

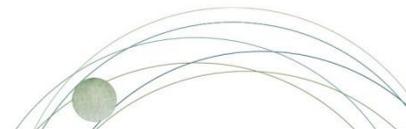


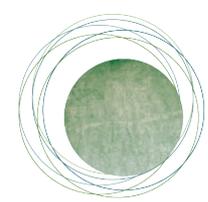
Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

Suizidalität

erkennen – benennen - handeln

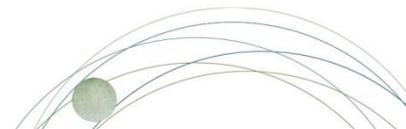




Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

***„Am Ende ist es immer gut.
Und wenn es noch nicht gut ist,
dann ist es noch nicht das Ende.“
(indisches Sprichwort)***



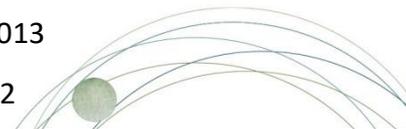


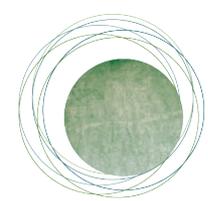
Zahlen und Fakten

- Nach Schätzungen der WHO begehen **weltweit** jährlich ca. ½ Mio. Menschen Suizid!
- 2014: starben 1313 Menschen in **Österreich** an Suizid
 - 989 Männer**
 - 324 Frauen**
- Es gibt also **3mal so viele Suizidtote** als beispielsweise Verkehrstote (430) im Jahr 2014!
- **Suizidversuche**: internat. Studien gehen davon aus, dass 10 – 30 mal mehr Versuche als tatsächliche Suizide! *
- Schätzungen in Ö : 13.000 bis 39.000 Suizidversuche
v.a. Vergiftungen bei ca. 70- 75% **

* Flavio et a. 2013; Kolves & De Leo 2013

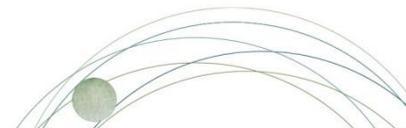
** Flavio et al. 2013; Spittal et al. 2012





Zahlen und Fakten

- Die **Suizidrate steigt in Ö mit dem Alter an**
- Suizidrisiko ab dem 75. LJ etwa doppelt, ab dem 85. LJ. mehr als dreimal so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung !
- Absolute Zahlen: die meisten Suizide sind im mittleren Lebensalter (Gipfel zw. 50-54J.)
- Bis zum 50.LJ. ist Suizid bei Männern und Frauen eine der häufigsten Todesursache
- In der Altersgruppe zwischen **25 und 29 Jahren** ist **Suizid DIE häufigste Todesursache!**

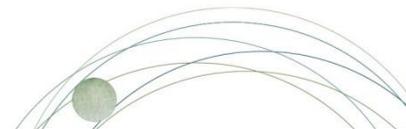


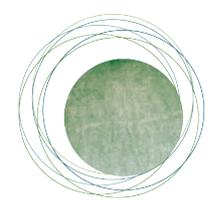


Zahlen und Fakten

Häufigsten angewandten Suizidmethoden:

- Erhängen ca. 46%
- Erschießen ca. 16%
- Selbstvergiftung ca. 10%
- Sturz in die Tiefe ca. 9%
- vor bewegtes Objekt Werfen/Legen ca. 6,%
- Ertrinken ca. 4,5%
- Andere ca. 7%





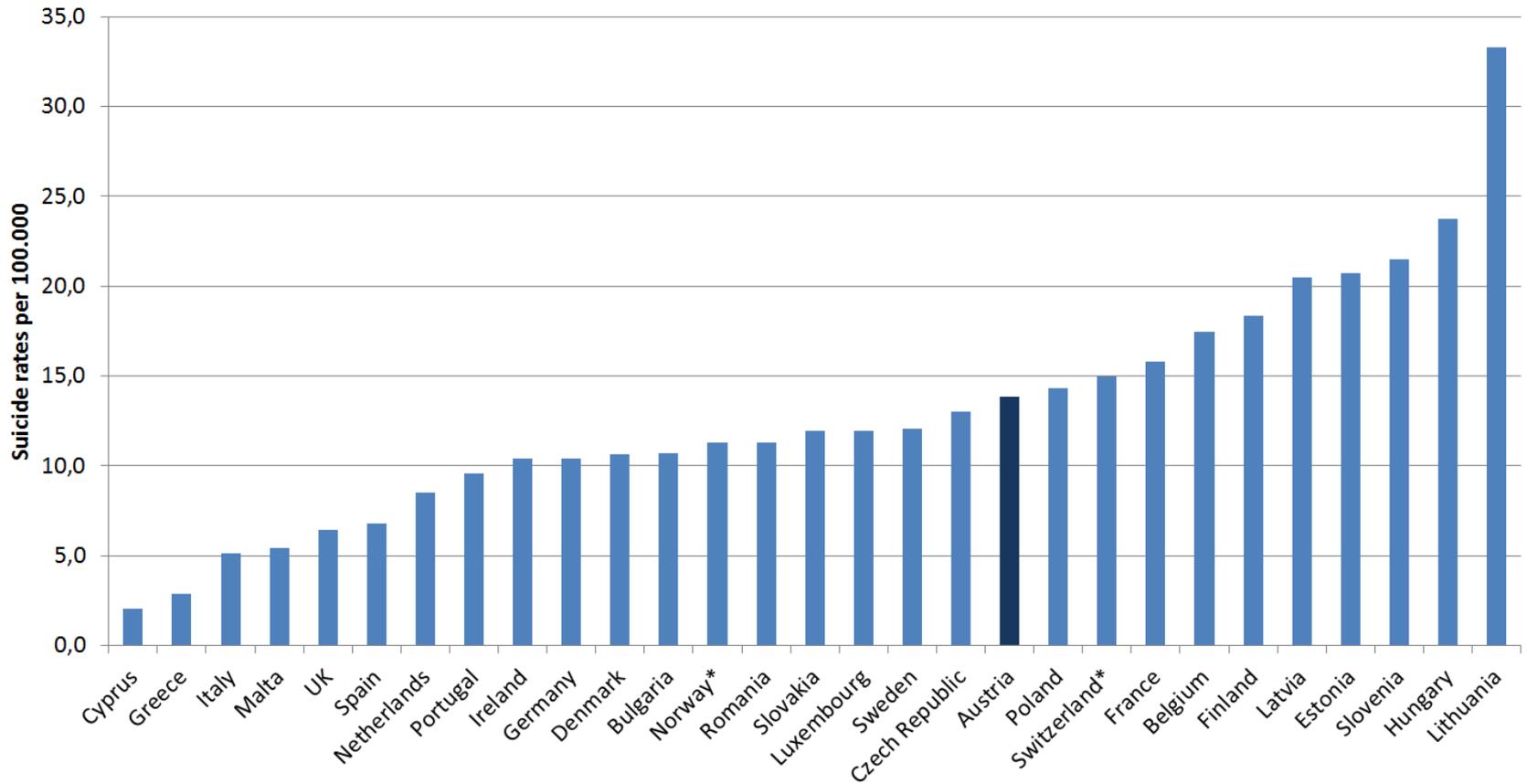
Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

Suizide Ländervergleich

(Nestor Kapusta, aktuelle Zahlen und Fakten zur Zahl der Suizide in Ö)

5-Jahres-Schnitt (2004-2008)

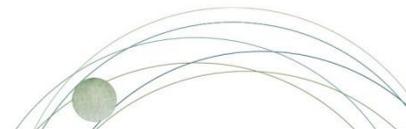


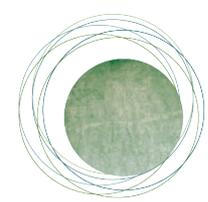


Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

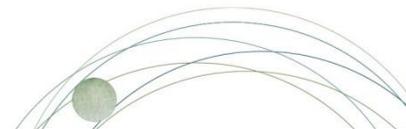
Erkennen





Was ist Suizidalität?

→ gehören alle Gedanken und Handlungen, die selbstdestruktiven Charakter haben, Versterben in Kauf nehmen, sowie aktiv darauf abzielen, das eigene Leben durch Selbsttötung zu beenden.

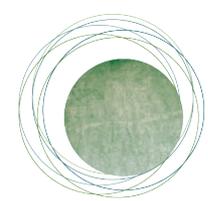




Phänomenbereich*

- **Wunsch nach Ruhe**, Pause, Unterbrechung im Leben (mit der bewussten Inkaufnahme zu sterben), aber ohne Sterbensintention
- **Todeswunsch**: jetzt oder in der unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck
- **Suizidgedanken/Ideen**: Gedanken, sich das Leben zu nehmen, Ambivalenz, kein konkreter Handlungsdruck
- **Suizidabsicht**: Suizidideen mit konkreter Planung und Absichtserklärung zur Durchführung, deutlicher Handlungsdruck
- **Suizidversuch**: Suizidale Handlung, die überlebt wird. Deutliche Todesintention waren vorhanden
- **Suizid**: suizidale Handlung, die mit dem Tod endet

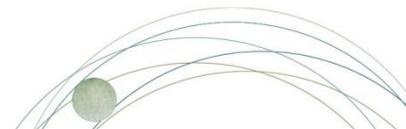


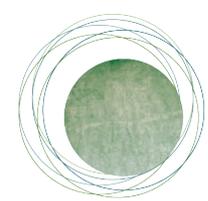


Phänomenbereich

- **Parasuizidale Handlungen:** sieht aus wie eine suizidale Handlung, hat aber kaum Todesintention, wenngleich die Gefahr in Kauf genommen wird.

Häufig appellativen oder instrumenteller Charakter. d.h. es soll etwas erreicht werden oder es wird auf eine Veränderung abgezielt.





Stadien der suizidalen Entwicklung*

- **1. Stadium: Erwägung**

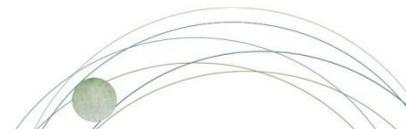
→ Suizid wird als mögliche Lösung aller Probleme und Schwierigkeiten in Betracht gezogen

- **2. Stadium: Ambivalenz**

→ Hin- und Hergerissen sein zwischen Wünschen zu Leben und dem Gefühl, keine andere Möglichkeit zu haben, als sich das Leben zu nehmen

→ Selbsterhaltende und selbstzerstörerische Kräfte stehen miteinander in Konflikt

→ häufig kommt es zu **direkten Suizidankündigungen**





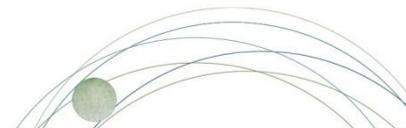
Stadien der suizidalen Entwicklung *

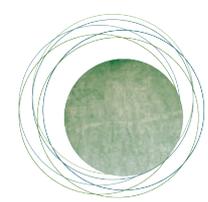
- **3. Stadium: Entschluss**

→ Betroffene hat sich für eine Lösung (Weiterleben oder Suizid) entschieden

→ meistens ruhiger und entspannter = „Ruhe vor dem Sturm“

→ eher **indirekte Suizidankündigungen**





Mythen und Irrtümer

- **Wer vom Suizid redet, wird in nicht begehen.**

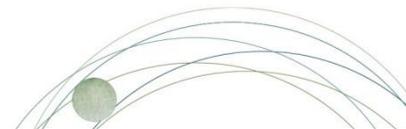
Falsch: Auf 10 Suizidanten kommen 8, die unmissverständlich von ihren Absichten gesprochen haben.

- **Ein Suizid geschieht ohne Vorzeichen.**

Falsch: Viele Betroffenen haben sich lange genug durch Zeichen oder Handlungen bemerkbar gemacht.

- **Wer einen Suizid begeht, will sich unbedingt das Leben nehmen.**

Falsch: Die meisten Suizidanten schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und zu sterben.





Mythen und Irrtümer

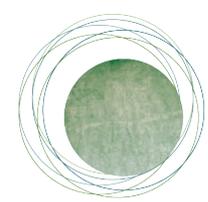
- **Wer einmal zum Suizid neigt, wird es immer wieder tun.**

Richtig und Falsch: Suizidanten haben im allgemeinen nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten. Das kann sich allerdings wiederholen. Ein Suizidversuch in der Biographie gilt als Risikofaktor.

- **Wenn sich eine suizidale Krise auflöst bedeutet das auch das Ende des Risikos.**

Falsch: Die meisten Suizide geschehen wenige Monate nach Beginn der Besserung, wenn der Patient von neuem die Energie hat, (selbstzerstörerische) Entschlüsse zu fassen und auszuführen.

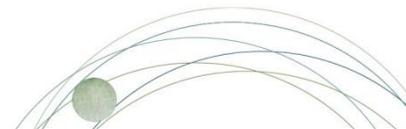




Anzeichen

- **Direkte oder indirekte verbale Andeutungen bzw. Ankündigungen**
- **Direkte Vorbereitungen** z.B. Sammeln von Tabletten
- **Abschiedsnahme** z.B. durch Briefe, Telefonate, Verschenken von geliebten Gegenständen, abschließende Regelung von Erbschaft und Vermögen
- **Rückzug** aus gewohnten Lebenszusammenhängen, von vertrauten Bezugspersonen
- **Veränderung der Persönlichkeit**, Vernachlässigung des Äußeren, Leistungsabfall, riskantes Verhalten z.B. im Straßenverkehr
- **Depressionen**: plötzliche Ruhe und Gelassenheit nach schwerer Verzweiflung, hinter der sich der Entschluss zum Suizid verbirgt

u.v.m.....



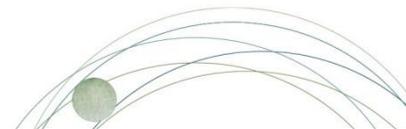


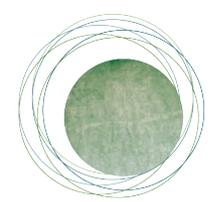
Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

Risikogruppen

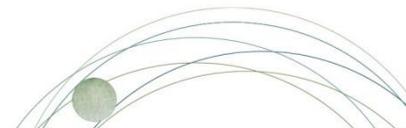
...Menschen, die diese Kriterien aufweisen,
stehen grundsätzlich suizidalem Verhalten näher
als andere Menschen....

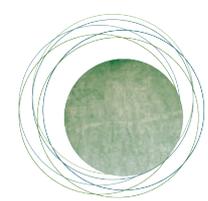




Risikogruppen

- Suizid in der Biographie
- Psychische Störung (v.a. Depression, Schizophrenie, Sucht)
- Risikopathologie: z.B. Hoffnungslosigkeit, Resignation, Isolations-, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle, Wahn,...
- Impulsivität/ Aggressivität
- Traumata in der Kindheit (sex. Missbrauch)
- Suizide in der Familie (Nachahmungseffekt)
- Zugehörigkeit zu Randgruppen: z.B. Homosexuelle oder bisexuelle Orientierung
- Männer (v.a. ältere)
- Zugang zu letalen Methoden
- Fehlende soziale Unterstützung, sozialen Bindungen
- Soziale Probleme (z.B. Langzeit-Arbeitslosigkeit, Isolation, Vereinsamung im Alter, Drogenproblematik in Jugend)
- Krisenzeiten: Schicksalseinbrüche, existenzbedrohende Situationen, biographische Schwellenphänomene
- Nach Abklingen einer depressiven Phase





Risikogruppen

- Suizidrisiko bei psychischen Erkrankungen: *

Bevölkerung: ca. 1%

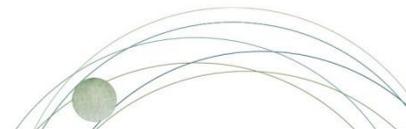
Depression: ca. 20%

Bipolare Depression: ca. 22%

Schizophrenie: ca. 9 %

Alkoholabhängigkeit: ca. 6%

*Balessarini 2003

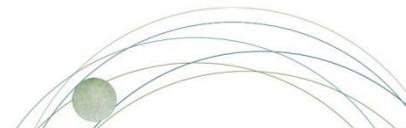


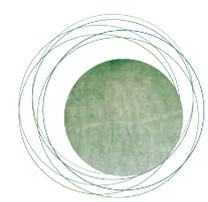


Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

Benennen





Umgang mit Suizidalität

- Suizidandeutungen, Äußerungen immer ernst nehmen!
- **Ansprechen: offen, direkt, ernsthaft und einfühlsam fragen**
- *Haben Sie manchmal den Punkt erreicht, in dem sie nicht mehr denken wollen, nur mehr schlafen wollen? (Wunsch nach Ruhe)*
- *Wünschen Sie sich manchmal nicht mehr auf der Welt zu sein, lieber zu sterben? (Todeswunsch)*
- *Denken Sie manchmal daran, sich das Leben zu nehmen? Bringen Sie diesen Gedanken wieder weg? (Suizidideen)*
- *Wie würden sie es machen, haben Sie das schon überlegt? Haben sie die Sachen dafür schon besorgt/arrangiert? (Suizidabsicht)*
- *Hatten Sie bereits einen Suizidversuch in der Vergangenheit?*
- **Was müsste sich verändern, dass sie es nicht machen? Was wollen Sie mit Suizid erreichen? Was soll aufhören? Wann geplant?**

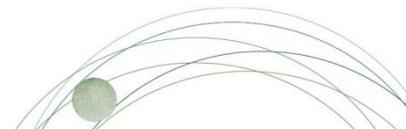


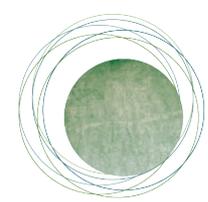


Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

Handeln



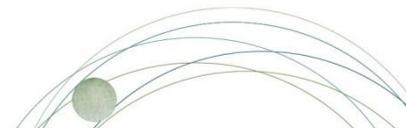


Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

Handeln

1. Ansprechen, ansprechen, ansprechen

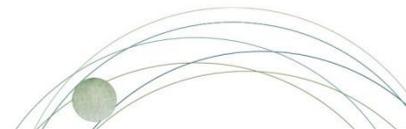


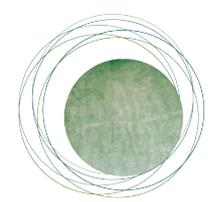


Handeln

2. Hilfen/ Adressen /Informationen anbieten

- Rat (wieder) Kontakt zu **Psychologen/Psychiater** aufnehmen
- **24h telefonische ambulante Krisenintervention**
Pro mente Sbg 0662 43 33 51)
- **Psychiatrische Ambulanz Klinik**





Handeln - Bei akuter Suizidalität:

3. Handeln bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung:

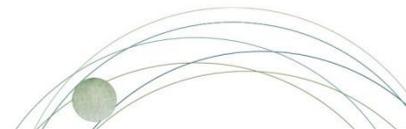
- **Information:**

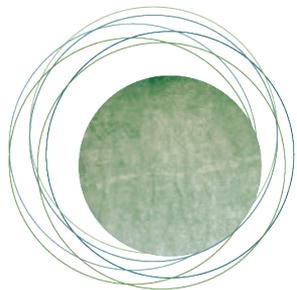
den Betroffene in die zu ihrem/seinem Schutz zu treffende Maßnahmen so weit als möglich einbeziehen und ein hohes Maß an Zustimmung erreichen

- **Freiwillige** Fahrt in die Psychiatrische Aufnahme (CDK, KH Schwarzach, KH Vöcklabruck)

- **Unfreiwillige** Einweisung: *(Unterbringung ohne eigenes Verlangen, §§ 8–11 UbG)*

durch Polizei bzw. Amtsarzt NUR bei AKUTER Selbst- oder Fremdgefährdung





Mag. Karin Bergthaller

Praxis für klinische Psychologie & Hypnotherapie

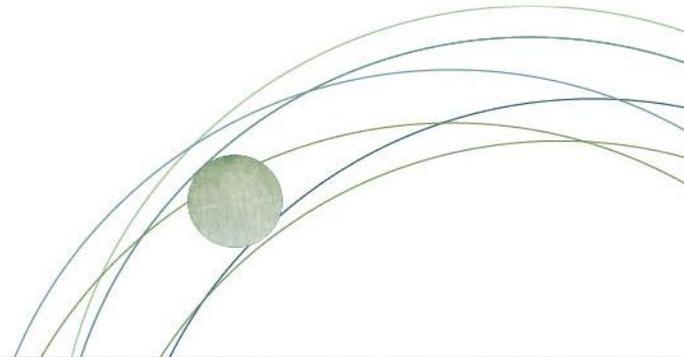
Mag. Karin Bergthaller

Klinische- und Gesundheitspsychologin

Rainerstraße 18 | 5310 Mondsee | +43 676 / 86 86 16 82

bergthaller@psychologie-mondsee.at | www.psychologie-mondsee.at

Seelisches Leiden lindern und psychische Gesundheit fördern





Literaturquellen

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Verlag Hans Huber.
- Möller, H.J., Laux, G., Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG.
- Aichhorn, W. Vortragsunterlagen.
- Farctacek, R. (2006). Vortragsunterlagen Suizidprävention Salzburg.
- Grabenhofer-Eggerth, A., Kapusta, N. (2016). Suizid und Suizidprävention in Österreich 2015. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.).
- Behrendt, B. (2009). Seminarunterlagen Neuropsychiatrie für Psychologen, Universitätsklinikum Saarland.

