# Suizidalität bei psychischen Erkrankungen

Greifswald, 23.05.2019

Ralph Parschau

Ev. Krankenhaus Bethanien

Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie

## Überblick

- Einleitung, Historie
- Begriffsbestimmung der Suizidalität
- Epidemiologie
- Neurobiochemische Aspekte
- Krisenintervention bei Suizidalität
- Faktoren, die auf erhöhtes Suizidrisiko hinweisen
- Antidepressiva und Suizidalität
- Neuroleptika, Tranquilizer
- Lithium

## **Einleitung**

 Depression- psychische Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko

 Depressiv kranke Mensch als Prototyp des Suizidgefährdeten

Depressivität erhöht auch bei nichtaffektiven psychischen und körperlichen Erkrankungen das Suizidrisiko

### Historie

Robert Burton (Burton 1621, deutsche Übersetzung Horstmann 1988):

"Selten endet die Melancholie tödlich, außer in den Fällen- und das ist das größte und schmerzlichste Unglück, das äußerste Unheil-, in denen ihre Opfer Selbstmord begehen, was häufig geschieht."

### Historie

#### Burton:

- "So haben schon Hippokrates und Galen festgestellt: … Ihr äußerstes Elend peinigt und quält diese Menschen derart, dass sie keine Freude mehr am Leben finden und sich gleichsam gezwungen sehen, sich den Kelch anzutun, um ihr unerträgliches Leid abzuschütteln.
- So begehen sie... aus Verzweiflung, Sorge, Angst und Seelenpein Selbstmord, denn ihre Existenz erscheint ihnen unglücklich und jammervoll."

## Begriffsbestimmung (1)

#### Wolfersdorf (1996):

Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen

## Begriffsbestimmung (2)

- Suizidalität grundsätzlich bei allen Menschen möglich, häufig jedoch in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung
- Komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, aus u.U. psychische und/oder körperliche Befindlichkeit verändertem Erleben

## Begriffsbestimmung (3)

- Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept
- Suizidales Verhalten will etwas verändern- den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt

## Begriffsbestimmung (4)

Meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen

## Thesen zur Suizidmortalität bei Depression (1)

- Suizidprävention ist kein Problem des Wissens um Suizidgefahr bei Depression: Unter-, Fehldiagnostik, d.h. Aus-, Weiter- und Fortbildungsproblem
- Suizidprävention ist kein Problem des Wissens, sondern des Nichtfragens: Vorurteil "Suizidgefahr wecken"/ Angst vor Verantwortung/ Nichtwissen was tun: Arztproblem

## Thesen zur Suizidmortalität bei Depression (2)

- Erkennen von Suizidalität setzt Kontaktdichte und Zeit voraus: Versorgungsproblem (ambulante Versorgung)
- Problem der Suizidprävention ist nicht die im Einzelfall mögliche Suizidförderung durch Fehlbehandlung, sondern die Nicht- und/oder Unterbehandlung

 Suizidprävention ist eher ein ambulantes denn ein stationäres Therapieproblem

## Epidemiologie (1)

Mehr Tote durch Suizid als durch Verkehrsunfälle

0Z com 19, 11, 03

Alle 47 Minuten nimmt sich ein Mensch das Leben

OZ vom 10.09.05

## Epidemiologie (2)

- Autopsien: 40-60 % aller Suizidenten waren zum
   Zeit- punkt ihres Suizides depressiv
- Ca. 9800 Suizide/ Jahr in Deutschland (2016)

- Anteil der Suizidenten mit Depressionen: 4000-6000
- Ca. 3200 Verkehrstote (2016)

## Epidemiologie (3)

Autor	Zur Zeit des Suizides			
		Suizide	Depression	Psych. Krank
Männer				
	<u>(n)</u>	(%)	(%	(%)
Wolfersdorf (1992)	454	66	>9	0 72
Henriksson (1993)	229	59	93	75
Cheng (1995), Taiwan	116	88	98	61
Conwell (1996),USA	141	47	90	80
Foster, (1997)	118	36	86	79

Übersicht nach Wolfersdorf und Mäulen 1992; Lönnqvist 2000\_\_\_\_

## Epidemiologie (4)

- Bundesland mit den meisten Suiziden: Bayern 1738
- Suizide von Kindern/ Jugendlichen < 19 Jhr.:</li>
   222
- Altersgruppe mit dem höchsten Anteil
   Suiziden an allen Todesursachen: 18-19 Jahre
- Durchschnittsalter: Frauen: 58,4 Jahre

Männer: 57 Jahre

## Epidemiologie (5)

Suizidmethoden: Erhängen, Strangulieren und Ersticken:

Sturz in die Tiefe: 996

Arzneimittel, Drogen: 805

Überfahren lassen: 718

- Häufigster Ort: eigene Wohnung
- Männer begehen über alle Altersgruppen hinweg signifikant häufiger Selbstmord als Frauen

## Epidemiologie (6)

Lebenszeitsuizidmortalität Depressiver

Miles (1977)	primäre Depression	15%	
	reaktive Depression	15%	
Blair-West und	MDD (n. DSM III)	3,3%	
Mellsop (1995)			
Wolfersdorf (1996) depressive Episode (ICD-10)			
	schwere depressive Episode	14,4%	

Wolfersdorf, 2000

## **Epidemiologie (5)**

- 5-7% aller Suizide psychisch Kranker geschehen während stat. psychiatrisch-psychoth. Behandlung (Wolfersdorf, 2000)
- Davon ca. 25% primär Depressive
- Die meisten Suizide Depressiver ereignen sich unter amb. Behandlungsbedingungen (oder ohne Therapie)
- Hohe Lebenszeitsuizidmortalität Depressiver: Unterdiagnostik von Depression u. Suizidalität, Nicht- oder unzureichende Behandlung, Non- Compliance und Nichtinanspruchnahme von Hilfe

## Epidemiologie (6)

- Hohes Suizidrisiko im stationären Setting:
   Modellprojekt zur Qualitätssicherung der stationären
   Depressionsbehandlung (Wolfersdorf et al 1997):
   53% Suizidalität im Vorfeld der stat. Aufnahme, 15%
   (10% lebensgefährliche) Suizidversuche bei den 150
   in die Studie eingegangenen Patienten
- Schmölzer (1989): "Basissuizidalität" für Depressive im psychiatr. KH (13% akut suizidal, 13% chronisch suizidal- rez. Suizidideen, 28% fraglich suizidal) damit jeder 2. Depressive im weiteren Sinne suizidgefährdet

## Neurobiochemische Aspekte (1)

- Brunner und Bronisch (1999, 2000):
  - Präsynaptisches serotonerges Defizit
  - kompensatorische Überempfindlichkeit postsynaptischer 5-HT<sub>2</sub>-Rezeptoren im präfrontalen Kortex

"Serotonin- Mangelhypothese suizidalen Verhaltens"

## Neurobiochemische Aspekte (2)

- Wolfersdorf et al (1996):
  - Hyporeaktivität in Habituationsexperimenten in der elektrodermalen Reaktivität (EDA) als Ausdruck einer zentralen Störung der Schweißdrüsenstimulation

- Hyporeaktivität vor allem bei Depressiven mit harten Suizidmethoden – serotonerg vermittelte, gestörte Impulskontrolle

## Neurobiochemische Aspekte (3)

- Muldoon et al (1990):
  - Hypocholesterinämie und erhöhtes Suizidrisiko
- Wolfersdorf et al (1999):
  - Suizide (mit harter Methode) zeigten signifikante Erniedrigung des Gesamtcholesterins und LDL-Chol.
- Engelberg (1992):
  - Lipidmikroviskosität biol. Membranen steigt bei höherem Cholesterin, spez. Bindung von Serotonin an Rezeptoren nimmt zu (umgekehrt Serotonin-Mangel)

## Aggression/Suizidalität und Depression

#### Götze (1995), Wolfersdorf (2000)

 Aggressionshypothese: Wendung der Aggression gegen die eigene Person im Rahmen des suizidalen Geschehens

#### **Schulte** (1997)

- Vergleich Depressive mit SV vs. Depressive ohne SV
  - Depressive mit SV signifikant häufiger (p<0,05) körperliche Misshandlungen in der Kindheit
  - Depressive mit SV signifikant weniger Aggressionshemmung, signifikant höhere Werte im Ärgerausdruck und in der motor. Impulsivität; tendenziell höhere Gesamtimpulsivitätswerte

## Krisenintervention bei Suizidalität (1)

- Herstellen einer Beziehung
- Raum, Zeit, Empathie, Akzeptanz von Suizidalität als Ausdruck depressiver Not
- Diagnostik von Suizidalität/Depression
  - Art: Ruhe-, Todeswunsch, Suizidideen, -absichten
  - Handlungsdruck
  - Psychische Störg.: Krise, Krankheit, Psychopathologie

### Suizidalität- ein Spektrum

Wunsch nach Ruhe, Pause i.

Weiterleben

Tod wäre egal

Wunsch, tot zu sein

Suizidgedanken, unkonkret

konkrete Suizidpläne

Vorbereitungen, abgebrochener SV

Suizidversuch

Vollendeter Suizid

### Stadien bei Suizidalität

- Erwägung: Einengungen, Aggressionshemmung
   Suizidphantasien
- Ambivalenz: direkte Suizidankündigung,
   Hilferuf
  - als Ventilfunktion, Kontaktsuche
- Entschluss: indirekte Suizidankündigung
   Vorbereitung "Ruhe vor dem Sturm"
   Aggressionsumkehr

nach: Pöldinger

## Krisenintervention bei Suizidalität (2)

- Management der Krise:
  - Ambulant oder stationär Schutzraum
  - Betreuungsdichte
- Psychotherapie
- Psychopharmakotherapie
  - der depressiven Episode: AD (NW-geleitet)
  - der Suizidalität: Sedierung, Anxiolyse, emotionale Distanzierung, Schlafförderung

## Faktoren, die auf erhöhtes Suizidrisiko bei der Depression hinweisen(1)

#### Wolfersdorf 2000

- Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive
- Gedanken von Wertlosigkeit
- Erleben der eigenen Person als Belastung, Schande
- Depressiver Wahn, starke Einengung im Denken mit Versagens-/ Schuldideen
- Imperative Stimmen z.B. zur Nachfolge ins Grab
- Paranoide Beziehungsideen, (drohende Verfolgung)

## Faktoren, die auf erhöhtes Suizidrisiko bei der Depression hinweisen(2)

- Aktuell erlebte Gefühle von Nicht-gemocht-Werden
- Ausgeprägte innere Spannungs- und Druckgefühle
- Quälende Unruhe, Getriebenheit
- Deutliche Weglauf- und Fluchtimpulse
- Angst vor Kontrollverlust über eigene Suizidimpulse
- Ausgeprägte, lang anhaltende Schlafstörungen
- Schwere Depression

## Weitere Faktoren mit erhöhtem Suizidrisiko bei Depression (1)

- Kombination mit Persönlichkeitsstörungen
- Erhöhtes Suizidrisiko bei bipolaren affektiven Störungen

Komorbidität bzw. sekundäre Depression bei Schizophrenie, Suchtkrankheit, Essstörung, körperlicher Krankheit

## Weitere Faktoren mit erhöhtem Suizidrisiko bei Depression (2)

- Nach Entlassung aus stationärer Behandlung (Belastungsfaktoren, Lebensereignisse)
- Wiedererkrankung
- Inadäquate Therapie (AD, Psychotherapie)
- Fehlende Compliance des Patienten
- Suizidfördernde Einstellung des Umfeldes
- Suizide im Vorfeld (Modelle)

### Risikoabschätzung der Suizidalität

- Hohe suizidale Gefährdung bei:
  - Hoffnungslosigkeit

- Suizidversuch in der Vorgeschichte
- psychotisches Erleben während der Depression

## Antidepressiva und Suizidalität (1)

 Symptomremmission, dadurch Abnahme von Risikopsychopathologie

Auflösung kognitiver Einengung, dadurch evtl.
 Besserung von Hoffnungslosigkeit, überwertigen Ideen

Sedierend- anxiolytische Wirkung, dadurch Antriebsdämpfung, Anxiolyse, Schlafförderung, Sedation

## Antidepressiva und Suizidalität (2)

- Zusatzmedikation bei schizodepressiver Psychose
- Rezidivprophylaxe bei unipolaren Depressionen
- Förderung der Serotonin- Wiederaufnahmehemmung ("Serotonin- Mangelhypothese von Suizidalität")
- Stabilisierender Einfluss auf Impulskontrollstörung

## Welches Antidepressivum ist geeignet?

- SSRI können aufgrund ihrer exzitatorischen Wirkungen in den ersten Behandlungstagen aversiv erlebt werden, Risiko von SV oder Selbstbeschädigungen etwas erhöht?
- Überwachung beim Behandlungsbeginn mit SSRI (TZA)
- Studien zeigen keine Belege für Erhöhung des Suizidrisikos durch SSRI
- Suizidhandlungen mit AD: SSRI geringeres
   Gefährdungs-potential ("Überdosierungstoxizität") als
   TZA

## Neuroleptika und Suizidalität

- Globale Symptomremission (Abnahme der Risikopsychopathologie)
- Antipsychotische Wirkung (Wahn, paranoide Ideen)
- Sedierend- anxiolytische Wirkung
- Besserung von Minussymptomatik
- Verhütung von Wiedererkrankung (Rezidivprophylaxe)
- Evtl. antisuizidale Effekte atypischer Neuroleptika

## Tranquilizer und Suizidalität

Sedierend- anxiolytische Wirkung, dadurch Antriebsdämpfung, emotional distanzierend, Anxiolyse, Schlafförderung, relaxierend

 Zusatzmedikation bei Krisenintervention/ notfall-psychiatrischer Intervention

### Lithium

- Antimanische Wirkung (50er)
- Phasenprophylaxe (60er)
- Akuttherapie Depression: Augmentation (80-90)
- Antisuizidale Wirkung (90er)
- Neuroprotektive Effekte (2000)

### Lithium und Suizidalität

Antisuizidale und mortalitätssenkende Wirkung

Goodwin et al (2003): Vergleich Lithium vs. Valproat in Bezug auf suizidales Risiko:

- Lithium: weniger Suizidversuche, Suizide (p< 0.001)
- Suizidrisiko 2,7 fach größeres Risiko mit Valproat

## Zusammenfassung (1)

Epidemiologisch ist Gruppe der depressiv Kranken diejenige mit dem höchsten Suizidrisiko

Neurobiologische Forschung verweist auf ein mögliches "Serotonin- Mangelsyndrom" als Hypothese

 Suizidprävention ist kein Problem des Wissens um Suizidgefahr, sondern des Erkennens von Depression

## Zusammenfassung (2)

 Hoffnungslosigkeit, Suizidversuch in der Vorgeschichte sowie psychotisches Erleben-Hinweise auf hohe suizidale Gefährdung

 Erkennen von Suizidalität setzt Kontaktdichte und Zeit voraus, Problem der amb. Versorgung Depressiver

 Suizidprävention ist eher ein ambulantes denn ein stationäres Therapieproblem

## Zusammenfassung (3)

- Im Zentrum der Behandlung steht Gespräch/Beziehung
- Kombination von Psychopharmaka- und Psychotherapie
- Pharmakotherapie häufig Kombinationstherapie (Geringeres Gefährdungspotential der SSRI vs. TZA)
- Lithium mit sehr guten antisuizidalen Effekten

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

