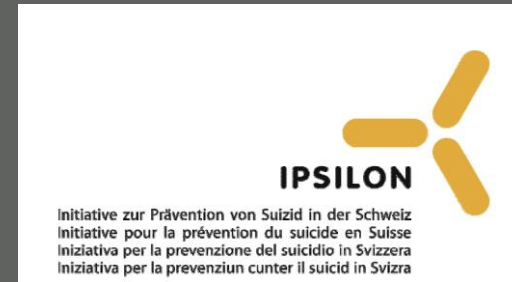


Willkommen im PZM zur IPSILON Fachtagung 2018

Neue wissenschaftliche
Erkenntnisse
2016 bis 2018

psychiatriezentrum münsingen
bzw. *gemeinsam lösungen finden.*

pzm



Herzlichen Dank



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG



SBB CFF FFS

bündnis
gegen
DEPRESSION
bern



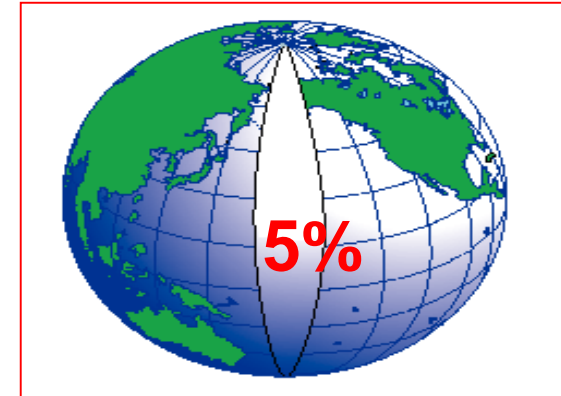
psychiatriezentrum münsingen
bzw. *gemeinsam lösungen finden.*

pzm

Berner Bündnis gegen Depression

Ziele

- Stigma verringern
- Behandlung erleichtern
- Angehörige aufklären
- Suizidprävention
- Fachpersonal informieren





Eine Schwalbe ...

macht noch keinen
Sommer.





viele Studien → Evidenz

Neue **pzm** Erkenntnisse in der allgemeinen Suizidprävention

Prof. Dr. med. Thomas Reisch
Ärztlicher Direktor PZM
Präsident Berner Bündnis gegen Depression

Überblick

- Medikamente
- Männer
- Assistierter Suizid
- Diagnosen
- Psychiatrische Hospitalisation
- Religion
- Suizidmethoden
- Kampagnen
- Angehörige



Arsen-Konzentration im Trinkwasser

(Pompili et al. 2017, Psy Res)

- Italien
- Regionen mit hoher Arsen-Konzentration:
→ mehr Todesfälle insgesamt

Arsen-Konzentration im Trinkwasser

(Pompili et al. 2017, Psy Res)

- Italien
- Regionen mit hoher Arsen-Konzentration:
 - mehr Todesfälle insgesamt
 - aber
 - **weniger** Suizide

Methylphenidat

(= Ritalin u.a.)

(Man et al. 2017, JAMA Psychiatry)

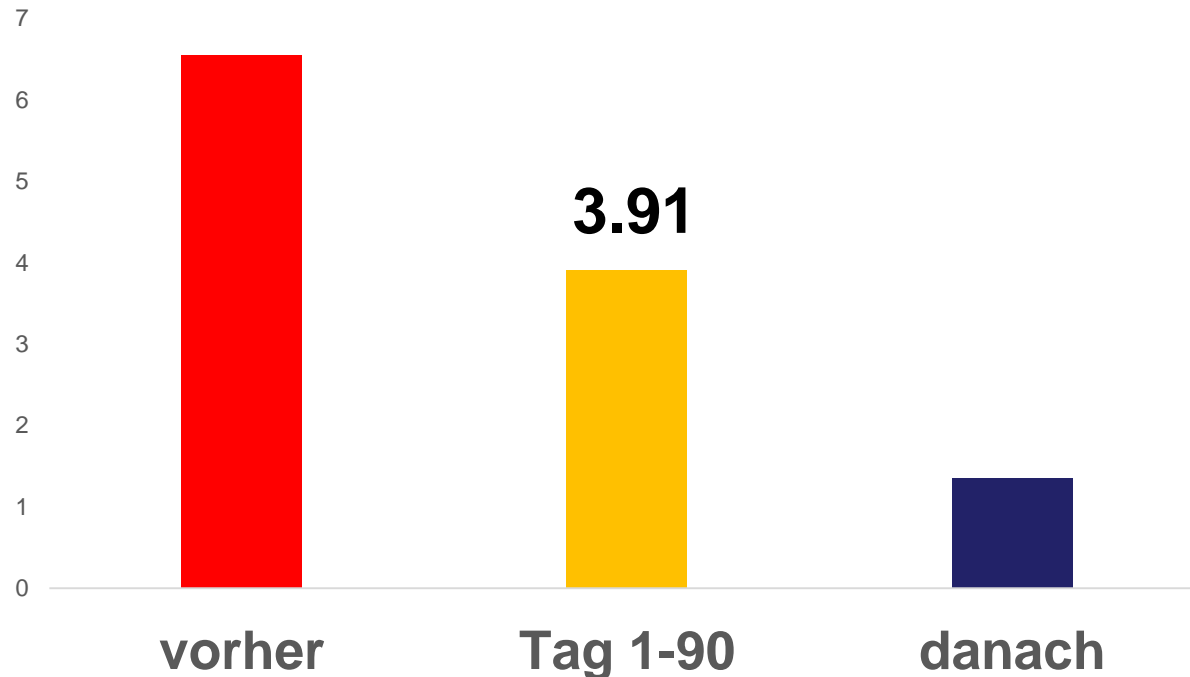
- N= 25.629
- Alter: 6-25 Jahre
- Methode: Suizidversuchsrate vor und nach Gabe von Methylphenidat

Methylphenidat

(= Ritalin u.a.)

(Man et al. 2017, JAMA Psychiatry)

Suizidversuche / 10.000
Behandlungsjahre



Ketamin

(Andrade 2018, J Clin Psychiatry)

Review (Case Reports, offene Studien, randomisierte Studien)

wiederholt berichtet:

- antisuizidaler Effekt:
 - innerhalb einer Stunde
 - nicht erklärt durch antidepressive Wirkung

Ketamin (2)

(Canuso et al. 2018, Am J Psychiatry)

- randomisiert: intranasal Ketamin
 - (Esketamin 84 mg) vs. Placebo
- N=68, 2x/Woche für 4 Wochen

Ergebnisse:

- **weniger Depression**
 - (ES 0.6) (4/24 Std), nicht an Tag 25: ES: 0.3)
- **Suizidgedanken gesenkt**
 - (4 Std) ES 0.67 (nicht signifikant bei 24 Std und Tag 25, aber ES 0.3)

Psychologie

(Hegedüs et al. 2018, J Affect Disord)

- 46 Gesunde und 59 Depressive mit St. n. Suizidversuch vor max. 72 Std.
- Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt
 - unabhängig von der Schwere der Depression

Grund für Suizidversuch

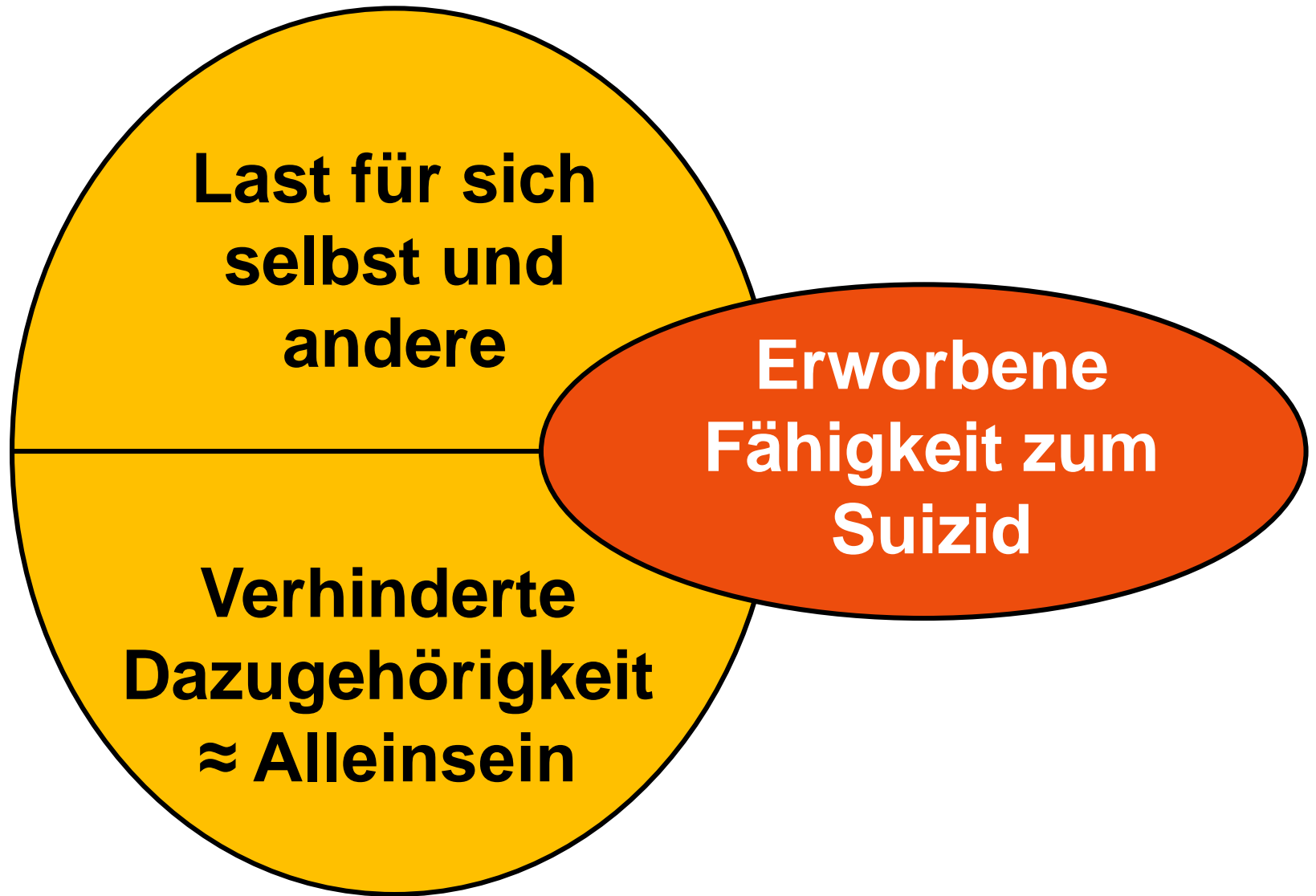
(Stulz et al. 2018, Crisis)



- 66 Schweizer nach Suizidversuch
- Interview: Frage nach dem Grund für den Suizidversuch

- 50% psychiatrische Erkrankung
- 71% interpersonelles Problem
 - bei 55% der Trigger

Interpersonelle Theorie des Suizidverhaltens Joiner-Modell (2005)

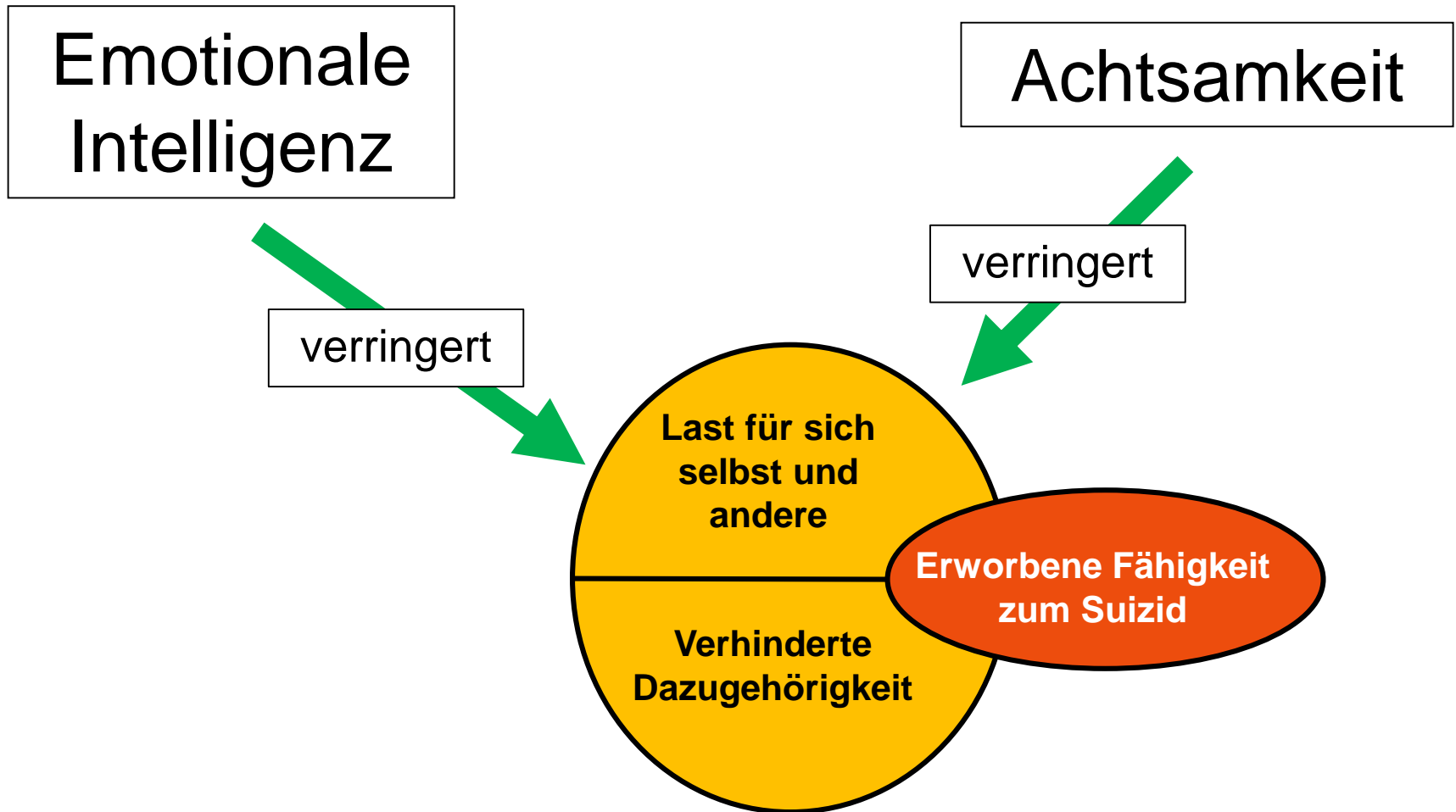


Joiner, 2005

Psychologischer Schutz

(Extremera & Rey 2017; PLoS One)

(Buitron et al. 2017; SLTB)



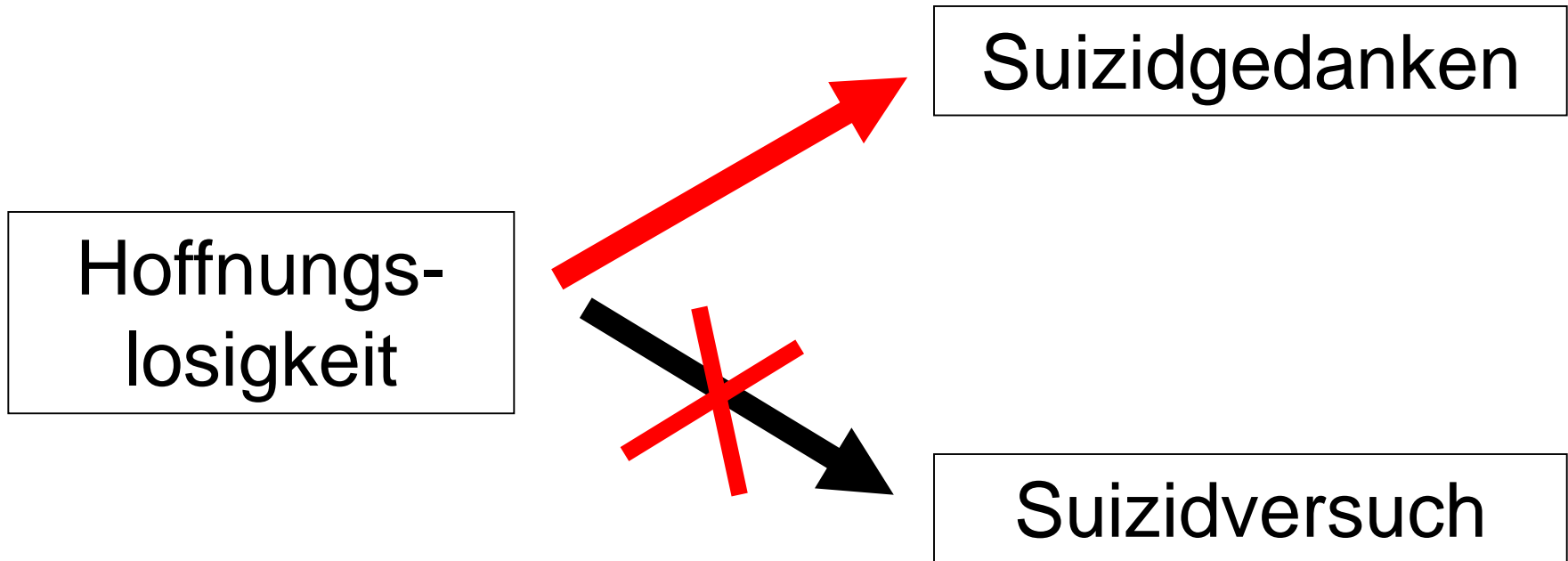
Hoffnungslosigkeit

(Wolfe et al. 2018, Suicide Life Threat Behav)

- USA, 158 depressive Adoleszente
- Hoffnungslosigkeit ist unabhängig von der Schwere der Depression

Hoffnungslosigkeit

(Qiu et al. 2017; SLTB)



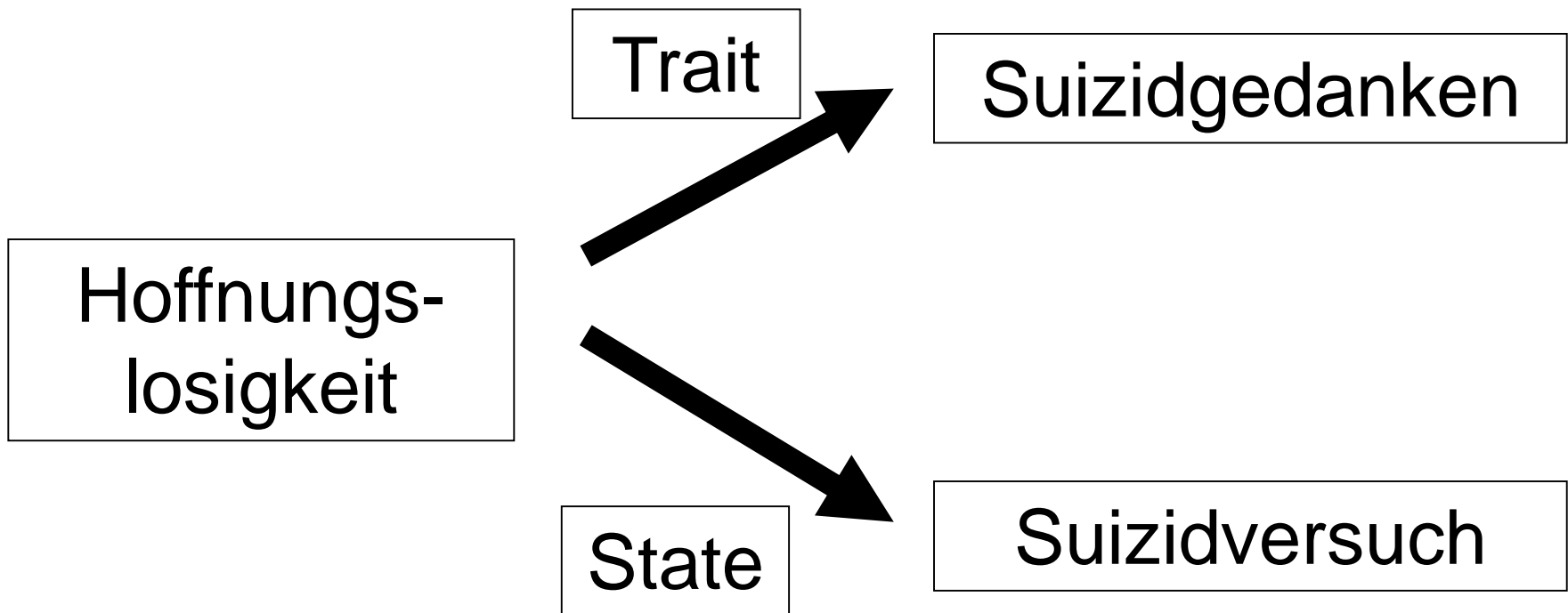
Hoffnungslosigkeit

(Burr et al. 2018, Arch Suicide Res)

- Trait = andauernder Zustand
→ Suizidgedanken
- State = momentaner Zustand
→ Suizidhandlungen

Hoffnungslosigkeit

(Burr et al. 2018, Arch Suicide Res)



Männer

(Ramussen et al. 2018, Arch Suicide Res)

- Interviews mit Angehörigen (5-8) bei 10 Suizidenten, Abschiedsbriefe

Männer

(Ramussen et al. 2018, Arch Suicide Res)

Typisches Muster:

Wenn die Hoffnung weg ist, darf dies niemand wissen.

Schwäche ist nicht erlaubt.

Der Suizidversuch soll (einem selbst) beweisen, dass man mutig ist.

Bullying

(Sigurdson et al. 2018, Suicide Life Threat Behav)

- N=2446 Gesunde junge Erwachsene
- nach 13 Jahren nachuntersucht
- Bullying in der Kindheit →
- Frauen:
 - Suizidalität in den folgenden Jahren nimmt langsam ab
- Männer
 - Suizidalität nimmt über die Zeit zu

Assistierter Suizid



Assistierter Suizid & Psychiatrische Diagnose

(Kim et al 2017, JAMA Psychiatry)

- Niederlande, N= 66
- Anamnese:
 - 52% min. 1 Suizidversuch
 - 80% Anamnese psychiatrische Hospitalisation
 - psychisches Leiden > 10 Jahre: 83.3%

Assistierter Suizid & Psychiatrische Diagnose

(Kim et al 2017, JAMA Psychiatry)

- Therapie:
 - EKT: 39%
 - Irreversible MAO-Hemmer: 11%
 - (partielle) Therapieverweigerung: 56%

Assistierter Suizid & Psychiatrische Diagnose

(Kim et al 2017, JAMA Psychiatry)

- 41% wurden durch Psychiater beantragt
- 27% kannten den bescheinigenden Arzt vorher nicht
- 21% «Mobile Euthanasie-Ambulanz»

Assistierter Suizid & Schweiz

(Jessiman 2017, BMJ)

- Titel = Patientenkommentar:

“I don't want to go to Switzerland, and I don't want to attempt suicide”.

Diagnosen

Was ist die psychiatrische
Diagnose mit der höchsten
Suizidrate?

Bipolar

(O'Rourke et al. 2017, PLoS One)

- Bipolar: grösstes Risiko für Suizid (15%)
- 220 Bipolare (Anzeige)
- Suizidalität = Ausdruck schwerer Krankheit?
→ NEIN, unabhängiger Faktor

Suizidversuche bei Bipolaren

(Bobo et al. 2018, J Affect Disord)

(Michaels et al. 2017, Arch Suicide Res)

häufiger:

- Bipolar I
- Rapid Cycling (bes. Männer)
- früher Krankheitsbeginn
- Substanzen
- BMI
- Medikamenten-Non-Compliance

Alkohol

(Pfeifer et al. 2017, Drug Alc Depend)



- Pat. mit akuter Alkoholproblematik (Missbrauch, Abhängigkeit) benutzen häufiger Medikamente als Suizidmethode.

→ Prävention durch Medikamentenkontrolle

Stationär

Kliniksuizide

(Ruff et al. 2018, Psych Prax)



- 2/3 ausserhalb der Klinik
 - Methoden innerhalb: Erhängen und Sprung
 - Erhängen in 75% Beine am Boden
 - Sprung bereits ab 1. Stock oft tödlich
- bauliche Suizidprävention

Stationäre Patienten

(Husky et al. 2017, Psychiatry Res)

42 Patienten nach Suizidversuch

Prädiktoren für Suizidgedanken nach Austritt

Stationäre Patienten

(Husky et al. 2017, Psychiatry Res)

Suizidgedanken nach Austritt:

- Geringeres Risiko (für Suizidgedanken) bei:
 - Aufenthalt bei Vertrauenspersonen
 - mit anderen zusammen sein
 - aktive Freizeitgestaltung
- Höheres Risiko:
 - Arbeit
 - passive Freizeit
 - negatives Familienereignis

Stationäre Patienten (2)

(Gvion. 2018, J Affect Disord)

- 97 psychiatrische Hospitalisierte nach Suizidversuch
- Wer wird einen weiteren schweren Suizidversuch machen (2-5 Jahre)?
- Ergebnisse:
 - Häufiger Wut nach aussen
 - Impulsivität
 - Hoffnungslosigkeit

Religion

Religion

(Kleiman & Liu 2018, J Affective Disorder)

- 30.650 US Bürger
 - National Death Index
 - Religionszugehörigkeit alleine hatte keinen Zusammenhang mit Suizidrate
 - Regelmässige Gottesdienstteilnahme hatte protektiven Effekt
- **praktizierter Glaube**

Wie wird Religion suizidprotektiv?

(Jongkind et al. 2018, Suicide Life Threat Behav)

- 155 ambulante Pat.
- **suizidpräventiv:**
 - Glaubensbedingte moralische Bedenken
 - Gott unterstützt
- **suizidfördernd:**
 - Negativer strafender Gott

Methoden-
verfügbarkeit

Verhinderung von Sprüngen

Brücken

(Sæheim et al. 2017, Arch Suicide Res)

- Sicherung von 3 Brücken in Norwegen
- vollständige Sicherung → weniger Suizide
- partielle Sicherung → kein Effekt

Brückensuizide Schweiz

(«Lessons we have learned»)

(Hemmer et al. 2017, PLoS One)



- Brückensicherungen reduzieren Suizide
- (Netze 77.1%, Geländer 68.7%)
- schwächster Punkt zählt (z.B. Brückenkopf)
- vollständige Sicherung:
 - Geländer müssen min 2.3 m hoch sein
 - Netze deutlich unter dem Fussgängerniveau

Knipe et al. 2017

(PLoS One)

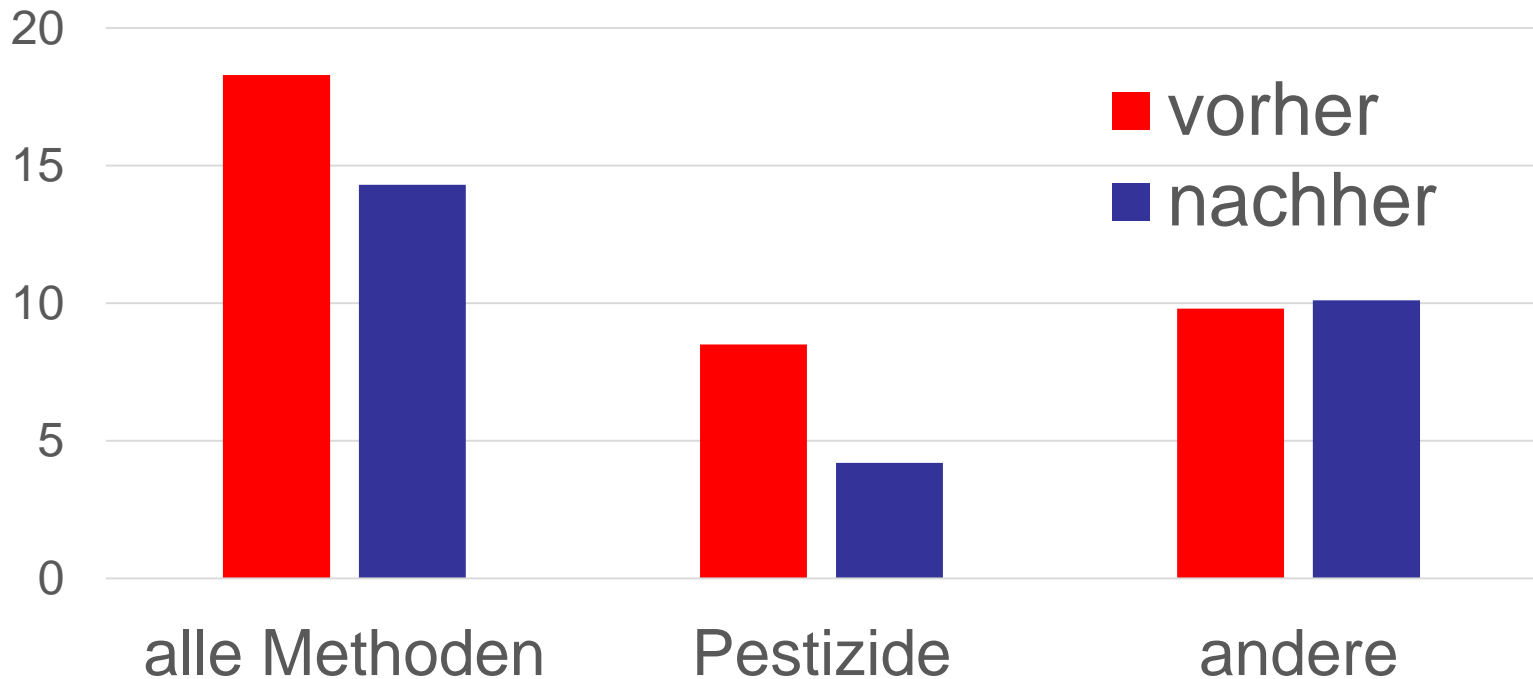
- Dimethoate
- Fenthion
- Paraquat

- Gesetz zur Reduktion der Pestizide in Sri Lanka
- Suizide vorher und nachher

Knipe et al. 2017

(PLoS One)

Suizidrate

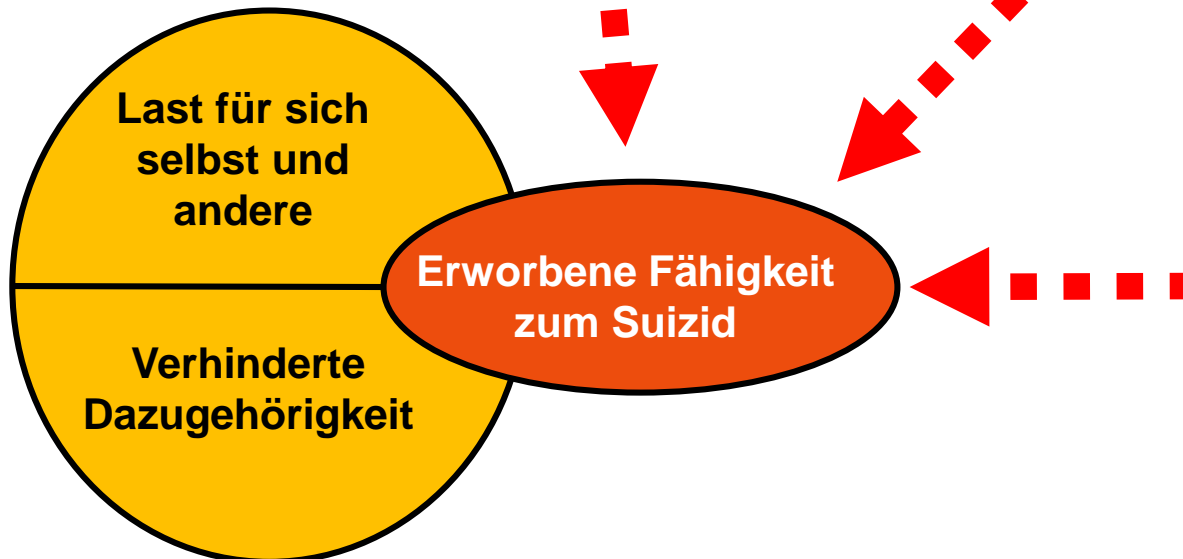


Erhöhte Suizidgefahr durch

Waffenbesitz
= **physische**
Verfügbarkeit
(Anestis et al. 2017a)

Geladene Waffe
im Schrank
= **physische**
Verfügbarkeit
(Kposowa et al. 2016)

Regelmässiger
Gebrauch der
Waffe
= **psychologische**
Verfügbarkeit
(Anestis et al. 2017b)



Erworbene Fähigkeit
zum Suizid

Eisenbahnsuizid (Review)

(Barker et al. 2016, Asis Pac Psychiatry)

- Suizidpräventiv belegt:
 - Blue Lights
 - Suicide Pits
 - Medienrichtlinien



Internet & Kohlenmonoxid

(Paul et al. 2017, Crisis)

- Grösster Anstieg (D) durch Methode CO
 - (Frauen 500%, Männer 164%)
- Geht einher mit Internetabfragen

Angehörige

Angehörige & Suizideinschätzung

(Draper et al. 2017; Suicide Life Threat Behav)

- N= 74
- Australien
- Psychologische Autopsie-Studie
- retrospektiv: 1 Monat vor Suizid

Angehörige & Suizideinschätzung

(Draper et al. 2017; SLTB)

- Warnzeichen für Suizid wurde erkannt von:
 - Therapeuten: 44.6%
 - Angehörigen: 90.5%
- Kontaktaufnahme wurde initiiert von:
 - Therapeuten: 5.9%
 - Angehörigen: 29.4%

Kampagnen

Erfolgsrezept für Kampagnen

(Torok et al. 2017, Suicide Life Threat Behav)

Review von 12 Kampagnen

Eine Kampagne ist erfolgreich, wenn sie

- Teil einer Suizidpräventionsstrategie ist.
- allgegenwärtig ist.
- wiederholt wird.
- durch öffentliches Engagement getragen wird.

Sprich über
Suizidgedanken”
**Reden
kann retten**

NOTFALL

ERWACHSENE **143**

> MEHR

JUGENDLICHE **147**

> MEHR

ICH BIN IN DER KRISE

ICH BIN BESORGT UM JEMANDEN

KAMPAGNE SUIZIDPRÄVENTION

Start - [Kampagne Suizidprävention](#) - [Über die Kampagne](#) - [Das Wichtigste in Kürze](#)

Das Wichtigste in Kürze

Reden kann retten

Die nationale Suizidpräventionskampagne «Reden kann retten» wird von der SBB und dem Kanton Zürich zusammen mit mehreren Partnern durchgeführt. Ziel der Kampagne ist es, das Thema Suizid zu enttabuisieren. Denn über Suizidgedanken und Lebenskrisen offen sprechen zu können, hilft Leben zu retten. Im Zentrum von «Reden kann retten» steht diese Website mit vielen Hintergrundinformationen, Gesprächstipps und Adressen für Menschen in der Krise und Menschen in ihrem Umfeld.

Breite Unterstützung

Für die Entwicklung und Umsetzung der Kampagne können die SBB und der Kanton Zürich auf zahlreiche, wichtige Partner zählen:

Sprich über
Suizidgedanken

”

Reden
kann retten

Effektivitäts-Check

ICH BIN IN DER KRISE

ICH BIN BESORGT UM JEMANDEN

1. ist Teil einer Suizidpräventionsstrategie



2. ist allgegenwärtig



3. wird wiederholt



4. wird durch öffentliches Engagement getragen



Welche Themen sollten angesprochen werden?

(Nicholas et al. 2018, Crisis)

- Expert Consensus Study
- 127 ehemals Suizidale, 33 Profis
- Übereinstimmung beider Gruppen
- Familienangehörige sollen
 - Suizidalität direkt ansprechen
 - zuhören ohne zu bewerten
 - aktiv formulieren, dass sie sich sorgen und helfen möchten

Kampagnen

(Koppens et al. 2018, J Affect Dis)

- Effektivität des Hausärztesstrainings
- OSPI-Projekt, 208 Hausärzte

– Besseres Wissen bzgl. der Behandlung von Depression und Suizidalität

= Langzeiteffekt

Helplines

(Gouldet al. 2018, Suicide Life Threat Behav)

- 550 Anrufer, 6 Standorten
- Follow-up-Fragebogen, Follow-up-Anruf
- Was war hilfreich?
 - Hilfe für Ablenkung
 - Hilfe für soziale Kontakte
 - Diskussion der Gründe fürs Sterben (/Leben)

Svensson et al. 2017

(Act Psy Scand)

- Hoher Cholesterinwert
→ höhere Suizidrate
(aber nur bei Frauen)
- Bitte die Männer
zuerst ans Buffet
lassen!



psychiatriezentrum münsingen
bzw. *gemeinsam lösungen finden.*

pzm

Herzlichen Dank!

