

Suizid und Suizidversuche - Gesprächsangebote für betroffene Angehörige

NFS-Fortbildung 05.12.2012

Dr. Christoph Koban
Ruhr-Universität Bochum

RUB

Überblick

- 1. Die Ausgangslage suizidaler Menschen**
- 2. Der Umgang mit suizidalen Personen: Prinzipien und Regeln**
- 3. Spezielle Aspekte und Ziele**
 - bei akuter Suizidgefährdung,
 - nach erfolgtem Suizidversuch,
 - bei chronischer Suizidalität,
 - in Beratung,
 - in der Psychotherapie.
- 4. Heute im Fokus: Umgang mit Angehörigen suizidaler Personen**

Fallbeispiel Suizidalität

- **Patientin (52, alleinlebend/geschieden, 2 Kinder, gute Beziehung zu diesen, einige Freunde, sporadischer Kontakt zu Mutter, Beruf: Krankenschwester) kommt in die Psychotherapie-Sitzung und berichtet von suizidalen Gedanken vorgestern, ohne akute suizidale Impulse, und ohne akuten Suizidversuch. Sie habe Ärger bei der Arbeit gehabt, anschließend nach dem Spätdienst allein zu Hause gesessen, sich einsam gefühlt, müde, und gedacht: „Das Leben so ist nur unglücklich und sinnlos, niemand ist für mich da und braucht mich“. Sie habe eine Freundin angerufen, das habe ein wenig geholfen. Aber diese wohne weiter weg, und habe heute keine Zeit zu telefonieren. Sie sei nervös, und übermorgen stehe ein wichtiger Termin bei der Pflegedienstleitung an. Sie fühle sich allein. Bei der Arbeit mache sie derzeit sicher häufiger Fehler, zumindest habe sie so das Gefühl.**
- **Sie hat bereits in der Vergangenheit zwei Suizidversuche begangen.**

Angehörige sollten...

- **Im Fall: überlebter Suizidversuch: ... offensiv ein Angebot zur Unterstützung erhalten mit dem Ziel:**
 - **Den Suizidanten zu verstehen**
 - **Zu prüfen, welche Entlastung sie selbst benötigen**
 - **Eigene Schuldideen zu prüfen und zu korrigieren**
 - **Eine Haltung zu evtl. chronischer Suizidalität zu entwickeln**
 - **Eine Haltung zum Umgang mit dem Suizidversuch im sozialen Raum zu entwickeln**

Angehörige sollten...

Im Falle: nicht überlebter Suizidversuch:

■... offensiv ein Angebot zur Unterstützung erhalten mit dem Ziel:

- Den Suizidanten zu verstehen**
- Zu prüfen, welche Entlastung sie selbst benötigen**
- Schuldideen zu prüfen und zu korrigieren**
- Die eigene Trauer gut zu bewältigen, zu leben, ohne sich zurückzuziehen, zu schämen etc.**
- Ggf. traumatisierende Eindrücke des Suizidgeschehens, Auffindens, des Polizeikontaktes etc. zu verstehen und verarbeiten.**

Was beim Verstehen hilft...

... ist im Grunde das Gleiche, was den Profis hilft, daher zur Erinnerung:

- **Risikofaktoren**
- **Emotionaler und kognitiver Prozess beim Suizidanten vor dem Suizidversuch**
- **Erfordernisse in der Krisensituation**

Zentrale (psychologische)

Prädiktoren suizidaler Handlungen

- **Hoffnungslosigkeit** (Beck et al., 1985; Brown et al., 2000)
- **Soziale Isolation** (Van Orden et al., 2010)
 - Einsamkeit, Fehlen bedeutsamer reziproker Beziehungen; Abwesenheit von Freunden/Verwandten, Verluste (Tod, Trennung)
- **Sich selbst als Last erleben** (Van Orden et al., 2010)
 - Verantwortlichkeitserleben (Mein Tod ist für andere mehr wert als mein Leben), Selbst-Hass
- **Impulsivität** (Kingsbury et al., 1999)
- **Acquired capability** (Van Orden et al., 2010)
 - Suizidversuche, abgebrochene Suizidversuche, intravenöser Drogenkonsum, Selbstverletzung, physische Gewalterfahrung etc.

Ziele für das Gespräch mit suizidalen Patienten (vgl. Dormann, 2003)

Rapport bekommen

Risikoabschätzung

Zeit gewinnen

Selbstkontrolle fördern

Setting?

Allgemeine Krisenintervention

Ziele für das Gespräch mit suizidalen Patienten (vgl. Dormann, 2003)

Rapport bekommen

Risikoabschätzung

Zeit gewinnen

Selbstkontrolle fördern

Setting?

Allgemeine Krisenintervention

Beziehung aufbauen

- **Empathisches Verstehen, Wertschätzung**
- **Würdigung:** Würdigung der Krise hat Vorrang vor allen Interventionen, die bei schweren Schädigungen sonst oft wie Bagatellisierungen des Geschehenen wirken.
- **Teilnehmende Haltung:** Therapeut muss sich an die Seite des Suizidanten begeben, um Gefühle von Einsamkeit zu erleichtern.
- **Komplementarität**
- **Eigene Sorge offenlegen**
- **Hilfreichen Rahmen zur Verfügung stellen:**
Ruhige, ungestörte Gesprächsatmosphäre, ausreichende Zeit

Ziele für das Gespräch mit suizidalen Patienten (vgl. Dormann, 2003)

Rapport bekommen

Risikoabschätzung

Zeit gewinnen

Selbstkontrolle fördern

Setting?

Allgemeine Krisenintervention

Ziele der Risikoeinschätzung

Ausmaß der suizidalen Gefährdung

- Distanzierungsfähigkeit
- Absprachefähigkeit

Behandlungssetting

- Beratung, Selbsthilfe etc.
- Ambulante Psychotherapie
- Stationäres Setting

Risikogruppen I

- **Psychisch erkrankte Personen** (Nock et al., 2009)
- **Depressive Patienten**
 - 2% - 6% (Bostwick & Pankratz, 2000; vgl. Blair-West et al., 1997)
 - Höhere Prävalenzraten bei stationär behandelten depressiven Patienten, die wegen Suizidalität hospitalisiert wurden (15%; Guze & Robins, 1970)
 - besonders zu Beginn oder beim Ausklingen einer depressiven Phase (vgl. aber Joiner et al., 2004)
- **Schizophrene Patienten**
 - 1,8% - 5,6% (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005)
 - Psychotische & depressive Symptomatik (McGirr et al., 2007)
 - Risiko erhöht bei jüngeren Patienten zum Störungsbeginn (Palmer et al., 2005)
- **Bipolare Patienten**
 - Geringeres Suizidrisiko als bei unipolarer Depression (Unipolare Depression, stationär: 17,7%; Bipolare Störung, stationär 11,4%; Angst et al., 2002)

Risikogruppen II

■ Borderline Patienten

- 4,2% - 4,8% (Duberstein & Witte, 2009)

■ Anorexia Nervosa

- 3% (Keel et al., 2003)
- Häufigste Todesursache bei AnorektikerInnen (Pompili et al., 2004)

■ Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige

■ Alte Menschen

- Depressive Symptomatik (Erlangsen, 2006; Waern et al., 2002)

■ Stationäre Patienten

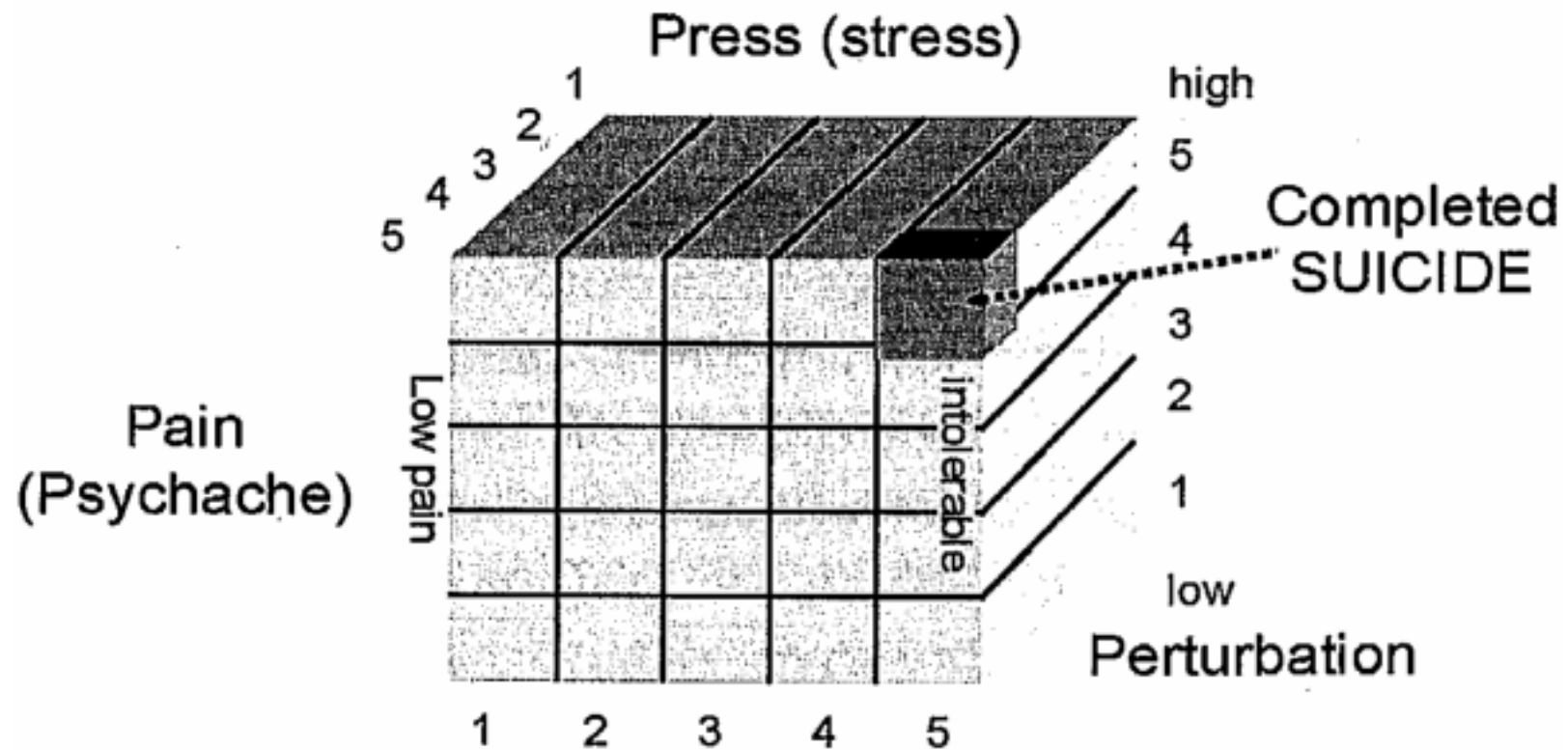
- Erhöhtes Risiko in der ersten Woche des stationären Aufenthaltes und in den ersten zwei Wochen nach Entlassung (Erlangsen et al., 2006; Meehan et al., 2006; Qin & Nordentoft, 2005))

■ Schwer erkrankte Menschen

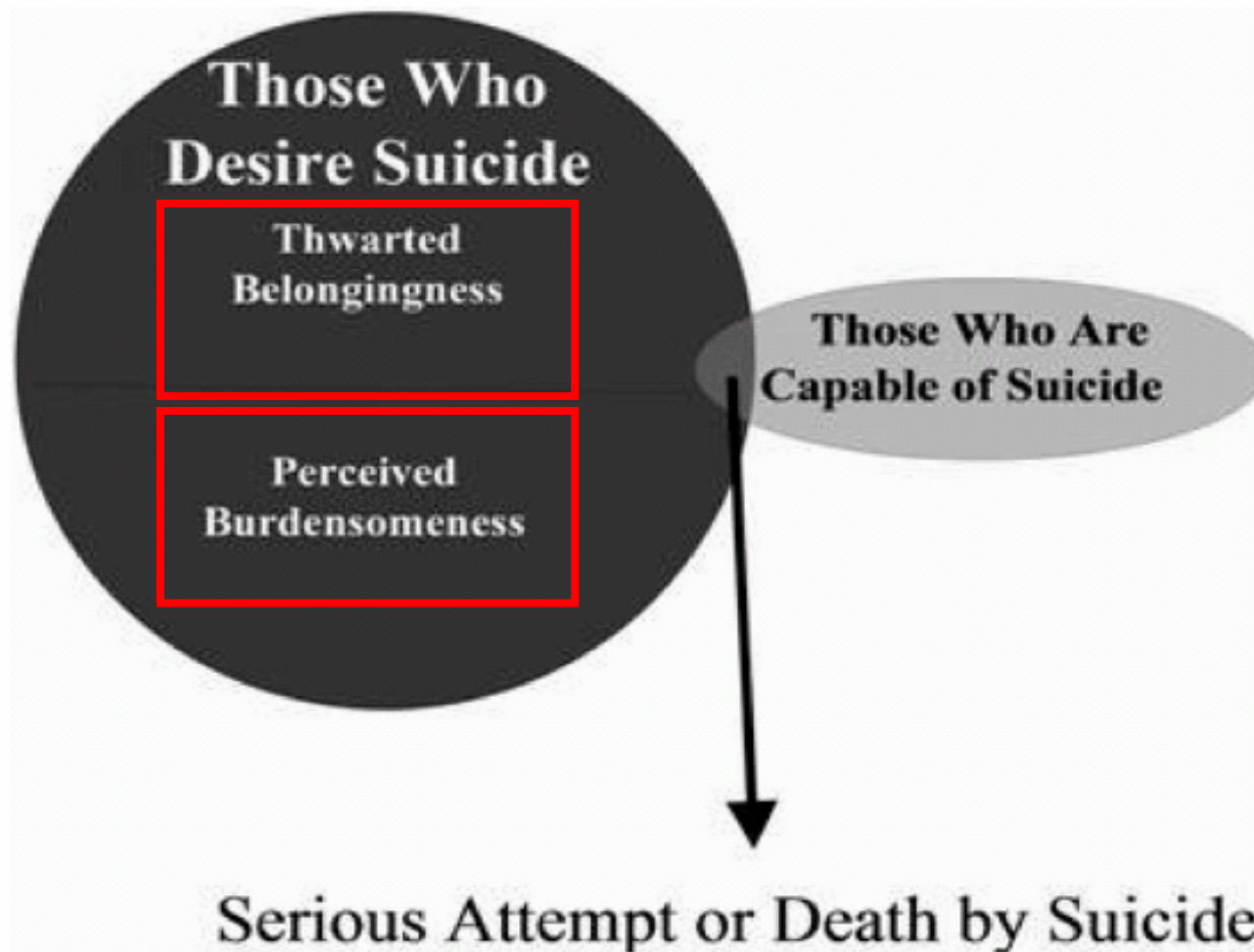
- Erhöhtes Risiko bei Krebserkrankungen – insbesondere Lungen- und Magenkrebs (Björkenstam et al., 2005; Hem et al., 2004; Misono et al., 2008; Yousaf et al., 2005)

■ Menschen, in deren Familie Suizid eine Rolle spielt (Kim et al., 2005)

Cubic model of suicide (Shneidman, 1993)



Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior (Joiner, 2005)



Four Studies on How Past and Current Suicidality Relate Even When “Everything But the Kitchen Sink” Is Covaried

Joiner et al., 2005

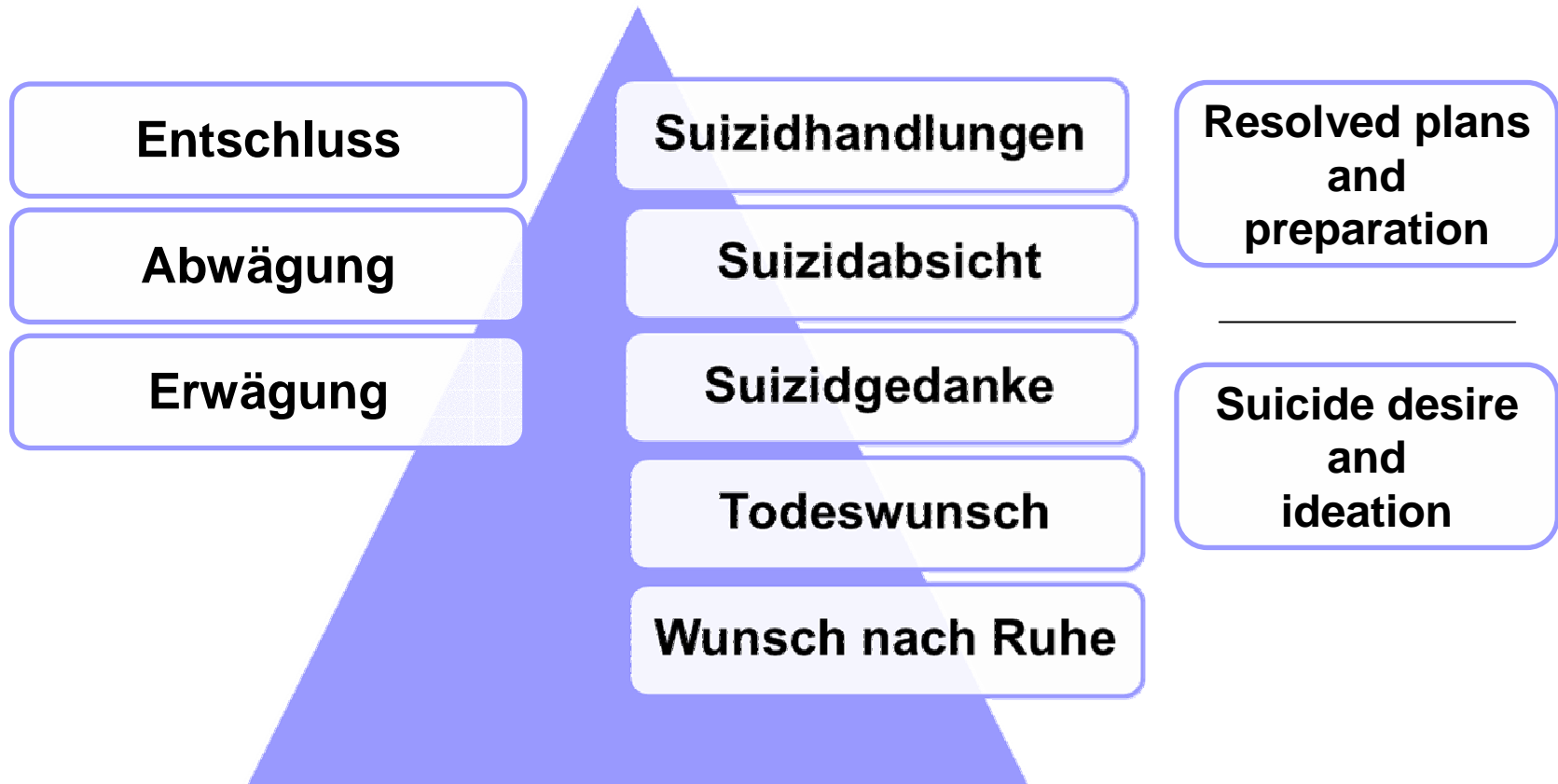
- **Signifikante Assoziation ($r = .24 - .44$) zwischen vergangenen Suizdversuchen und aktueller Suizidalität** - unter Kontrolle von: Alter, Geschlecht, Ehestatus, Ethnizität, familiärer Geschichte von Suiziden, (akuter oder vergangener) depressiver u./od. manischer Episoden, Alkohol/Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, Hoffnungslosigkeit, Problemlösedefiziten, negativen Lebensereignissen, Borderline-Symptomatik
- **in verschiedenen Populationen**
- **In Bezug auf keine andere Variable findet sich ein entsprechender Zusammenhang!**

Zentrale (psychologische)

Prädiktoren suizidaler Handlungen

- **Hoffnungslosigkeit** (Beck et al., 1985; Brown et al., 2000)
- **Soziale Isolation** (Van Orden et al., 2010)
 - Einsamkeit, Fehlen bedeutsamer reziproker Beziehungen; Abwesenheit von Freunden/Verwandten, Verluste (Tod, Trennung)
- **Sich selbst als Last erleben** (Van Orden et al., 2010)
 - Verantwortlichkeitserleben (Mein Tod ist für andere mehr wert als mein Leben), Selbst-Hass
- **Impulsivität** (Kingsbury et al., 1999)
- **Acquired capability** (Van Orden et al., 2010)
 - Suizidversuche, abgebrochene Suizidversuche, intravenöser Drogenkonsum, Selbstverletzung, physische Gewalterfahrung etc.

Suizidalität ist ein Kontinuum



Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos I

(vgl. Israel, 2003; Jobes, 2006; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2000; Witte et al., 2010)

Die Möglichkeit eines Suizids und den eigenen Eindruck benennen

- Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- Mein Eindruck ist, Sie denken darüber nach, sich das Leben zu nehmen.

Art der Suizidgedanken explorieren:

- Wie sehen diese Gedanken (Wünsche, Vorstellungen, Impulse...) aus?
- Wie oft, lange, intensiv (überwältigend) treten diese Gedanken auf?
- Wann denken Sie darüber nach? Was löst die Gedanken aus?

Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos II

(vgl. Israel, 2003; Jobes, 2006; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2000; Witte et al., 2010)

Umgang mit Suizidgedanken explorieren

- „Wie gehen Sie mit diesen Gedanken um?“
- „Wie beenden Sie diese Gedanken wieder?“
- „Was hat Sie bisher davon abgehalten, sich das Leben zu nehmen oder weitere Schritte in diese Richtung zu unternehmen?“
- „Wie stark ängstigt Sie der Gedanke an einen Suizid (Skala 1-10)?“

Suizidmotive und Bedeutung der Suizidgedanken verstehen

- „Bei fast allen Menschen ist es ja so, dass hinter dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen, ein bestimmtes Bedürfnis - z.B. nach Ruhe - steht. Welches könnte das bei Ihnen sein?“ „Wollen Sie sterben, oder wollen Sie, dass etwas aufhört?“
- „Hinter der Überlegung sich das Leben zu nehmen, steckt oft der Wunsch das Leben möge besser werden. Wie muss sich das Leben für Sie verändern, damit Sie sagen können: Jetzt ist es wieder lebenswert?“.

Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos III

(vgl. Israel, 2003; Jobes, 2006; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2000; Witte et al., 2010)

Suizidplan

- Haben Sie darüber nachgedacht, wie Sie sich töten werden?
- Wann, wollen Sie sich wo, auf welche Weise das Leben nehmen? Sind die Mittel verfügbar? Gibt es einen alternativen Plan?
- Werden Sie es eher geplant tun oder eher spontan aus einem Kurzschluss heraus?

Vorbereitungen, Probehandlungen, vorangegangene Versuche

- Haben Sie Vorbereitungen getroffen (Medikamente gesammelt, Abschiedsbrief geschrieben etc.)?
- Haben Sie Probehandlungen durchgeführt (Ort aufgesucht, Seil geknüpft etc.)?
- Haben Sie schon einmal oder mehrmals versucht sich das Leben zu nehmen? (Art der Krise, Ablauf des Suizidversuchs, Intensität des Wunsches zu sterben erfragen, Reaktionen des Umfeldes, „Wie ging es danach für Sie weiter?“, Bedauern darüber überlebt zu haben?: Ähnlichkeiten und Unterschiede zur heutigen Situation explorieren)

Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos IV

(vgl. Israel, 2003; Jobes, 2006; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2000; Witte et al., 2010)

Zeit einschätzen

- „Mal angenommen, die Situation ändert sich nicht oder wird sogar noch schlimmer. Wie lange können Sie es wohl noch ertragen, ohne etwas in die Richtung zu unternehmen, sich zu töten?“
- „Vielleicht gibt es noch einen Teil in Ihnen, der noch Bedenkzeit will. Wie viel Zeit können Sie diesem Teil noch geben?“
- „Wie entschlossen sind sie ihre Suizidgedanken in die Tat umzusetzen (Skala 1-10)?“

Soziale Eingebundenheit explorieren I

- „Wer weiß eigentlich davon, dass Sie manchmal mit dem Gedanken spielen, sich das Leben zu nehmen? Wie wäre das für Ihre Frau, wenn sie das wüsste? Wie würde sie reagieren?“
- „Wer wird am meisten davon betroffen sein, wenn Sie sich umbringen? Wie wird die Ihnen wichtigste Person darauf reagieren?“

Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos V

(vgl. Israel, 2003; Jobes, 2006; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2000; Witte et al., 2010)

Soziale Eingebundenheit explorieren II

- „Angenommen, ich würde Ihre Schwester fragen, ob sie Ihnen die Selbsttötung empfiehlt oder ob sie eher ihr Weiterleben schätzen würde? Und wer in der Familie würde in Zukunft gern als lebender Mann mit Ihnen zu tun haben? Und wenn ich Ihre Mutter fragen könnte, wie würde sie Ihnen raten?“

Wahrnehmung eine Last für andere zu sein

- „Manchmal denken Leute in ihrer Situation, dass es für andere besser sei, wenn sie tot wären. Haben Sie auch solche Ideen?“
„Fühlen Sie sich manchmal als eine Last für andere?“

Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos VI

(vgl. Israel, 2003; Jobes, 2006; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2000; Witte et al., 2010)

Ressourcenorientierte Fragen nutzen

- „Gibt es Zeiten oder Momente, in denen Sie anders über die Möglichkeit, sich das Leben zu nehmen, nachdenken? Was ist dann anders?“
- Was genau hat es Ihnen ermöglicht, dass sie Ihre Tötungsmöglichkeit nicht bis zum letzten Schritt genutzt haben? Was hat bislang die Entscheidung für das Leben getragen?
- Wie erklären Sie sich selbst, dass Sie angesichts Ihres schweren Lebens erst jetzt die Idee entwickelt haben, Ihrem Leben ein Ende zu setzen? Wo haben Sie diese Kraft her? Woraus hat sie sich bisher gespeist?“
- „Gab es schon mal in Ihrem Leben Zeiten, in denen Sie dachten, es wäre besser zu sterben? Wie war das damals? Was war hilfreich? Was war ungünstig (an Hilfsversuchen)?“

Skalierungsfragen (Jobes, 2006)

Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 8 (sehr stark):

- Wie stark ist Ihr Wunsch zu leben?
- Wie stark ist Ihr Wunsch zu sterben?

Kriterien für die Einschätzung der Höhe des Suizidrisikos:

- Ein erhöhtes Risiko kann angenommen werden, ...
 - ... wenn die bisherigen Suizidversuche eine Tendenz zu immer härteren Methoden aufweisen.
 - ... wenn Selbsttötungsabsichten nur gegenüber Dritten (z.B. nur dem Therapeuten und nicht dem Partner gegenüber) geäußert werden.
 - ... wenn schon 1-2 misslungene Suizidversuche in Verbindung mit offener Feindseligkeit und provozierendem Verhalten vorliegen.
 - ... wenn der Patient mehr Gründe nennt, die fürs Sterben als fürs Leben sprechen.

Kriterien für die Einschätzung der Höhe des Suizidrisikos:

- Ein erhöhtes Risiko kann angenommen werden, ...
 - ... wenn die Suizidgedanken länger andauern (über mehrere Minuten hinweg) und täglich oder sogar häufiger auftreten.
 - ... wenn eine depressive Phase begonnen hat oder im Abklingen ist.
 - ... wenn der Patient starke Schuldgefühle berichtet.
 - ... wenn keine Hindernisse wie religiöse Einstellungen oder zu versorgende Kinder vorhanden sind.
 - ... wenn die Methoden gut durchdacht (z.B. Wissen über letale Dosierungen von Drogen o.ä.) und auch verfügbar sind.

Kriterien für die Einschätzung der Höhe des Suizidrisikos:

- Ein erhöhtes Risiko kann angenommen werden, ...
 - ... wenn die Fähigkeit und der Mut zur Durchführung angenommen werden können.
 - ... wenn Vorbereitungen getroffen sind (z.B. Tabletten oder Rezepte gesammelt, Abschiedsbrief geschrieben, Testament erstellt etc.).
 - ... wenn eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass Sozialpartner einschreiten könnten.
 - ... wenn der Patient seine Überlegungen sehr gelassen schildert und seine Argumente einen rationalen Entscheidungsprozess vermuten lassen.

Ziele für das Gespräch mit suizidalen Patienten (vgl. Dormann, 2003)

Rapport bekommen

Risikoabschätzung

Zeit gewinnen

Selbstkontrolle fördern

Setting?

Allgemeine Krisenintervention

Zeit gewinnen

(Dorrmann, 1998)

- Zeitliche befristete Vereinbarung heraushandeln: einige Tage, einige Wochen, im Akutfall einige Stunden (in denen der Betroffene dann aus der akuten Gefährdungssituation herauskommen sollte)
- Notfallplan, Vertrag

Zeit gewinnen

(Dorrmann, 1998)

- Anknüpfen an die Ambivalenz des Patienten
 - *Es ist bei grundlegenden Entscheidungen wichtig, alle Überlegungen gleichzeitig vor Augen zu haben ... Sie wollen etwas tun, was nicht mehr rückgängig zu machen ist. Gerade deshalb ist es gut, sich Zeit zu nehmen und genau zu überlegen, um sich wirklich sicher zu sein.*
- Gründe für und gegen das Leben explorieren

Zeit gewinnen

(Dorrmann, 1998)

- Anknüpfen an die Ambivalenz des Patienten heißt auch: Die Haltung ist angemessen, dass ALLE suizidalen Personen **ambivalent** in ihrer Entscheidung sind.
- Signalisieren Sie klar, dass Sie diese Ambivalenz sehen, verstehen, akzeptieren, und gründlich, mit Zeit, betrachten möchten.
- Botschaft: „Dies spricht GEGEN eine schnelle Entscheidung für einen Suizid.“

Ziele für das Gespräch mit suizidalen Patienten (vgl. Dormann, 2003)

Rapport bekommen

Risikoabschätzung

Zeit gewinnen

Selbstkontrolle fördern

Setting?

Allgemeine Krisenintervention

Gefährliche Gegenstände entfernen

(Linehan, 1996)

- Sicherstellen, dass gefährliche Gegenstände (Waffen, Medikamente etc.) für die Zeit der suizidalen Krise gesichert werden

Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study

Keith Hawton, Ellen Townsend, Jonathan Deeks, Louis Appleby, David Gunnell, Olive Bennewith, Jayne Cooper

Table 1 Numbers of suicides, undetermined deaths, and deaths resulting from accidental poisoning attributable to paracetamol and salicylates among people aged 12 years and over in England and Wales before and after the change in law on packaging*

Drug	No (%) of deaths			% change in incidence‡ (95% CI)	P value	% change in proportional incidence‡ (95% CI)	P value
	Penultimate 12 months before change (n=2255)	12 months before change (n=2234)	12 months after change (n=2086)†				
Paracetamol:							
Alone	203 (9.0)	185 (8.3)	147 (7.0)	-21 (-34 to -5)	0.01	-18 (-33 to -1)	0.04
With other drugs	59 (2.6)	56 (2.5)	56 (2.7)	2 (-26 to 39)	0.9	5 (-24 to 44)	0.8
Salicylates:							
Alone	35 (1.6)	29 (1.3)	16 (0.8)	-48 (-70 to -11)	0.02	-46 (-69 to -7)	0.03
With other drugs	4 (0.2)	8 (0.4)	3 (0.1)	-48 (-85 to 81)	0.3	-46 (-85 to 91)	0.3
Paracetamol and salicylates	11 (0.5)	5 (0.2)	9 (0.4)	18 (-47 to 163)	0.7	21 (-47 to 174)	0.6

*16 September 1998.

†These numbers were increased by 4.5% in the analyses. (See methods section for explanation.)

‡Comparison of 12 months after the change with the average of the two years before.

Notfallplan, Teil I

(Dorrrmann, 1998; Crisis Card: Jobes, 2006; Joiner et al., 2009)

Ich bin zu Hause und beschäftige mich nachhaltig mit dem Gedanken, mir etwas anzutun

Ich schütze mich selbst, indem ich...

- mich hinlege und mich entspanne
- 3 mal tief einatme
- meine Lieblingsmusik auflege
- die Entspannungskassette höre
- mich fünf Minuten vor den Spiegel setze
- ein Glas kühles Wasser trinke

Notfallplan, Teil II

(aus: Dorrermann, 1998)

Ich merke, dass ich länger als zehn Minuten über die Methoden nachdenke, mit denen ich mich umbringen könnte.

Ich schütze mich selbst, indem ich...

- in die Natur oder in die Stadt gehe
- einen Dauerlauf mache
- ein warmes Bad nehme
- in ein Kissen hineinschreie
- ins Kino, in die Sauna oder zum Schwimmen ... gehe
- mit dem Auto fahre, ganz laut Musik höre und mitsinge
- einen Friseurtermin für den gleichen Tag vereinbare
- mich einige Zeit unter die Dusche stelle.

Notfallplan, Teil III

(aus: Dorrermann, 1998)

Ich merke, dass ich meine Gedanken, mich umzubringen, nicht mehr bekämpfe

Ich schütze mich, indem ich

- **N. N. (eine bestimmte Person, jd., der immer ein offenes Ohr hat) anrufe oder zu ihr/ihm gehe**
- **die Telefonseelsorge (*Ruf-Nr.: 11101 oder 11102*) anrufe**
- **meine Therapeutin oder einen Kollegen in ihrer Praxis anrufe und mir einen Termin geben lasse**
- **zum Arzt gehe und mir Medikamente verschreiben lasse**

Hope Kit (Berk et al, 2004; Jobes, 2006)

- Box bestücken mit lebensbejahenden Dingen und Erinnerungsstücken – Dinge die den Patienten an die Aspekte erinnern, für die es sich lohnt zu leben.

Antisuiizidpakte

Indikation:

- **Probleme der Selbstkontrolle:** Wenn der Patient bereit ist, die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, nochmals aufzuschieben, sich aber nicht sicher ist, ob er das schafft.
- **Abklärung des Suizidrisikos**
„Ist es möglich, dass Sie sich bis zur nächsten Sitzung umgebracht haben?“ Wenn nein: „Könnten Sie mir das versprechen? Würden Sie zu meiner und Ihrer Sicherheit auch eine Abmachung mit mir schließen?“

Haltung

- Ziel des Vertrages ist es, eine sichere Basis für beide Seiten zu schaffen. Bei der Erstellung ist der Prozess am wichtigsten, nicht das Endprodukt!

Vorgehen (Dorrmann, 2005)

- 1. Kläre oder verbalisiere selbst noch mal, dass Dein Patient am Leben bleiben möchte ... Oder zumindest die nächste Sitzung wahrnehmen möchte, wenn er dies könnte.**
- 2. Mach ihm den Vorschlag, eine Methode zu probieren, die es ihm leichter machen könnte, die Zeit bis dahin auch wirklich zu überstehen.**
- 3. Ist er dazu bereit, dann diktiere ihm den Wortlaut des Versprechens auf ein Papier.**

Formulierung von Anti-Suizid-Verträgen

„Ich werde bis zur nächsten Sitzung am ... am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal was passiert und egal, wie ich mich fühle.“

„In dieser Zeit werde ich alle Möglichkeiten nutzen, die mir helfen, bei einer Entscheidung für oder gegen mein Leben weiterzukommen.“

Vorgehen (Dorrmann, 2005)

4. Die meisten Patienten haben das Problem, dass sie für bestimmte Situationen nicht für Ihre Sicherheit garantieren können (z.B. „und wenn mir in dieser Woche wieder meine Frau mit ihrem Neuen über den Weg läuft?“). Suche dann zusammen mit dem Patienten Möglichkeiten, den Vertrag so zu erweitern, bis er vom Patienten als hilfreich erlebt wird:

„Was hat Ihnen bisher geholfen, diese schwierigen Situationen zu bewältigen oder zu überstehen?“

Ergänzungen von Anti-Suizid-Verträgen

**„Damit ich meiner Frau nicht begegne,
schütze ich mich, indem ich in dieser
Woche nur bei XX einkaufe.“**

**„Wenn es gar nicht mehr geht, dann
helfe ich mir mit dem Gedanken: Meine
Kinder brauchen mich noch.“**

**„Wenn es gar nicht mehr geht, dann
nehme ich ein warmes Bad“**

Vorgehen (Dorrmann, 2005)

5. In manchen Fällen ist es im Sinne der Stimuluskontrolle notwendig, Patienten dazu zu veranlassen, bereitgehaltene gefährliche Gegenstände zu beseitigen oder außer Haus zu bringen.

6. Wenn der Patient sich immer noch nicht zutraut, die für die Einhaltung des Vertrages nötige Selbstkontrolle aufzubringen, kann man ihm weitere günstige Rahmenbedingungen vorschlagen (z.B. das Recht auf einen 5-minütigen Anruf pro Tag) oder sich selbst als Vertragspartner einbringen.

Ergänzungen von Anti-Suizid-Verträgen

„Wenn ich sicher bin, dass ich alle meine Möglichkeiten, am Leben zu bleiben und mich von einer Selbsttötung abzuhalten, ausgeschöpft habe, dann habe ich das Recht, meinen Therapeuten anzurufen und um einen Termin zu bitten. Herr/Frau _____ verpflichtet sich, diesen Termin spätestens am darauffolgenden Werktag einzurichten.“

Vorgehen (Dorrmann, 2005)

- 7. Bevor der Patient den Text unterschreibt, soll er ihn möglichst mehrmals laut gelesen haben. Der Patient kann sich auf diese Weise mit der impliziten Selbstaufforderung konfrontieren und auseinandersetzen.**
- 8. Der Patient wird dann aufgefordert, den Vertrag mit vollem Namen zu unterschreiben. Der Vertrag soll in den Händen des Patienten bleiben. Der Vertrag sollte an einem gut zugänglichen Ort aufbewahrt werden.**

Ziele für das Gespräch mit suizidalen Patienten (vgl. Dormann, 2003)

Rapport bekommen

Risikoabschätzung

Zeit gewinnen

Selbstkontrolle fördern

Setting?

Allgemeine Krisenintervention

Indikationsentscheidung

(Noyon & Heidenreich, 2009)

- Bestehende Suizidalität, aber glaubwürdig und sicher distanziert sowie absprachefähig (> **ambulante Behandlung**)
- Bestehende Suizidalität, nicht distanziert, nicht absprachefähig (> **freiwillige bzw. unfreiwillige stationäre Behandlung**)
- Bestehende Suizidalität, Distanzierungs- und Absprachefähigkeit unklar (> **freiwillige bzw. unfreiwillige stationäre Behandlung**)

Akuter Einsatz bei suizidaler Person

- Einziges Ziel: Entfernen aus der gefährlichen Situation
- Prinzipien auch hier: Beziehung aufbauen, Zeit gewinnen.
- Regeln u.a.:
 - Sich persönlich namentlich vorstellen,
 - Fragen stellen, um ein Gespräch zu erzeugen,
 - anfangs eher nur geschlossene Fragen,
 - Um Zeit werben, Zwiespalt suchen und verstehen,
 - Hoffnung erzeugen, authentisch zeigen, dass man den Tod des anderen sehr befürchtet,
 - Ungefragt Gründe für das Leben erzählen, immer verstehen, dass man das auch anders sehen kann.

Beratung/Seelsorgegespräch

- Ziel für suizidale Menschen: Begleitung in schwieriger Lebenssituation, Sozialpartner (-“ersatz“?), Klärung von Problemen, Wünschen, Prioritäten, ggf. Weitervermittlung zu Psychotherapie, sozialpsychiatrischer Versorgung, o.ä.
- Ziele für Angehörige: dto.

Psychotherapie suizidaler Personen

- **Warum sollten Sie darüber etwas wissen?**
 - **Um gezielt und guten Gewissens an die richtigen Fachstellen weiterverweisen zu können.**
 - **Um dadurch schnell Ihre Verantwortung mit anderen teilen zu können.**
 - **Um mit betroffenen Angehörigen auch direkt einzelne Aspekte korrigierend besprechen zu können.**

Ambulante Psychotherapie

- Ziele: Suizidalität als Problem innerhalb anderer seelischer Nöte (Depression, PTB, Soziale Ängste, Sucht etc.) einordnen, Vorgehen siehe Dorrman
- Besondere Maßnahmen u.a.:
 - Sitzungsfrequenz erhöhen
 - Telefonkontakte
 - Absprachen dafür treffen, wenn Absprachen nicht eingehalten werden
 - Arzt einbeziehen (Medikamente nutzen)
 - Familienmitglieder einbeziehen
 - Kurzfristige Stabilisierungsstrategien
 - Suizidalität im Auge behalten: Zu Beginn jeder Folgesitzung sollte das aktuelle Suizidrisiko erfasst werden.

Formale Aspekte

- **Sorgfältige Dokumentation:** Was nicht dokumentiert wurde, hat nicht stattgefunden!
[Risikoeinschätzung, therapeutische Entscheidungen und ihr Hintergrund (z.B. Verzicht auf stationäre Einweisung), angewandte Interventionen (Behandlungsplan), Kontakte zu behandelnden Ärzten, Familienmitgliedern, Supervisoren, Telefonkontakte (Datum, Inhalt)]

Kriterien und Hinweise für eine stationäre Einweisung

- Suizidalität in Verbindung mit akuten Psychosen
- Starke Depression mit psychotischen Symptomen
- Mangelnde Absprachefähigkeit
- Mangelnde Impulskontrolle
- Klient kommt direkt nach Suizidversuch mit körperlichen Verletzungen oder (unklarer) Intoxikation.
- Klient schätzt Risiko selbst als hoch ein, kann für nichts garantieren, kann sich auf Rahmenbedingungen nicht einlassen.
- Klient wünscht stationäre Versorgung.
- Klient lebt in Extremsituation (z.B. kein Wohnsitz, keine Angehörigen).
- Angst und Unsicherheit des Therapeuten und keine geeigneten ambulanten Überweisungsmöglichkeiten.

Stationäre Einweisung

(Heidenreich & Noyon, 2009)

- *„Wir haben nun ausführlich über ihre Situation gesprochen, und mir ist sehr deutlich, dass Sie in großer Gefahr sind, sich etwas anzutun. Ich mache mir sehr ernste Sorgen um Sie, und wie ja deutlich wurde, können Sie nicht mehr dafür garantieren, dass Sie sich nicht umbringen werden, wenn Sie nun hier herausgehen. Deshalb gibt es jetzt nur noch eins was wir tun können, und das ist: Sie in eine Klinik zu bringen.“*

Stationäre Einweisung

- **Folgende Schritte sind möglich:**
- Bei einer Ablehnung einer Unterbringung des Patienten in einer Psychiatrie, mit ihm über sinnvolle Alternativen nachdenken (psychosomatische Kliniken, Krisenzentren, Freunde etc.).
- Den Patienten überzeugen, dass er bei einer freiwilligen Einweisung einen besseren Status hat, als bei einer richterlich angeordneten Zwangseinweisung.
- Mit dem Patienten zum Hausarzt oder in die Notaufnahme der Psychiatrie fahren (Taxi, Krankenwagen), um einen ärztlichen Kollegen in die Überlegung einzubeziehen.
- Den Patienten mit aller Autorität anweisen, den Raum nicht zu verlassen und den ärztlichen Notdienst um Mithilfe ersuchen.

Stationäre Einweisung II

(Heidenreich & Noyon, 2009)

- *„Wir sind uns in diesem Punkt nicht einig: ich habe ernste Zweifel und Sorgen und befürchte, dass Sie sich etwas antun werden, wenn Sie hier jetzt rausgehen, Sie bestreiten, dass seitdem ich von Klinik zu sprechen begonnen habe. So unerfreulich das ist, ich darf und will mich Ihnen hier nicht beugen und bestehe darauf, dass Sie in eine Klinik gehen. Dazu bin ich auch gesetzlich verpflichtet. Deshalb appelliere ich noch ein letztes Mal an Sie, meinem Vorschlag zu folgen. Denn sonst bleibt mir keine andere Möglichkeit, als Notdienst und Polizei zu informieren und Sie notfalls auch gegen Ihren Willen in die Klinikbringen zu lassen. Ich wäre froh, wenn es nicht so weit kommt, aber wenn nötig werde ich so vorgehen.“*

Vorgehen bei Unterbringung gemäß PsychKG

- Kontakt mit einem Arzt herstellen (Notarzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, überweisender Arzt, diensthabender Arzt im Gesundheitsamt, der ärztliche Notdienst oder notfalls der diensthabende Arzt im Krankenhaus).
- Das zur Unterbringung notwendige Zeugnis ausstellen (Erfolgt durch den einweisenden Arzt)
- Gesicherten Transport zum Krankenhaus organisieren (KTW, RTW, Polizei).
- Ordnungsamt informieren (Erfolgt durch das aufnehmende Krankenhaus).
- Bei bestehendem Betreuungsverhältnis muss zusätzlich Betreuer eingeschaltet werden.

Kriterien: Vorliegen einer psychischen Erkrankung; Erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung; Gefährdung ist nur durch eine Unterbringung zu beheben.



Chronische Suizidalität

Ziele der Risikoeinschätzung

Ausmaß der suizidalen Gefährdung

- Distanzierungsfähigkeit
- Absprachefähigkeit

Behandlungssetting

- Ambulantes Setting
- Stationäres Setting

Vorgehen bei chronischer Suizidalität (Linehan, 1996)

Ziele:

1. Therapeut muss aktiv genug reagieren, um die Patientin davon abzuhalten, sich zu töten.
2. Therapeut muss so reagieren, dass die Wahrscheinlichkeit reduziert wird, dass sich die Patientin später suizidal verhält.

Vorgehen bei chronischer Suizidalität

Suizidales Verhalten = Therapieprojekt Nr. 1

- Außerhalb Phasen erhöhten Risikos sollte die Überwindung und Veränderung des suizidalen Verhaltens, suizidaler Gedanken und Impulse, sowie extrapersonaler Faktoren, die die Suizidalität modulieren, als Dauerprojekt vereinbart werden.
- Patienten sollten hierzu dauerhaft dyston werden, also innerlich die Suizidalität als eigenes Problem ansehen.
- Ansätze und Methoden: Trainieren von eigenen Verhaltensanalysen, Kognitive Therapie zur Optimierung der Handlungsregulation, dauerhafte Neuvernetzung (Selbsthilfe, soziales Umfeld, anderer Versorger/Behandler etc.).

Vorgehen bei chronischer Suizidalität (Linehan, 1996)

Zurückliegendes suizidales Verhalten

- Häufigkeit, Intensität und Schweregrad des suizidalen Verhaltens erheben.
- Durchführung einer Verhaltensanalyse
- Alternative Lösungen (oder Aushalten) der Situation besprechen
- Negative (zwischenmenschliche) Konsequenzen suizidalen Verhaltens herausarbeiten.
- Nicht-suizidale Reaktionen verstärken.
- Schmerz der Patientin validieren
- Verhalten zu übergeordneten Mustern in Beziehung setzen.

Vorgehen bei chronischer Suizidalität (Linehan, 1996)

Unmittelbare Suiziddrohungen

- Risikoeinschätzung
- Lebensbedrohende Gegenstände entfernen (lassen)
- Patientin empathisch auffordern, sich nicht umzubringen
- Darauf bestehen, dass Suizid keine Lösung darstellt
- Ermutigende Aussagen und Lösungen finden
- (Notfalls) Zwangsinterventionen

Kriterien und Hinweise für eine stationäre Einweisung

- Suizidalität in Verbindung mit akuten Psychosen
- Starke Depression mit psychotischen Symptomen
- Mangelnde Absprachefähigkeit
- Mangelnde Impulskontrolle
- Klient kommt direkt nach Suizidversuch mit körperlichen Verletzungen oder (unklarer) Intoxikation.
- Klient schätzt Risiko selbst als hoch ein, kann für nichts garantieren, kann sich auf Rahmenbedingungen nicht einlassen.
- Klient wünscht stationäre Versorgung.
- Klient lebt in Extremsituation (z.B. kein Wohnsitz, keine Angehörigen).
- Angst und Unsicherheit des Therapeuten und keine geeigneten ambulanten Überweisungsmöglichkeiten.

Stationäre Einweisung

(Heidenreich & Noyon, 2009)

- *„Wir haben nun ausführlich über ihre Situation gesprochen, und mir ist sehr deutlich, dass Sie in großer Gefahr sind, sich etwas anzutun. Ich mache mir sehr ernste Sorgen um Sie, und wie ja deutlich wurde, können Sie nicht mehr dafür garantieren, dass Sie sich nicht umbringen werden, wenn Sie nun hier herausgehen. Deshalb gibt es jetzt nur noch eins was wir tun können, und das ist: Sie in eine Klinik zu bringen.“*

Stationäre Einweisung

- **Folgende Schritte sind möglich:**
- Bei einer Ablehnung einer Unterbringung des Patienten in einer Psychiatrie, mit ihm über sinnvolle Alternativen nachdenken (psychosomatische Kliniken, Krisenzentren, Freunde etc.).
- Den Patienten überzeugen, dass er bei einer freiwilligen Einweisung einen besseren Status hat, als bei einer richterlich angeordneten Zwangseinweisung.
- Mit dem Patienten zum Hausarzt oder in die Notaufnahme der Psychiatrie fahren (Taxi, Krankenwagen), um einen ärztlichen Kollegen in die Überlegung einzubeziehen.
- Den Patienten mit aller Autorität anweisen, den Raum nicht zu verlassen und den ärztlichen Notdienst um Mithilfe ersuchen.



Angehörige suizidaler Patienten

Fallbeispiel Herr S

- **Frau (35), Mutter von zwei Kindern, verheiratet, nach außen gut etabliert, „alles normal“, begeht mehrere Suizidversuche, ist deswegen auch in Behandlung.**
- **Ein Versuch ist Ende 2008 erfolgreich, im Rahmen eines stationär-psychiatrischen Aufenthalts auf offener Station**
- **Ehemann der Verstorbenen sucht psychotherapeutische Hilfe auf**

Fallbeispiel Herr M

- **Frau, Mutter von einer Tochter, von Ehemann seit einiger Zeit getrennt, begeht seit Jahren mehrere Suizidversuche, ist deswegen auch zeitweise in Behandlung.**
- **Nun: Erweiterter Suizid, bei dem die Tochter getötet wird.**
- **Ehemann der Verstorbenen sucht psychotherapeutische Hilfe auf**

Angehörige suizidaler Personen

- Aktuell in Deutschland ca. 10.100 Suizide pro Jahr (2010), Versuche ca. 100.000 (geschätzt), Tendenz derzeit steigend
- Ca. 12 Suizide auf 100.000 Einwohner (2008)
- Entsprechend hoch (ca.4 enge Angehörige, 4-5 Weitere Angehörige) ist die Anzahl von Angehörigen suizidaler Personen pro Jahr: 80.000-90.000. Diese bleiben oft über viele Jahre davon betroffen.
- Angehörige suizidaler Patienten bei:
 1. erfolgtem Suizidversuch
 2. vollendetem Suizid

Die Folgen für Angehörige suizidaler Patienten nach erfolgtem Suizidversuch

- **Phasen/Zustände in traumatischen Krisen (Cullberg, 1978):**
 - **Schock** durch dieses traumatische Ereignis
 - **Reaktion:** starke emotionale Turbulenzen, Apathie, Verzweiflung, teils Fehlanpassung
 - **Bearbeitung:** Erklärungssuche, Versuche der Einordnung in das Leben, Versuche herzufinden, wie man mit dem Verlust oder drohenden Verlust umgehen kann
 - **Neuorientierung:** Veränderungen im eigenen Leben (innen und außen), um dieses Ereignis einzubetten, die Erinnerung zu bewahren, und zugleich der Zukunft Sinn zu geben

Die Folgen für Angehörige suizidaler Patienten nach erfolglosem Suizidversuch

- **Irritation, Unverständnis, Überraschung**
- **Scham und Schuldgedanken und -gefühle**, wenn der Versuch überraschend kam, vielleicht im Anschluss an einen Konflikt oder anderes Negativerlebnis: „Ich hätte es merken müssen!“, „Jeder Suizidversuch ist vorher zu erkennen.“, „Warum habe ich bloß mit X gestritten?“, „Ich hätte mich mehr um X kümmern müssen, dann wäre das nicht passiert.“ etc.
- **Wut, Empörung**, wenn eher Beziehungsappelle im Vordergrund stehen, oder Hilfsangebote ausgeschlagen worden waren, oder der Versuch als Misstrauensausdruck, als Trennungsversuch verstanden/erlebt wird,
- **Trauer (im Sinne von anteilnehmender Trauer)**
- **Hilflosigkeit**, wenn der Suizidwunsch schon längere Zeit bekannt war, aber die Angehörigen nichts zu ändern vermochten.

Folgen für Angehörige nach vollendetem Suizid

- Irritation, Unverständnis, Überraschung
- Scham, Schuldgedanken und -gefühle, wenn der Versuch überraschend kam, vielleicht im Anschluss an einen Konflikt oder anderes Negativerlebnis: „Ich hätte es merken müssen!“, „Jeder Suizidversuch ist vorher zu erkennen.“, „Warum habe ich bloß mit X gestritten?“, „Ich hätte mich mehr um X kümmern müssen, dann wäre das nicht passiert.“ etc.
- **Wut, Empörung**, wenn Beziehungsappelle im Vordergrund stehen, oder Hilfsangebote ausgeschlagen worden waren, oder der Suizid als Misstrauen, als Trennung verstanden/erlebt wird, hier noch größer durch die Unmöglichkeit, noch Dinge klarzustellen, zu beeinflussen etc.
- **Trauer um den Verstorbenen, dabei: Sind hier alle üblichen , gesellschaftlich anerkannten Trauerrituale so einfach möglich?**
- **Schmerz durch den unwiederbringlichen Verlust, Gefühl, untröstlich zu sein und keinen Sinn in der Zukunft zu sehen.**
- **Hilflosigkeit**, wenn der Suizidwunsch schon längere Zeit bekannt war, aber die Angehörigen nichts zu ändern vermochten und dies auch nie mehr tun können.

Fallbeispiel Herr S

- Er ist hilflos, da er sie nicht davon abbringen konnte.
- Er ist auch hilflos, da die letzten Worte in der Beziehung von ihr aufgeschrieben wurden (im Abschiedsbrief), eine Antwort ist nicht möglich.
- Er hat Schuldgefühle, da er als Ehemann ja „am nächsten dran“ sei.
- Er ist nun allein mit den Kindern, trauert mit ihnen, ist auch wütend auf seine Frau.
- Er wagt es nicht, seinen Kindern genau zu sagen, dass sich ihre Mutter das Leben genommen hat.

Fallbeispiel Herr M

- Er ist gelähmt, schockiert, fassungslos, da er den erw. Suizid zu diesem Zeitpunkt nicht absehen konnte.
- Er hat Schuldgefühle, da er als Vater und Ehemann ja „am nächsten dran“ sei.
- Er ist vollkommen irritiert, da der aktuelle Anlass völlig unklar ist, kein Abschiedsbrief.
- Er ist nun vollkommen allein, trauert schmerzlichst um seine Tochter, ist wütend auf seine Frau, und hat sogar noch Mitleid mit ihr.
- Er erlebt nichts mehr wie vorher, ist entfremdet.
- Gleichzeitig erlebt er auf absurdeste Weise freie Zeit...

Umgang mit diesen Folgen in der Psychotherapie Angehöriger

- **Irritation, Unverständnis, Überraschung:**
 - **Nachbearbeitung der Ereignisse und Aufklärung** über das, was man bislang über Suizidalität weiß: Risikofaktoren, Einflussfaktoren
 - **Dabei: Aufräumen mit Mythen:** Suizide werden eben nicht vorher immer angekündigt, manchmal ja, manchmal nein. Erst im Nachhinein kann der Weg zum Suizid nachgezeichnet werden, der vorher nicht erkennbar war.
 - **Hilfe bei der plötzlich notwendigen Neuorientierung:** Bei Suizidversuch: Kontakt zum Betroffenen suchen, deutliche Hinwendung einhergehend mit deutlicher Positionierung. Prüfen zusätzlicher Hilfen durch Angehörige, idealerweise gemeinsam mit dem Betroffenen.

Umgang mit diesen Folgen in der Psychotherapie Angehöriger

- **Scham und Schuldgedanken und -gefühle**, wenn der Versuch überraschend kam, vielleicht im Anschluss an einen Konflikt oder anderes Negativerlebnis: „Ich hätte es merken müssen!“, „Jeder Suizidversuch ist vorher zu erkennen.“, „Warum habe ich bloß mit X gestritten?“, „Ich hätte mich mehr um X kümmern müssen, dann wäre das nicht passiert.“, „Ich darf das niemandem erzählen.“
- Bearbeitung dieser Gedanken, genaue Prüfung, z.B. mit Kognitiven Therapiemethoden: Disputation, Kuchendiagramm etc.
- Dabei ist ein wichtiger Unterschied zwischen:
 - Hatte ich Einfluss auf die Befindlichkeit der Person? Vs.
 - Hatte ich Einfluss auf den Suizidentschluss?
- Alternativ: Disputation der Funktion von Schuld: „Wer Schuld hat, hat Verantwortung und Einfluss“. Dies ist vielleicht besser zu ertragen, als die Erkenntnis, dass ein Verlust durch Suizid nicht immer zu verhindern, d.h. beeinflussbar ist...

Umgang mit diesen Folgen in der Psychotherapie Angehöriger

- **Ergebnis wird in der Regel sein:**
 - **Es gibt 0% Schuld an der Befindlichkeit der Person und 0 % Schuld am Suizidentschluss.**
 - **Oder:**
 - **Es gibt x% Einfluss/Schuld bzgl. der Befindlichkeit der Person und 0% Einfluss auf den Suizidentschluss**

Beweis/Gegenbeweis (Beck, 1999)

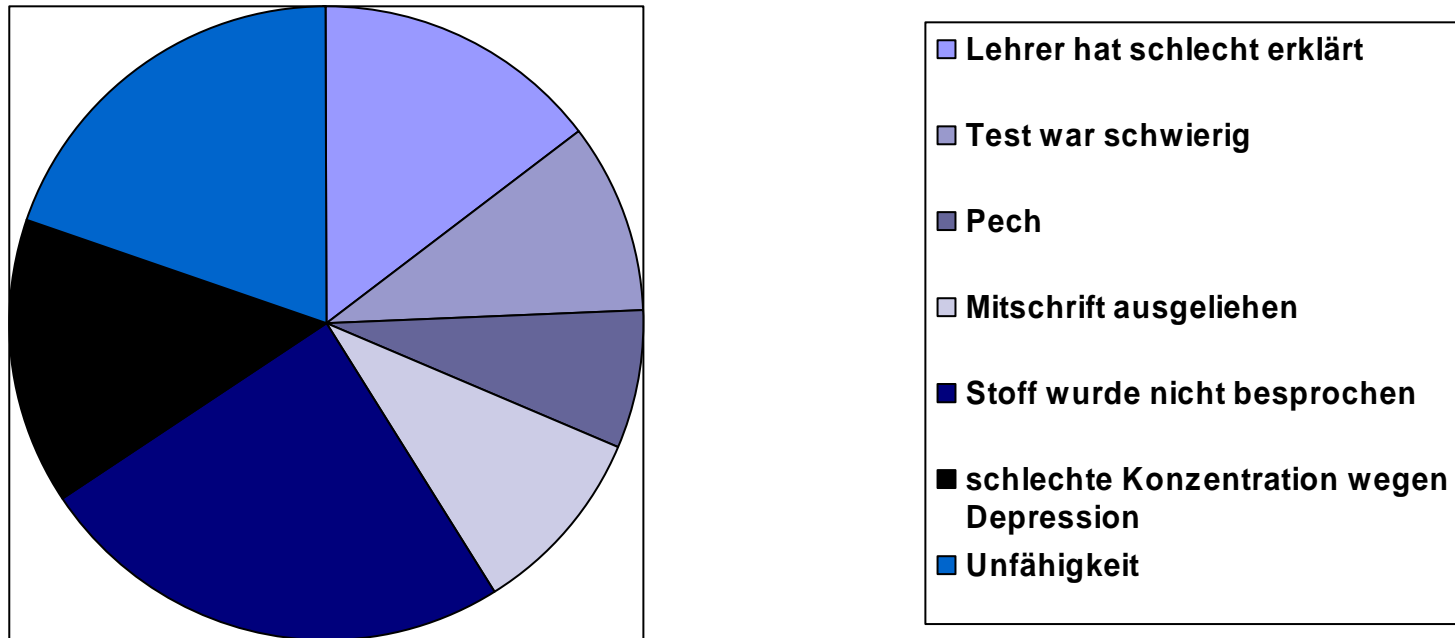
- Welche Beweise gibt es?
Welche Anhaltspunkte sprechen für diesen Gedanken?
Welche Anhaltspunkte sprechen gegen diesen Gedanken?
- Gibt es eine alternative Erklärung?
- Was ist das Schlimmste, das passieren könnte? Könnte ich das überleben?
Was ist das Beste, das passieren könnte?
Was ist das realistischste Ergebnis?
- Welchen Effekt hat es, wenn ich an den Gedanken glaube?
- Welchen Effekt könnte es haben, wenn ich mein Denken verändere?
- Was sollte ich tun?
- Was würde ich _____ (einem Freund) in dieser Situation raten?

Kuchendiagramm (Wells, 1997)

- **Allgemein:** Technik der Reattribution die insbesondere dann indiziert ist, wenn Patienten zu Selbstbeschuldigungen neigen bzw. zu einem übertriebenen Verantwortlichkeitsdenken für Ereignisse in ihrem Leben
- Definition der problematischen Annahme
- Einschätzen der Überzeugung
- Erstellen einer Liste mit alternativen Erklärungen
- Zuordnen der „Kuchenteile“ zu den einzelnen Erklärungsmöglichkeiten. Dabei sollte mit der wahrscheinlichsten Erklärung begonnen werden. Als letztes sollte die katastrophisierende Erklärung dem Kuchen zugeordnet werden (andere Erklärungsmöglichkeiten sollten ausreichend berücksichtigt werden.)
- Erneute Einschätzung der Überzeugung

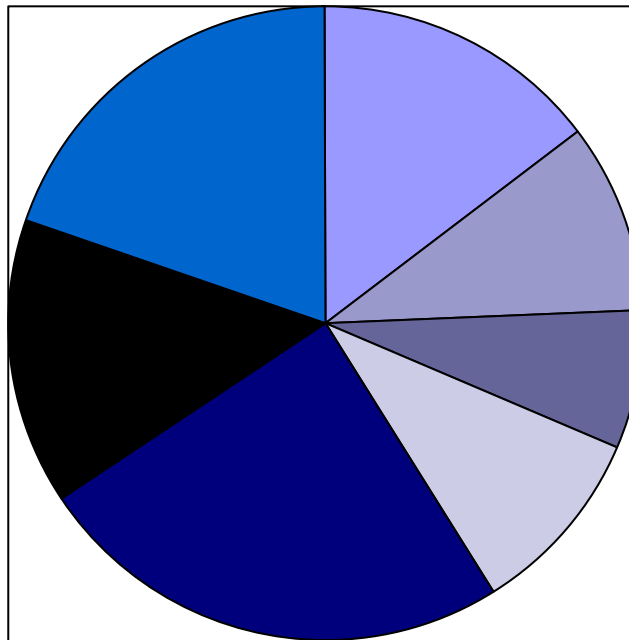
Kuchendiagramm (Wells, 1997)

Annahme: Ich habe eine drei in der Prüfung bekommen, weil ich unfähig bin.



Kuchendiagramm (Wells, 1997)

Annahme: Ich bin Schuld am Suizid von X.



Mögliche Ursachen für den Suizid:

- Seelische Not,
- äußere Umstände,
- psychische Störung
etc.....

Umgang mit diesen Folgen in der Psychotherapie Angehöriger

- **Wut, Empörung**, wenn eher Beziehungsappelle im Vordergrund stehen, oder Hilfsangebote ausgeschlagen worden waren, oder der Versuch als Misstrauensausdruck, als Trennungsversuch / Trennung verstanden/ erlebt wird:
 - Die Dinge geordnet zum Ausdruck bringen, aufschreiben. Dadurch die Beziehung zum Betroffenen genau reflektieren: Wie nah stehen/standen wir uns? Kannten wir uns eigentlich so, wie ich immer angenommen habe?
 - Prüfen des Gedanken: „Er/Sie wollte mir eins auswischen.“
 - Nach Suizidversuch: Anregen, Durchspielen, Erproben von Gesprächen mit dem Betroffenen
 - Nach Suizid: Anregen, Durchspielen, Erproben von Gesprächen mit den anderen Angehörigen

Umgang mit diesen Folgen in der Psychotherapie Angehöriger

- **„Komplizierte Trauer“ (Znoj, 2004), das große „Trauer“-Dilemma besteht u.a. darin,**
- einerseits nichts ohne den Verstorbenen erleben zu wollen, nicht mehr nach vorn sehen zu wollen, keinen Sinn darin sehen zu wollen und zu können. Es wird ein anhaltender, endloser untröstlicher Schmerz erlebt durch den unwiederbringlichen Verlust.
- Andererseits jeden Tag zu erleben, dass das Leben eben ohne den Verstorbenen weitergeht, weil alle anderen weitermachen....
- **Dieses Dilemma gilt es zunächst zu normalisieren, Aspekte beider Seiten festzuhalten, und nicht zu schnell eine eindeutige Entscheidung hierzu einzufordern.**
- **Wenn diese Entscheidung fällt (sie sollte für die Zukunft fallen...), dann muss es gute Rituale, Zeitstrukturen, Erinnerungsformen geben.**
- **Nach erfolgtem Suizid sind die üblichen , gesellschaftlich anerkannten Trauerrituale nicht so einfach möglich: In der Therapie wird ein klarer, souveräner und differenzierter Umgang damit im sozialen Netzwerk erarbeitet und erprobt.**

Fallbeispiel Herr S

- **Psychotherapie bei Herrn S:**
 - Entwickeln einer guten Geschichte, die er den Kindern erzählen kann
 - Prüfen der aktuellen Lebenslage: Vernetzung, Versorgung etc.
 - Klären der Gefühle bzgl. Seiner Frau
 - Prüfen der Schuldgedanken: Welche Argumente sprechen für eine Mitschuld? Welche dagegen?

Fallbeispiel Herr M

- **Psychotherapie bei Herrn M:**
 - **Abklären und Einbinden aller derzeitigen sozialen Unterstützungsmöglichkeiten, Krankschreibung, Wiedereingliederung, Kontakt mit Arbeitgeber vorbereiten**
 - **Suizidalitätsmonitoring**
 - **Antizipation aller bedeutsamen Tage in der nächsten Zeit**
 - **Prüfen der Schuldgedanken: Welche Argumente sprechen für eine Mitschuld? Welche dagegen?**

Fallbeispiel Herr M

- **Psychotherapie bei Herrn M, u.a.:**
 - **Vermittlung eines hilfreichen Modells der Trauer**
 - **Normalisieren aller Reaktionen: Traumareaktion, Zwiespalt zwischen:**
 - **sich Tochter gedanklich/emotional zuwenden, um sie lebendig zu halten und**
 - **Begreifen, wie die Zukunft überhaupt sein kann ohne seine Tochter: Sinn des Lebens**
 - **Dadurch Ausbau der Fähigkeit zur inneren Distanzierung von Trauer/Schmerz einerseits, von dringenden Wünschen nach Lebensentscheidungen andererseits, damit Erhöhung der Kontrolle über Zeitpunkt und Ausmaß der Beschäftigung damit bzw. des Hingebens an den Schmerz und an die Erinnerung**

Fallbeispiel Herr M

- **Psychotherapie bei Herrn M, u.a.:**
 - **Vermittlung eines hilfreichen Modells der Trauer**
 - **Normalisieren aller Reaktionen: Traumareaktion, Zwiespalt zwischen:**
 - **sich Tochter gedanklich/emotional zuwenden, um sie lebendig zu halten und**
 - **Begreifen, wie die Zukunft überhaupt sein kann ohne seine Tochter: Sinn des Lebens**
 - **Dadurch Ausbau der Fähigkeit zur inneren Distanzierung von Trauer/Schmerz einerseits, von dringenden Wünschen nach Lebensentscheidungen andererseits, damit Erhöhung der Kontrolle über Zeitpunkt und Ausmaß der Beschäftigung damit bzw. des Hingebens an den Schmerz und an die Erinnerung**

Fazit

- Bei der niederschweligen Begleitung von Angehörigen durch NFS/PSU Kräfte o.ä. gelten die gleichen
 - Heuristiken zum Verstehen des Geschehenen,
 - Haltungen zur Begegnung der Angehörigen,
 - und Schwerpunkte der Inhalte,
wie für Psychotherapeuten.
- Eine Weitervermittlung in eine geeignete Psychotherapie ist sinnvoll und notwendig, wenn Reaktionen extrem stark, langandauernd und selbstschädlich sind: stundenlanges Weinen an vielen Tagen, Rückzug, Betonen der totalen Hoffnungslosigkeit bzgl. des eigenen Lebens, fehlende soziale Unterstützung etc. weisen darauf hin.

Literatur

- **Dormann (2006)**. Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München: Pfeiffer.
- **Dormann (2003)**. Verhaltenstherapeutische Vorgehensweise bei akuten suizidalen Krisen. Psychotherapie im Dialog, 4, 330-339.
- **Hegerl & Fichter (2005)**. Suizidale Krisen und Suizid. Verhaltenstherapie, 15, 1-72.
- **Jobs (2006)**. Managing suicidal risk. New York: Guilford Press.
- **Joiner (2005)**. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University press.
- **Joiner (2010)**. Myths about suicide. Cambridge: Harvard University Press
- **Joiner, Van Orden, Witte & Rudd (2009)**. The interpersonal theory of suicide. Washington: APA.
- **Rudd, Joiner & Rajab (2001)**. Treating suicidal behavior. New York: Guilford Press.