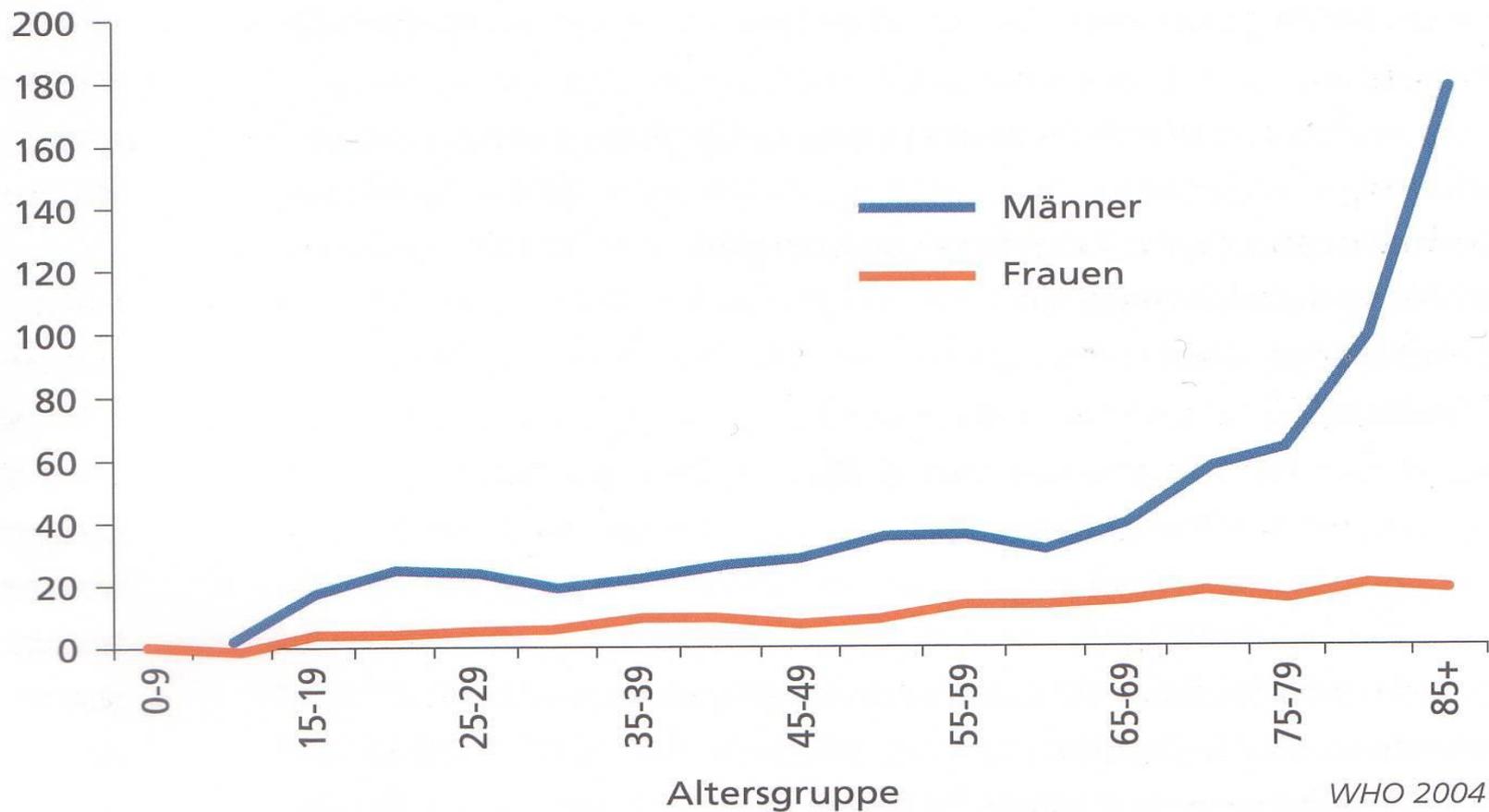
Suizidprävention – Identifikation von Risikogruppen

- Alte Menschen (2015: 33 % älter als 65 a; 1 % älter als 65 a)
- Komorbid kranke Menschen
- Krebskranke Menschen - Diagnosemitteilung
- Stationäre Suizide
- Regionale Besonderheiten
- Berufsgruppen (Land- und Forstwerte)
- Kinder und Jugendliche
- Angehörige von Suizidenten
- Unbehandelt (depressiv) psychisch kranke Menschen ...

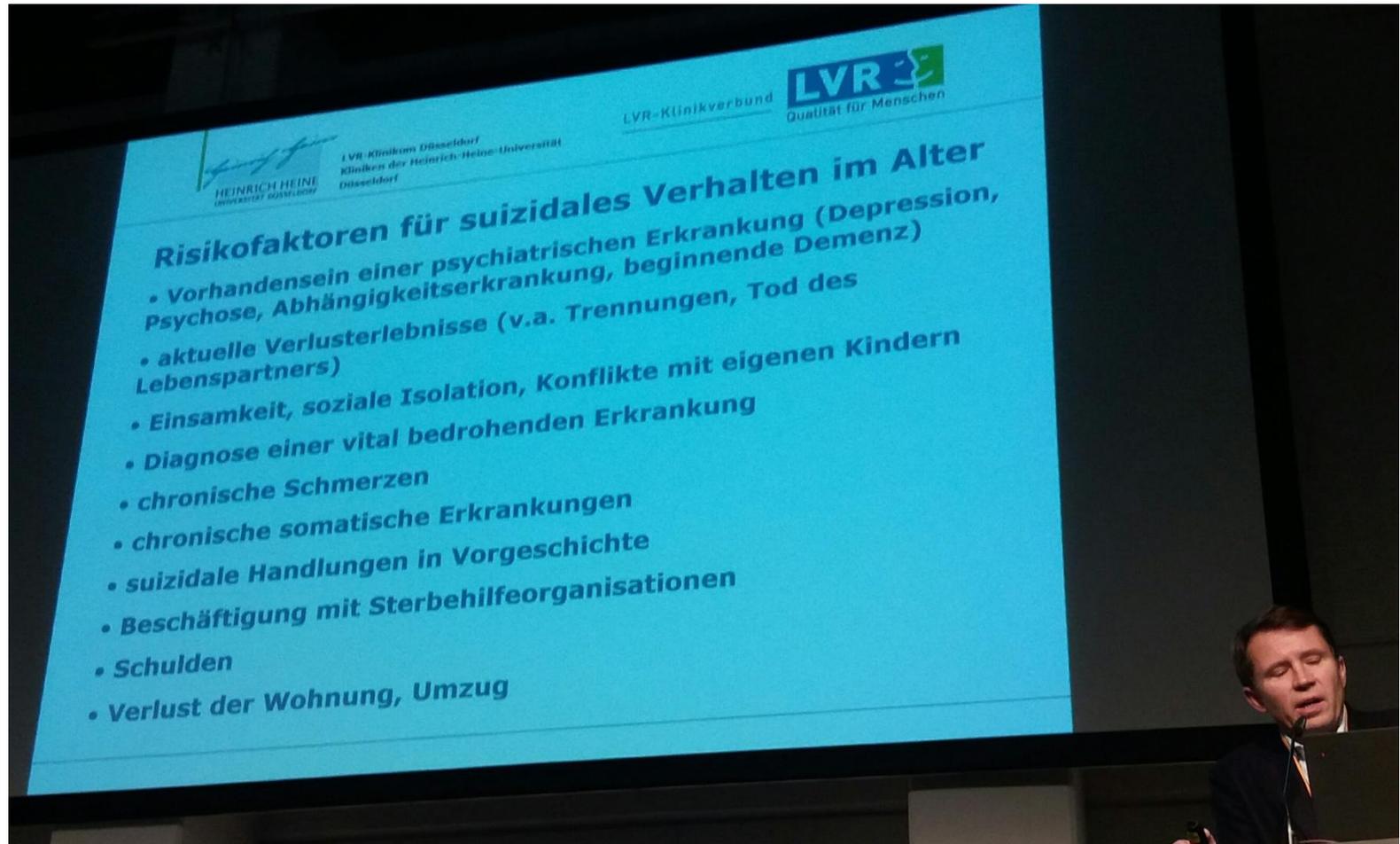
Risikofaktoren

- Geschlecht, Alter, positive Familienanamnese
- Psychiatrische Erkrankungen – unbehandelt
- Körperliche Erkrankungen
- Soziale Desintegration, arbeitslos, kinderlos, ledig
- Land- und Forstwirte
- Narzissmus, Impulsivität, Aggressivität, Verluste
- Werther Effekt
- Zugänglichkeit einer Methode

Abbildung 2
Suizidrate in Österreich 2004 (pro 100.000)



Suizid im Alter – DGPPN Berlin 2015



HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

LVR-Klinikverbund
LVR
Qualität für Menschen

Risikofaktoren für suizidales Verhalten im Alter

- Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung (Depression, Psychose, Abhängigkeitserkrankung, beginnende Demenz)
- aktuelle Verlusterlebnisse (v.a. Trennungen, Tod des Lebenspartners)
- Einsamkeit, soziale Isolation, Konflikte mit eigenen Kindern
- Diagnose einer vital bedrohenden Erkrankung
- chronische Schmerzen
- chronische somatische Erkrankungen
- suizidale Handlungen in Vorgeschichte
- Beschäftigung mit Sterbehilfeorganisationen
- Schulden
- Verlust der Wohnung, Umzug

Konkrete Hinweise

- Drängende Suizidgedanken
- Hoffnungslosigkeit
- Schuldgefühle
- Handlungsdruck
- Sozialer Rückzug
- Verabschiedung, Verschenken, Regelung
- Ankündigung
- Aggressiv-reizbares Verhalten
- Vorbereitungen
- Keine Distanzierung
- Gedanken - Idee - Plan - Handlung

Gegenübertragung – vs. „nüchterne Einschätzung“

ABKLÄRUNG UND DOKUMENTATION DER SUIZIDALITÄT

Anleitung: Suizidalität direkt ansprechen. So lange mit dem Patienten reden, bis die Einschätzung klar ist

KABEG
KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHERSEE

Abteilung für Psychiatrie
u. Psychotherapie
Prim. Mag. Dr. Herwig Oberlerchner MAS

Patient/In:

Datum:

Station:

1. Suizidhinweise / Suizidäußerungen von wem? Schriftlich <input type="checkbox"/> Mündlich <input type="checkbox"/> Inhalt des Hinweises bzw. der Äußerung	2. Suizidversuch vor der Aufnahme Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Basisrisiko (Risikofaktoren)	
		Grunddiagnose: Schizoph. MDK, Substanzabhängigkeit Suizidversuche aus der Anamnese bekannt Chron. Erkrankung Chron. Schmerzen SMV in der Verwandtschaft 1. Grades Soziale Isolation letzte Entlassung weniger als drei Monate zurück aktuelle einschneidende Veränderung im Leben, inkl. Suizidalität in Umgebung subjektive Hoffnungslosigkeit d. Pat.	
3. Bestehen Suizidgedanken? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Wiederholt <input type="checkbox"/> Ständig <input type="checkbox"/> Besteht Fremdaggresivität? Ja <input type="checkbox"/> Imperative Stimmen? <input type="checkbox"/>	4. Gibt es einen Plan zum Suizid? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welchen?		
5. Zusammenfassende Beurteilung des Aufnahme- oder Stationsteams: _____ _____ _____		Punkte:	

Gespeichert am 19.03.2012

Seite 1 von 2

Abklärung und Dokumentation der Suizidalität

Gegenübertragung vs. nüchterne Einschätzung

EINSCHÄTZUNG DER SUIZIDALITÄT																																				
SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG IM TEAM																																				
Mon.		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	Intervention (Legende): 1. Medikation 2. Observanz 3. UBG 4. Fixierung 5. Ausgangsbeschränkung 6. Gespräch/Ärztlich 7. Überstellung * Intervention: In dieser Spalte ist die zutreffende Intervention mit Nummer einzutragen und Art / Umfang ist im interdisziplinärem Bericht bzw. Dekurs (PC) zu dokumentieren. *A: Neuerliche aktuelle belastende Lebensereignis ist im Pflegebericht zu dokumentieren / nachzulesen *S: die subjektive Hoffnungslosigkeit, Pseudokommunikation, Abwendungen, u. Zuwendungsverhalten des Patienten ist im Pflegebericht zu dokumentieren bzw. ist dort nachzulesen			
	Ja																																			
	Nein																																			
	A*																																			
	S*																																			
	Intervent.*																																			
	Handz.:																																			
Mon.		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	* Intervention: In dieser Spalte ist die zutreffende Intervention mit Nummer einzutragen und Art / Umfang ist im interdisziplinärem Bericht bzw. Dekurs (PC) zu dokumentieren. *A: Neuerliche aktuelle belastende Lebensereignis ist im Pflegebericht zu dokumentieren / nachzulesen *S: die subjektive Hoffnungslosigkeit, Pseudokommunikation, Abwendungen, u. Zuwendungsverhalten des Patienten ist im Pflegebericht zu dokumentieren bzw. ist dort nachzulesen			
	Ja																																			
	Nein																																			
	A*																																			
	S*																																			
	Intervent.*																																			
	Handz.:																																			

Psychopathologie / Checkliste

1. Bewusstseinstörung / Intoxikation?
2. Imperative Stimmen?
3. Affektive / kognitive Einengung?
4. Sich aufdrängende Suizidgedanken?
5. Angst / Verzweiflung / Hoffnungslosigkeit
6. Aggressionsumkehr
7. Impulsivität
8. Unerreichbarkeit / Dissimulation

Gespeichert am 19.03.2012

Seite 2 von 2

Abklärung und Dokumentation der Suizidalität

SAD-PERSONS Scale

Abbildung 5

SAD-PERSONS Scale zur Bestimmung des Suizidrisikos

Sex: männlich _____

Alter: unter 20 oder über 54 Jahre alt _____

Depressives Syndrom; → bipolare Anamnese + 1 Punkt _____

Plan für Suizid vorhanden; → konkrete Vorbereitungen + 1 Punkt _____

Ethanol (& andere Substanzen) Missbrauch; → aktuell alkoholisiert + 1 Punkt _____

Rationales Denken gestört (z.B. OPS, affektive, schizophrene Störung) _____

Suizidhandlungen in der Anamnese oder bei Verwandten ersten Grades _____

Ohne soziale Unterstützung, aktuelle psychosoziale Probleme _____

Nicht verheiratet, Single, lebt ohne Beziehung _____

Schlechter Gesundheitszustand, chronische Schmerzen/Krankheit _____

Anwendung: Vergeben Sie pro positiver Antwort einen Punkt.

Bei den Punkten 3, 4 und 5 (→) kann ein weiterer Punkt dazu kommen!

Interpretation: **0–2:** keine Aufnahme, ambulante Therapie empfehlen; **3–4:** Aufnahme möglich, TK oder kurzfristige amb. Kontrolle; **5–6:** Aufnahme indiziert; **>6:** Aufnahme unbedingt erforderlich, UbG-Kriterien prüfen

SCORE

modifiziert nach: Patterson WM et al. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983

Wie vorgehen bei Suizidalität?

- Ansprechen
- Hilfe organisieren
- Keine Versprechungen, (Nonsuizidvertrag?)
- Keine Angst vor professionellen Einrichtungen!
- Suizidalität ist ein Notfall!

Suizidalität - Zusammenfassung

- ... entsteht im Kontext psychischer Erkrankungen oder schwerster psychosozialer Krisen
- ... ist ein Teilsymptom grundsätzlich gut behandelbarer Erkrankungen
- Suizidimpulse entstehen kurzfristig
- 15 % der Betroffenen wiederholen eine Suizidhandlung
- ... entsteht im Kontext des Verlustes äußerer und innerer Ressourcen
- Nur 5 % der Suizidhandlungen geschehen bei erhaltener Selbstbestimmungsfähigkeit



Postvention - Angehörige

- Typische Trauerphasen - besonders ausgeprägt
- Evtl. zusätzliche Traumatisierung (Auffinden, Identifikation, Suizide in der Familie)
- Tabuisierung – Stigmatisierung – Isolierung
- Aktive Kontaktaufnahme – zweizeitig
- Gespräch – Beratung – Rekonstruktion – Vermittlung

Aspekte der Trauer

- Warum?
 - Schuldgefühle – Selbstvorwürfe
 - Hilflosigkeit – Ohnmacht
 - Wut, Verzweiflung, Unsicherheit
 - Scham, Rückzug
 - Innerfamiliäre Konflikte, Vereinsamung
 - Suizidalität
-
- Psychotherapie – Selbsthilfegruppen
 - Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

Postvention



Begleiteter Abend für Betroffene nach Suizid

Wenn sich ein nahestehender Mensch das Leben nimmt, sind Angehörige von der Intensität der Gefühle und Gedanken überwältigt. Schuldgefühle, Wut, Scham oder Ohnmacht erschweren den Alltag. Nicht selten werden diese inneren Vorgänge von äußeren Umständen wie Ablehnung, Schuldzuweisungen oder Stigmatisierungen erschwert.

An den einzelnen Abenden können sich Betroffene nach Suizid im geschützten Rahmen über ihre Fragen, Gefühle und Gedanken austauschen. Trauernde werden in ihrem Prozess entsprechend ihrer Bedürfnisse kompetent begleitet, um in kleinen Schritten neue Perspektiven zu entwickeln.

Gesprächsbegleitung: Karlheinz Six: Krisen-, Sterbe- und Trauerbegleiter
Termin: Donnerstag, 26. März, 23. April, 21. Mai und 18. Juni 2015
Uhrzeit: 18.00-20.00 Uhr
Ort: Referat für Trauerpastoral/Plattform "Verwaiste Eltern", Kumpfgasse 4, Klagenfurt/Ws
Anmeldung: bis eine Woche vor dem jeweiligen Termin unter 0676 8772 2132 oder astrid.panger@kath-kirche-kaernten.at

Referat für Trauerpastoral, Kumpfgasse 4, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, www.kath-kirche-kaernten.at



Katholische Kirche Kärnten
KATOLIŠKA CERKVA KOROŠKA
BISCHÖFliches SEELSORGAMT

Referat für
Trauerpastoral

Hr. Jesus Christus
der Menschenknecht

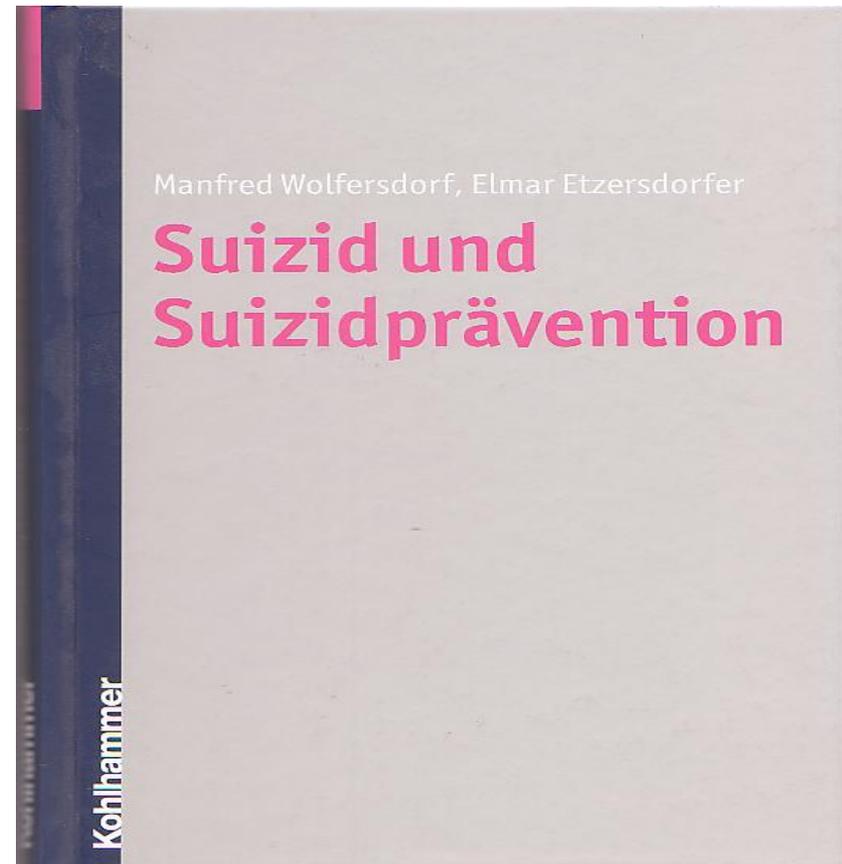


Katholische Kirche Kärnten
KATOLIŠKA CERKVA KOROŠKA

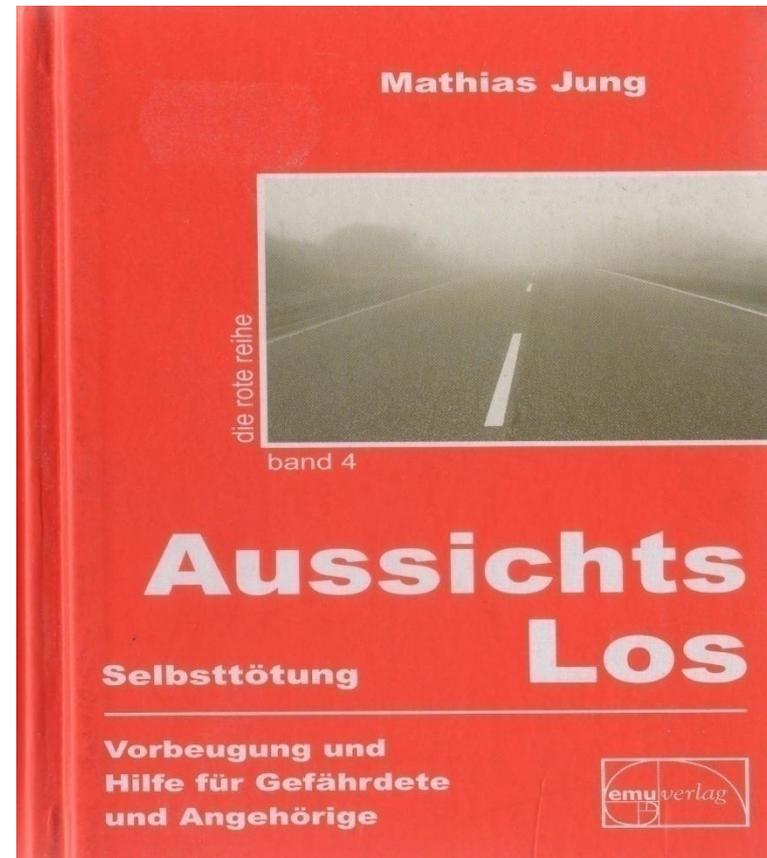
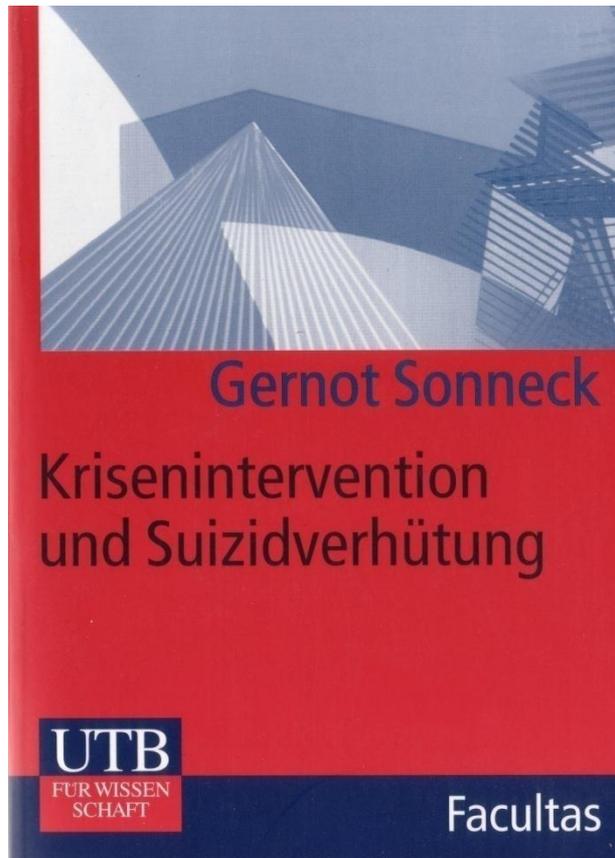
Postvention - Professionelle

- Klarheit und Struktur
- Telefonkette
- Intervention
- Supervision
- **Nachbesprechung**
- Gespräche mit Angehörigen – Rekonstruktion
- **Rituale**

Literatur



Literatur



Parlamentsenquete – 9.12.2014

„Würde am Ende des Lebens“



[www. suizidpraevention.at](http://www.suizidpraevention.at)
Suizidbericht 2015

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT