

Suizidalität – erkennen und verstehen

SCHWEIZER KUNSTTHERAPIETAG OdA ARTECURA 02. November 2019 Bern



Lucia Lucchi

Dipl. Sozialpädagogin

FH, Kunsttherapeutin (ED) Fachrichtung Intermediale Therapie

Kunsttherapeutin in eigener Praxis in Zürich

Begründerin der Erfahrungswege Biografiearbeit und achtsame Präsenz in der Kunsttherapie

Mariann Ring

Dr. phil. Oberpsychologin – Leiterin ASSIP

Eidg. anerkannte Psychotherapeutin

Stationsleitung Privé «Stressfolgeerkrankungen und

Psychosomatik», Privatklinik Clenia Schlössli, Oetwil am See

Vizepräsidentin «Forum für Suizidprävention und

Suizidforschung Zürich» (FSSZ)

Suizidalität – erkennen und verstehen

Übersicht

- Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie
- Warum sprechen wir über Suizid?
- Wie entsteht Suizidalität?
- Wie erkenne ich Suizidalität?
- Wie messe ich die Suizidalität?

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

«Der Tod gehört zum Leben, wie die Kunst zur Kultur. Tod und Leben können nicht getrennt werden. Ebenso wie jede Kunst bleibt der Tod okkult, da er vom Diesseits aus nicht bis zur letzter Konsequenz durchdrungen werden kann. Der Tod ist nicht zu entschleiern. Das Phänomen bleibt eine nicht abzutastende Leerstelle, die notwendig ist, um danach zu fragen, wie gelebt werden soll, was der Hintergrund aller Fragen ist.»

(Christoph Hinkel, 2012)

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

«Das Risiko für einen späteren Suizid erhöht sich nach einem früheren Suizidversuch um 4 - 5 Prozent. Darin erkennen wir, wie schwierig es ist, über die Ursachen und über die Tat selbst hinaus zu wachsen, egal, ob der Suizidversuch im eigenen Leben oder in dem von Angehörigen, zum Beispiel von Geschwistern, stattgefunden hat.»

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

«Mitgefühl ist nicht zu verwechseln mit Empathie. Selbstmitgefühl geht immer mit dem Wunsch zu handeln einher.

Die Schwester des Mitgefühls ist die Selbstliebe und die Erkenntnis, dass jeder Mensch mehr ist, als seine Taten und dass Fehler und Mängel menschlich sind.

Es wirkt lindernd bei Härte und Gnadenlosigkeit sich selbst gegenüber.

Selbstmitgefühl verbindet sich mit gesunder Reue. Reue versöhnt den

Menschen mit sich selbst und erlaubt ihm, loszulassen und weiter zu gehen»

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

«Schreiben ist etwas, das nach Krisen oder in belastenden Übergängen gerade noch bewältigt werden kann. Das Leben ist eine zusammenhängende Geschichte, der man beim Schreiben auf die Spur kommt. Gedanken und Gefühle werden dabei beobachtet. Deshalb sind sie dann weniger überwältigend.

Schreiben stärkt nachweislich die Resilienz und lindert Wut, Angst und Scham. Es ermöglicht die innere Kontrolle über Ereignisse, indem sie in einen neuen Zusammenhang gestellt werden.»

Achtung: Eine Verschlechterung des Befindens kann sich in den ersten Wochen des Schreibens manifestieren. Danach folgt meistens eine steile Periode der Besserung.

Männer profitieren dabei mehr als Frauen, weil sie normalerweise ihre Gefühle tiefer verbergen.

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

«Es ist ganz wahr, was die Philosophie sagt, dass das Leben rückwärts verstanden werden muss. Aber darüber vergisst man den anderen Satz, dass vorwärts gelebt werden muss.»

(Soren Kierkegaard, Die Tagebücher, Innsbruck 1923)

Umgang mit Klienten mit Suiziderfahrung in ihrer Biographie

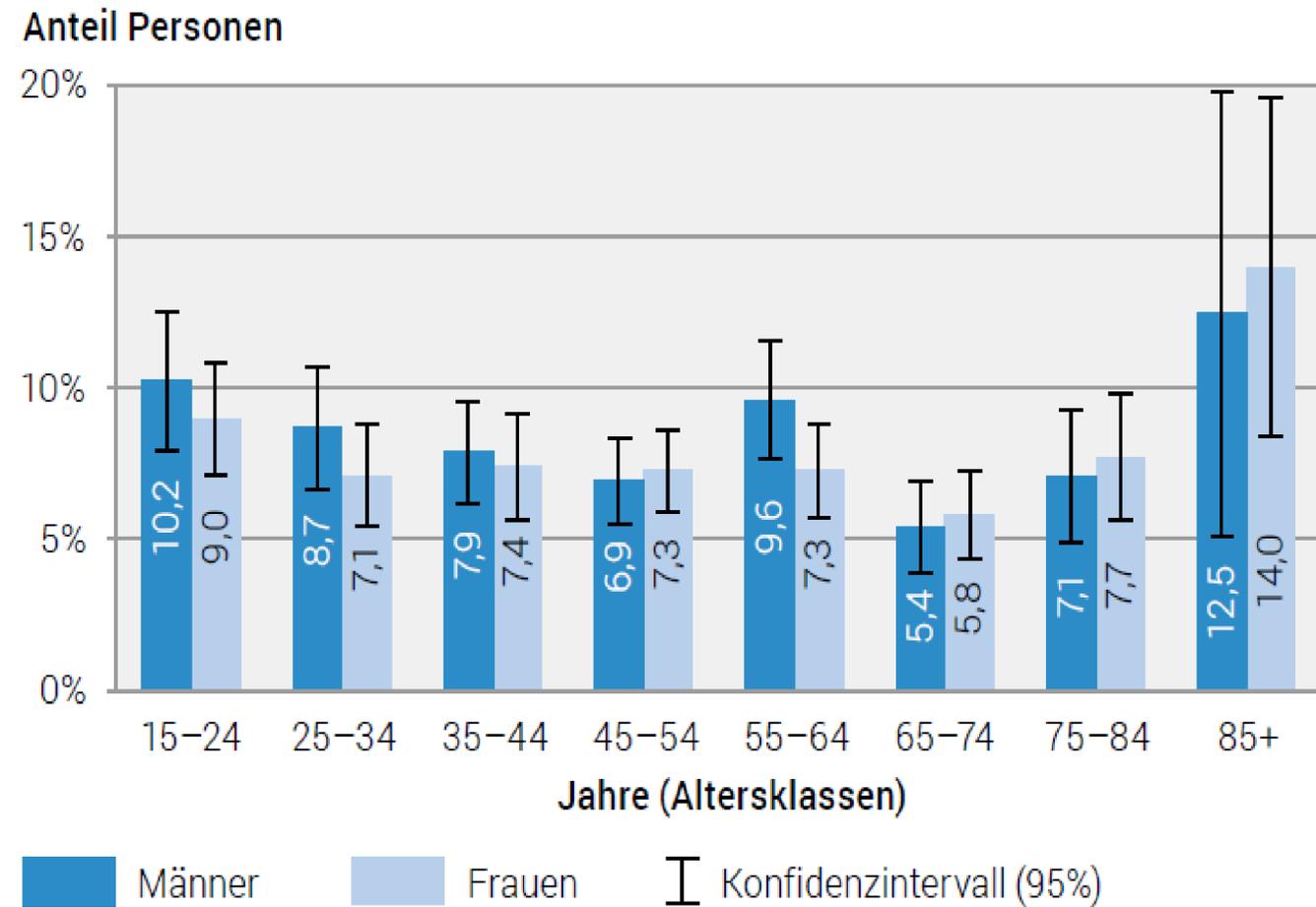
«Unsere Menschlichkeit, unser Wille zu leben und unsere Fähigkeit zu lieben entsteht in unseren Beziehungen zueinander.»

Warum sprechen wir über Suizid?

Fakten und Zahlen

Epidemiologie

Suizidgedanken Schweiz nach Alter und Geschlecht - 2017



n=18 557

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

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



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	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
	3 %	10 %	10 %	19 %	20 %	16 %	11 %	8 %	2 %	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**

und z.B. 4x mehr als Todesfälle durch Strassenverkehrsunfälle

Epidemiologie

Suizide Schweiz nach Geschlecht

100

--- Frauen — Männer

50

0

15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85+

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

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.

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!

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**



Flucht oder Angriff

Amygdala: überaktiviert

Präfrontaler Cortex: unteraktiviert

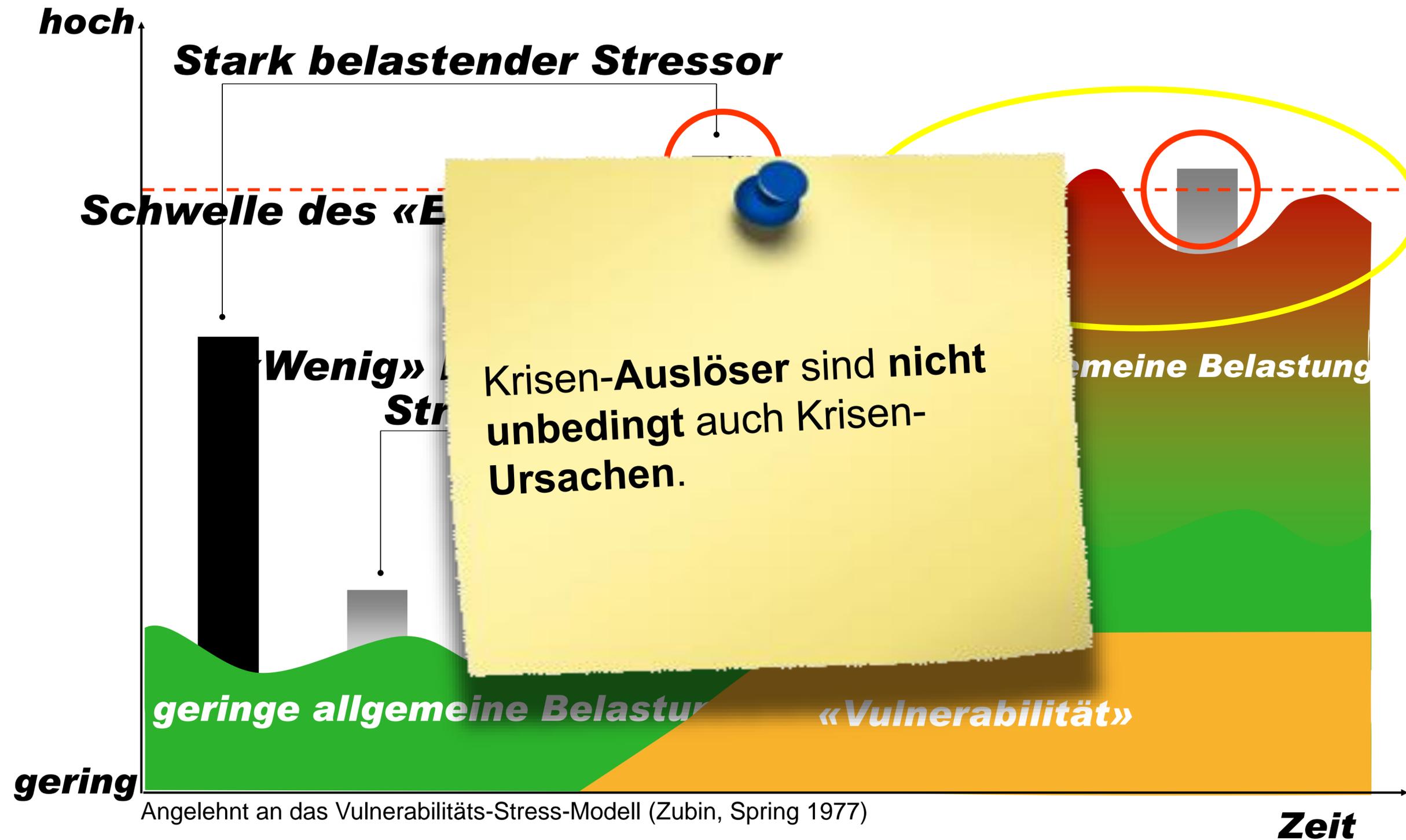


fight or flight

Suizid ist beides: Flucht und Angriff !

Modell

Subjektive Belastung und suizidale Krise



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

Zeit

Probleme und Auslöser für Suizidhandlungen

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

EMIC variables: triggers and problems	Underlying problems					
	All identified ^a		Main identified		Triggers ^a	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
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 attempt				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. ^aMultiple answers possible.

Hoffnungslosigkeit

Innerer Stress

Dissoziation

**Seelischer
Schmerz**

Innerer Antrieb

Äusserer Stress

Subjektive soziale Isoliertheit

Wie erkenne ich Suizidalität?

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)

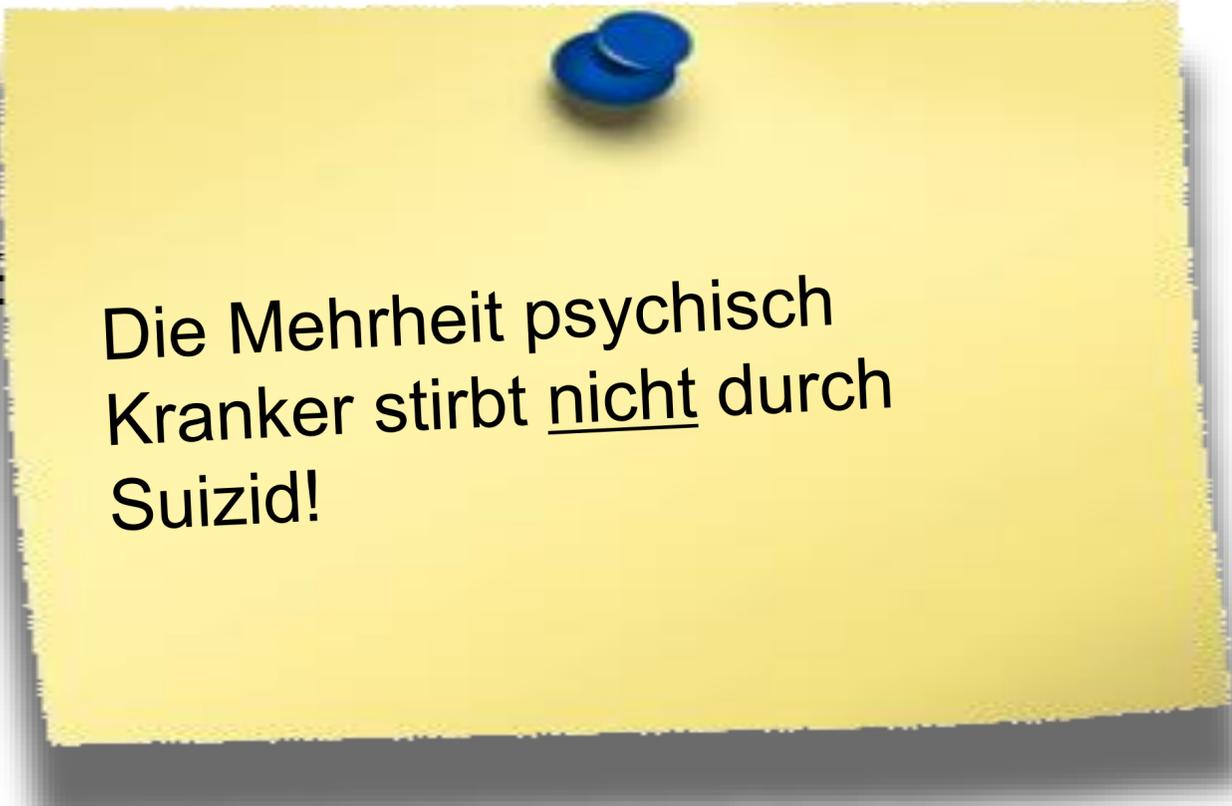
Risikogruppen

Psychische Grunderkrankungen bei erfolgten Suiziden

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

90% zeigten Symptome einer psychischen E

- Affektive Erkrankungen (43%)
- Sucht (26%) bes. Alkohol
- Persönlichkeitsstörungen (16%)
- Psychotische Störungen (9%)
- Anpassungsstörungen (4%)
- Angst- und somatoforme Störungen (2%)



Die Mehrheit psychisch Kranker stirbt nicht durch Suizid!

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. n. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines Anderen)
- nach Klinikaustritt (Psychiatrie)

Risikogruppen

Menschen, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben

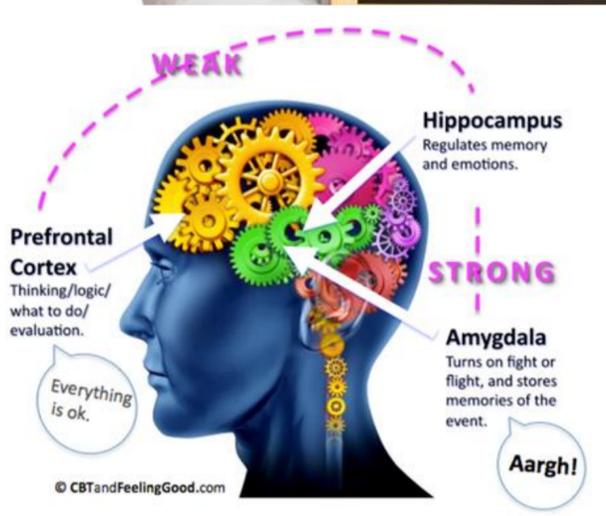
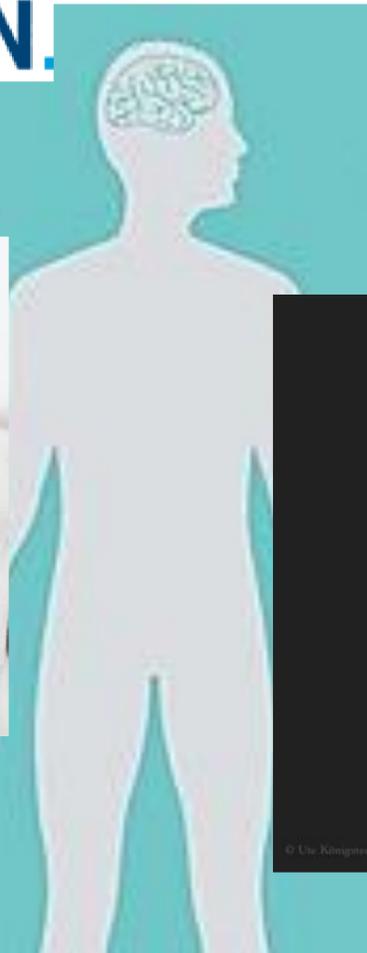
Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität:

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

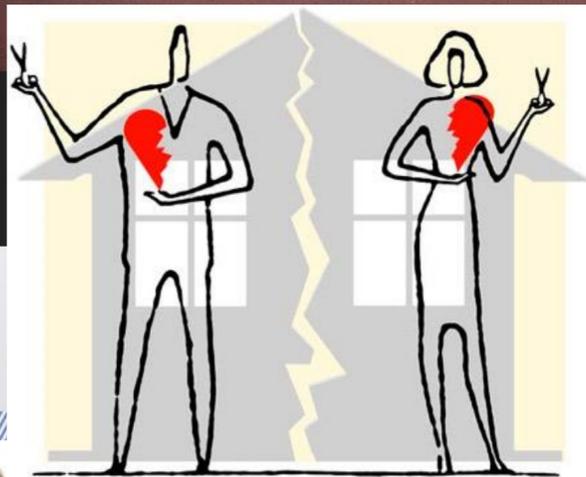
Erkennen

Suizidalität ist komplex und sehr individuell

KOPFSCHMERZEN. Hoffnungslosigkeit



Durchfall



Schlafstörung

KÜNDIGUNG



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



Erkennen

Das Gespräch suchen und sich für die Geschichte des Menschen interessieren

Ansprechen

Zuhören

**Gemeinsam Wege suchen
und in Beziehung bleiben**

Lässt sich Suizidalität messen?

Suizidalität

Lässt sich Suizidalität messen?

Nein. Aber, die Daten der Messinstrumente liefern signifikante Ergebnisse.

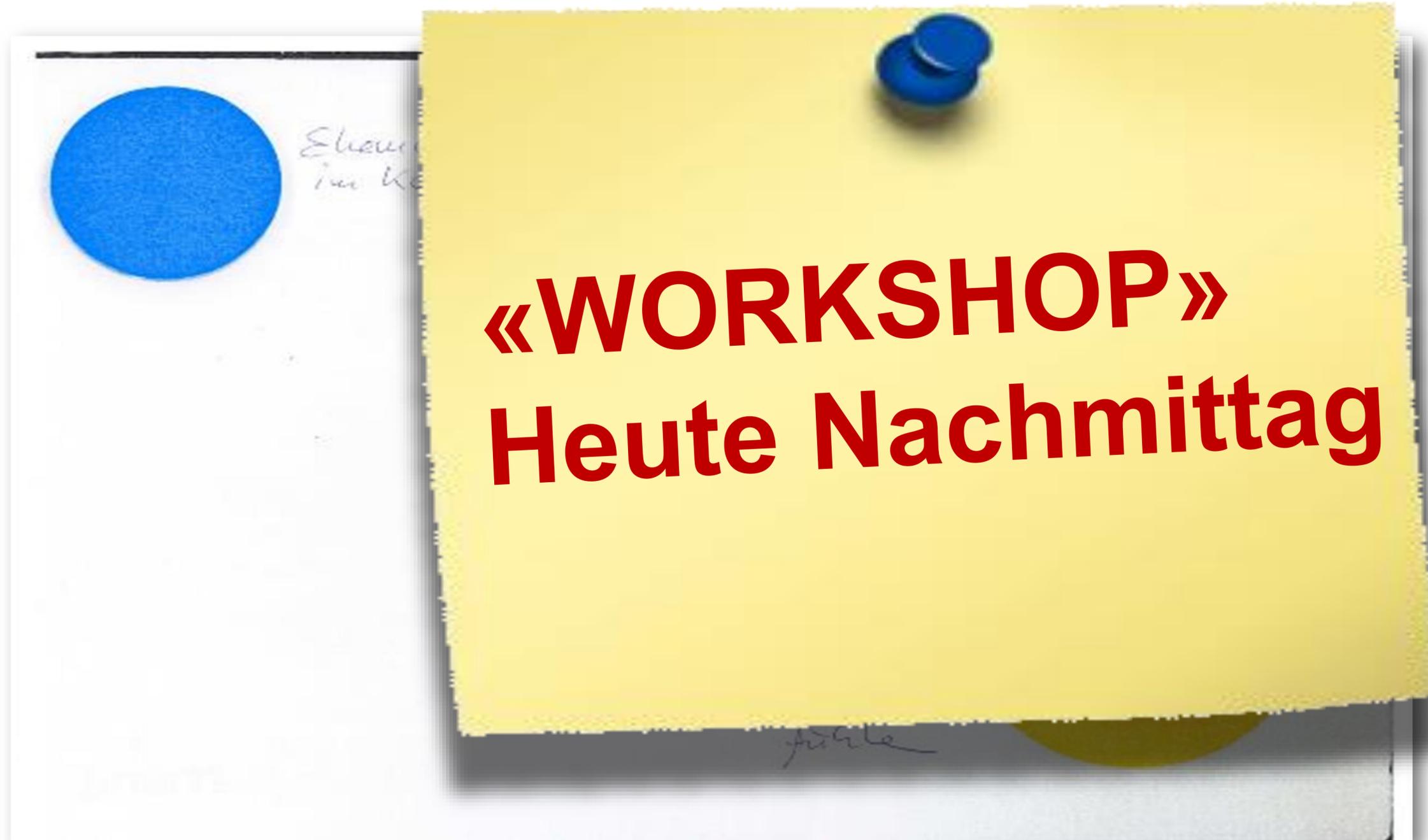
Schwierigkeit bei der Messung der Suizidalität: **Suizidalität resultiert aus einer Verkettung von vielen Faktoren.** Vorhersage suizidaler Handlungen ist schwierig.

Es gibt keine 100%ige Sicherheit.



Suizidalität

Assessment mit PRISM-S



Danke!



Lucia Lucchi

Institut Lucia Lucchi
Lebens-, Berufs- und Laufbahnberatung
Intermediale Kunsttherapie
Supervision und Lehrtherapie
Sonnhaldenstrasse 5
8032 Zürich
044 221 09 90
lucchi@medial.ch
www.medial.ch



Mariann Ring

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

