

Verzicht auf Suizidalität

Harald J. Freyberger

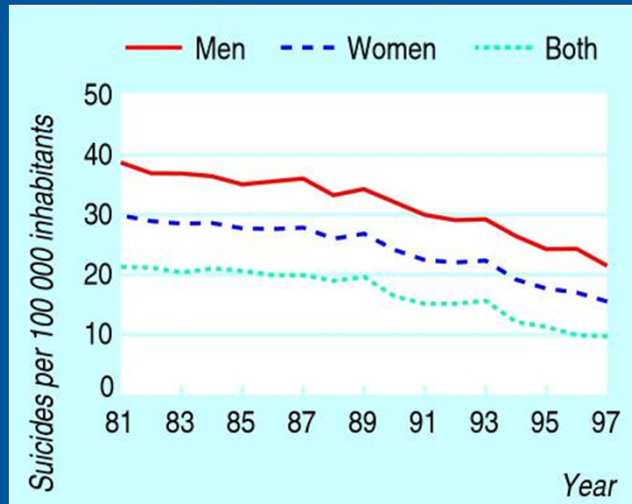
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin Greifswald



Inhalt

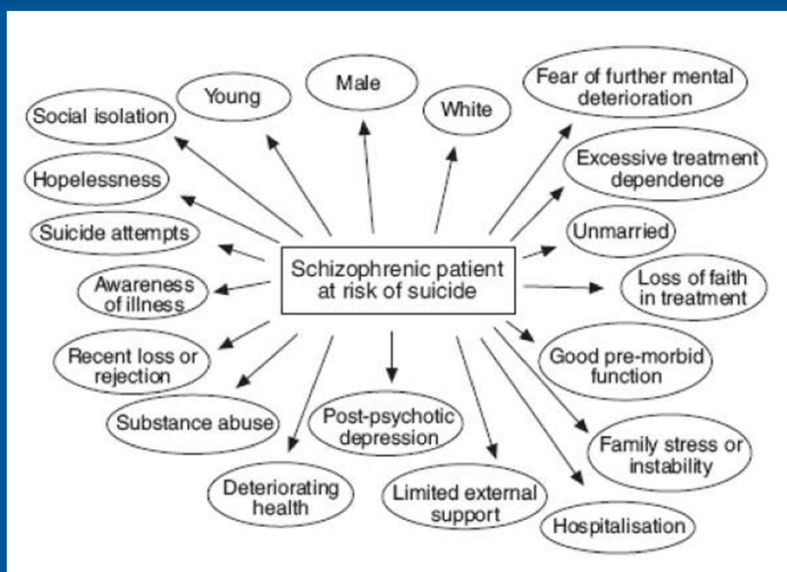
- A. Einführung
- B. Die Geschichte von Herrn G.
- C. Fragen, die nach einem Suizid gestellt wrden
- D. Risikofaktoren und Risikoabschätzung
- E. Konsequenzen für die Behandlung

Das Suizidrisiko sinkt von wahrscheinlich ursprünglich 15% auf jetzt 5% (BMJ, 2004)



Risikofaktoren für Suizid

(u.a. Pompili et al., 2007)



Die Geschichte von Herrn G.

Herr G., 28 Jahre alt, ledig, Abiturient mit abgebrochenem Medizinstudium, aus Süddeutschland stammend

Vater (+26), Rechtsanwalt und Notar

Mutter (+24), Allgemeinmedizinerin

Schwester (+4), Oberärztin in der Chirurgie

Beginn der Erkrankung im 20. Lebensjahr mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, zunehmendem interpersonellem Misstrauen und Stimmenhören („brich das Studium ab“, „töte Dich“) im 2. Semester des Medizinstudiums

Die Geschichte von Herrn G.

Erste stationäre Behandlung mit stark aversiven Erfahrungen (Fixierung und massive Nebenwirkungen) mit Abbruch

Zweite stationäre Behandlung kurz danach mit Einrichtung einer umfassenden Betreuung und Abbruch der Therapie

Behandlungswandern: innerhalb von 6 Jahren 28 Kliniken im gesamten Bundesgebiet, zahlreiche ambulante und sozialpsychiatrische Interventionen, Obdachlosigkeit

Herr G. ist „auf der Flucht“, hält sich nie länger als 3 Monate an einem Ort auf.

Die Geschichte von Herrn G.



Von der Bahnpolizei wird Herr G. in unsere Klinik gebracht, er befindet sich in einem vollkommen verwahrlosten und desintegrierten Zustand („Struwelpeter“).

Mehrmonatige stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung mit gewünschter Integration in ein betreutes Einzelwohnen in Stralsund. Zu keinem Zeitpunkt gelingt eine Integration der Familie in den Behandlungsprozess.

Herr G. entwickelt neue Ziele (Sozialarbeiterausbildung) und ist symptomstabil über Monate. Wir interpretieren dies als Behandlungserfolg.

Die Geschichte von Herrn G.



4 Wochen vor Beginn der Ausbildung verschwindet Herr G. spurlos. Nach 6 Tagen erreicht uns die Nachricht, das er sich nachts in einer deutschen Großstadt durch Sprung aus dem 4. Stock eines Mietshauses durch das Fenster das Leben genommen hat.

Vom recherchierenden Betreuer erfahren wir eine Woche später, das die Wohnung von den Eltern über 8 Jahre weiter in der Vorstellung angemietet worden war, das Herr G. sein Medizinstudium wieder aufnimmt. Er hatte die Wohnung 8 Jahre nicht betreten, den Schlüssel aber behalten.

Kein Behandler hatte Kenntnis davon.

Fragen

Warum dieser Tod ?

Was haben wir übersehen ?

Was haben wir falsch gemacht ?

1. Thema Suizidalität in der Behandlung
2. Thema Systemsprengerproblematik ...
3. Thema schizophrene Symptomatik ...
4. Thema „komorbide“ Störungen ...
5. Thema soziodemographische Risiken ...
6. Thema Bindung und Beziehung ...

Thema Suizidalität in der Behandlung

Risikofaktoren:

- Suizidalität als Teil der schizophrenen, begleitenden depressiven oder Suchtssymptomatik (OR = 2.0-2.6)
- vorausgehende Suizidplanung
- Suizidversuche (als Aufnahmeanlass; OR = 8.1)
- familiäre Vorgeschichte von Suizidalität (OR = 1.8)

Herr G:

Verlust des Medizinstudiums ist thematisch gekoppelt an akustische Halluzinationen, Depressivität und Suizidalität, ohne das dies ausreichend bearbeitet wird ? Die Behandler sind am „hier und jetzt“ orientiert.

Thema Systemsprengerproblematik in der Behandlung



**2.5-3.5% pro Jahr shift aus dem Behandlungssystem;
etwa 15% Risiko für Suizid + andere Mortalität**

Risikofaktoren:

- Adherence to treatment (OR = 3.75)
- Hospitalisierungsraten (OR = 2.4-3.0), Gewalterfahrungen, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Krankheitseinsicht, Substanzkonsum, negative Medikamentenerwartung
- initial: aversive Behandlungserfahrungen, schlechte adherence und negative Behandlerbeziehung

Herr G.:

- Systemsprengerentwicklung und Selbstbeschädigung
- Bewältigung erfolgt auf der Handlungsebene

Thema „komorbide“ Störungen in der Behandlung



Risikofaktoren:

- (frühe) depressive Störung
- Alkohol- (OR= 2.0) und Drogenkonsum (OR = 2.6)
- posttraumatische Belastungsstörung
- Persönlichkeitsstörungen

Herr G.:

- deutliche depressive Symptomatik nach Abbruch des Medizinstudiums
- massive Gewalterfahrungen als Obdachloser, die nur am Rande der Behandlung Erwähnung finden

Thema soziodemographische Merkmale



Risikofaktoren:

- jüngeres Lebensalter
- späte Störung (> 50, OR = 4.8)
- hoher präorbider IQ
- höherer Ausbildungsstand

Herr G:

- Suizid in dem Moment, in dem die Diskrepanz zwischen Lebenszielen (Medizinstudium, Gesundheit) und deren Realisierbarkeit reflexionsfähig wird und eine Zwischenbilanzierung des bisherigen Lebens erfolgt ?

Thema Bindung und Beziehung in der Behandlung



Risikofaktoren:

- Abhängigkeit in der therapeutischen Beziehung vs. unzureichende Bindung
- familiärer Druck oder instabile Bindungen
- Bindungsverluste oder Bindungszurückweisung in der Vorgeschichte

Herr G:

- frühe aversive Bindungserfahrungen
- Ziele der Eltern sind nicht erreichbar, ohne das hierzu eine Verständigung gelingt
- keine tragende Bindung an die Behandler

Was folgt für die Behandlung ?

1. Suizidalität ist ein funktionaler Bewältigungsmechanismus und nicht nur ein Symptom. Ein Suizid bedeutet Scheitern der Behandlung.
2. Hauptrisiken für Suizid: Einschlägige Ersthospitalisierung, Status als Systemsprenger.
3. ... ist ein Teil sog. „autodestruktiver Symptomäquivalente“ und folgt einem Bewältigungsmuster, das bereits bei früheren Krisenanstößen sichtbar wird.
4. Verzicht auf Gewalt und Suizide als Teil eines Grundkonsens ?
5. Warum übertragen wird nicht das Konzept der Behandlungsverträge, die wir mit weniger gefährdeten Gruppen (z.B. BPS) schließen ?

Was folgt für die Suizidalitätsbehandlung ?

1. Manualisierte Techniken und Methoden:
 - Reflektion der vorangegangenen Therapieergebnisse und aktuelle Lage
 - Inhalte: Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, Konfliktmuster, Problemverarbeitung
 - Förderung der aktuellen emotionalen Verarbeitungsprozesse durch selektive Verstärkung der Gefühlsqualitäten
2. Skills
3. Einbeziehung von Konflikt- und Bindungspersonen