

Depression und Suizidalität

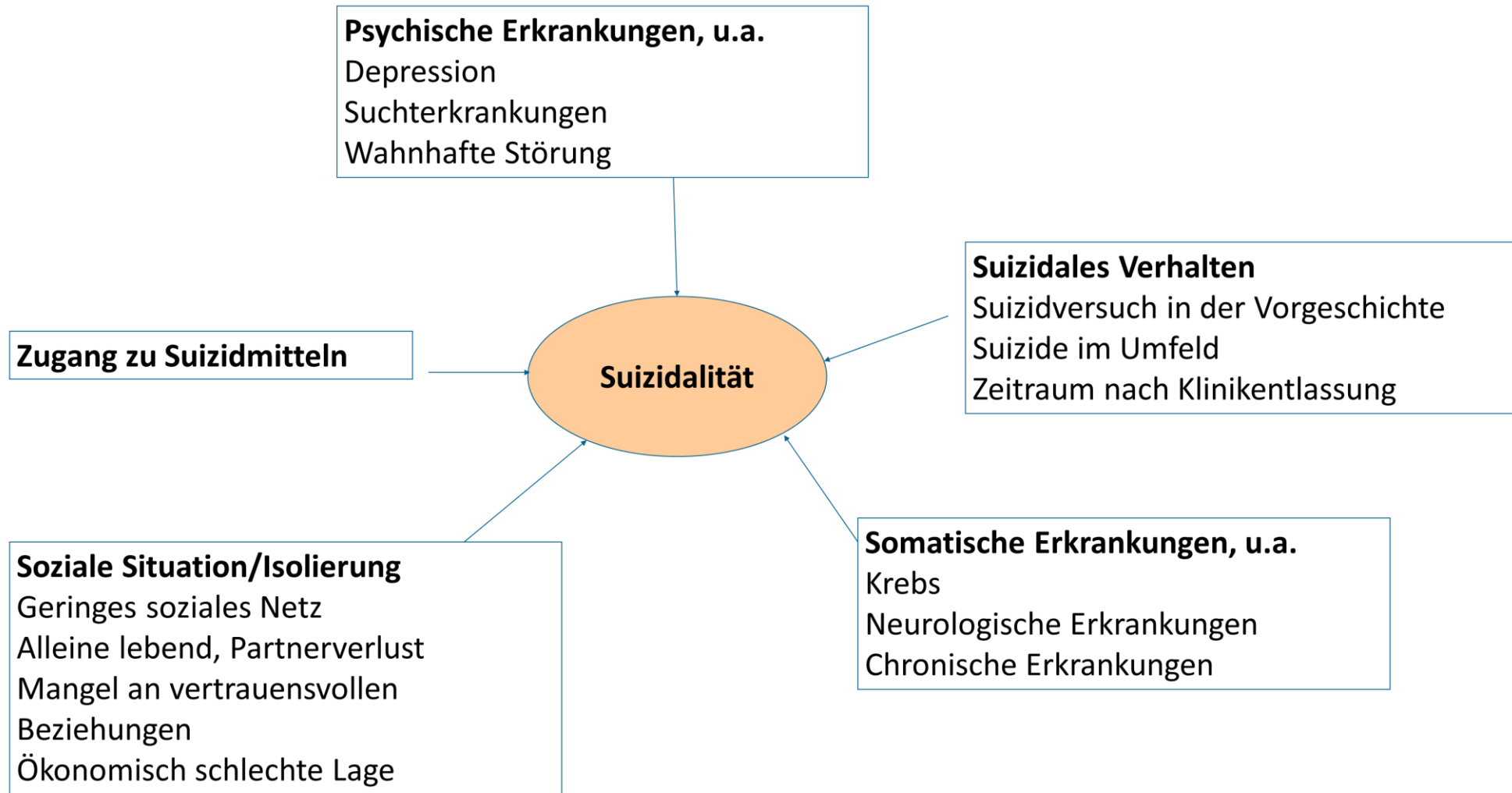


FRANS-Fortbildungscurriculum 10.12.2020

Christine Reif-Leonhard, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinik Frankfurt

- Wie ist der Zusammenhang?
- Wie häufig tritt Suizidalität bei Depression auf?
- Wo und wann sollte man ansetzen?
- Was hilft?

Risikofaktoren für Suizidalität



Risikofaktoren für vollendeten Suizid



RISK FACTORS

Demographic	male; widowed, divorced, single; increases with age; white
Psychosocial	lack of social support; unemployment; drop in socio-economic status; firearm access
Psychiatric	psychiatric diagnosis (es); comorbidity
Physical Illness	malignant neoplasms; HIV/AIDS; peptic ulcer disease; hemodialysis; systemic lupus erthematosus; pain syndromes; functional impairment; diseases of nervous system
Psychological Dimensions	hopelessness; psychic pain/anxiety; agitation ; psychological turmoil; decreased self-esteem; fragile narcissism & perfectionism
Behavioral Dimensions	impulsivity; aggression; severe anxiety; panic attacks; agitation; intoxication; prior suicide attempt
Cognitive Dimensions	thought constriction; polarized thinking; rigidity
Trauma	sexual/physical abuse; neglect; parental loss; traumatic events
Genetic & Familial	family history of suicide, mental illness, or abuse

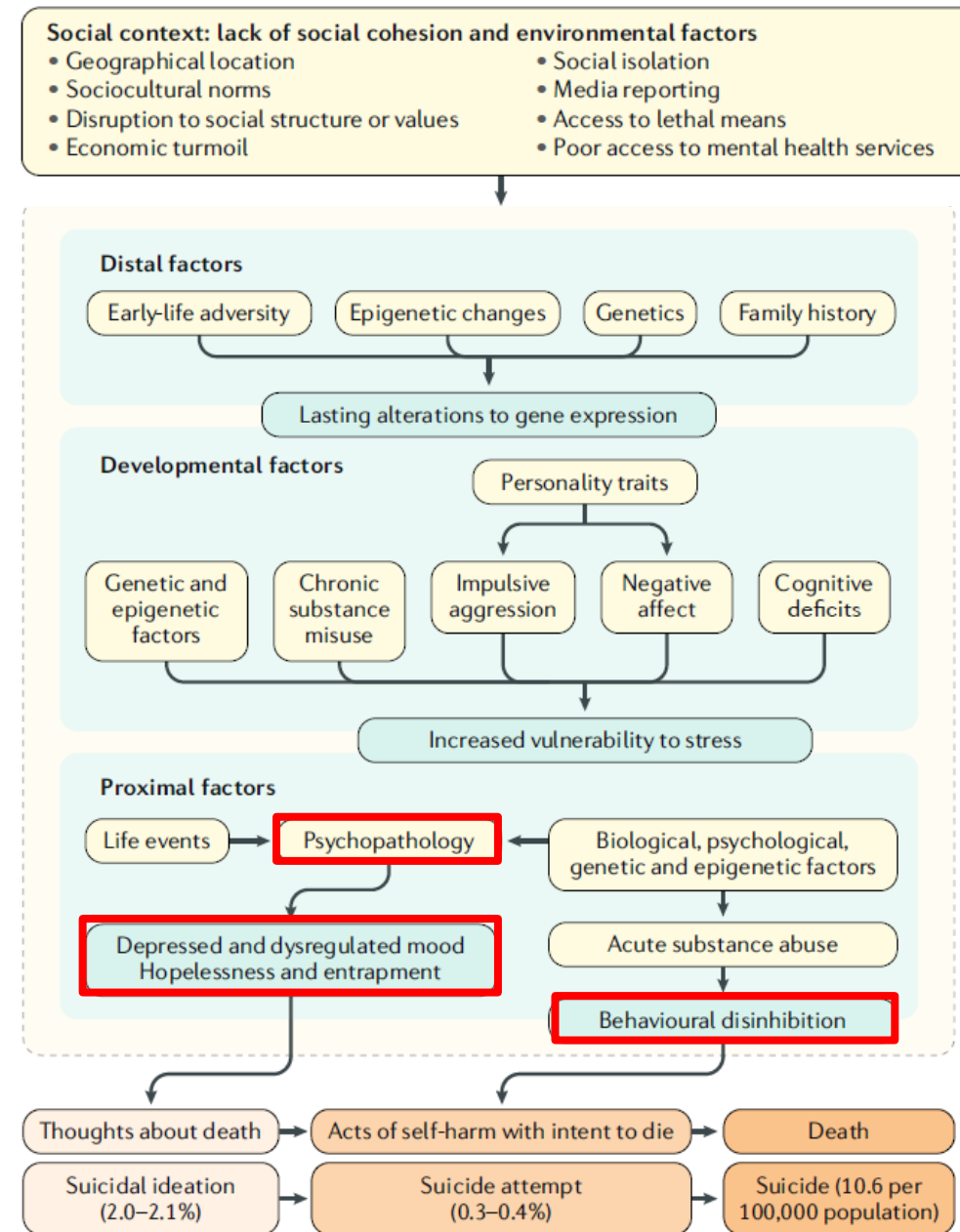
Verfügbarkeit
Anwendungswissen

Affektive Erkrankungen
Sucht –
Alkoholabhängigkeit!

Vereinsamung
Fehlende Unterstützung
Arbeitslast
Vermindertes Hilfesuch-
verhalten

Akute Suizidalität: Risikogruppen

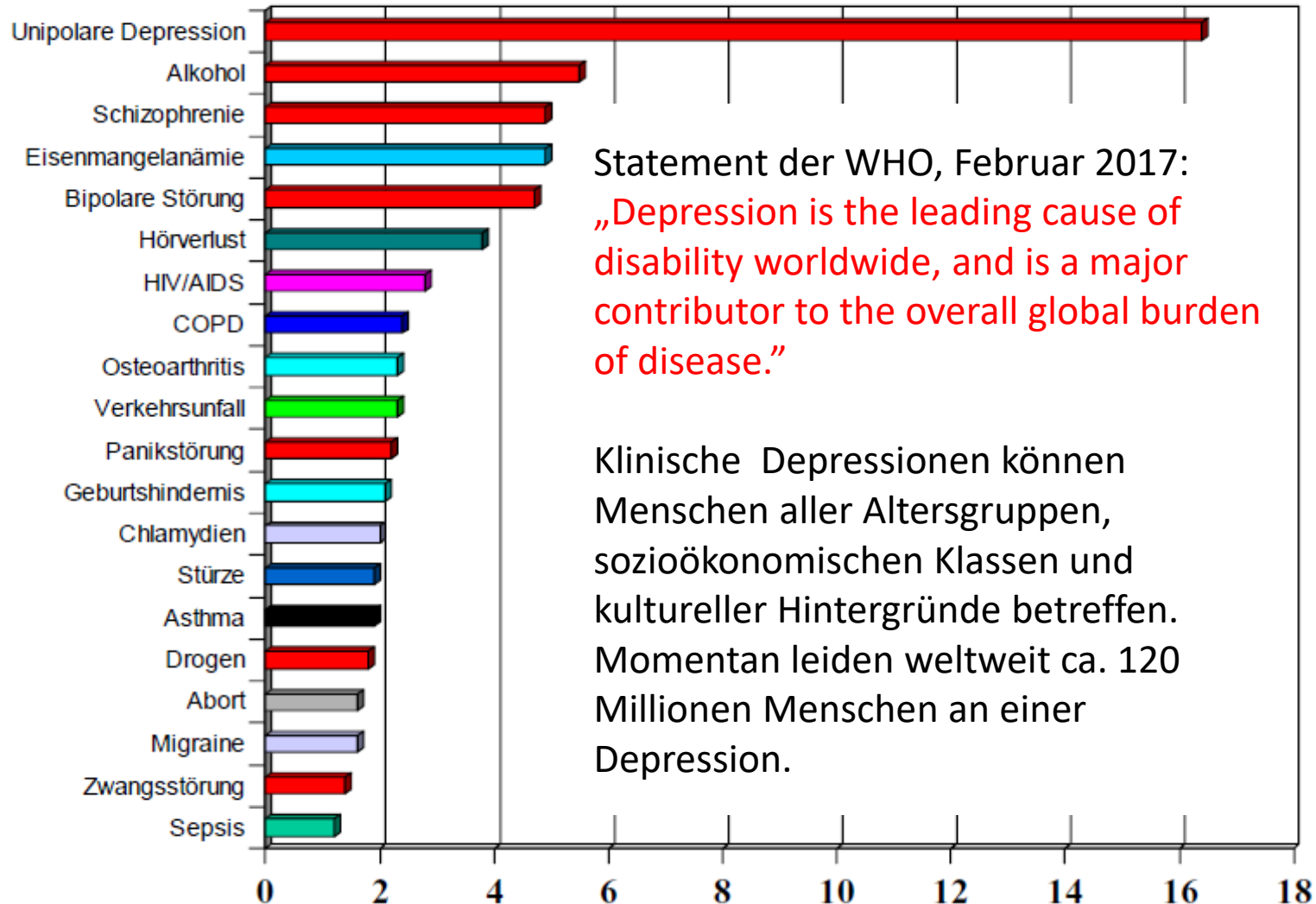
- für Suizid: ältere, alleinstehende Männer („ungarisches Muster“)
- für Suizidversuch: jüngere Frauen
- Menschen in akuten Krisen (z.B. bei sozialer Isolation, Arbeitslosigkeit, Schulden, Scheidung, Traumatisierung)
- Menschen mit Suiziden und/oder Suizidversuchen in der Familie
- Menschen mit Suizidversuch in der Vorgeschichte
- Menschen nach Entlassung aus psychiatrischen Kliniken
- in über 90%: Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen
 - Depression und bipolare Störung (>50%)
 - Suchterkrankungen (ca. 20%)
 - Psychosen (z.B. Schizophrenie)





Häufigkeit von Depressionen

Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigter Lebensjahre in der Altersgruppe 15 - 44 Jahre (years of life lived with disability; World Health Report 2001)



Statement der WHO, Februar 2017:

„Depression is the leading cause of disability worldwide, and is a major contributor to the overall global burden of disease.“

Klinische Depressionen können Menschen aller Altersgruppen, sozioökonomischen Klassen und kultureller Hintergründe betreffen. Momentan leiden weltweit ca. 120 Millionen Menschen an einer Depression.



Häufigkeit von Depressionen in Deutschland

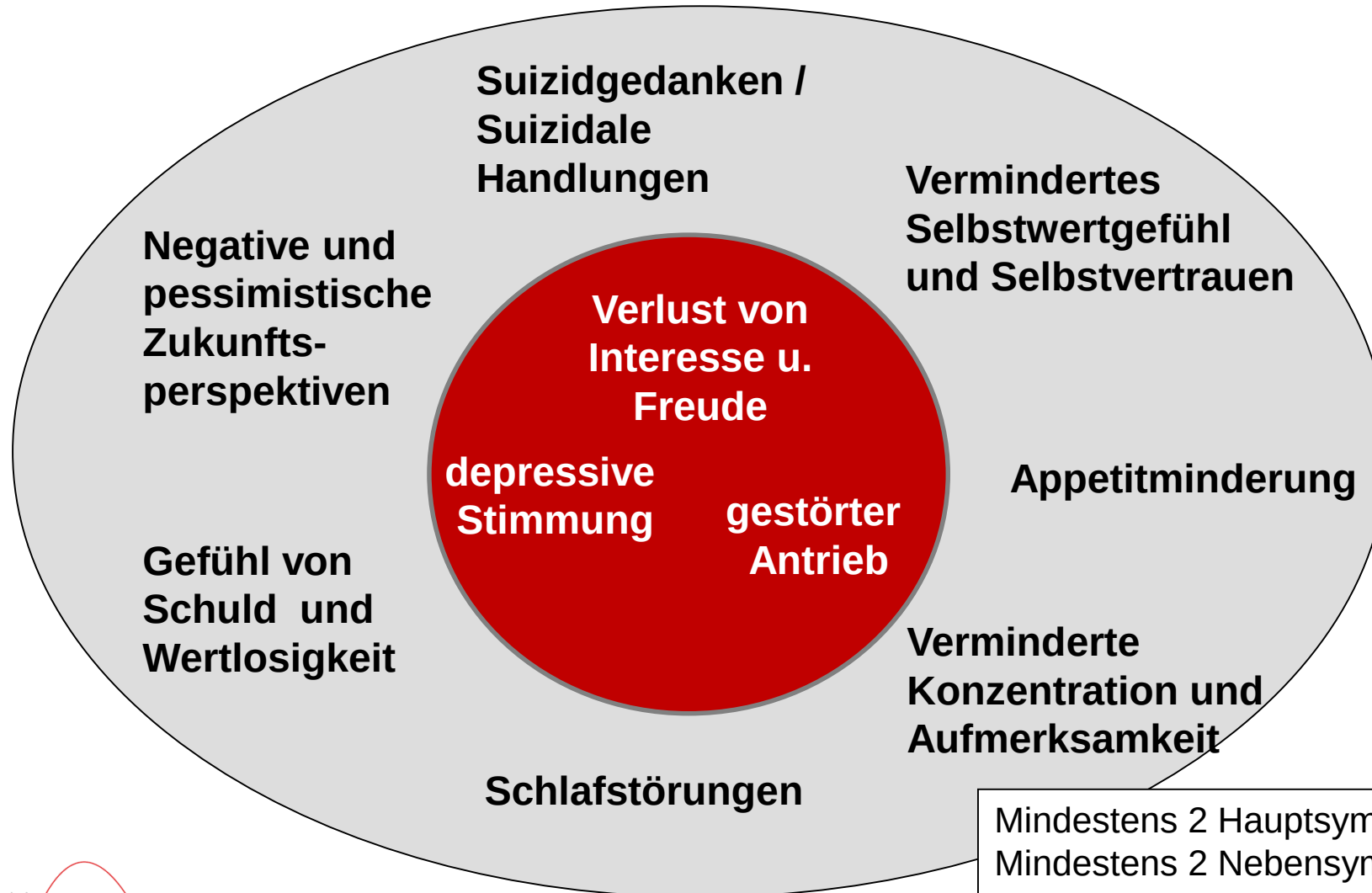


- Rund 7,7% der Bevölkerung sind im Laufe eines Jahres behandlungsbedürftig an einer unipolaren Depression erkrankt (Jacobi et al., 2014); > 5 Mio. Menschen
- Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Erkrankung betrifft alle Altersgruppen

Ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression.

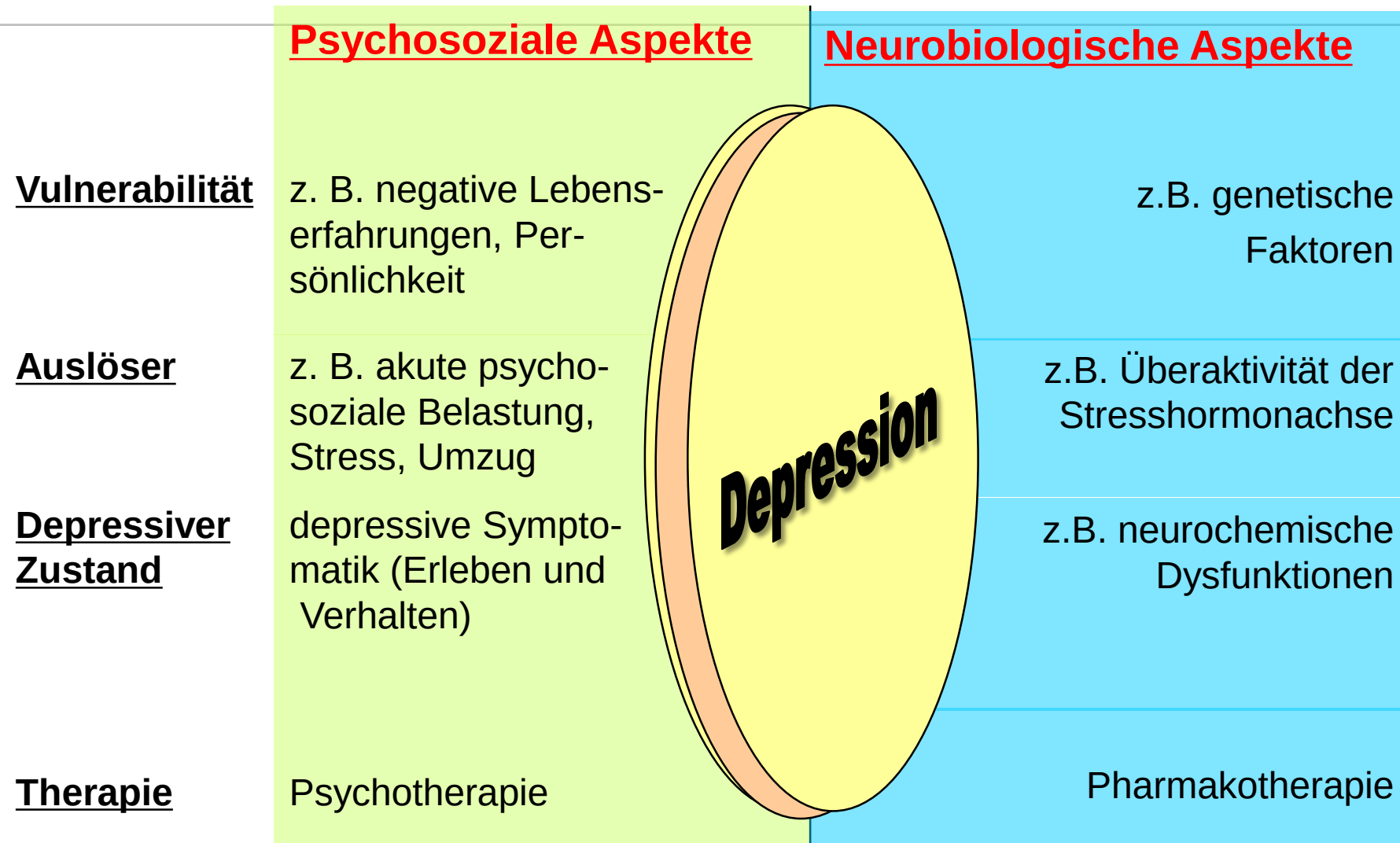
→ Fast jeder Bundesbürger hat einen Angehörigen, der an einer Depression leidet bzw. litt

Haupt- und Nebenkriterien der Depression





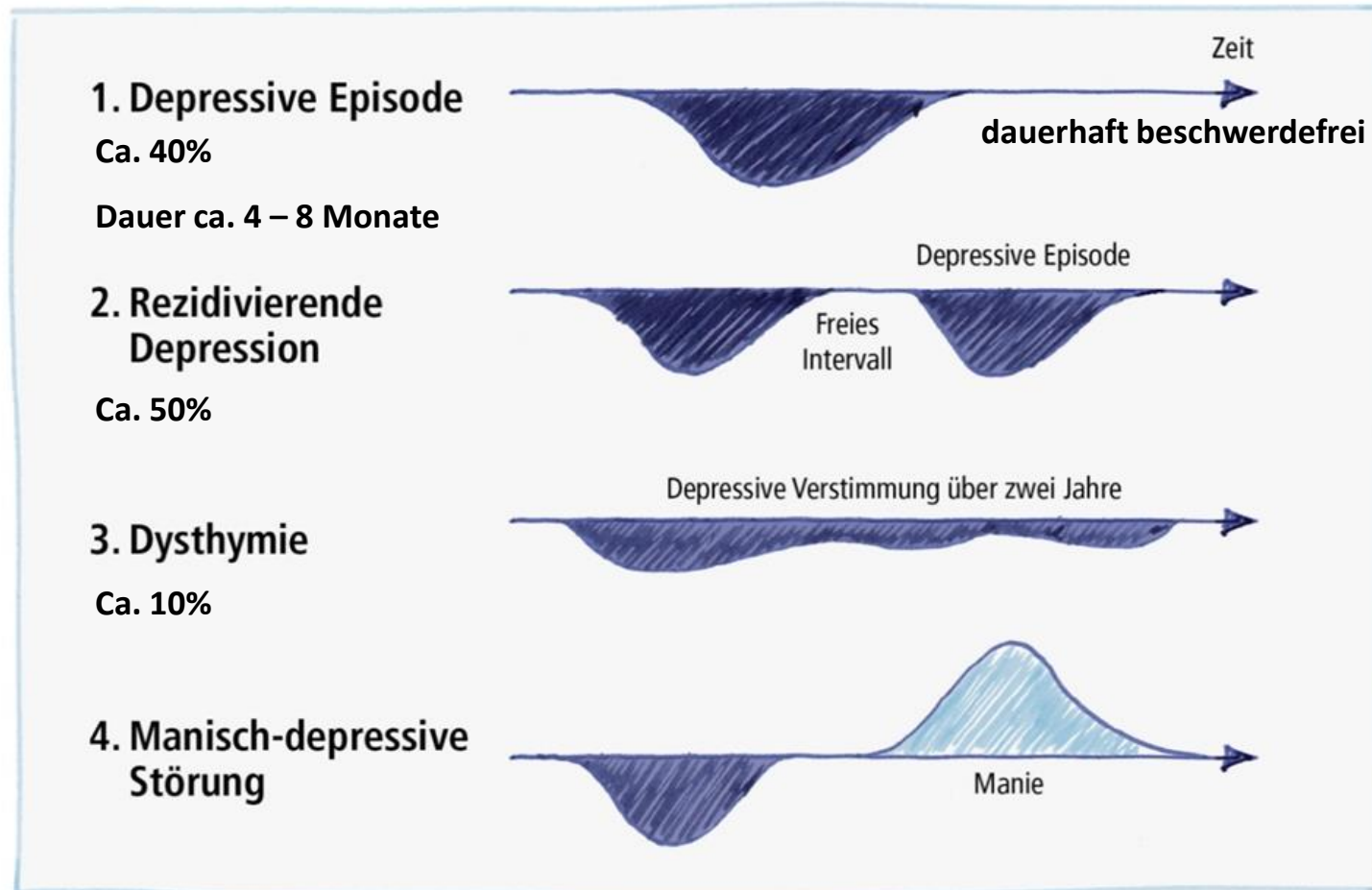
Psychische und körperliche Ursachen





Arten und Verlauf

Typisches Ersterkrankungsalter: zwischen 20. und 40. Lebensjahr

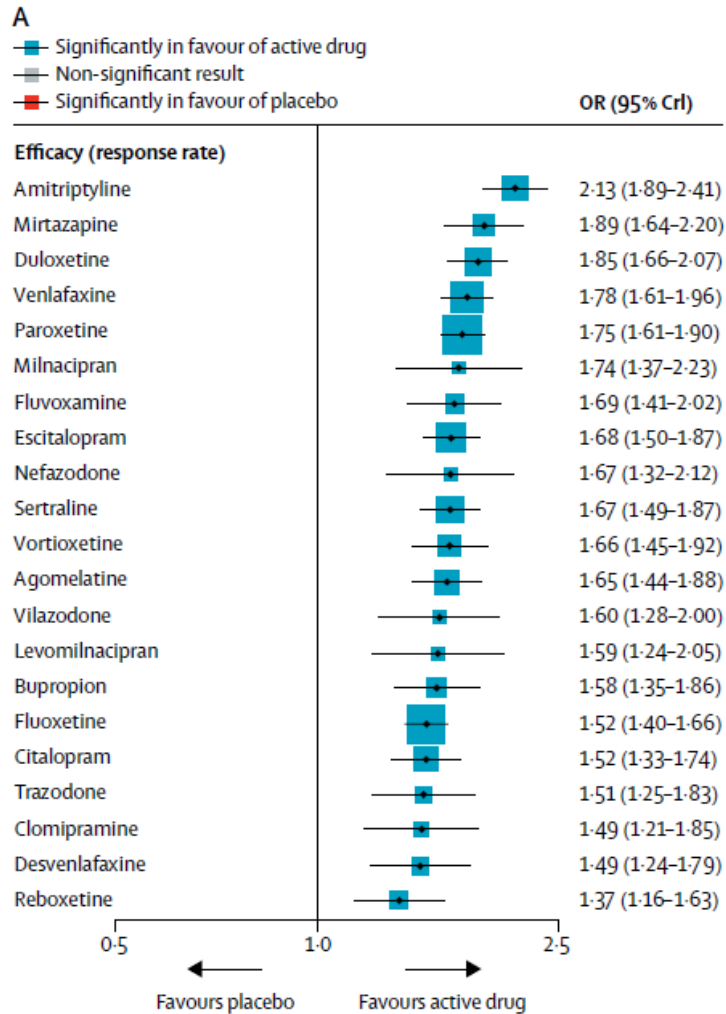


Ursachen:

- Die Erkrankung Depression wird nicht ernstgenommen
- Viele Betroffene erkennen die eigene Depression nicht als Erkrankung
- Körperliche Symptomatik überdeckt häufig die Depression
- Hausärzten fehlen oft Wissen und Zeit, um Depression abzuklären; kein systematisches Screening
- “Para-medizinischer Bereich” erkennt Depression nicht (Beratungsstellen, Schulen, Seelsorge etc.)

Ursachen:

- **Viele Betroffene haben Angst, sich in psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung zu begeben**
- **In der Primärversorgung kommen zu häufig ungeeignete Therapien zum Einsatz**
- **Es gibt bei Laien große Vorbehalte gegen Psychopharmaka**
- **Bei „geeigneter“ Medikation: Ein großer Teil der gescheiterten Behandlungen lässt sich auf Anwendungsfehler zurückführen (zu niedrige Dosierung, frühzeitige Absetzung der Medikation etc.)**
- **Es kommt wegen mangelhafter Aufklärung der Patienten zu zahlreichen vorzeitigen Therapieabbrüchen**

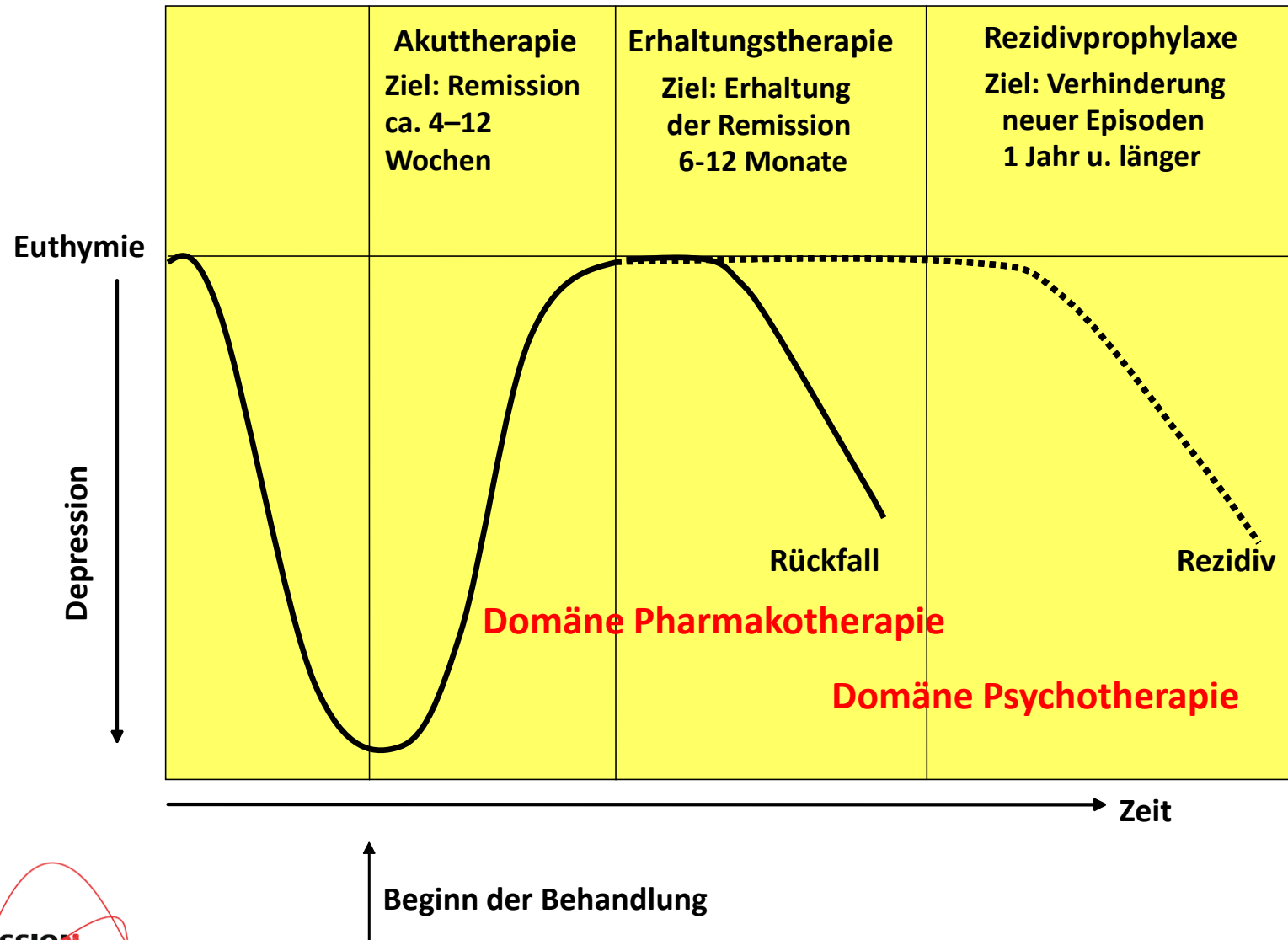


Eine Vielzahl von Studien zeigt:

- 60-80% der Betroffenen kann mit einer Behandlung entsprechend der Leitlinien gut geholfen werden!
- **Leichte und mittelschwere Depressionen:**
Vergleichbare Wirksamkeit Psychotherapie (KVT) und Antidepressiva (längere Wirklatenz bei Psychotherapie)
- **Schwere und chronische Depressionen:**
Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie ist wirksamer als Psychotherapie alleine
- Phasenprophylaxe sowie Psychotherapie reduzieren das Wiedererkrankungsrisiko
- Pflanzliche Mittel (v.a. Johanniskraut) nur bei leichteren depressiven Verstimmungen sinnvoll
- Fürsorge / Zuwendung ersetzt keine Therapie!
Schonung ist eher kontraindiziert!



Verlauf der Therapie („Kupfer-Schema“)



Depression und Suizidalität



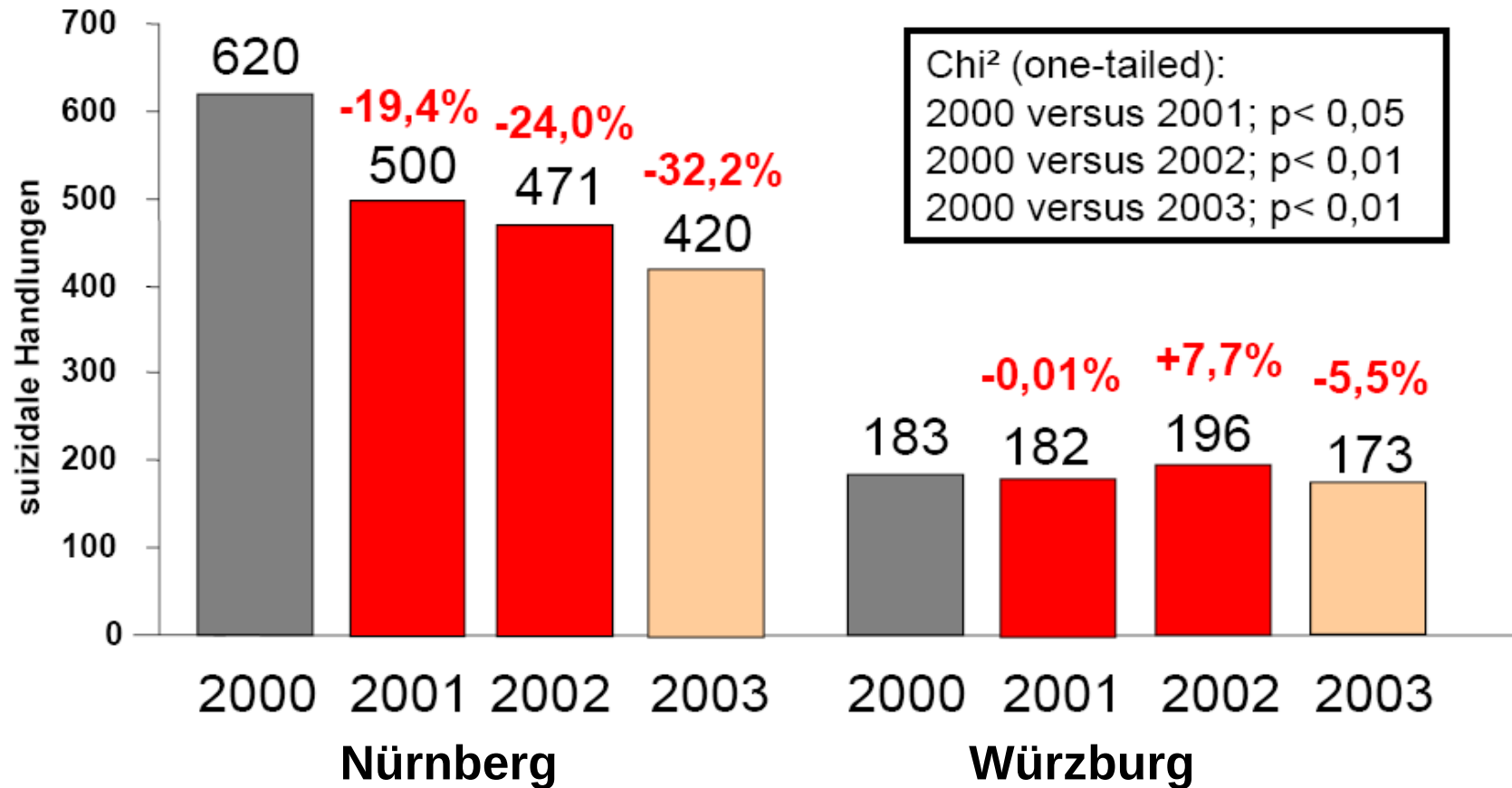
- bis zu 15 % mit schwerer Depression versterben durch Suizid
- ca. 25 % weisen einen Suizidversuch auf
- ca. 70 % haben Suizidgedanken
- 90 % der Suizidenten litten unter psychiatrischen Erkrankungen, am häufigsten Depression (40-70 %)

Suizidalität ist in den seltensten Fällen freie Willensentscheidung, sondern ein (verhinderbares!, behandelbares!) Krankheitssymptom!

bündnis
gegen
DEPRESSION
frankfurt am main

A red hand-drawn line that starts below the word 'DEPRESSION', loops upwards and to the right, crossing over the word, and then loops back down and to the left, ending below the word 'frankfurt am main'.

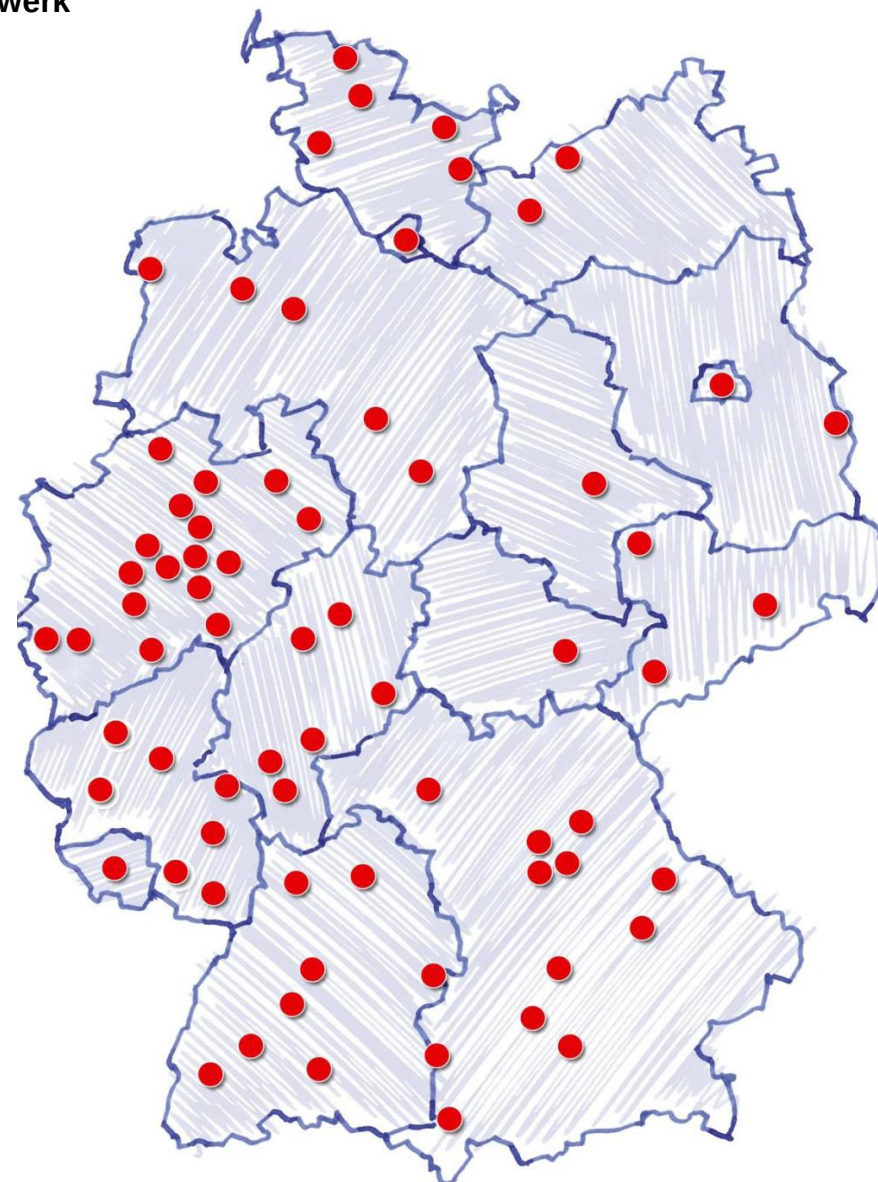
Wirksamkeit einer Awareness-Kampagne



Rückgang der suizidalen Handlungen in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion Würzburg (2000: Ausgangsjahr, 2001/2002: Interventionsjahr, 2003: Folgejahr)

Deutsches Bündnis gegen Depression – das bundesweite Netzwerk

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1 <u>Aachen</u> | 43 <u>Memmingen-Unterallgäu</u> |
| 2 <u>Alzey-Worms</u> | 44 München |
| 3 Berlin | 45 Münster |
| 4 Bernkastel-Wittlich | 46 Neckar-Alb |
| 5 Bochum | 47 Neckar-Odenwald-Kreis |
| 6 Bonn/ Rhein-Sieg | 48 Nordhessen |
| 7 Bremen | 49 Nürnberg |
| 8 Cham | 50 Nürnberger Land |
| 9 Darmstadt | 51 <u>Oberhausen</u> |
| 10 <u>Dillingen</u> | 52 Weser-Ems |
| 11 <u>Dithmarschen</u> | 53 Olpe-Siegen-Wittgenstein |
| 12 Donau-Bodensee | 54 <u>Ostfriesland</u> |
| 13 <u>Dortmund</u> | 55 Paderborn |
| 14 Dresden | 56 Plauen/Vogtlandkreis |
| 15 Duisburg | 57 <u>Kreis Plön</u> |
| 16 Düren | 58 Recklinghausen |
| 17 Düsseldorf | 59 Regensburg |
| 18 Eisenhüttenstadt | 60 Rhein-Ahr-Wied |
| 19 Erlangen | 61 Rhein-Hunsrück-Kreis |
| 20 Essen | 62 Rhein-Neckar-Süd |
| 21 <u>Flensburg</u> | 63 Rostock |
| 22 Freiburg | 64 Saarland |
| 23 Fulda | 65 <u>Schleswig-Flensburg</u> |
| 24 Fürth | 66 Schwarzwald/Baar/Heuberg/
Zollern-Alb |
| 25 Göppingen | 67 <u>Schwerin</u> |
| 26 Kreis Groß Gerau | 68 Stadtroda-Thüringen |
| 27 Gütersloh | 69 Kreis Steinfurt |
| 28 Hamburg-Harburg | 70 Kreis Wesel |
| 29 <u>Hanau</u> | 71 Würzburg |
| 30 Hannover | 72 Wuppertal |
| 31 <u>Heidenheim</u> | 73 Hochsauerlandkreis |
| 32 Herne | 74 Rheinisch-Bergischer Kreis |
| 33 Hildesheim/ Peine/ Gifhorn | 75 Rottal-Inn |
| 34 <u>Ingolstadt</u> | 76 Saalfeld-Rudolstadt |
| 35 Kaiserslautern/Westpfalz | 77 Frankfurt am Main |
| 36 Kempten | 78 Landkreis Görlitz |
| 37 Landau-Südliche Weinstraße | |
| 38 Leipzig | |
| 39 <u>Lübeck</u> | |
| 40 Halle (Saale) | |
| 41 Mainz | |



(Stand Nov 2015)

* offizielle Kampagne beendet;
teilweise weiterhin Aktivitäten

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Depression
Betroffene
Wissen wo

4-Ebenen-Aktionsprogramm



Hausarztweiterbildungen

Öffentlichkeitsarbeit &
De-Stigmatisierung



Depression im Arbeitsleben –
Betriebliche Gesundheitsvorsorge

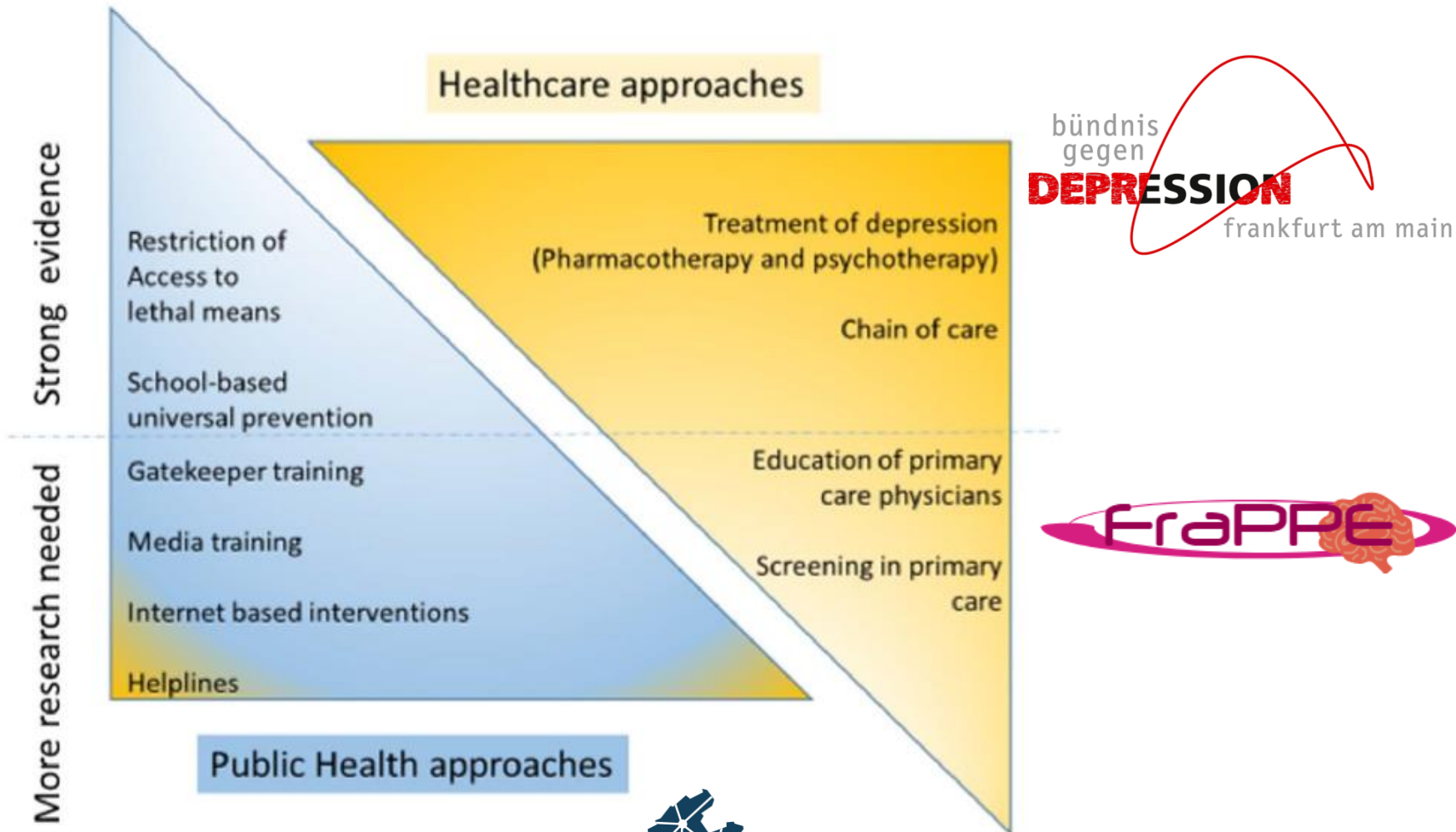
bündnis
gegen
DEPRESSION



Schirmherr: Henni Nachtsheim



Evidenzbasierte Suizidprophylaxe





- „Sie machen auf mich einen verzweifelten Eindruck und ich mache mir Sorgen. Haben Sie denn daran gedacht, sich etwas anzutun?“
Ideation
- „Haben Sie *Pläne* gemacht?“, „Gibt es die *Mittel* dazu?“
- „Ist es denn schon gefährlich geworden, standen oder stehen Sie schon kurz davor?“ - *Drang*
- „Gab es frühere Suizidversuche?“ – *Vorgeschichte*



- „Ich falle jedem zur Last“
- „Ich mache das nicht mehr mit“
- „Ich möchte, dass alles aufhört“
- „Ich schaffe das nicht mehr“
- „Wenn ich mal nicht mehr (da) bin“
- „Mein ganzes Leben ist sinnlos geworden“
- „Manchmal möchte ich nur noch schlafen“
- „Leben Sie wohl“ (statt: „Auf Wiedersehen“)
- „Wenn ich meinen Glaube nicht hätte, hätte ich schon längst aufgegeben“
- „Es gibt auch einen anderen Weg“
- „Ich will einfach meine Ruhe haben, nichts mehr hören und sehen“

Umgang mit Suizidalität („do's“)



- Zeit nehmen
- Zuhören
- keine vorschnellen Beschwichtigungen
- Suizidalität genau evaluieren
- Risikomanagement
- Akzeptieren der Suizidalität als Ausdruck einer Krise



Umgang mit Suizidalität („do's“)(II)

- Krisenintervention
- Zeit gewinnen – Reflexion anregen
- Förderung der Selbstkontrolle
(Zugang zu letalen Mitteln begrenzen, Notfallplan)
- Einbeziehen von Angehörigen
- Entscheidung über das Setting
- Pharmakotherapie
- Postvention

Mögliche nächste Schritte bei Suizidalität



- kurzfristige Wiedereinbestellung
- konkreten Notfallplan besprechen, Antisuiizidvertrag
- Facharzt hinzuziehen
- Angehörige hinzuziehen
- Kontinuierliche Betreuung zu Hause sicherstellen
- medikamentöse Entlastung (kurzfristig v.a. Benzodiazepine)
- Stationäre Einweisung
- Einweisung gegen den Willen des Patienten



- Bei Äußerung von Suizidabsichten, die nicht zurückgenommen werden, sind diese als akute Eigengefährdung einzuschätzen
- Ein Klinikaufenthalt zum Selbstschutz ist notwendig
- Stimmt die betroffene Person einem Klinikaufenthalt nicht freiwillig zu, greift das Hessische Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz- PsychKHG, § 17), bzw. außerhalb PsychKHG-Geltungsbereich zunächst HSOG § 32 Abs. 4
- BGB-Verfahren bei akuter Suizidalität nicht zielführend
- Ultima ratio: übergesetzlicher Notstand (Doku!)



- **Mit** Antidepressiva, Antipsychotika **und** Methylphenidat **psychiatrische Grunderkrankung behandeln**. Diese Medikamente sind nicht zur speziellen Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens geeignet
Cave: Hohes Letalitätsrisiko bei Überdosierung von trizyklischen Antidepressiva, initiale Antriebssteigerung bei SSRI!
- Ziel einer Medikation mit **Benzodiazepinen** (a.e. Lorazepam 1 – 2,5 mg) ist die kurzfristige emotionale Entlastung, die sich aber nicht negativ auf die Inanspruchnahme von Hilfs- und Behandlungsangeboten auswirken sollte. Eine Sedierung ist ausdrücklich nicht erwünscht.
Cave: Abhängigkeitspotential und Missbrauch als Suizidmittel!
- **V.a. Lithium und mglw. Ketamin** (beides off-label) sind die einzigen Substanzen mit nachgewiesener antisuizidaler Wirkung. Sie sollten im Rahmen eines fachärztlich psychiatrischen Behandlungsmanagement verordnet werden.

Suizidprävention in der Verschreibung



- **Kleine Packungsgrößen** verschreiben
- Substanzen mit **geringer therapeutischer Breite vermeiden**
(z.B. Trizyklische Antidepressiva)



Patienten müssen nach SV weiter versorgt werden!



Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit wurde im Frankfurter FraPPE Projekt nur schätzungsweise jeder vierte Patienten nach SV in einer der psychiatrischen Kliniken vorgestellt.

SV SV
SUIZIDVERSÜCHE
SICHER VERHINDERN

LEBEN RETTEN!
Jeder Suizidversuch –
ein psychiatrischer Notfall!

Die Zahl der Suizidversuche in Frankfurt wird auf 1.800 pro Jahr geschätzt. Nur knapp ein Drittel der Betroffenen werden im Anschluss an einen Suizidversuch psychiatrisch vorgestellt. Lassen sie uns gemeinsam dafür Sorge tragen, dass das Hilfenetz, das wir in Frankfurt haben, alle auffängt.

www.frappe-frankfurt.de

FraPPE
Frankfurter Projekt zur
Prävention von Suiziden mittels
Evidenz-basierter Maßnahmen

SV SV
SUIZIDVERSÜCHE
SICHER VERHINDERN

LEBEN RETTEN!
Jeder Suizidversuch –
ein psychiatrischer Notfall!

Die Zahl der Suizidversuche in Frankfurt wird auf 1.800 pro Jahr geschätzt. Nur knapp ein Drittel der Betroffenen werden im Anschluss an einen Suizidversuch psychiatrisch vorgestellt. Lassen sie uns gemeinsam dafür Sorge tragen, dass das Hilfenetz, das wir in Frankfurt haben, alle auffängt.

www.frappe-frankfurt.de

FraPPE
Frankfurter Projekt zur
Prävention von Suiziden mittels
Evidenz-basierter Maßnahmen

SV SV
SUIZIDVERSÜCHE
SICHER VERHINDERN

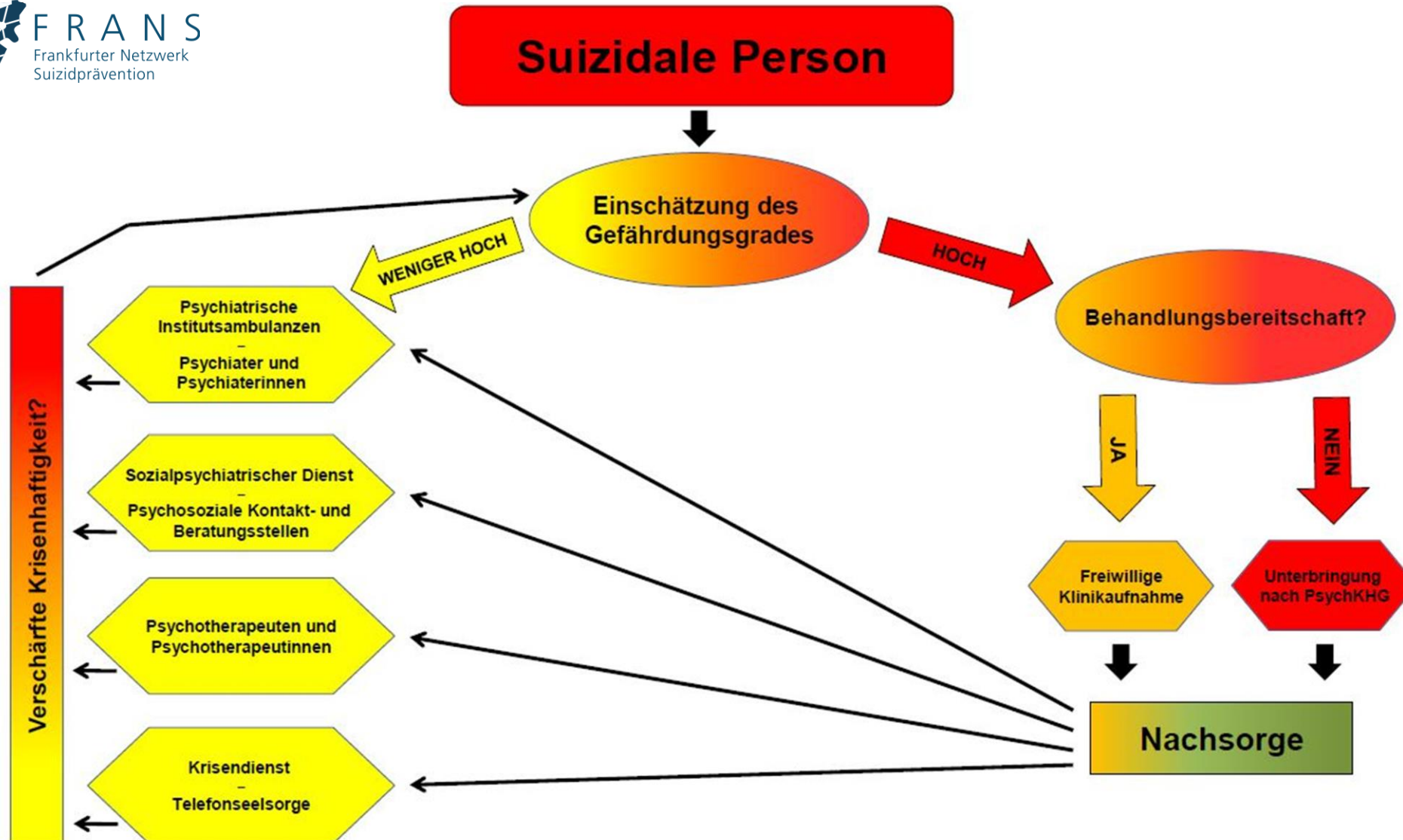
LEBEN RETTEN!
Jeder Suizidversuch –
ein psychiatrischer Notfall!

Die Zahl der Suizidversuche in Frankfurt wird auf 1.800 pro Jahr geschätzt. Nur knapp ein Drittel der Betroffenen werden im Anschluss an einen Suizidversuch psychiatrisch vorgestellt. Lassen sie uns gemeinsam dafür Sorge tragen, dass das Hilfenetz, das wir in Frankfurt haben, alle auffängt.

www.frappe-frankfurt.de

FraPPE
Frankfurter Projekt zur
Prävention von Suiziden mittels
Evidenz-basierter Maßnahmen

Hilfe für suizidale Personen in Frankfurt





- **Kurzinterventionen:**
 - Follow-Up
 - Vermittlung psychiatrischer Behandlung
 - Fokussierte Kurzinterventionen (Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Notfallpläne...)

- **Spezifische psychotherapeutische Verfahren**
 - **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; DeCou et al., Behav Ther 2019) – v.a. bei emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, Wirkung vor allem auf SV (weniger Suizidgedanken)**
 - **CBT (Meta-Analyse: Mendez-Bustos et al., Frontiers Psychol 2019)**
 - **ASSIP (Gysin-Maillart et al., PLoS Med 2016)**
 - **Weniger gut belegt: CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality), ACT (Acceptance and Commitment Therapy), Mentalization...**

Studienlage (Design, Outcome, Follow-Up Zeitraum...) sehr heterogen!



- Suizidales Erleben und Verhalten sollte den zentralen Fokus der Behandlung darstellen

Aspekte der therapeutischen Beziehung

- Ein gemeinsames Verständnis der Suizidalität finden
- Eine suizidale Krise hat immer eine Vorgeschichte und einen biographischen Bezug
- Haltung: empathisch und wertfrei

Kurztherapie nach Suizidversuch

Attempted Suicide Short Intervention (ASSIP)



- **Kurztherapie für Patienten nach einem Suizidversuch**
 - 3-4 Psychotherapiesitzungen
 - Briefkontakt über 2 Jahre hinweg
 - Ideal: innerhalb 14 Tage nach SV
- **Add-On Therapie zusätzlich zur Routinebehandlung**
- **Entwickelt an der Universität Bern**
- **Durchführung in mehreren Ländern**
 - Schweiz, Österreich, Deutschland, Belgien, Schweden, Litauen, Finnland, USA, Australien, Südkorea



Dr. Anja Gysin-Maillart



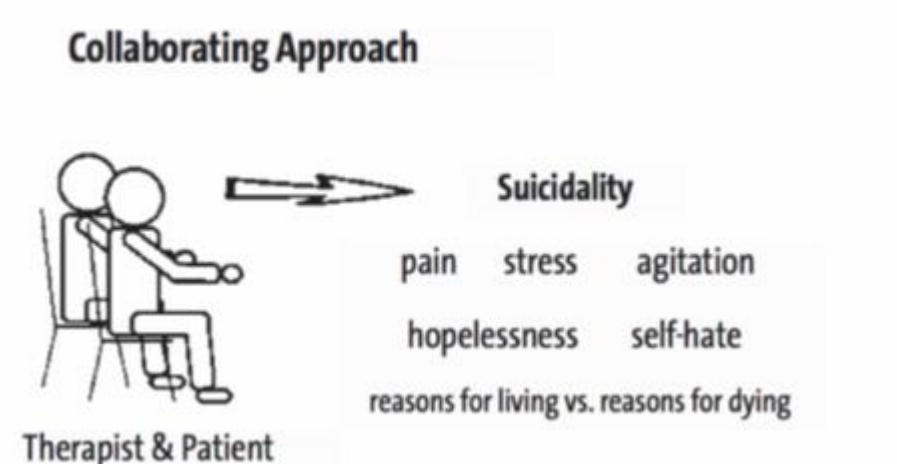
Prof. Konrad Michel





Kurztherapie nach Suizidversuch

- Basiert auf einem Patientenzentrierten Modell suizidaler Handlungen mit einem Schwerpunkt auf der therapeutischen Beziehung
- Suizidales Erleben und Verhalten stellt den zentralen Fokus der Behandlung dar



1. Termin: Narratives Interview



- Ziel: Die persönliche Geschichte des Patienten verstehen, die zur suizidalen Krise führte
- Aufzeichnung auf Video

„Ich möchte Sie bitten, mir Ihre Geschichte in Ihren eigenen Worten zu erzählen. Wie kam es zu diesem Suizidversuch?“



- Die aktive Exploration kommt zeitlich nach dem narrativen Interview



2. Termin: Video-Playback

- **Ziel: Rekonstruktion der Geschichte des Patienten. Identifikation von Lebensthemen, die im Zusammenhang stehen mit dem Suizidversuch.**
 - erlaubt eine Problemaktivierung, im Sinne einer Aktivierung des suizidalen Modus, ohne sich darin zu verlieren.
 - Analyse und Rekonstruktion durch die Einnahme einer Innen-, wie auch Außenperspektive, in einer unterstützenden und sicheren Umgebung (Beobachter)
- **Suche nach Warnsignalen und alternativen Handlungsstrategien**

*„Wie hätten **Sie** bemerken können, dass sich ein solch gefährlicher Zustand anbahnt“*

„Was hätte Ihnen in dieser Situation geholfen, um aus dieser suizidalen Krise herauszukommen“

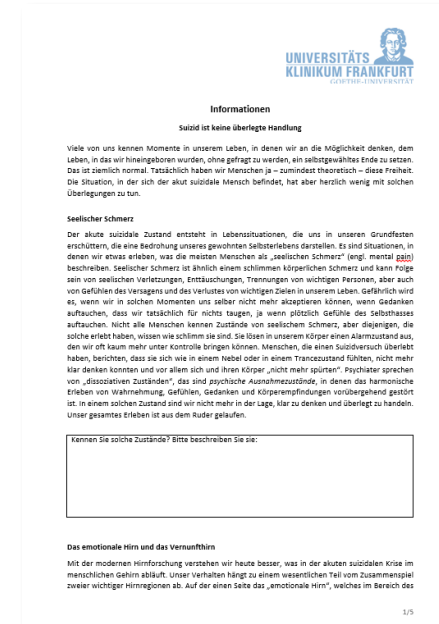
2. Termin: Hausaufgabe



■ Psychoedukation mit Informationstext „Suizid ist keine überlegte Handlung“

Inhalte

- Seelischer Schmerz
- Das emotionale Hirn und das Vernunftthirn
- Emotionale Krisen können unser Gehirn überfordern
- Frühe Stresserfahrungen können das Suizidrisiko erhöhen
- Depressionen erhöhen die Gefahr
- Probleme mit Alkohol und andern Suchtmitteln erhöhen das Suizidrisiko
- Suizidgedanken ernst nehmen



3. Termin: Klärung und Prävention



- **Schriftliche Zusammenfassung der Hintergründe und Klärung der Muster und Abläufe der suizidalen Krise. Gemeinsames Erarbeiten von:**

- Längerfristigen Therapiezielen
- Warnsignalen
- Präventiven Verhaltensstrategien im Falle von Suizidgefahr
- Erstellen des individualisierten Hoffnungs-Leporellos



Follow-Up Briefe

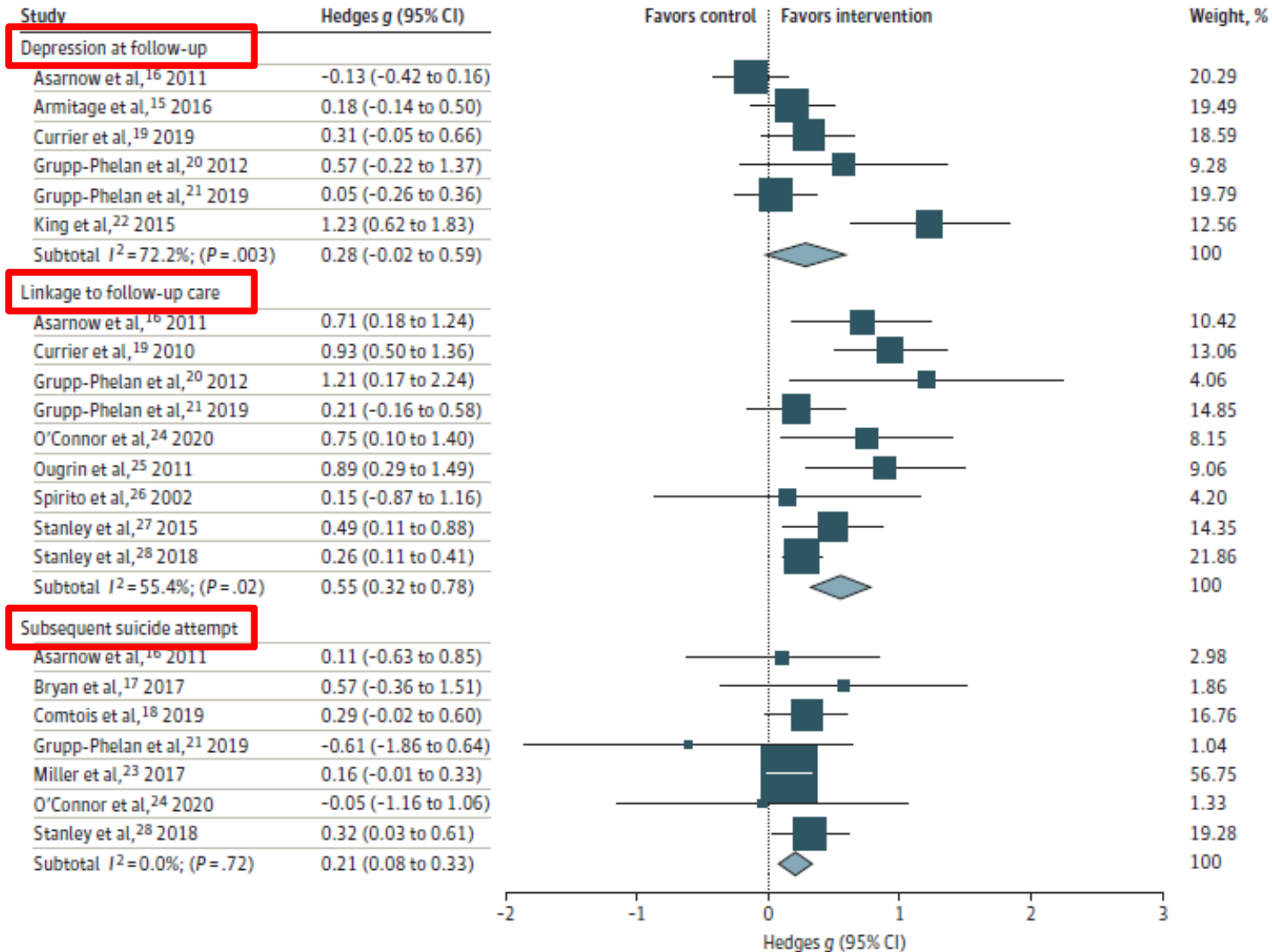
- **Briefliche Kontaktaufnahme über zwei Jahre**
 - 1 Jahr: alle 3 Monate
 - 2 Jahr: alle 6 Monate



Effektivität von kurzen, akuten Präventionsmaßnahmen



Figure 2. Forest Plots for 3 Study Outcomes: Depression, Linkage to Follow-up Care, and Subsequent Suicide Attempts



Kurzinterventionen waren...:

- Kurze Folgekontakte (Anrufe, Postkarten, SMS, etc.)
Chance für Digitalisierung!
- Versorgungskoordination
- Therapeutische Kurzintervention („safety planning“, Notfallpläne)
- Anderes

**Signifikante Reduktion von SV
(35 SV / 1000 Pat. weniger)**