



FACH-
TAGUNG

SUIZID- PRAEVENTION

EINE INITIATIVE VON:

LAND  KÄRNTEN



KABEG



Suizidalität bei älteren Menschen Risikofaktor Altersdepression

Christian Jagsch Dr. Prim
Vorstand der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie
LKH Graz II, Standort Süd

SUIZID- PRAEVENTION

Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten

1. Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Depressive (primäre Depression, depressive Zustände, reaktive Depression)
- Suchtkranke (Alkoholkrankheit, illegale Drogen)
- Schizophrenie (in stationärer Behandlung, Rehabilitation)
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom emotional instabilen Typus

2. Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität

- Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz); suizidale Krise
- nach Suizidversuch (10 % Rezidiv mit Suizid)

3. Alte Menschen

- mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung
- mit psychischer und körperlicher Erkrankung (Komorbidität)

4. Junge Erwachsene, Jugendliche mit

- Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung)
- Drogenproblemen
- familiären Problemen, Ausbildungsproblemen

5. Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen

- Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen
- Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes
- Identitätskrisen
- chronische Arbeitslosigkeit
- Kriminalität, Z. n. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines Anderen)

6. Menschen mit

- schmerzhaften, chronischen, lebeenseinschränkenden, verstümmelnden, körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit

Quelle: Wolfersdorf M, Nervenarzt 2008; 11:1319-34

Suizidalität und psychische Störungen

- Bei 70-90% aller Suizidfälle bei älteren Menschen lag in der Vorgeschichte eine psychiatrische Erkrankung vor (Cornwell, 2000).
- In den meisten Fällen waren dies depressive Episoden.
- Körperliche Symptome und hypochondrische Befürchtungen sind Inhalte mit steigendem Alter (Kapusta, Stein, Sonnek, 2006).
- Menschen mit Depressionen weisen generell ein 20-mal höhere Suizidrate auf als der Durchschnitt der Bevölkerung.
- Depressionen und Substanzmissbrauch stellen eine besondere Bedrohung dar.
- Schwere körperliche Erkrankungen erhöhen Suizidgefahr

Depression - Definition nach ICD 10

Hauptsymptome

- 1) Gedrückte Stimmung
- 2) Interessen- /Freudlosigkeit
- 3) Antriebsstörung, Müdigkeit

2 oder 3 Hauptsymptome
müssen vorhanden sein

Dauer: mindestens 2 Wochen

Andere häufige Symptome

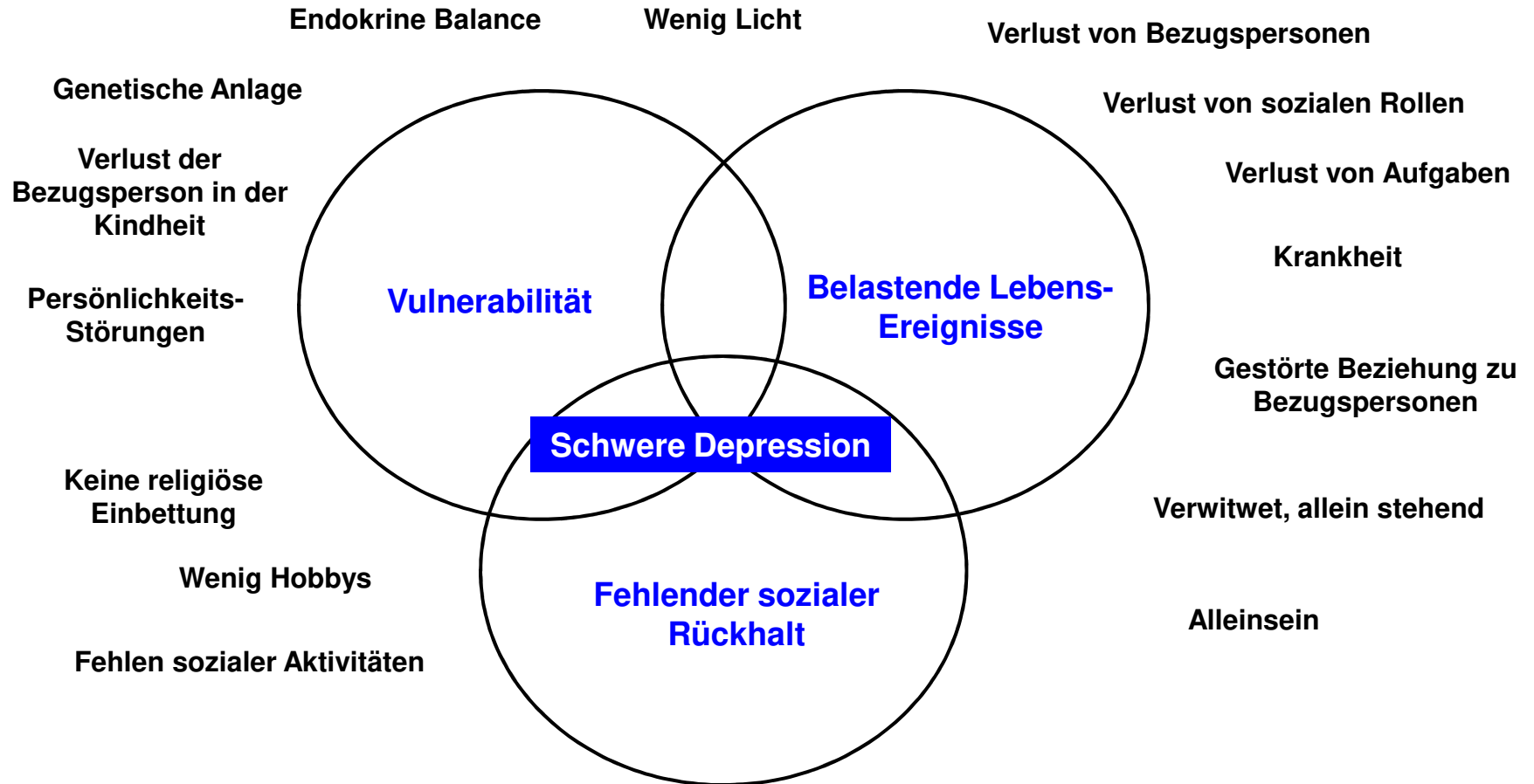
- 1) Konzentration, Aufmerksamkeit reduziert
- 2) Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen red.
- 3) Schuldgefühl
- 4) Hemmung, Unruhe
- 5) Selbstschädigung, Suizidgedanken
- 6) Schlafstörungen
- 7) Appetitstörung
- 8) Tagesschwankungen

2 – 4 andere Symptome müssen
vorhanden sein

Besonderheiten beim älteren und hochbetagten Menschen

- Symptome oft nicht so ausgeprägt
- eher chronischer Verlauf
- Verschlechterung vor allem kognitiver Fähigkeiten
(Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Entschlussfähigkeit)
- somatische Symptome im Vordergrund
- oft unspezifische Symptome (Klagsamkeit, hypochondrische Befürchtungen, Reizbarkeit, Verlangsamung, Apathie, Rückzug)
- häufiger Misstrauen und Wahnideen (Verarmungs-, Versündigungswahn)
- Suizidgedanken und Suizidversuche (vorallem bei Männern über 70 Jahre !)

Altersdepression: multidimensional betrachtet



Suizidalität

Klinische Phänomene der Suizidalität

- Suizidalität:** Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen / Gruppen von Menschen, die in Gedanken, aktivem Handeln oder passivem Unterlassen den eigenen Tod anstreben / als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen
- Suizid:** selbst durchgeführte Handlung mit Todesfolge
[bewusstes Denken / Handeln, Intention zu sterben, Verständnis von Tod]
- S-Versuch:** Parasuizid [Geste/Appell – Pause – missglückter Versuch]
- S-Absichten:** Suizidideen – Suiziddrohungen
- Indirekte S:** „Hoch Risiko Verhalten“, passive Unterlassungshandlungen
- Doppelsuizid:** Suizid eines Paares – Tötung eines Partners mit anschließendem Suizid
Beim Alterssuizid geht es um den gemeinsamen Willen, oft bezogen auf körperliche Leiden und finanzielle Nöte – diesen Suizid begehen meist ältere Paare (Horn 1996), 1,5 % aller Suizide

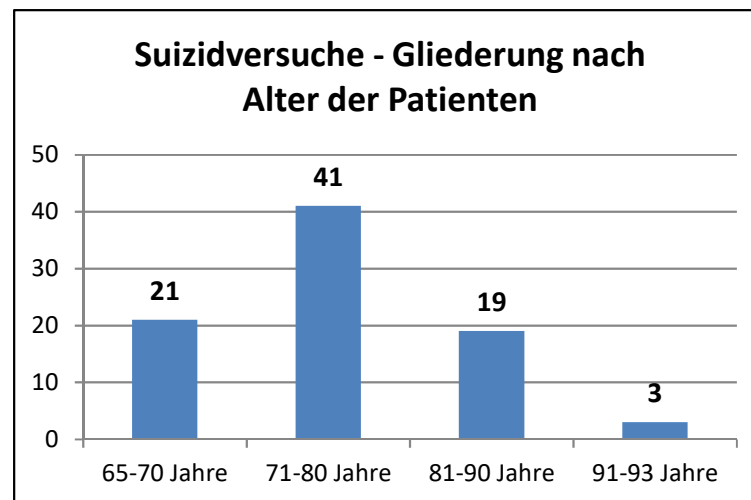
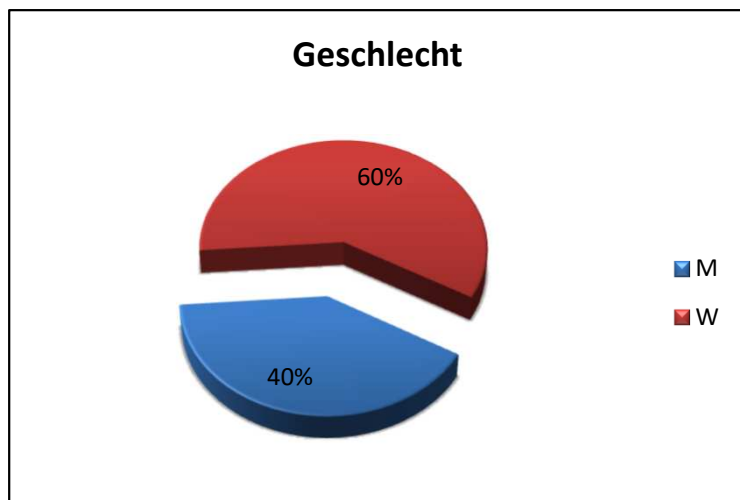
Klinische Phänomene der Suizidalität

Bilanzsuizid: überlegte Selbsttötung psychisch gesunder Personen...freie Willenshandlung (Peters 1984); Die Bilanz des Lebens wird aufgerechnet, als negativ befunden und als Konsequenz die Selbstvernichtung ausgeführt (Hirzel-Wille, 2002)

stiller Suizid: Vor allem in Heimen sind diese Formen zu beobachten, wenn Menschen selbstschädigend auf ihren Körper einwirken, sodass dieser eine verkürzte Lebenserwartung hat, da der Übergang in eine Institution und Abhängigkeit nicht akzeptiert wird (Hirzel-Wille, 2002)
z.B.: Bewusstes „weniger Essen“, Essens-Verweigerung, anders Essen (zB. bei Diabetes), nicht mehr trinken, zu viele – zu wenige Medikamente einnehmen, „Treppenstürze“

Daten Behandlung nach Suizidversuch Alterspsychiatrie 2016

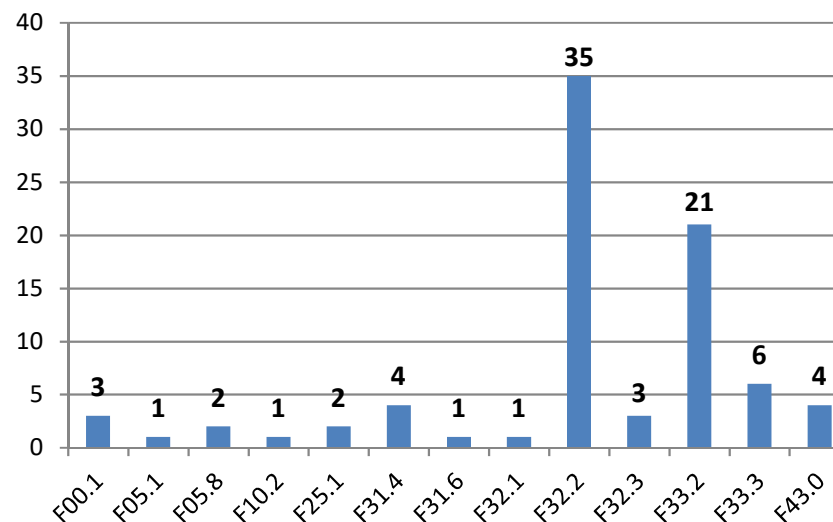
Insgesamt wurden **84 Menschen** nach einem Suizidversuch stationär betreut, **50 Frauen** und **34 Männer**, entspricht 4,5% der Gesamtaufnahmen



Daten Behandlung nach Suizidversuch Alterspsychiatrie 2016

71 Patienten von 84 erhielten eine Hauptdiagnose nach ICD -10 in der Gruppe „affektiven Erkrankungen“, vor allem depressive Episode

KH-Hauptdiagnosen der Patienten mit Suizidversuchen



F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spät em Beginn (Typ 1) (G30.1+)

F05.1 Delir bei Demenz

F05.8 Sonstige Formen des Delirs, Delir mit gemischter Ätiologie

F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkoholabhängigkeitssyndrom

F25.1 Schizoaffect. Störung, gegenw. depressiv, Schizoaffect. Psychose, depressiver Typ, Schizophreniforme Psychose, depr. Typ

F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

F31.6 Bipolare affektive Psychose gegenwärtig gemischte Episode

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

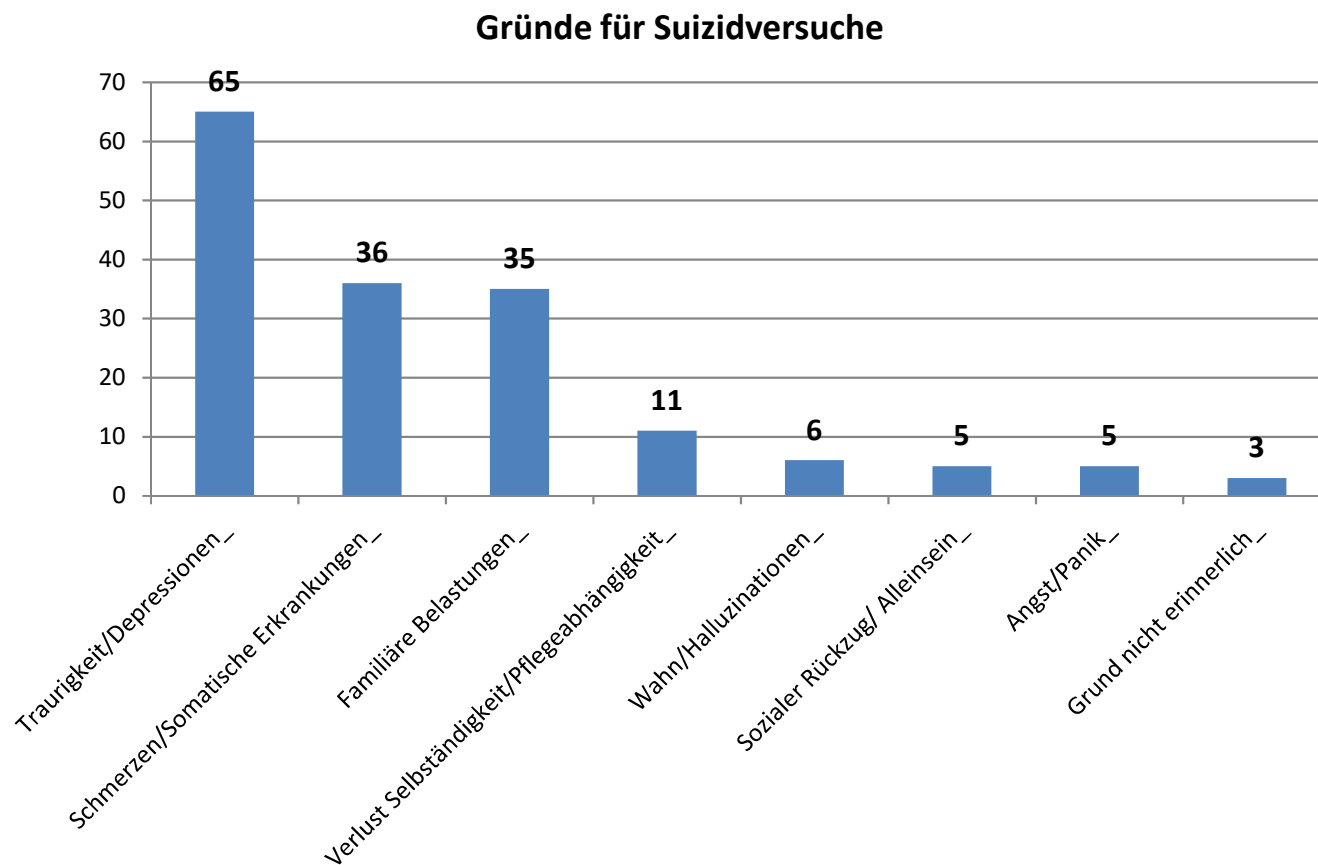
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F33.2 Rezid. depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, Endog. Depression ohne psychot. Symp.

F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

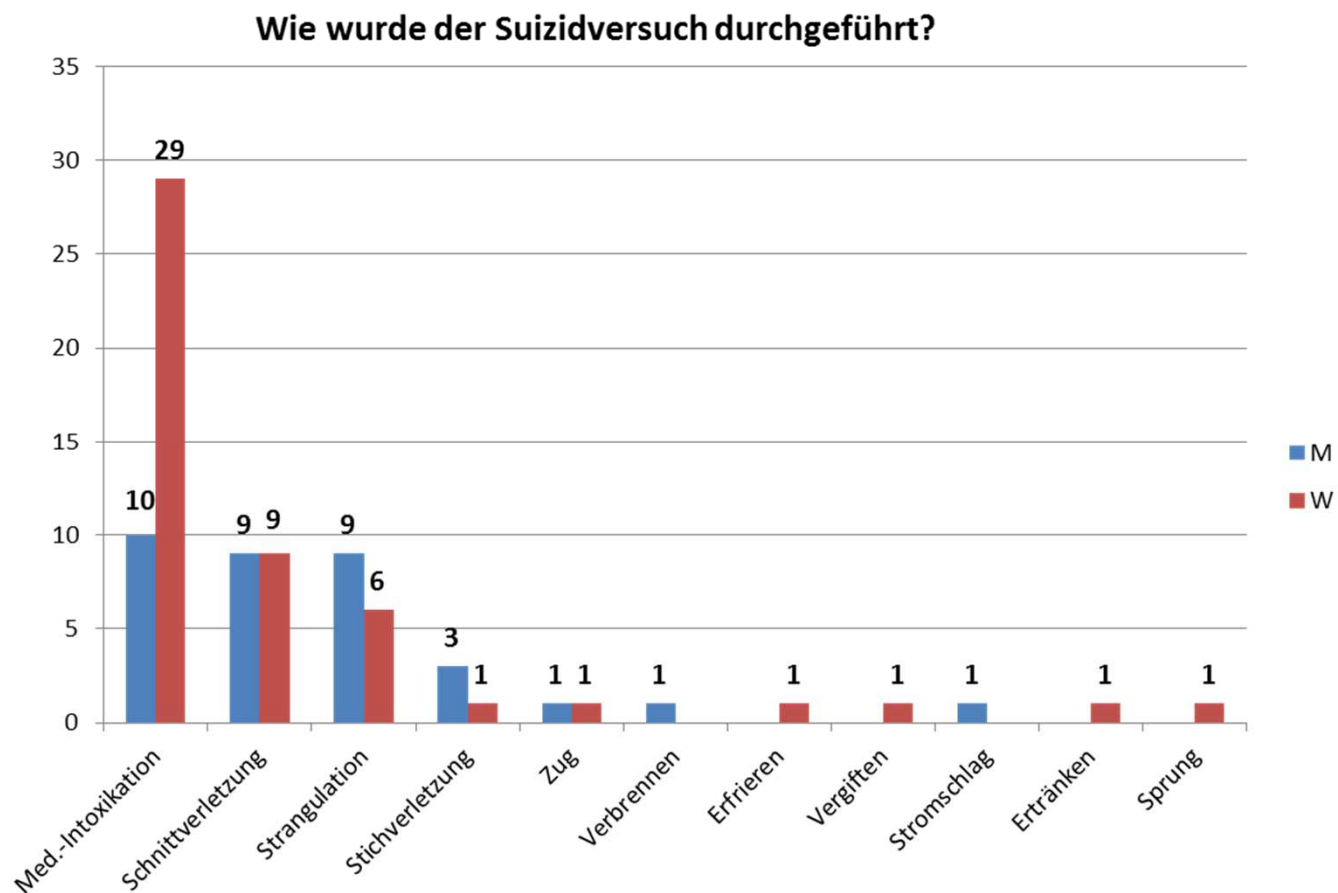
F43.0 Akute Belastungsreaktion

Daten Behandlung nach Suizidversuch Alterspsychiatrie 2016



Anmerkung: Mehrfachnennung möglich

Daten Behandlung nach Suizidversuch Alterspsychiatrie 2016



Behandlung

Krisenintervention

1. Beziehung schaffen
2. Erfassen der emotionalen Situation
3. Krisenanlass verstehen
4. Spezifische Gefahren beachten
5. Suizidalität klären
6. Einbeziehen von Dritten – Soziale Situation
7. Weiters Vorgehen besprechen

Sonnek, 2000

SSRI

(Selektive Serotonin – Wiederaufnahmehemmer)

Sertralin (Tresleen, Gladem, Generika)

Citalopram (Seropram, Generika),

Escitalopram (Cipralext)

Paroxetin (Seroxat, Generika) → anticholinerg, Interaktionen

Fluoxetin (Fluctine, Generika) → Interaktionen

Fluvoxamin (Floxyfral) → Interaktionen

Andere Antidepressiva

SNRI (Serotonin und Noradrenalin - Wiederaufnahmehemmer)
z.B. Venlafaxin (Efectin), Cymbalta (Duloxetin), Milnacipran (Ixel)

NaSSA (Noradrenalin und spezifisch serotonerges Antidepressivum) z.B.
Mirtazepin (Remeron)

SARI (Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer)
z.B. Trazodon (Trittico)

Tetrazyklische Antidepressiva, z.B. Mianserin (Tolvon)

NARI (Selektiver Noradrenalin – Wiederaufnahmehemmer)
z.B. Reboxetin (Edronax)

RIMA (MAO – A Hemmer), z.B. Moclobemid

Trizyklische Antidepressiva, z.B. Amitriptylin (Saroten), Clomipramin (Anafranil),

Psychotherapie

Psychotherapeutisches Ziel bei Älteren

„Von der Depression zur Trauer zu gelangen“

- Verlässliche Beziehungserfahrung
- Nachreifung der Persönlichkeit von der Ebene der frühen Objektbeziehung zur Individuation
(Ambivalenz von Abhängigkeit versus Autonomie)
- Entfaltung der Ich-Autonomie und Identität

Luft, 2003

Fragen zu Suizidalität

- Haben Sie in dieser belastenden Situation daran gedacht nicht mehr leben zu wollen?
- Denken Sie über den eigenen Tod nach?
- Denken Sie daran sich das Leben zu nehmen?
- Muss ich mir Sorgen machen, dass Sie sich etwas antun?
- Haben Sie Suizidgedanken?
- Drängen sich diese Gedanken auf?
- Haben Sie bereits einen Plan, wie Sie es tun würden?
- Haben Sie Waffen zu Hause oder Medikamente gesammelt?
- Hat sich in Ihrer Familie schon jemand das Leben genommen?
- Haben Sie früher schon einmal Suizidgedanken?
- Haben Sie früher schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

Indikation zur stationären Einweisung

- Schwere depressive Episoden mit wahnhaften Symptome - Überzeugungen der Suizid sei die einzige Lösung
- Schwere depressive Episoden mit starker Substanzbeeinträchtigung
- Schwere körperliche Erkrankungen mit starken Schmerzen
- Patient nicht kooperativ – kein Gespräch und keine Beziehung möglich
- Antworten zu Suizidalität verweigert werden
- Patient ist alleine, vereinsamt – keine sozialen Beziehungen
- Suizidversuche in der Vorgeschichte, Suizide in der Familie

Botschaft

- Depressionen erkennen und behandeln
- Schmerzen und körperliche Erkrankungen behandeln
- Soziale Isolierung wahrnehmen
- Ankündigungen, nicht mehr leben zu wollen - ernst nehmen
- Krisen, Verluste und Veränderungen der Lebensgewohnheiten sensibel beobachten