

Suizidalität und körperliche Erkrankungen

Dr. med. C. Schlang, Abteilung Psychiatrie, 25.2.2021



FRANS
Frankfurter Netzwerk
Suizidprävention

Gesundheitsamt
Frankfurt am Main



Einige Bitten vorab!



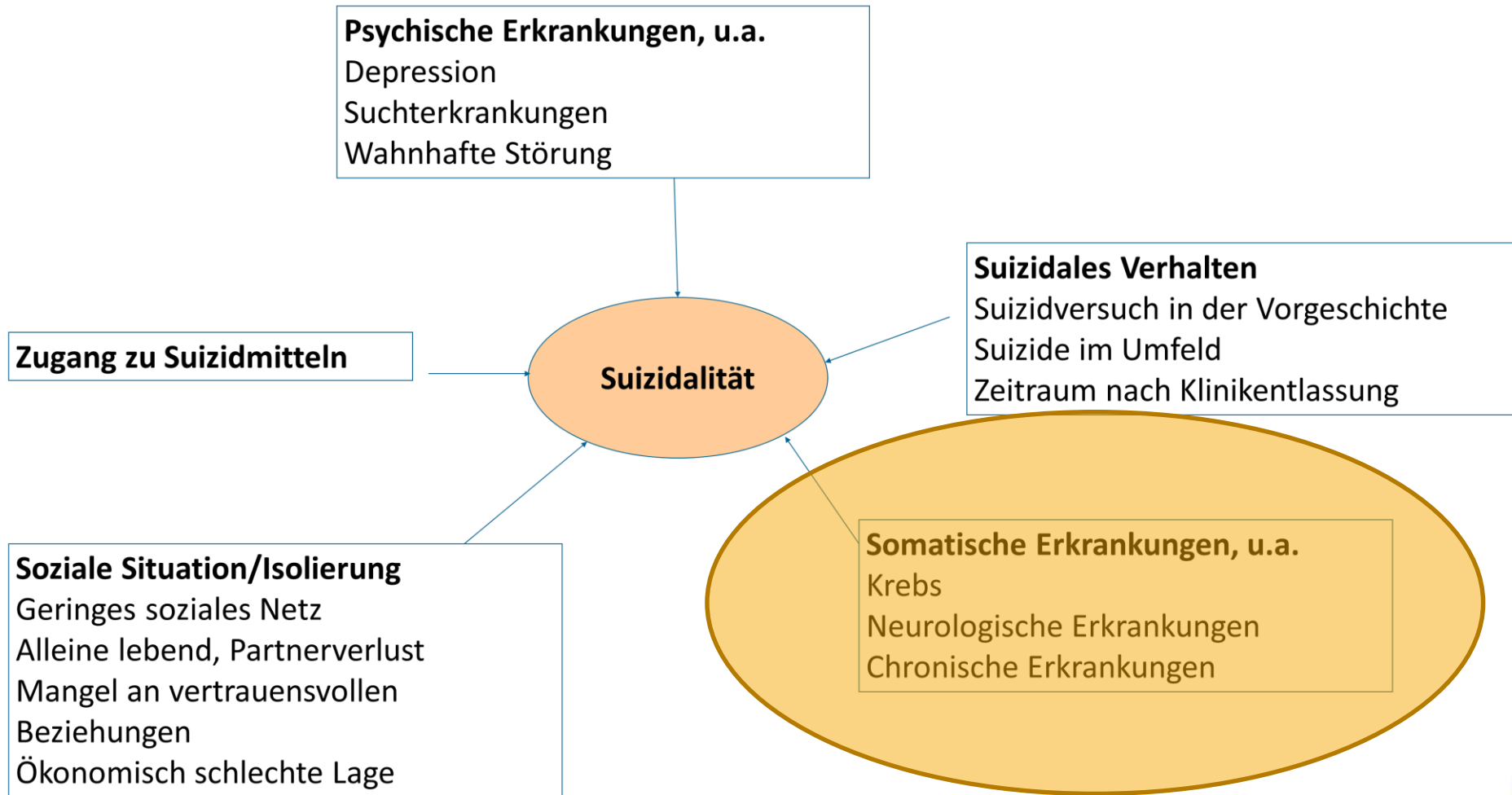
Was war der Grund?

Bei einer Routineuntersuchung wird bei einem 54-jährigen Patienten Blut im Stuhl festgestellt. Der Hausarzt überweist ihn zum Gastroenterologen, der ihn nach einer Darmspiegelung mit der Diagnose Darmkrebs konfrontiert. Er wird operiert und erhält zunächst einen künstlichen Darmausgang. Eine Woche nach der Entlassung erhängt er sich in seinem Keller. In seinem Abschiedsbrief nennt er als Grund den Verlust an Lebensqualität durch den künstlichen Darmausgang und die Sorge, seiner Partnerin zur Last zu fallen.

Zur Vorgeschichte:

- Als junger Mann hat er einen unehelichen Sohn bekommen, zu dem er keinen Kontakt hat.
- Im Alter von 39 Jahren hat er ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, das eine posttraumatische Epilepsie zur Folge hatte, wegen der er schließlich frühberentet wurde.
- Seit Jahren besteht eine Adipositas und eine Schlafmittelabhängigkeit.
- Er befand sich in psychotherapeutischer Behandlung.
- Der Bruder des Patienten litt unter einer depressiven Erkrankung und hat sich vor zehn Jahren ebenfalls das Leben genommen.

Risikofaktoren für Suizidalität



Körperliche Erkrankungen, die mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen

- Krebserkrankungen
- HIV-Infektionen
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Neurologische Erkrankungen
 - Schlaganfall
 - Epilepsie
 - Schädel-Hirn-Traumata
 - Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
 - Chorea Huntington

Suizidrisiko nach einer Krebsdiagnose



Suizidrisiko nach einer Krebsdiagnose

Variable	Any Cancer (N=534,154)*	Prostate Cancer (N=95,786)	Breast Cancer (N=74,977)†	Colorectal Cancer (N=62,719)	Skin Cancer (N=47,169)	Lymphatic or Hematopoietic Cancer (N=36,648)	Lung Cancer (N=34,743)	CNS Tumors (N=13,447)‡	Esophageal, Liver or Pancreatic Cancer (N=26,335)
<i>multivariable relative risk (95% confidence interval)§</i>									
Suicide									
Cancer-free	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
After cancer diagnosis									
Weeks 1 to 12	4.8 (4.0–5.8)	3.2 (2.0–4.9)	3.4 (1.3–6.9)	4.7 (2.6–7.8)	1.4 (0.3–3.6)	2.5 (0.8–5.9)	12.3 (7.4–18.9)	7.8 (2.4–18.1)	16.0 (9.2–25.5)
Weeks 13 to 52	2.5 (2.1–2.9)	2.0 (1.5–2.8)	0.7 (0.2–1.7)	2.1 (1.2–3.3)	0.9 (0.2–2.6)	1.7 (0.7–3.2)	6.1 (3.6–9.6)	2.3 (0.6–6.0)	5.2 (2.2–10.1)
Week 53 onward¶	1.8 (1.6–2.0)	1.9 (1.6–2.2)	1.6 (1.2–2.1)	1.6 (1.2–2.0)	1.4 (1.0–1.8)	1.3 (0.6–2.4)	3.3 (1.3–6.8)	2.3 (1.3–3.6)	4.5 (2.2–8.2)

Relative Risk of Suicide after a Cancer Diagnosis, According to Time Period
Fang Fang et al. (2012) Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis
N Engl J Med; Volume 366(14):1310-1318; April 5, 2012

Ein hohes Suizidrisiko ist insbesondere
in den ersten 12 Wochen nach
Diagnosestellung zu beobachten.

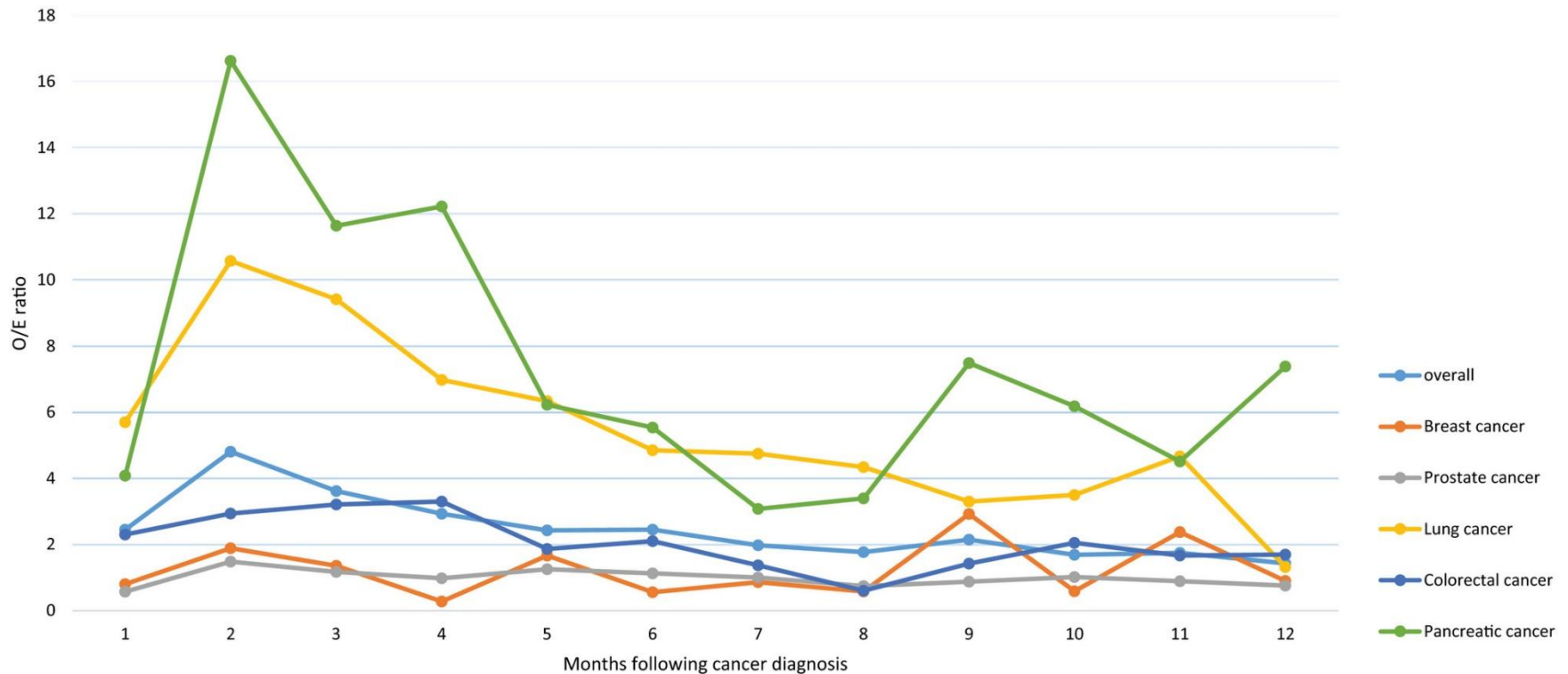
Suizidrisiko nach einer Krebsdiagnose

Variable	Any Cancer (N=534,154)*	Prostate Cancer (N=95,786)	Breast Cancer (N=74,977)†	Colorectal Cancer (N=62,719)	Skin Cancer (N=47,169)	Lymphatic or Hematopoietic Cancer (N=36,648)	Lung Cancer (N=34,743)	CNS Tumors (N=13,447)‡	Esophageal, Liver or Pancreatic Cancer (N=26,335)
multivariable relative risk (95% confidence interval)§									
Suicide									
Cancer-free	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
After cancer diagnosis									
Weeks 1 to 12	4.8 (4.0–5.8)	3.2 (2.0–4.9)	3.4 (1.3–6.9)	4.7 (2.6–7.8)	1.4 (0.3–3.6)	2.5 (0.8–5.9)	12.3 (7.4–18.9)	7.8 (2.4–18.1)	16.0 (9.2–25.5)
Weeks 13 to 52	2.5 (2.1–2.9)	2.0 (1.5–2.8)	0.7 (0.2–1.7)	2.1 (1.2–3.3)	0.9 (0.2–2.6)	1.7 (0.7–3.2)	6.1 (3.6–9.6)	2.3 (0.6–6.0)	5.2 (2.2–10.1)
Week 53 onward¶	1.8 (1.6–2.0)	1.9 (1.6–2.2)	1.6 (1.2–2.1)	1.6 (1.2–2.0)	1.4 (1.0–1.8)	1.3 (0.6–2.4)	3.3 (1.3–6.8)	2.3 (1.3–3.6)	4.5 (2.2–8.2)

Relative Risk of Suicide after a Cancer Diagnosis, According to Time Period
Fang Fang et al. (2012) Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis
N Engl J Med; Volume 366(14):1310-1318; April 5, 2012

Ein hohes Suizidrisiko ist insbesondere bei Krebserkrankungen mit schlechter Prognose zu beobachten.

Suizidrisiko nach einer Krebsdiagnose



Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study
Cancer, Volume: 125, Issue: 6, Pages: 972-979,
First published: 07 January 2019, DOI: (10.1002/cncr.31876)

HIV und Suizid – ein komplexer Zusammenhang



HIV und Suizid – ein komplexer Zusammenhang

TABLE 3. History of Mental Disorders and Psychiatric Treatment in Patients in the Swiss HIV Cohort Study Who Died by Suicide During the Pre-HAART (1988–1995) and HAART (1996–2008) Eras^a

Variable	Pre-HAART Era (N=79)		HAART Era (N=57)	
	N	%	N	%
Diagnosis of mental illness				
Any	41/79	51.9	43/57	75.4
Depression	23/41	56.1	35/43	81.4
Anxiety	12/41	29.3	15/43	34.9
Psychotic disorder	11/41	26.8	8/43	18.6
Other	5/41	12.2	8/43	18.6
Timing of diagnosis of mental illness				
Before diagnosis of HIV infection	12/41	29.3	11/43	25.6
After diagnosis of HIV infection	17/41	41.5	24/43	55.0
Unknown	12/41	29.3	8/43	18.6
Psychiatric treatment				
Any	26/41	63.4	33/43	76.7
Psychotherapy only	8/41	30.8	5/43	15.2
Pharmacotherapy only	4/41	15.4	9/43	27.3
Psychotherapy and pharmacotherapy	14/41	53.9	19/43	57.6
History of				
Alcohol abuse	18/79	22.8	22/57	38.6
Injection drug use	37/79	46.8	27/57	47.4
Suicide attempt	22/79	27.8	20/57	35.1

^a Percentages are based on the denominator indicated in the N columns.

Keiser O et al. (2010)
Suicide in HIV-Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988–2008
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050651>

HIV und Suizid – ein komplexer Zusammenhang

TABLE 3. History of Mental Disorders and Psychiatric Treatment in Patients in the Swiss HIV Cohort Study Who Died by Suicide During the Pre-HAART (1988–1995) and HAART (1996–2008) Eras^a

Variable	Pre-HAART Era (N=79)		HAART Era (N=57)	
	N	%	N	%
Diagnosis of mental illness				
Any	41/79	51.9	43/57	75.4
Depression	23/41	56.1	35/43	81.4
Anxiety	12/41	29.3	15/43	34.9
Psychotic disorder	11/41	26.8	8/43	18.6
Other	5/41	12.2	8/43	18.6
Timing of diagnosis of mental illness				
Before diagnosis of HIV infection	12/41	29.3	11/43	25.6
After diagnosis of HIV infection	17/41	41.5	24/43	55.0
Unknown	12/41	29.3	8/43	18.6
Psychiatric treatment				
Any	26/41	63.4	33/43	76.7
Psychotherapy only	8/41	30.8	5/43	15.2
Pharmacotherapy only	4/41	15.4	9/43	27.3
Psychotherapy and pharmacotherapy	14/41	53.9	19/43	57.6
History of				
Alcohol abuse	18/79	22.8	22/57	38.6
Injection drug use	37/79	46.8	27/57	47.4
Suicide attempt	22/79	27.8	20/57	35.1

^a Percentages are based on the denominator indicated in the N columns.

Keiser O et al. (2010)
Suicide in HIV-Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988–2008
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050651>

HIV und Suizid – ein komplexer Zusammenhang

TABLE 3. History of Mental Disorders and Psychiatric Treatment in Patients in the Swiss HIV Cohort Study Who Died by Suicide During the Pre-HAART (1988–1995) and HAART (1996–2008) Eras^a

Variable	Pre-HAART Era (N=79)		HAART Era (N=57)	
	N	%	N	%
Diagnosis of mental illness				
Any	41/79	51.9	43/57	75.4
Depression	23/41	56.1	35/43	81.4
Anxiety	12/41	29.3	15/43	34.9
Psychotic disorder	11/41	26.8	8/43	18.6
Other	5/41	12.2	8/43	18.6
Timing of diagnosis of mental illness				
Before diagnosis of HIV infection	12/41	29.3	11/43	25.6
After diagnosis of HIV infection	17/41	41.5	24/43	55.0
Unknown	12/41	29.3	8/43	18.6
Psychiatric treatment				
Any	26/41	63.4	33/43	76.7
Psychotherapy only	8/41	30.8	5/43	15.2
Pharmacotherapy only	4/41	15.4	9/43	27.3
Psychotherapy and pharmacotherapy	14/41	53.9	19/43	57.6
History of				
Alcohol abuse	18/79	22.8	22/57	38.6
Injection drug use	37/79	46.8	27/57	47.4
Suicide attempt	22/79	27.8	20/57	35.1

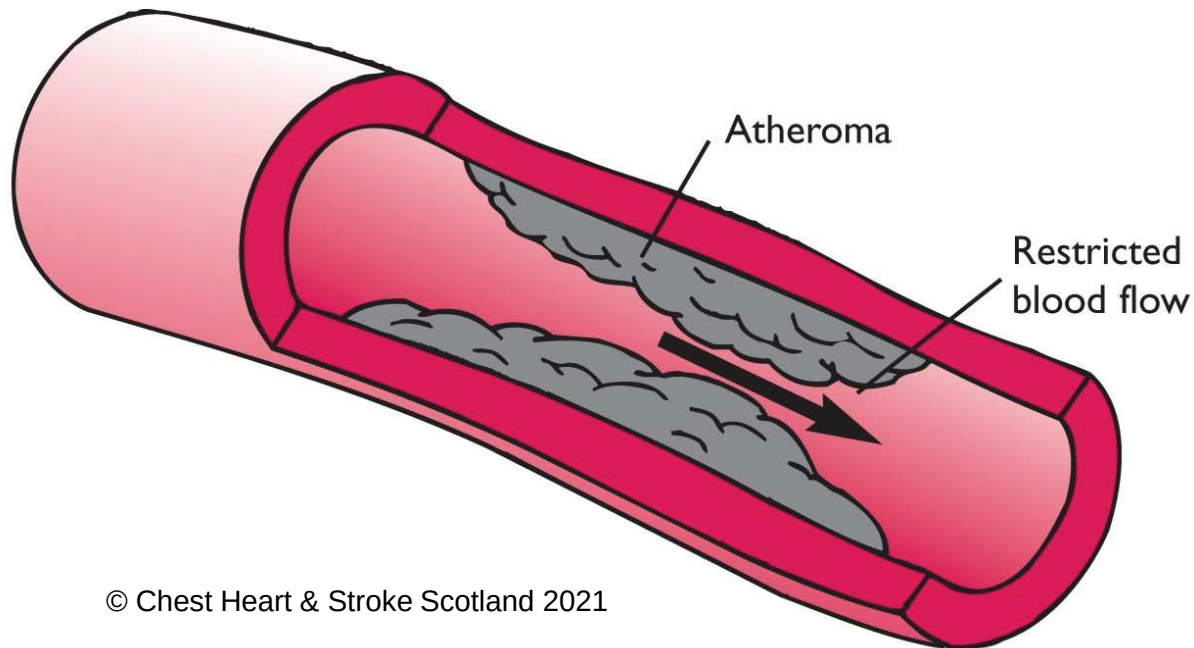
^a Percentages are based on the denominator indicated in the N columns.

Keiser O et al. (2010)
Suicide in HIV-Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988–2008
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050651>

HIV und Suizid – ein komplexer Zusammenhang

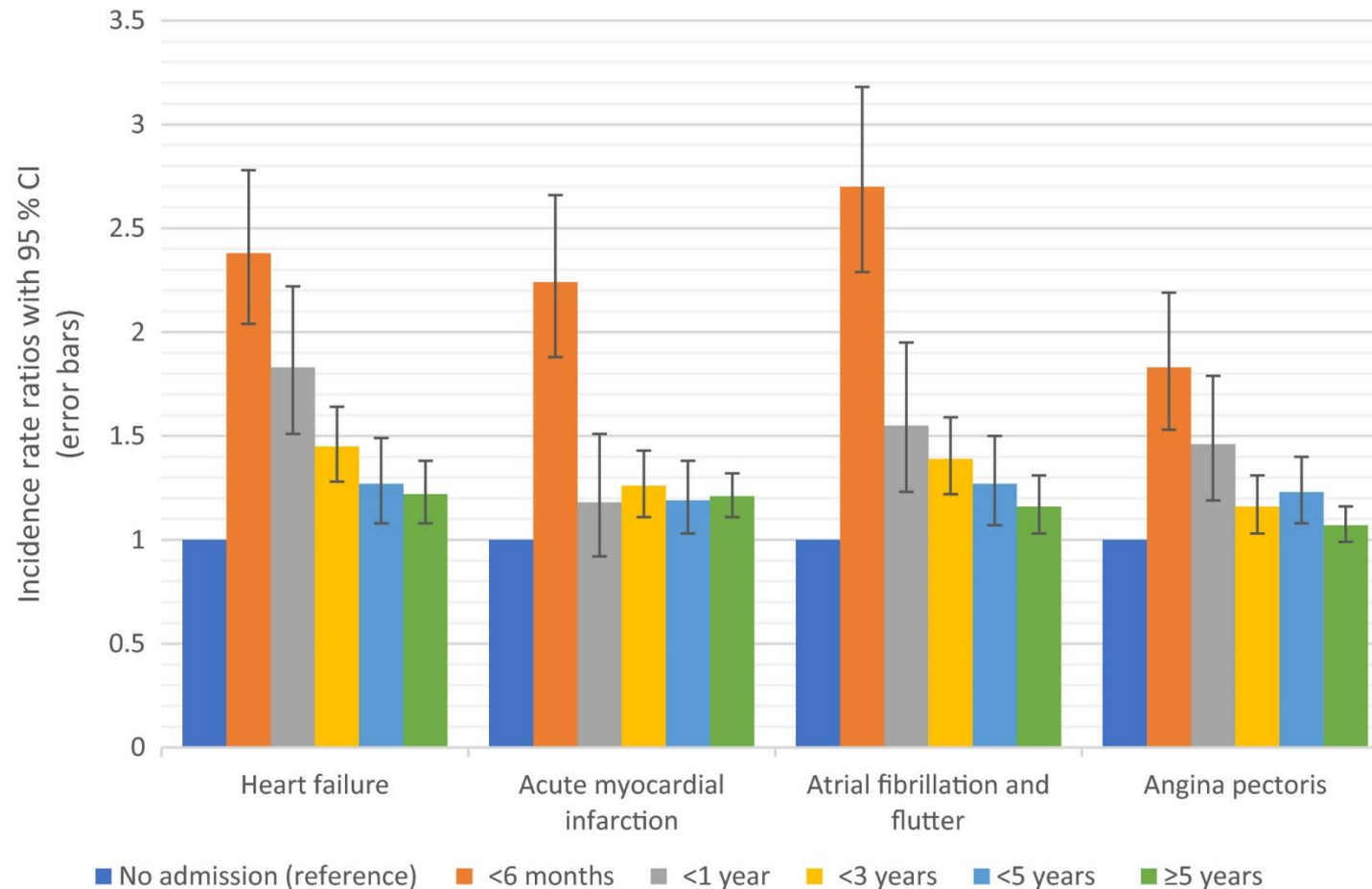
- In bestimmten Risikogruppen (iv-Drogenabhängige, Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen) treten HIV-Infektionen häufiger auf.
- Unabhängig von präexistierenden psychischen Erkrankungen haben psychosoziale Faktoren Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung, den Krankheitsverlauf und die Immunfunktion.
- Es gibt HIV-assoziierte neurologische Komplikationen.
- Die HIV-Infektion kann mit psychiatrischen Symptomen einhergehen und HIV-Medikamente können psychiatrische Nebenwirkungen haben (Schlaflosigkeit, Depression, Wesensveränderung, Suizidalität).

Zusammenhang zwischen Koronarer Herzkrankheit (KHK) und Suizid



© Chest Heart & Stroke Scotland 2021

Zusammenhang zwischen Koronarer Herzkrankheit (KHK) und Suizid



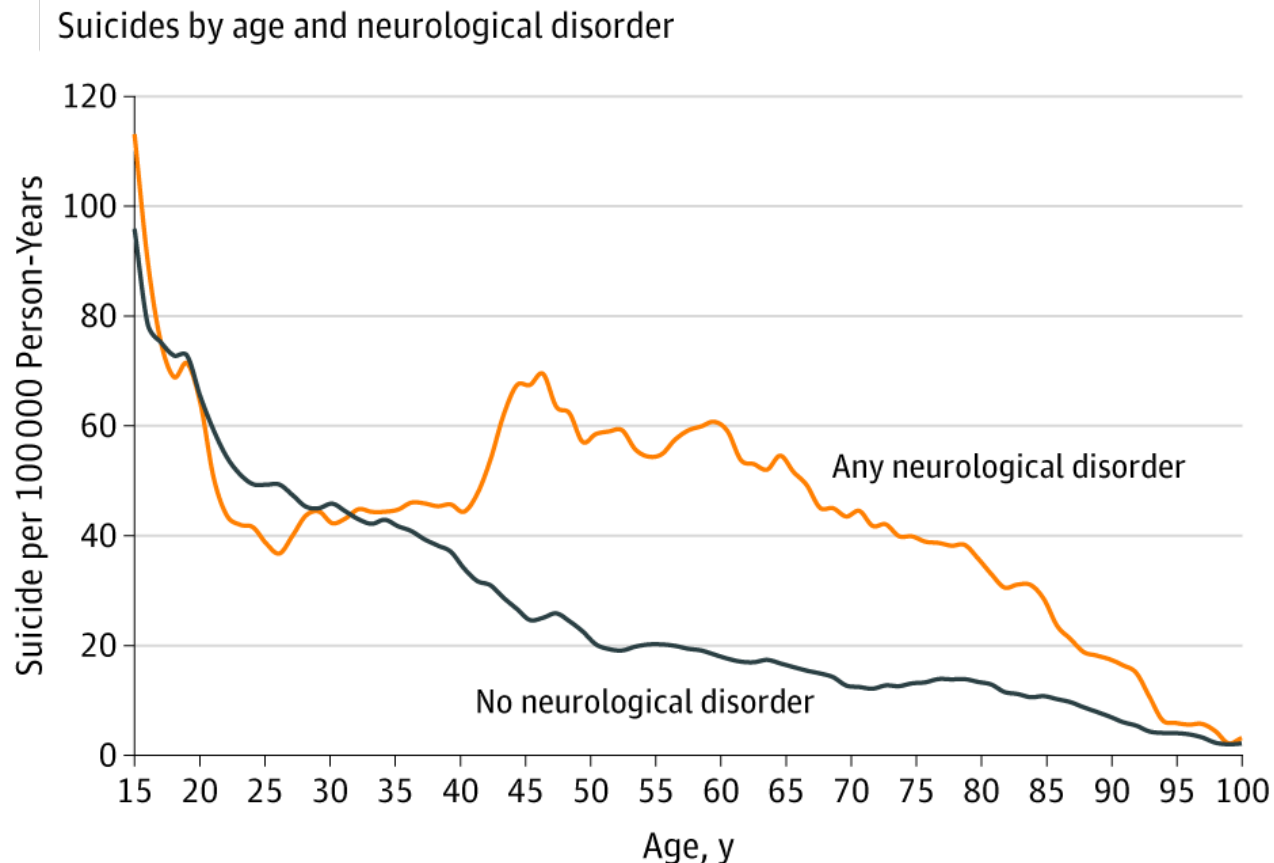
The association between heart diseases and suicide: a nationwide cohort study

Journal of Internal Medicine, Volume: 287, Issue: 5, Pages: 558-568, First published: 21 January 2020, DOI: (10.1111/joim.13025)

Suizid und neurologische Erkrankungen

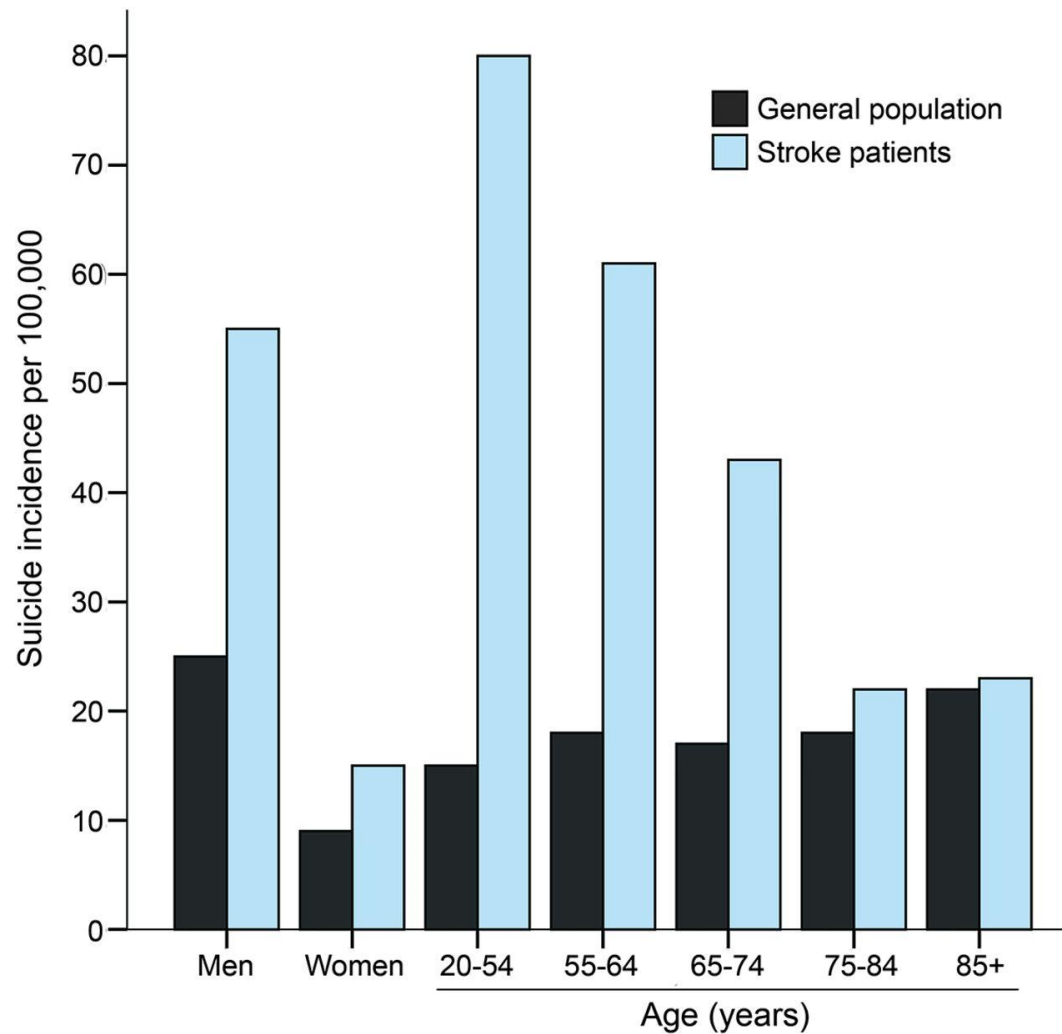


Suizid und neurologische Erkrankungen



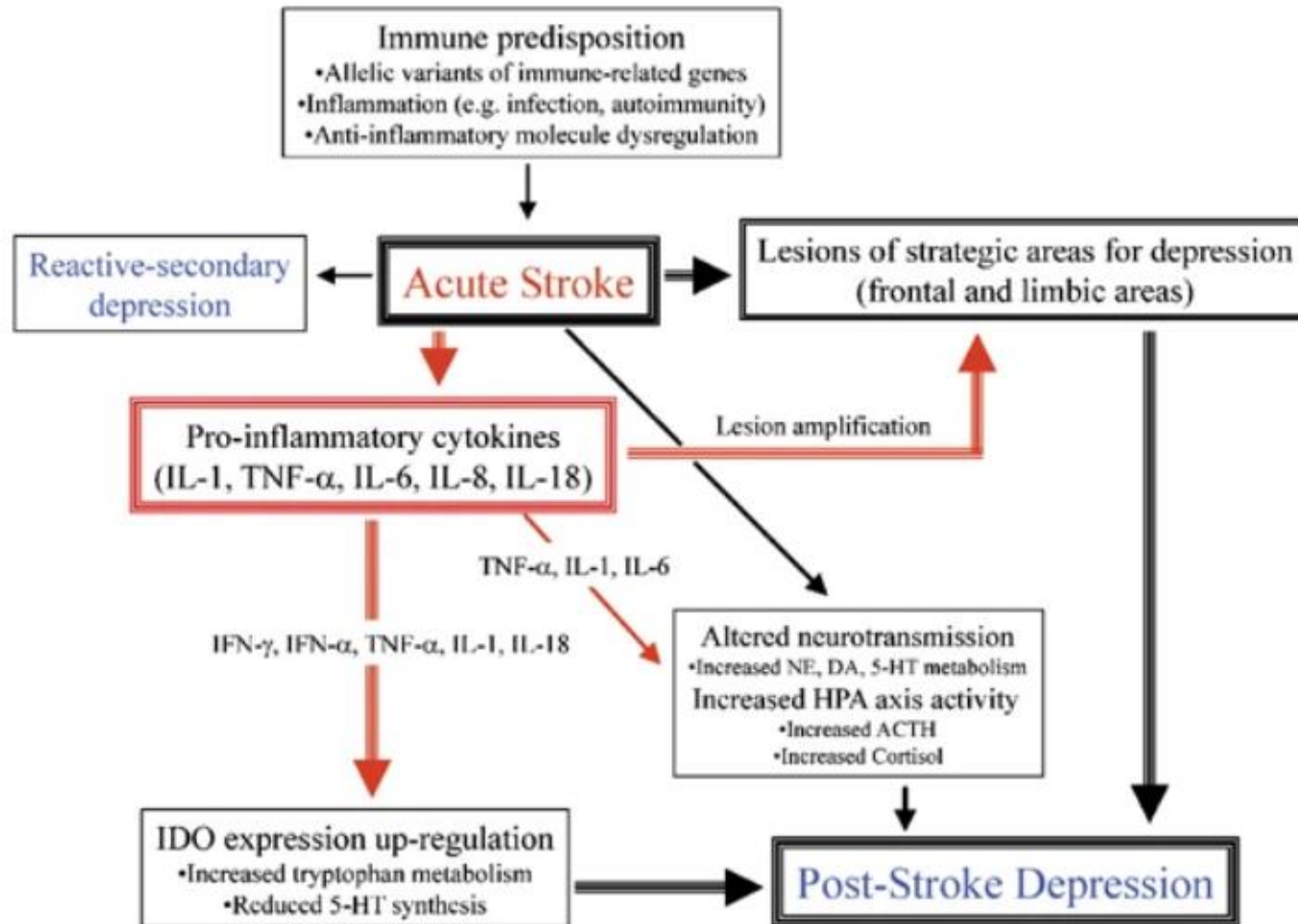
Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y, et al. Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark. JAMA. 2020;323(5):444–454. doi:10.1001/jama.2019.21834

Suizidalität nach Schlaganfall



Marie Eriksson et al. Neurology 2015;84:1732-1738

Exkurs: Poststroke Depression



From Spalletta et al. (2006): The etiology of poststroke depression: a review of the literature and a new hypothesis involving inflammatory cytokines. *Molecular Psychiatry* volume 11, pages 984–991(2006)

Epilepsy and risk of suicide

	Cases (n)	Controls (n)	Rate ratio (95% CI)	p	Adjusted* rate ratio (95% CI)	p
No psychiatric disease						
No epilepsy (reference)	11 668	400 542	1.00	..	1.00	..
Epilepsy	185	2596	2.36(2.03–2.75)	<0.0001	1.99 (1.71–2.32)	<0.0001
Psychiatric disease						
No epilepsy	9009	19 446	16.9 (16.4–17.5)	<0.0001	12.5 (12.0–12.9)	<0.0001
Epilepsy	307	544	21.4 (18.5–24.7)	<0.0001	13.7 (11.8–16.0)	<0.0001

*Adjusted for marital status, labour market status, annual income, place of residence, and sickness absence from work.

Table 1: Risk of suicide stratified by history of admission with epilepsy and psychiatric disease

Christensen, J et al: Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study;
Lancet Neurol, 6 (2007), pp. 693-698

Zusammenhang zwischen einem Schädel-Hirn-Trauma und dem Suizidrisiko

Table 2. Risk of Suicide by Medical Contact for Traumatic Brain Injury

	No Medical Contacts for Traumatic Brain Injury	Medical Contacts for Traumatic Brain Injury	Mild Traumatic Brain Injury	Skull Fracture	Severe Traumatic Brain Injury
No. of suicides	30 993	3536	2701	174	661
Individuals	6 850 568	567 823	423 502	24 221	120 100
Person-years	155 547 816	8 717 809	7 005 537	410 166	1 302 105
Rate per 100 000 Person-Years (95% CI)					
Suicide	19.9 (19.7-20.1)	40.6 (39.2-41.9)	38.6 (37.1-40.0)	42.4 (36.1-48.7)	50.8 (46.9-54.6)
Difference	1 [Reference]	20.7 (19.3-22.1)	18.7 (17.2-20.2)	22.5 (16.2-28.8)	30.9 (27.0-34.8)
Incidence Rate Ratio Variable Adjustment (95% CI)					
Basic model ^a	1 [Reference]	2.64 (2.55-2.74) ^c	2.53 (2.43-2.63) ^c	2.42 (2.09-2.81) ^c	3.35 (3.10-3.62) ^c
Fully adjusted ^b	1 [Reference]	1.90 (1.83-1.97) ^c	1.81 (1.74-1.88) ^c	2.01 (1.73-2.34) ^c	2.38 (2.20-2.58) ^c

^a Sex, age, and calendar period.

^b Sex, age, calendar period, educational level, cohabitation status, socioeconomic status, marital status, fractures not involving the skull or the

spine, epilepsy, Charlson comorbidity index, pretraumatic brain injury psychiatric diagnosis, and pretraumatic brain injury deliberate self-harm.

^c $P < .001$ after adjustment for multiple comparisons.

Risk of Suicide by Medical Contact for Traumatic Brain Injury
Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide
JAMA. 2018;320(6):580-588. doi:10.1001/jama.2018.10211

Zusammenhang zwischen einem Schädel-Hirn-Trauma und dem Suizidrisiko

Table 2. Risk of Suicide by Medical Contact for Traumatic Brain Injury

	No Medical Contacts for Traumatic Brain Injury	Medical Contacts for Traumatic Brain Injury	Mild Traumatic Brain Injury	Skull Fracture	Severe Traumatic Brain Injury
No. of suicides	30 993	3536	2701	174	661
Individuals	6 850 568	567 823	423 502	24 221	120 100
Person-years	155 547 816	8 717 809	7 005 537	410 166	1 302 105
Rate per 100 000 Person-Years (95% CI)					
Suicide	19.9 (19.7-20.1)	40.6 (39.2-41.9)	38.6 (37.1-40.0)	42.4 (36.1-48.7)	50.8 (46.9-54.6)
Difference	1 [Reference]	20.7 (19.3-22.1)	18.7 (17.2-20.2)	22.5 (16.2-28.8)	30.9 (27.0-34.8)
Incidence Rate Ratio Variable Adjustment (95% CI)					
Basic model ^a	1 [Reference]	2.64 (2.55-2.74) ^c	2.53 (2.43-2.63) ^c	2.42 (2.09-2.81) ^c	3.35 (3.10-3.62) ^c
Fully adjusted ^b	1 [Reference]	1.90 (1.83-1.97) ^c	1.81 (1.74-1.88) ^c	2.01 (1.73-2.34) ^c	2.38 (2.20-2.58) ^c

^a Sex, age, and calendar period.

^b Sex, age, calendar period, educational level, cohabitation status, socioeconomic status, marital status, fractures not involving the skull or the

spine, epilepsy, Charlson comorbidity index, pretraumatic brain injury psychiatric diagnosis, and pretraumatic brain injury deliberate self-harm.

^c $P < .001$ after adjustment for multiple comparisons.

Risk of Suicide by Medical Contact for Traumatic Brain Injury
Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide
JAMA. 2018;320(6):580-588. doi:10.1001/jama.2018.10211

Zusammenhang zwischen einem Schädel-Hirn-Trauma und dem Suizidrisiko

Table 2. Risk of Suicide by Medical Contact for Traumatic Brain Injury

	No Medical Contacts for Traumatic Brain Injury	Medical Contacts for Traumatic Brain Injury	Mild Traumatic Brain Injury	Skull Fracture	Severe Traumatic Brain Injury
No. of suicides	30 993	3536	2701	174	661
Individuals	6 850 568	567 823	423 502	24 221	120 100
Person-years	155 547 816	8 717 809	7 005 537	410 166	1 302 105
Rate per 100 000 Person-Years (95% CI)					
Suicide	19.9 (19.7-20.1)	40.6 (39.2-41.9)	38.6 (37.1-40.0)	42.4 (36.1-48.7)	50.8 (46.9-54.6)
Difference	1 [Reference]	20.7 (19.3-22.1)	18.7 (17.2-20.2)	22.5 (16.2-28.8)	30.9 (27.0-34.8)
Incidence Rate Ratio Variable Adjustment (95% CI)					
Basic model ^a	1 [Reference]	2.64 (2.55-2.74) ^c	2.53 (2.43-2.63) ^c	2.42 (2.09-2.81) ^c	3.35 (3.10-3.62) ^c
Fully adjusted ^b	1 [Reference]	1.90 (1.83-1.97) ^c	1.81 (1.74-1.88) ^c	2.01 (1.73-2.34) ^c	2.38 (2.20-2.58) ^c

^a Sex, age, and calendar period.

^b Sex, age, calendar period, educational level, cohabitation status, socioeconomic status, marital status, fractures not involving the skull or the

spine, epilepsy, Charlson comorbidity index, pretraumatic brain injury psychiatric diagnosis, and pretraumatic brain injury deliberate self-harm.

^c $P < .001$ after adjustment for multiple comparisons.

Risk of Suicide by Medical Contact for Traumatic Brain Injury
Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide
JAMA. 2018;320(6):580-588. doi:10.1001/jama.2018.10211

Körperliche Erkrankungen, die mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen

- Krebserkrankungen
- HIV-Infektionen
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Neurologische Erkrankungen
 - Schlaganfall
 - Epilepsie
 - Schädel-Hirn-Traumata
 - Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
 - Chorea Huntington

... und sicherlich noch einige mehr!

ABER:
unzureichende, teils
widersprüchliche
Studienlage

... und Corona?

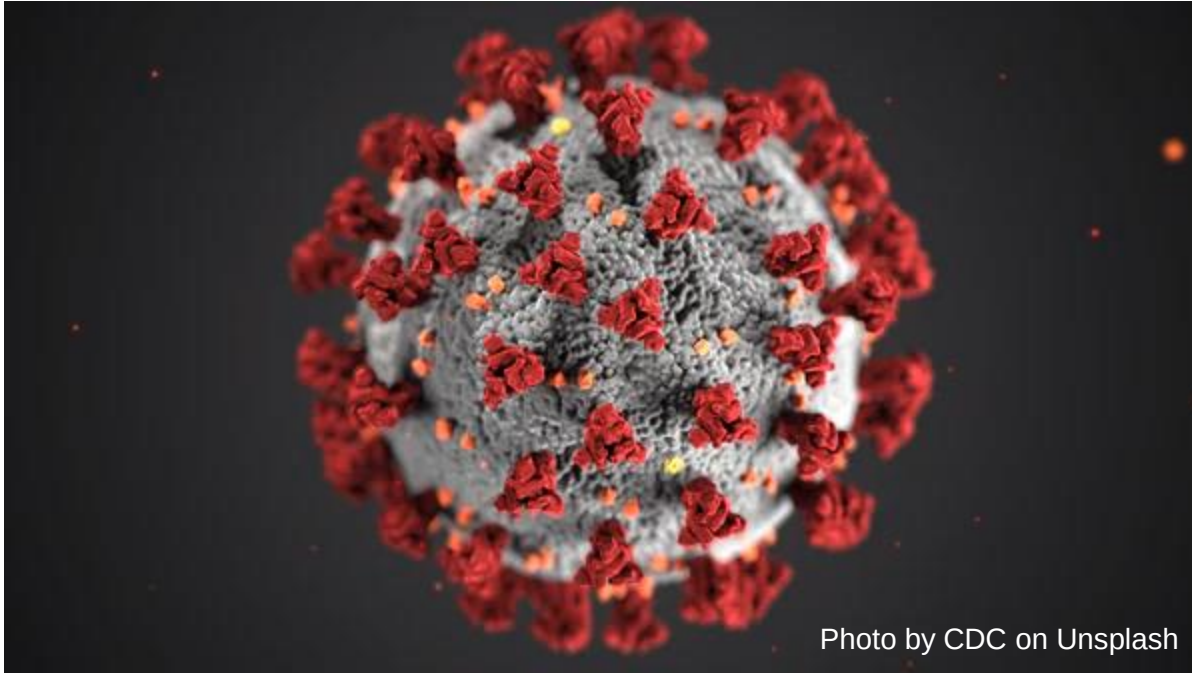


Photo by CDC on Unsplash

... und Corona?



Augsburger Allgemeine, 5.5.20:

EXKLUSIV Experten hatten mit dem Ausbruch des Coronavirus davor gewarnt, dass die Anzahl der Suizide stark ansteigen wird. Nun gibt es konkrete Zahlen.



VON MAX KRAMER

Der von Experten befürchtete Anstieg der Suizidrate wegen den Ausgangsbeschränkungen in [Deutschland](#) hat sich bisher nicht bewahrheitet.

ANZEIGE

Suizidrate in Deutschland während der Corona-Krise nicht gestiegen

Wie eine Umfrage unserer Redaktion bei den zuständigen Behörden ergab, ist es in keinem der Bundesländer, die in sehr kurzen Zeitabständen Suizidraten erfassen, zu auffälligen Anstiegen gekommen. Dies gilt für Bayern, [Nordrhein-Westfalen](#), [Rheinland-Pfalz](#), [Thüringen](#), [Berlin](#), [Saarland](#) und Bremen.

In Nordrhein-Westfalen sank demnach die Zahl der polizeilich erfassten versuchten und vollendeten Suizide seit Beginn der Ausgangsbeschränkungen im Vergleich zum Vorjahr sogar um 20 Prozent von 664 auf 530.



stern

VIDEO SPIELE GUTSCHEINE

Home > Gesundheit > Der Preis des Lockdowns – "In vier Wochen Suizide wie in einem ganzen Jahr"

ABO STERN PLUS CRIME PLUS



24.05.2020

ALLES ZUM CORONAVIRUS >

Krankenhaus in den USA

24. Mai 2020 09:39 Uhr

Der Preis des Lockdowns – "In vier Wochen Suizide wie in einem ganzen Jahr"

Im US-TV Sender ABC warnten Mediziner vor den Folgen des Lockdowns. Ärzte und Krankenschwestern des John Muir Medical Center in Kalifornien sagten, sie hätten innerhalb von nur vier Wochen so viele Suizidversuche wie sonst in einem ganzen Jahr erlebt.

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Corporate Member of Freie Universität Berlin,
Humboldt-Universität zu Berlin and Berlin Institute of Health
(Direktor: Prof. Dr. med. M. Tsokos)

Der „Corona-Suizid“ – ein neues Suizidmotiv im Rahmen der Corona-Pandemie in Deutschland 2020

Von

Priv.-Doz. Dr. med. Claas T. Buschmann und Prof. Dr. med. Michael Tsokos

Manuskript eingereicht: 04.05.2020, angenommen: 05.05.2020

Danksagung: Die Autoren danken Dr. med. Thomas Götz, Landesbeauftragter für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Landes Berlin, für seine Anregungen und die kritische Durchsicht des Manuskriptes und Dr. med. Stefan Poloczek, MPH, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr, für seine ergänzenden Hinweise.

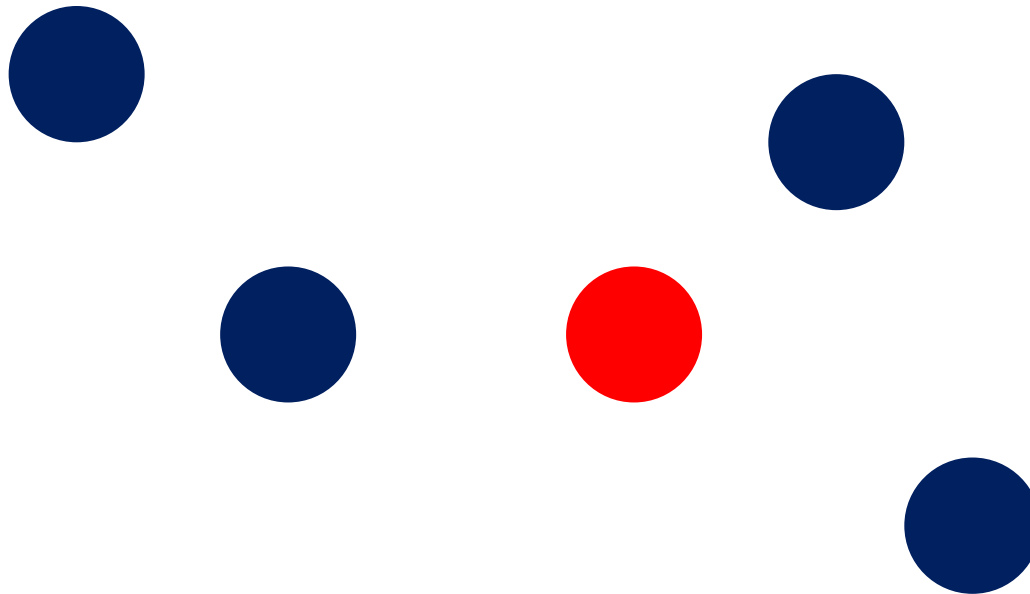
Schockierende Studie

Rechtsmediziner Michael Tsokos: Berliner nehmen sich aus Angst vor Corona das Leben

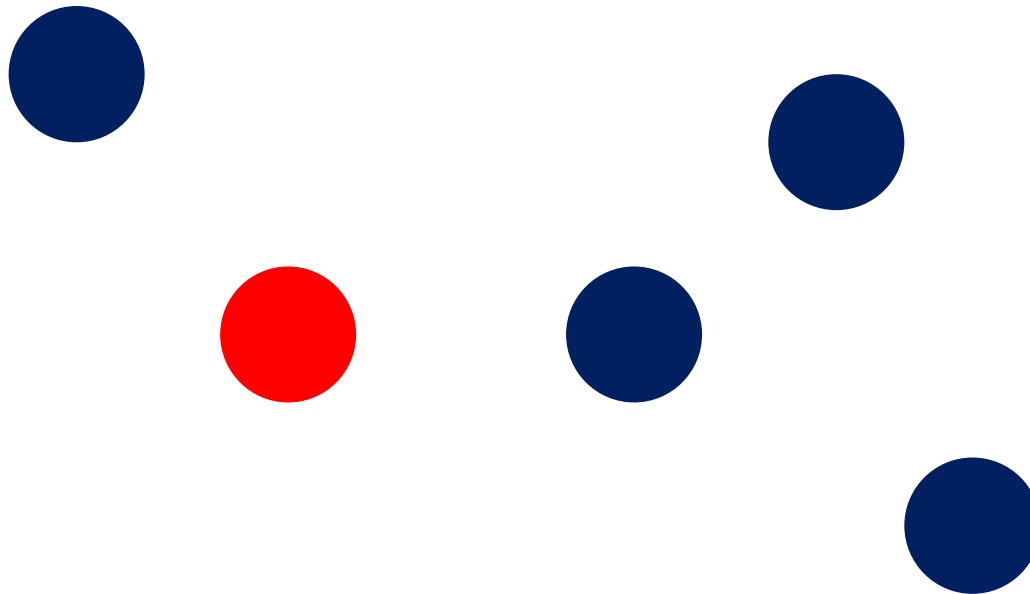
1.06.20, 13:35 Uhr | Von Christian Gehrke



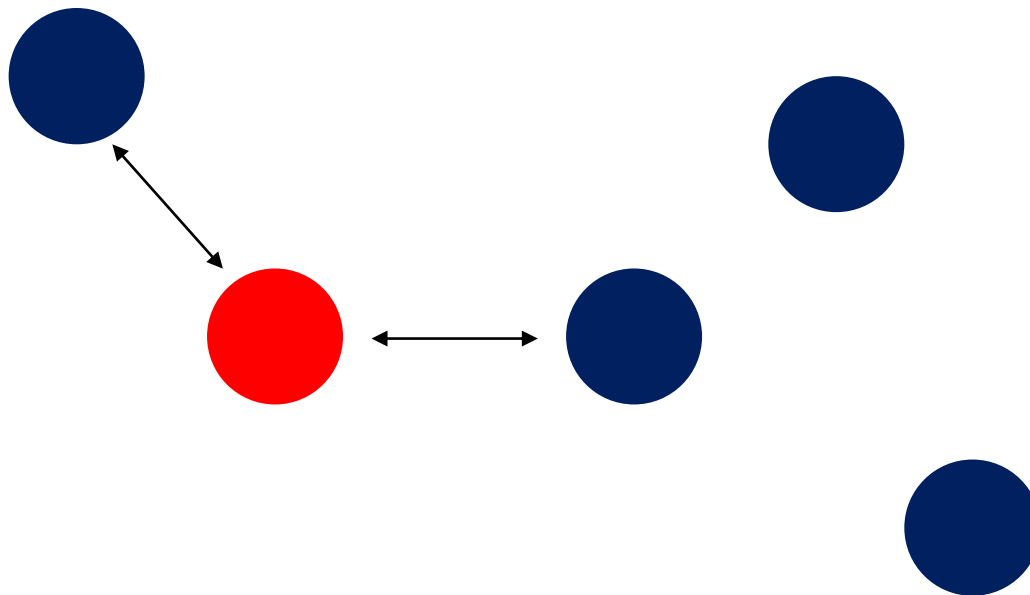
Komorbidität



Komorbidität



Komorbidität



- Typische somatischen Komorbiditäten von schweren psychischen Erkrankungen (SMI) sind HIV und Hepatitis, Adipositas, Diabetes, Herz- und Gefäßerkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Lungenentzündungen und einige Krebsarten.
- Das Sterberisiko bei schweren psychischen Erkrankungen ist deutlich erhöht und mit einem erheblichen Lebenszeitverlust verbunden.
- Daten von Schneider et al. (2019) deuten darauf hin, dass pro Jahr 24% der SMI-Übermortalität auf Suizide und 76 % auf natürliche (somatische Morbidität) oder andere unnatürliche Ursachen (zum Beispiel Unfälle) zurückzuführen sind.

Schneider et al. Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
Dtsch Arztebl Int 2019; 116(23-24): 405-11; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405

Zusammenfassung

Die Suizidalität korreliert in Abhängigkeit von

- der Diagnose
- der Schwere der Erkrankung
- dem zeitlichen Abstand zur Diagnosestellung
- der Chronizität
- evtl. vorhandener Komorbidität (v.a. mit psychischen Störungen)
- dem Ausmaß der Beeinträchtigung/Behinderung
- der Prognose

„Take-Home-Message“

- Die allermeisten Menschen bewältigen schwere körperliche Erkrankungen, wenn Hilfe und Unterstützung verfügbar sind.
- Die naheliegende, oft aber vorschnelle Zuordnung von Verzweiflung, Suizidalität und Hoffnungslosigkeit als Folge einer möglicherweise bestehenden schweren körperlichen Erkrankung stellt sehr häufig eine Fehleinschätzung dar.
- Daher ist es wichtig, auch beim Vorliegen einer schweren körperlichen Erkrankung eine psychische (v.a. depressive) Störung zu **diagnostizieren** und **adäquat zu behandeln**.



Bitte passen Sie auf sich auf!



FRANS
Fortbildungscurriculum
2020/2021

Datum **Thema** **Referentin/Referent**

13.02.20	Grundlagen: Suizidalität & Suizidprävention	Inga Beig Gesundheitsamt Frankfurt
23.04.20	Suizidalität und Depression	Dr. Christine Reif-Leonhard Universitätsklinikum Frankfurt
18.06.20	Suizidalität und Schizophrenie	Dr. Barbara Bornheimer Vitos Klinik Bamberger Hof
20.08.20	Suizidalität und Sucht	Dr. Dietmar Seehuber Klinik Hohe Mark
22.10.20	Suizidalität und Persönlichkeitsstörungen	Dr. Maxie Kneist Agapiesion Markuskrankenhaus
25.02.21	Suizidalität und körperliche Erkrankungen	Dr. Christiane Schlang Universitätsklinikum Frankfurt

Zielgruppe:
Dieses Curriculum richtet sich an Angehörige verschiedener Berufsgruppen aus dem sozialen, pädagogischen und Gesundheitsbereich. Zum Verständnis der Vorträge sind keine psychiatrischen/psychotherapeutischen Vorkenntnisse erforderlich.

Ort und Uhrzeit:
Gesundheitsamt Frankfurt, Breite Gasse 28 (Auditorium) | 15:30 – 17:00 Uhr

Anmeldung für die jeweiligen Termine per E-Mail an suizidpraevention@stadt-frankfurt.de
Die Teilnahme ist kostenfrei und zu einzelnen Vorträgen möglich.
Sie erhalten eine Teilnahmebescheinigung.

Die Zertifizierung ist bei der Landesärztekammer Hessen beantragt und wird von der Psychotherapeutenkammer Hessen anerkannt. Die Anerkennung als Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer wird beim Hessischen Kultusministerium beantragt.

www.frans-hilfe.de

... wenn

DU nicht
mehr
weiter weißt.



suizidpraevention@stadt-frankfurt.de

Veranstalter:



In Kooperation mit:



Frankfurter Projekt zur
Prävention von Suiziden mittels
Evidenzbasierter Maßnahmen



entsteht eine Bescheinigung
des Deutschen Bundeskongress