

Zürcher Präventionstag: Suizidprävention
Zürich, 16. März 2018

Suizidversuch, wie weiter? Erfahrungen aus der Notfallstation

Dr. med. Andreas Gruber, Oberarzt

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik



Inhalt

- **Begriffsklärung und Überblick**
- Notfall USZ
- Fallbeispiel
- Beurteilung Suizidalität
- Behandlungsoptionen, Einleitung auf der Notfallstation



Begriffsdefinition

- **Suizid** oder fachsprachlich auch **Suicidium** (von lateinisch *sui* „seiner [selbst]“, und *caedere* „[er]schlagen, töten, morden“) bezeichnet die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens
- Eine Suizidhandlung, die nicht direkt zum Tod führt, wird in der Fachsprache **Suizidversuch** oder **Selbstmordversuch** (lateinisch: *Tentamen suicidii*) genannt. Der psychische Zustand eines suizidgefährdeten Menschen wird als Suizidalität bezeichnet.

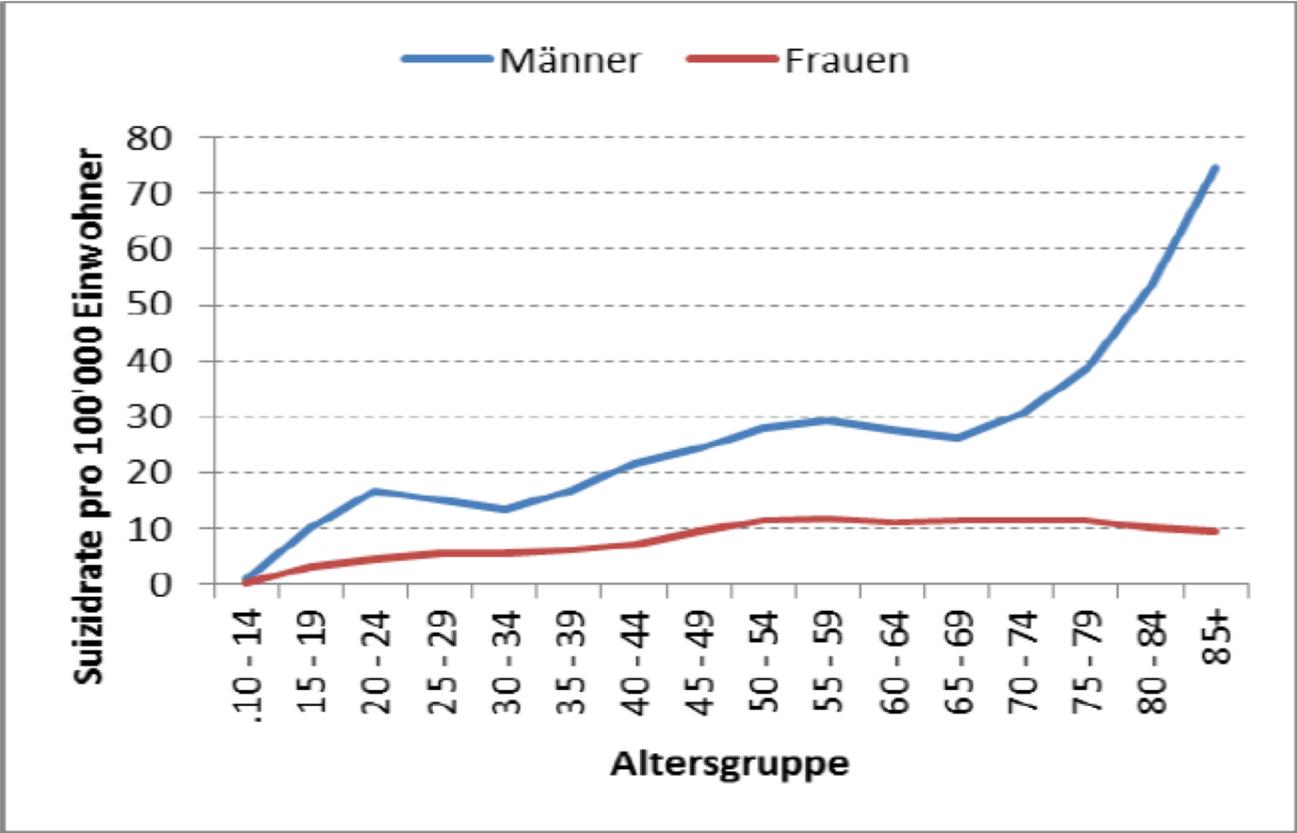
Ursachen

- Suizidalität ist keine Krankheit, jedoch ein lebensgefährlicher Leidenszustand, der eine Fülle krankhafter Vorgänge beinhalten oder zur Folge haben kann
- Kurzfristiges Ziel: einem unerträglichen inneren Zustand ein Ende zu setzen. „Escape from self“ (Baumeister 1990)
- Dem Entschluss zur „erlösenden“ Suizidhandlung geht meist eine längere Entwicklung voraus (Michel 2004)
- In westlichen Gesellschaften 60-90% psychische Erkrankungen (Studienlage)
- Zumeist Depressionen, aber auch Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, chronische Schmerzen, Schizophrenie u.a.
- Drohender oder erlittener Arbeitsplatzverlust, kulturell verschieden

Formen der Suizidalität

- Vollendeter (tödlicher) Suizid: Männer häufiger als Frauen -exponentieller Anstieg bei Männern im Alter, niedrigste und höchste soziale Schicht am häufigsten betroffen, spezielle Berufsgruppen
- Nicht-tödliche Suizidhandlung (Parasuizid): häufiger bei Frauen(2:1), Altersgipfel zwischen 15-25 Jahren, häufig Intoxikationen, hohe Dunkelziffer
- Suizidgefährdung: laut Umfragen ca. 30% mit mindestens einmaligen Suizidgedanken

Suizidraten nach Alter und Geschlecht (Durchschnitt 2008-2012) (Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)



Inhalt

- Begriffsklärung und Überblick
- **Notfall USZ**
- Fallbeispiel
- Beurteilung Suizidalität
- Behandlungsoptionen, Einleitung auf der Notfallstation



Notfallstation USZ

- Institut für Notfallmedizin, organisationale Einheit des UniversitätsSpital Zürich
- Dreh –u. Angelpunkt für Notfälle aller Art (Spitzenzeiten 180 chirurgische und medizinische Patientinnen und Patienten pro Tag)
- Fachärzte unterschiedlichster Disziplinen involviert
- Walk-in-Patienten vs. mit Ambulanz auf Notfallstation
- Schweregrad und die Dringlichkeit der Erkrankung oder des Unfalls gemäss «Emergency Severity Index (ESI)», (fünfstufiger Triagealgorithmus).
- Entweder erfolgt direkte Triage an den Dienstarzt Psychiatrie oder ein konsiliarischer Beizug im weiteren Verlauf bei primär somatischen Fragestellungen

Notfallstation USZ

- Zwischen 01.01.2016 bis 31.08.2017 668 Personen mit erfolgtem Suizidversuch
- 55% dieser Patienten stationäre Aufnahme, längere somatische Behandlung erforderlich
- Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik zur diagnostischen Abklärung und Begleitung der Patienten
- Einschätzung der Ursachen für den Selbsttötungsversuch sowie Abklärung einer eventuellen anhaltenden Selbstgefährdung
- Zentrales Prinzip bei der Beurteilung von Suizidalität «Vier-Augen-Prinzip»
- Entsprechende therapeutische Massnahmen zumeist unmittelbar, medizinische Situation stabil---psychiatrische Anschlusslösung?

Notfallstation USZ

- Walk –in-Patienten mit Suchterkrankungen, Depressionen, Anpassungsstörungen, psychotisches Erleben u.a.
- Prioritäre Aufgabe des Notfallpsychiaters Einschätzung des Suizidrisikos
- Bei akuter Suizidalität Indikation für eine stationäre Aufnahme, Regionalisierung
- Meistens auf freiwilliger Basis
- Bei Gefahr im Verzug und mangelnder Krankheitseinsicht ev. Einweisung gegen den Willen
- Entlassungen nach Hause nach einer suizidalen Krise sind in der Minderzahl, ambulante psychiatrische Nachsorge wenigstens obligat
- Hauptaufgabe Risikobeurteilung akuter Selbstgefährdung mit entsprechender Weitervermittlung zur Behandlung
- Kriseninterventionen und Überbrückungen bis eine stabile Nachbetreuung organisiert ist

Inhalt

- Begriffsklärung und Überblick
- Notfall USZ
- **Fallbeispiel**
- Beurteilung Suizidalität
- Behandlungsoptionen, Einleitung auf der Notfallstation

Fallbeispiel 1/Folie 1

Aktuelles Geschehen:

- 2 Monate lange Trennungsphase, Sonntag Abend Beziehungsende durch Gattin nach 13 Ehejahren
- In der Folge am Sonntag Abend wahllos Alkohol und Medikamente in suizidaler Absicht
- Erbrechen und Durchfall, am Montag zur Arbeit
- Dienstag morgen Kontaktaufnahme mit Notfallpsychiaterin, welche mit Nachdruck das Aufsuchen des USZ-Notfalls empfahl

Fallbeispiel 1/Folie 2, Anamnese

- Patient seit 2004 in der Schweiz lebend, in Spanien aufgewachsen, 2 Geschwister-im guten Kontakt. Soziales Netz bestehend, ein sehr guter Freund
- Ausbildung auf Fachhochschule, 100% als Bauleiter, aktuell in Weiterbildung (Master Abschluss). Ehefrau 100% in der Immobiliengewerbe tätig. Besitzen eigenes Haus, wohnen in 4.5 Zi-Wohnung
- Dienstag Gattin erster Termin bei Psychologin, eventuell Paartherapie, Hoffnung auf die Fortsetzung der Beziehung
- Bereut Suizidversuch, möchte bei neuerliche Belastungssituation Notfallstation unmittelbar aufsuchen. Weitere Überlegung Ferien, Abstand. Grundsätzliche Akzeptanz bezüglich möglichem Beziehungsende, hoffe aber grundsätzlich auf Fortführung der Ehe.

Fallbeispiel 1/Folie 3, Psychopathologischer Status

- 40-jähriger Mann im guten AZ und adipösem EZ, spricht fließend Schweizerdeutsch. Wach, bewusstseinsklar. Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnisleistung gegeben. Keine Ängste und keine Zwänge. Keine Anzeichen eines floriden paranoiden Erlebens (kein Stimmenhören, kein Wahnerleben, keine Ich-Störungen). Verneint länger andauernde Traurigkeit. Gemäss Patient erster Suizidversuch, impulsiv nach Trennung der Frau. Seit Sonntag kein Appetit. Seit 3-4 Wochen reduzierter Schlaf mit Arbeiten am Computer in der Nacht.
- Der Patient kann sich aktuell klar von Suizidhandlungen distanzieren

Fallbeispiel 1/Folie 4, Einschätzung

- Patient mit hohem Funktionsniveau, Ressource der Arbeit hauptsächliche Stütze. Weiterer hauptsächlich Lebenspfeiler Beziehungsressource, droht(e) wegzubrechen (F43.2 Anpassungsstörung nach Trennungsentscheid bei Ehekonflikt), impulsiver Suizidversuch (X60)
- Selbständig auf Notfallstation, stationärer Hospitalisation ablehnend gegenüber, aus Sorge um berufliche Laufbahn
- Selbständiges Hilfe suchen, Erschütterung und Trauer
- Auch weil stationäre Klinikeinweisung gegen den Willen des Patienten aufgrund Arbeitsressource kontraproduktiv, FU-Kriterien insgesamt nicht erfüllt
- Einverstanden mit der Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie und zur Teilnahme an ASSIP.

Fallbeispiel 2/Folie 1, aktuelles Geschehen

- Mann von Passanten auf dem Gehweg in der Langstrasse liegend aufgefunden
- Eintreffen der Sanität in Blutlache liegend
- Stichwunde femoral links, ansprechbar
- Während Transport akut behandlungsbedürftig wegen Blutverlust
- Nach Eintreffen im Schockraum fehlender Puls mit mechanischer Reanimation u.a.
- Bei hämorrhagischem Schock erfolgte die notfallmässige operative Versorgung, End- zu End Anastomose der A. femoralis

Fallbeispiel 2/Folie 2, Anamnese

- Familienanamnese: Blande.
- Suchtanamnese: Regelmässiger Cannabis-, sporadisch Methadon und LSD-Konsum
- Sozialanamnese: Ursprünglich aus Afghanistan stammend, seit 2009 in der Schweiz, Aufenthaltsstatus B, sehr gute Deutschkenntnisse. Arbeitsstellen im Bereich Gastronomie, sozial eingebettet, lebt mit Partnerin in einer kleinen Wohnung, ausserdem guter Kontakt zu Bruder
- Psychiatrische Anamnese:
 1. Diagnose ambulanter Längsschnitt: paranoide Schizophrenie. Unter Risperdal keine floride Psychosesymptomatik, selbständige Sistierung vor ca. 6 Wochen. Einhaltung der Termine, zuverlässig.
 2. 2x stationär psychiatrischer Aufenthalt in der PUK: Diagnoseverdacht einer sog. Akut polymorph psychotischen Störung, Remission unter Medikation mit Risperdal

Fallbeispiel 2/Folie 3, Verlauf

- Im psychiatrischen Konsil postoperativ psychotisches Zustandsbild, vordergründig Wahnsymptomatik
- Fühlte sich verfolgt und ständig beobachtet, ausserdem Stimmenhören, im Rahmen der Psychose selbstverletzendes Verhalten
- Reinstallierung Risperdal: initial 2x2mg/d, im Verlauf Erhöhung, vollständiger Rückgang der Symptome
- In Folgekonsilien Selbsttötungsabsicht verneint bei regredienter Symptomatik
- Stationäre Weiterbehandlung empfohlen, abgelehnt
- Wiederaufnahme einer ambulanten Behandlung explizit gewünscht

Fallbeispiel 2/Folie 4, Beurteilung

- Austrittsbericht PUK polymorphe psychotische Störung, unter neuroleptischer Medikation Remission
- Ausserdem hiesige Aktenlage, Drogenkonsum und wahnhaftige Verarbeitung dokumentiert
- Zusammenschau Aktenlage, Aussagen ambulanter Behandler sowie Aussagen des Patienten: diagnostisch am ehesten paranoide Schizophrenie (F20.0), whs. durch Drogenkonsum und Absetzen von Risperdal verursacht
- Selbsterbeigeführte Verletzung des Patienten kein beabsichtigter Suizidversuch
- Procedere: Weiterführende ambulant psychiatrische Anbindung, weiterführende Drogenabstinenz, ev. Depotmedikation. Ambulante Kontinuität!!!
- Bei fehlender akuter Selbstgefährdung Entlassung in die Obhut des Bruders

Fallbeispiel 3/Folie 1, Aktuelles Geschehen

- 20-jährige Patientin, Zuweisung mit Ambulanz nach Einnahme von 20 Gramm Paracetamol
- Aufnahme auf Intensivstation mit entsprechender Behandlung
- Anmeldung psychiatrisches Konsil mit Fragestellung nach eventueller Suizidalität
- Procedere nach somatischer Stabilisierung

Fallbeispiel 3/Folie 2, Anamnese

- Persönliche Anamnese: aufgewachsen am Land, Elternhaus soweit unauffällig, 2 Geschwister, obligatorische Schullaufbahn, in einem Jahr Abschluss KV, 100% arbeitstätig
- Familienanamnese: blande
- Psychiatrische Anamnese: gesamthaft ca. 2 Jahre Aufenthalt in psych. Kliniken ab dem Alter von 14 Jahren, vordiagnostiziert: Anorexie, wiederkehrende depressive Episoden
- Ein Suizidversuch vor 1.5 Jahren, ebenfalls mit Schmerzmittel

Fallbeispiel 3/Folie 3, Exploration

- Seit ca. 3 Monaten Essattacken, im Anschluss jeweils Schuldgefühle, innere Unruhe, hoher innerer Druck u.a.
- Verschiedene Strategien schlagen fehl, Sammeln von Tabletten über Zeitraum von etwa einem Monat
- Zuspitzung und Auflösen der Tabletten in Wasser mit nachfolgendem Konsum
- Selbständige Avisierung der behandelnden Therapeutin, welche Ambulanz verständigt
- Aktuell weiterhin Sterbebedanken, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, innerer Druck u.a.
- Ablehnung freiwilliger Hospitalisation

Fallbeispiel 3/Folie 4, Zusammenschau und Procedere

- Patient erfüllt mehrere Risikofaktoren
- Belastungsfaktoren weiterhin aufrecht
- Keine verbale Distanzierung von Suizidalität
- Patientin behandlungsbedürftig
- Einbezug (mit Einverständnis) der Eltern
- Überweisung per Fürsorgerischer Unterbringung in PUK

Inhalt

- Begriffsklärung und Überblick
- Notfall USZ
- Fallbeispiel
- **Beurteilung Suizidalität**
- Behandlungsoptionen, Einleitung auf der Notfallstation

Diagnostik

Stützt sich auf Kenntnis

- der suizidalen Entwicklung
- des präsuizidalen Syndroms
- von Risikogruppen und Risikokonstellationen

Präsuizidales Syndrom nach Ringel (1953)

1. *Zunehmende Einengung*

- a) Situative Einengung
- b) Dynamische Einengung
- c) Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen
- d) Einengung der Wertewelt

2. *Aggressionsstauung und Aggressionsumkehr:*

Fehlende Aggressionsabfuhr und Wendung der Aggression gegen die eigene Person

3. *Suizidphantasien*

- a) aktiv intendiert (1.Stufe)
- b) passiv sich aufdrängend (2.Stufe)



Risikofaktoren

- Frühere Suizidversuche (über Jahre hinweg 40-mal höheres Risiko im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt)
- Psychische Erkrankungen: insbesondere Depressionen (über 15-fach erhöhtes Risiko), aber auch Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie
- Entlassung aus einer stationären Therapie in der psychiatrischen Klinik
- Missbrauch oder Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol und Drogen (ca. 4-fach erhöhtes Risiko)
- Schwere körperliche Erkrankungen, besonders bei chronischen Schmerzen
- Sexueller Missbrauch
- Suizid oder Suizidversuch im eigenen Umfeld
- Homosexuelle Orientierung, insbesondere bei Jugendlichen
- Arbeitsunfähigkeit, Pensionierung
- Kritische Lebensereignisse: z.B. Verlust eines Partners, Arbeitslosigkeit

Protektive Faktoren

- Gründe, für die es sich zu leben lohnt
- Verantwortungsgefühl gegenüber Bezugspersonen, Kinder, Schwangerschaft
- Supportives soziales Netzwerk
- Furcht vor dem Tod, vor dem Schmerz/Leiden
- Moralische Gründe (Religiosität) u.a.

Einschätzung der Suizidalität

- **Selbstbeurteilung** durch den Patienten, Narratives Interview massgebend, gemeinsame Betrachtung!
- Nur der **Patient** kann Auskunft darüber geben, was in ihm vorgeht (Gefühle, Gedanken, usw.).
- Der Patient hat die **Kompetenz**, seine Geschichte zu erzählen.
- Der **Patient** ist der eigentliche **Experte** seiner Suizidalität. Er liefert den Kontext für ein Gesamtbild seiner Situation.
- Beurteilung der akuten Suizidalität durch Interpretation der erhobenen Daten aus dem Gespräch über die Suizidalität.
- Im stationären Setting standardisierte Instrumente, z.B. Suicide Status Form II (SSF-II).

Einschätzung der Suizidalität

1. Wunsch nach Veränderung:

"Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, dass Sie so nicht mehr leben wollen?"

2. Todeswünsche:

"Haben Sie daran gedacht, dass Sie sterben wollen?"

3. Suizidideen:

"Ist Ihnen der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?"

4. Suizidpläne:

"Haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?"

5. Suizidmethode:

"Wüssten Sie, wie Sie sich etwas antun würden?"



Einschätzung der Suizidalität

6. Parasuizidale Handlungen:

"Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?"

7. Familienanamnese:

"Sind in Ihrer Familie Suizide oder Suizidversuche vorgekommen?"

Einschätzung der Suizidalität

- Nicht nur Instrumente
- Nicht nur das Fachwissen
- Nicht nur Beobachtung und Gespräch sind wichtig
- **Gefühle, Intuition, Erfahrung, Übertragungsphänomen** können eine zentrale Rolle spielen.

Inhalt

- Begriffsklärung und Überblick
- Notfall USZ
- Fallbeispiel
- Beurteilung Suizidalität
- **Behandlungsoptionen, Einleitung auf der Notfallstation**

Psychopharmakotherapie bei Suizidalität

Bedeutet primär:

1. Sedierung mit dem Ziel: Dämpfung von autoaggressivem Handlungsdruck, Entspannung und Schlafförderung durch Benzodiazepine und/oder sedierende Neuroleptika
2. Medikamentöse Behandlung einer psychischen Grundkrankheit (z.B. Depression, Schizophrenie, Alkoholkrankheit etc.): Antidepressiva, Neuroleptika
3. In der weiteren Folge: Psychotherapie, integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit



UniversitätsSpital
Zürich

