Trainingsseminar zum Thema:

Suizidalität - Risikoabschätzung und psychotherapeutische Interventionen bei Menschen in suizidalen Krisen

Termin: …….
Veranstalter: IVS – Nürnberg/Fürth *)
Seminarleitung: Dr. phil. Wolfram Dorrmann (Fürth)

Version vom 28.09.2022

Übersicht:

1. Voraussetzungen beim Therapeuten für die Arbeit mit Suizidalen
- 1.1 Bearbeitung eigener suizidaler Tendenzen
- 1.2 Ängste von Therapeuten
- 1.3 Therapeutisch günstige Grundeinstellungen zum Suizid
- 1.4 Sensibilität für Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse

2. Diagnostik der Suizidalität
- 2.1 Definitionen - Situationen - präsuizidales Syndrom
- 2.2 Risikogruppen - Risikomerkmale
- 2.3 Suizidsignale: Konkrete Hinweise und Risikoabschätzung
- 2.4 Latente Suizidalität und Risikoverhalten

3. Strategien und Techniken im Umgang mit Selbsttötungsabsichten
- 3.1 Ein Prozessmodell und allgemeine Hinweise zu Krisengesprächen
  Exkurs: Die wichtigsten Grundsätze für Krisengespräche
- 3.2 Rapport bekommen
- 3.3 Zeit gewinnen und Brücken bauen
- 3.4 Non-Suizid-Verträge
  Ergänzende Maßnahmen für Verträge, (Copingstrategien, Notfallpläne)
- 3.5 Konfrontation mit rationalen Argumenten (Arbeit mit Teilen der Persönlichkeit, Arbeit mit der Weltanschauung des Patienten,, Deutungen und Umdeutungen u.a.
- 3.6 Konfrontation durch Zeitprojektion
- 3.7 Arbeit mit Gefühlen
- 3.8 Wenn nichts mehr geht (stationäre Unterbringung)

4. Übliche Fehler und riskante Interventionen

5. Rechtliche Aspekte

6. Literatur und Adressen

Diese Arbeitspapiere sind die Grundlage für ein Trainingsseminar, dessen Inhalt und Durchführung auch näher beschrieben wird in:

Dorrmann, W. (2021). Konzept eines Trainingsseminars für Berater*innen und Psychotherapeut*innen zur Suizidprophylaxe. In: Ortiz-Müller, W., S. Gutwinski & B. Gahleitner (Hgg), Praxis Krisenintervention – Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: Kohlhammer S. 85 -102

*) Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS; Nürnberg / Fürth)

Idealerweise sollte jeder Therapeut, bevor er sich der Suizidprävention stellt, klar darüber geworden sein, inwieweit er die Möglichkeit einer Selbsttötung auch für sich in Betracht ziehen könnte. Die Entwicklung einer therapeutisch günstigen Einstellung wird ihm nicht nur helfen, mit der nötigen Distanz angemessen zu reagieren, sondern auch bei der Identifikation von Selbsttötungsabsichten und der Einschätzung des vorhandenen Risikos gute Dienste leisten.

Übung: Hilf Deiner/m Gesprächspartner/in, sich mit einigen der folgenden Fragen auseinanderzusetzen, und setze all Deine therapeutischen Möglichkeiten zur Förderung ihrer/seiner Selbstexploration ein.

- Führe das Gespräch so, dass Dein/e Gesprächspartner/in möglichst über sich selbst redet und nicht über ihre/seine Patienten.
- Achte darauf, möglichst angstfrei, offen und konkret die Dinge beim Namen zu nennen.

- Empfindest Du Unbehagen oder Ängste bei den Themen Tod und Selbsttötung?
- Hattest Du schon mal den Gedanken Dich umzubringen?
- Mit wem hast Du darüber gesprochen?
- Wie würdest Du es tun, bzw. wie hattest Du es damals geplant?
- Wen hätte es am meisten/wenigsten getroffen?
- Wer würde heute am meisten darunter leiden, wenn Du tot wärst?
- An wen könntest Du Dich wenden, wenn Du heute den Wunsch hättest zu sterben?
- Welche Gründe könnte es für Dich selbst geben, Dein Leben zu beenden?
- Was könnte Dich hindern, Dein Leben zu beenden?
- Hat Dich schon mal ein Patient überzeugt, dass Suizid für ihn das Beste sein könnte?
- Sollten Psychotherapeut*innen eine bewusste, reflektierte Entscheidung für eine Selbsttötung respektieren?

Weitere Anregungen:

- Überlege, ob es in Deinem Bekanntenkreis Menschen mit schwierigen Lebensgeschichten gibt, aus denen man Mut schöpfen könnte. Versuch einmal, mit diesen Menschen ins Gespräch zu kommen. Sie sind meist sehr gerne bereit, über ihre Probleme und ihre innere Stärke zu sprechen.

- Beantworte Dir die oben gestellten Fragen auch einmal schriftlich.

- Diskutiere einige Fragen mit Freunden bzw. mit Kollegen. Du wirst merken, wie schnell Du über dieses Thema in ein sehr persönliches und intensives Gespräch kommen kannst.

- Mache Dir eine Rubrik in Deinen Kalender, in der Du über einige Wochen alles notierst, was Du am Leben wertvoll, schön, beglückend, lohnend oder erfüllend findest, und warum Du es sinnvoll findest zu leben**.** Beobachte, welche Veränderungen dies in Deinem alltäglichen Leben bewirkt.

*Schätzen Sie bitte ein, wie stark **Sie selbst***
die genannten Ängste im Kontakt mit suizidalen Patienten erleben:

	sehr stark					gar nicht
A. Persönlichkeitsspezifische Ängste:						
(1) Grundsätzliche Angst vor den Themen "Tod" und "Sterben"	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(2) Vermeidung des Themas wegen möglicher eigener Suizidalität bei ähnlichen Lebenssituationen (Angst vor dem eigenen Zustimmen)	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(3) Angst vor den möglichen intensiven Gefühlen des Patienten	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(4) Scheu, den Pat. mit seinem bisherigen "Versagen" im Leben zu konfrontieren	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(5) Eigene religiöse/eth. Unsicherheiten oder Festgelegtheit bzgl. des Themas	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(6) Angst vor der Verantwortung	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(7) Angst vor den (beruflich/rechtlichen) Konsequenzen eines Patientensuizids	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(8) Angst vor möglichen aggressiven Impulsen des Patienten	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(9) Angst, den eigenen Lebenssinn hinterfragen zu müssen	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
B. Ängste, bezogen auf die therapeutischen Kompetenzen:						
(10) Angst vor Fehleinschätzung und den damit verbundenen Konsequenzen	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(11) Angst, den Patienten durch das Ansprechen ` erst auf die Idee zu bringen'	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(12) Angst vor dem Manipuliertwerden durch den Patienten	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(13) Angst vor mangelndem eigenem Einfühlungsvermögen	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(14) Angst, die dem Thema angemessene Sprache nicht zu finden	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**
(15) Angst, keine Interventionsmöglichkeiten zu bieten zu haben	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**

Vergleichen Sie Ihre Werte mit den Durchschnittswerten auf dem Arbeitspapier zu Teil 1.2 (S. 4)

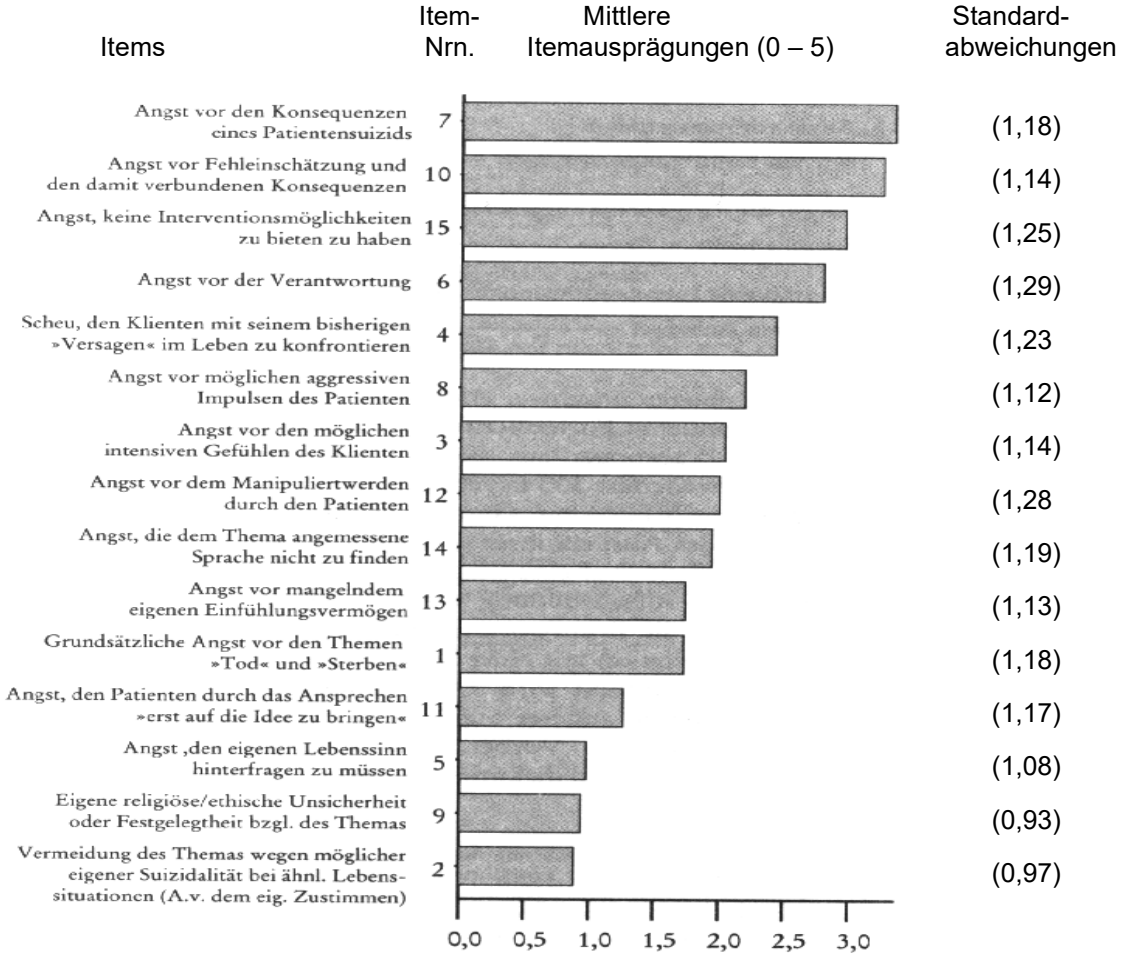


Abbildung:
Rangreihe der Ängste von PsychotherapeutInnen (N=289), die sie im Kontakt mit suizidalen PatientInnen empfinden (aus Dorrmann 1996, im Anhang S. 156).

1. *Ich kann letztlich niemanden davon abhalten, sich das Leben zu nehmen.*

2. *Es hilft dem Patienten, wenn er merkt, dass ich meine Sorge oder Angst davor, dass er sich umbringen könnte, aushalten kann.*

3. *Solange jemand andere an seiner Tat Anteil nehmen lässt, oder z.B. mich in sein Vorhaben einweiht, will er noch irgendetwas. Genau das berechtigt mich zur Hilfe oder zum Handeln.*

4. *Ich muss meinen Patienten nicht eigens darüber informieren, dass ich ihn möglicherweise hindern würde, wenn er sich irgendwann im Laufe der Therapie mit meinem Wissen gegen das Leben entscheidet und vorhat, seine Entscheidung in die Tat umzusetzen.*

5. *Ich bin mir sicher, dass ich selbst viele extreme Lebenssituationen durchstehen bzw. ertragen würde (ev. ausgenommen sind Krankheiten im finalen Stadium).*

6. *Grundlegendes Motiv ist die „stellvertretende Hoffnung".*

7. *Wer eine Wahl hat zwischen Leben und Sterben, neigt eher dazu das Leben zu wählen.*

8. *Bei Suizidabsichten können die üblichen sinnvollen therapeutischen Regeln oder Prinzipien unsinnig werden und **vorübergehende** Ausnahmen gemacht werden.*

9. *Wenn Pat. mich angreifen, oder in Frage stellen, dann meinen sie mich nicht persönlich, ich bin nur zufällig ihr Gesprächspartner.*

10. *Wenn ich mich überfordert fühle, werde ich umgehend Inter- oder Supervision beanspruchen oder eine stationäre Unterbringung vorschlagen bzw. einleiten.*

11. *Mit einer **unfreiwilligen** Einweisung hebe ich die Autonomie des Patienten auf und beende damit die therapeutische Beziehung. Diese sollte dann nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und nach ausführlicher Reflexion der Ereignisse weitergeführt werden.*

12. *Wenn ich in Diagnostik und Interventionen nach meinem besten Wissen und Möglichkeiten gehandelt habe, und ein Patient dennoch den Tod gewählt hat, werde ich mir nochmals klar machen, dass ich letztlich niemanden davon abhalten kann* (siehe 1.).
    Ich bin nichts schuldig, außer zu reflektieren, auf welche Hinweise ich noch zusätzlich hätte achten können.

    Ich werde umgehend mit den nahen Angehörigen Kontakt aufnehmen.
    (Wegen deren in der Folge oft erhöhtem Suizidrisiko).

Mögliche Ursachen aggressiver Einstellungen gegenüber Suizidalen aus psychodynamischer Sicht:

(1) Als Abwehr eigener latenter Todeswünsche,
(2) als Nicht-eingestehen-können der eigenen Hilflosigkeit und
(3) als Abwehr des Gefühls, vom Klienten nicht gebraucht oder gar abgelehnt zu werden. (vgl. Reimer 1981, S.6)
(4) unrealistische Zielvorstellungen aufgrund narzisstischer Persönlichkeitsstruktur (Bestreben, jeden heilen, alles wissen und jeden Patienten mit allen Eigenschaften lieben zu wollen" (vgl. Milch 1988)

Psychologische Erklärungen für dysfunktonale Emotionen gegenüber Suizidalen:

(1) das eigene `Motiv helfen zu wollen´ oder das `Bedürfnis immer die Kontrolle zu haben´ wird behindert bzw. verhindert.
(2) die Kritik des Pat. am mangelnden Fortschritt wird vom Th. al s Kritik an der eigenen Person missverstanden.

Interventionsvorschläge bei Gegenübertragungsreaktionen

- Deutung der Angriffe des Patienten durch Äußerungen wie *"Manchmal denke ich, Sie wollen mir bewusst weh tun"*
  oder: *"Das verletzt mich sehr, wenn Sie das sagen/das von mir denken ..."*,
- Vermeidung scheinbar gutgemeinter Interventionen, wie z.B. Medikamenten- oder Dosisänderungen, Ausgangsregelungen und Verlegungen,
- Vermeidung provokativer Interventionen oder von Aufforderungen zur eigenen Aggressivität zu stehen,
- Ertragen der Ablehnung durch den Patienten bei gleichzeitiger Bereitstellung genügend haltender Funktionen. (nach Milch 1988)
- Orientierung an den in 1.3 formulierten hilfreichen therapeutischen Grundhaltungen (nach Dorrmann 2021)

Übung A: Reflektiere für Dich selbst, welche Motive Deine Entscheidung für diesen Beruf bestimmt haben, und ob diese Motive heute Deine Ängste in der Arbeit mit Suizidalen beeinflussen.

Übung B: Überprüfe, ob sich in Deinem Leben ein Verlust von Sinn feststellen lässt. Hinweise darauf ergeben sich nach Grom & Schmidt (1979), wenn Du in der letzten Zeit einige der folgenden Erlebnisse hattest:

"Das Gefühl ohnmächtigen Zorns, weil Sie glaubten, alles bisherige umsonst getan zu haben. ...
Den Wunsch, nochmal Kind zu sein und das Leben noch einmal anfangen zu können...
Die Beobachtung, dass Sie versuchen, Ihr Leben vor sich selbst und anderen gehaltvoller und bedeutender darzustellen, als es wirklich ist. ...
Die Abneigung, sich mit tiefen und eventuell unbequemen Gedanken über Ihr Tun und Wirken zu belasten. ...
Das Gefühl einer Unruhe, das sich aufdrängt und quälende Interesselosigkeit an allem, was sich Ihnen anbietet, hervorruft. ...
Den Gedanken, dass Sie sich im Angesicht des Todes sagen müssten, es habe sich nicht gelohnt zu leben."
(A.a.O., S.138f)

Definitionen:

"**Selbsttötung** ist eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung mit tödlichem Ausgang. Es ist nicht entscheidend, ob der Tod beabsichtigt wurde oder nicht." (Hömmen 1989, S.16)

Suizidversuch ist ein selbst ausgeführtes potenziell schädigendes Verhalten, das nicht zum Tod führte, aber mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. (nach Wenzel, Brown & Beck, 2009).

Parasuizid ist jedes autodestruktive Verhalten ohne tödlichen Ausgang. (n. Kreitman 1986)

Von **Selbsttötungsabsichten** einer Person spricht man, wenn diese Person Verhaltensweisen zeigt oder auch gedankliche Prozesse berichtet, welche Handlungen oder auch Unterlassungen darstellen bzw. solche Planungen zum Inhalt haben, die aus der Sicht der Person zwangsläufig kurz- oder auch langfristig zum Tod führen oder die eigene Gesundheit in existentieller Weise gefährden.

„Drei Bestimmungsstücke werden somit als zentral für die Feststellung eines Suizids erachtet: (a) die Person ist tot, (b) das Verhalten der Person selber führte zum Tod und (c) die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbei-zuführen. Insbesondere die dritte Komponente ist nicht unumstritten und vielfach nur schwer zu bestimmen – gleichwohl erlaubt nur das Wissen um die Intention zwischen suizidalen Verhaltensweisen und nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltensweisen zu unterscheiden“ (Teismann & Dorrmann 2014, S. 3)

Situationen:

a) Krisenintervention bei akuter Suizidalität
b) Suizidgedanken als Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung
c) Suizidgedanken im Rahmen einer psychischen Krankheit
d) Suizidgedanken während einer Psychotherapie
e) Hinweise auf suizidale Tendenzen z.B. während einer medizinischen Behandlung oder einer pädagogischen Maßnahme.
f) Suizidalität nach einem Suizidversuch

Das Präsuizidale Syndrom:

1. Einengung in persönlichen Möglichkeiten
   - situativ, dynamisch, zwischenmenschlich und wertspezifisch
   - hervorgerufen durch Lebensereignisse; eigenes Fehlverhalten oder mangelnde Fähigkeiten
   - im affektiven Erleben reduziert auf depressive Gefühle und Angst
2. Frustration und Aggressionen gegen die eigene Person
3. Selbstmordphantasien (vage bis konkret, aktiv herbeigeführt bis zwanghaft) (nach Ringel 1953)

Erscheinungsformen:

(1) hoffnungslose Haltung
(2) histrionisch oder impulsives Suizidverhalten
(3) psychotisches Suizidverhalten
(4) rationales Suizidverhalten / Bilanzsuizid (n. Freeman & Reinecke 1995, S.24ff)

Risikogruppen: (n. Schmidtke u.a. 2005; Haenel & Pöldinger 1986)

1) Alle depressiven Patienten/innen
2) Alkoholiker, Medikamenten und Drogenabhängige
3) Alte und Vereinsamte
4) Personen, die einen Suizid ankündigen
5) Personen, die durch einen Suizidversuch auffällig geworden sind
6) Patienten mit Anorexien
7) Schizophrene
8) Chronisch Kranke (insbes. mit Schmerzen)
9) Personen mit Persönlichkeitsstörungen (insbes. bei emot. instabiler Pers.-störung)
10) Personen in Haft (insbes. U-Haft)

Risikomerkmale:

1) männlich (v. a. Männer > 70 Jahre)
2) männlich und 35-54 Jh. (teilweise 5-10 x höher als bei Frauen)
3) Ende einer Partnerschaft
4) Arbeitslosigkeit
5) Alleinlebend
6) Krankheit
7) Psychiatrische Erkrankung (incl. Alkoholismus) (nach Kreitman 1986)

Beobachtete Suizide bei gleichem Alter u. Geschlecht in versch. Patientengruppen (ICD / DSM):

Polytoxikomanie	44	Zwangsstörung	12
Major Depression	20	Schizophrenie	08
Bipolare affektive Störung	15	Persönlichk.-störungen	07
Bulimie	13	Alkoholabhängigkeit	06
Dysthymie	12	Angsterkrankungen	06
		Demenz	00

körperliche Erkrankungen:

dialysepflichtige Niereninsuffizienz	14
Kopf-Hals-Neoplasma	11
HIV/AIDS	07
Epilepsie	05
Systemischer Lupus Erythematodes	04

(Harris & Barraclough 1997; SMR =Standardmortalitätsrate)

10 Signale für Selbstötungsabsichten (nach Shneidman 1988):

(1) `Unerträgliche psychische und/oder physische Schmerzen'
(2) `Frustrierte psychologische Bedürfnisse'
(3) `Die Suche nach einer Lösung'
(4) `Der Versuch, das Bewusstsein zum Schweigen zu bringen'
(5) `Hilf- und Hoffnungslosigkeit'
(6) `Einengung der Optionen'
(7) `Ambivalenz'
(8) `Die Mitteilung der Absicht'
(9) `Suizid wird als Abschied gesehen'
(10) `Problemlösungs-Muster von Flucht im bisherigen Leben'

Zusätzliche konkrete Hinweise: - drohende Kriminalisierung - Kriegs-, Foltererfahrungen (z.B. Flüchtlinge, Asylsuchende, Vietnamveteranen) - nach sexuellen(r) Übergriffen/Gewalt - rassische, religiöse, politische Verfolgung

- **Erhöhtes Risiko kann angenommen werden, ...**
  - wenn **frühere Suizidversuche** stattgefunden haben (wichtigster Risikofaktor!)
  - wenn eine **harte Methode** präferiert wird oder wenn die bisherigen Suizidversuche eine **Tendenz zu immer härteren Methoden** aufweisen.
  - wenn schon **Vorbereitungen getroffen** sind (z.B. Tabletten oder Rezepte gesammelt, Abschiedsbrief geschrieben, Testament erstellt, etc.).
  - wenn die **Methoden gut durchdacht** (letale Dosierungen etc.) und auch verfügbar sind.
  - wenn die **Fähigkeit und der Mut zur Durchführung** angenommen werden kann.
  - wenn d. Patient im Besitz einer **'Anleitung zum Selbstmord'** (z.B. Guillon & Bonniec 1982) ist.
  - wenn **aktuell Suizide in der Umgebung** des/der Pat. stattgefunden haben.
  - wenn das **Gefühl eine Belastung zu sein** vorherrscht, der Suizid aus altruistischen Motiven z.B. zur Entlastung von Angehörigen erwogen wird.
  - wenn das **Gefühl nicht dazu zu gehören** vorherrscht (Rückzug / Isolation / alleinstehend / arbeitslos)
  - wenn eine **hohe Schmerztoleranz** vorhanden ist (Mut bzw. Furchtlosigkeit)
  - wenn in der **Familiengeschichte suizidales Verhalten** vorliegt.
  - wenn Selbsttötungsabsichten **nur gegenüber Dritten** (z.B. nur gegenüber dem Therapeuten und nicht dem Partner gegenüber) geäußert werden.
  - wenn der Patient **mehr Gründe, die fürs Sterben sprechen** als fürs Leben, nennt.
  - wenn der Patient seine Überlegungen sehr gelassen und emotionslos schildert und seine Argumente einen **rationalen Entscheidungsprozess** vermuten lassen.
  - wenn Patienten sich mit der **Regelung letzter Dinge** (Testament, Versicherungen, etc.) befassen.
  - wenn die **Suizidgedanken länger andauern** (mehrere Stunden, täglich oder sogar häufiger).
  - wenn eine starke **Eingeengtheit auf den Suizid** und ein **starker Handlungsdruck** besteht.
  - wenn Pat. eine **progressive / chronische körperliche Erkrankung** haben.
  - bei länger andauernden Phasen von **Schlaflosigkeit.**
  - wenn Pat mehrfache **tatsächliche aktuelle Belastungen oder Kränkungen erleben** mussten.
  - wenn eine **extrem depressive Phase** begonnen hat oder am Abklingen ist.
  - wenn ein **depressiver Wahn** oder **psychotische Depression** besteht (Gefahr des raptusartigen Suizids).
  - wenn eine **Suchtproblematik** besteht.
  - wenn belastende **Jahrestage** anstehen.
  - wenn der **Patient gereizt, aggressiv, agitiert, ängstlich oder panisch** reagiert.
  - bei generalisierter **Anhedonie**.
  - wenn der Patient **extreme Schuldgefühle** berichtet.
  - wenn Pat. **keinerlei Zukunftsperspektiven** berichten und große Hoffnungslosigkeit zeigen.
  - wenn Pat. von **Hilflosigkeit und eigener Wertlosigkeit** sprechen.
  - wenn **keine Sozialpartner** existieren, die einschreiten könnten.
  - wenn **Ideen erweiterter Suizidalität** geäußert werden (Einbeziehung der Partner oder Kinder).
  - wenn nach anfänglich ernstzunehmenden Suiziddrohungen eine **ungewöhnliche Ruhe** oder **Entspannung** entsteht.
  - wenn der Pat. sich in den letzten Tagen/Wochen von Freunden und Bekannten zurückgezogen hat oder sogar **Kontaktangebote abgelehnt** hat.
  - wenn der Pat angefangen hat, sich immer **weniger um sein Äußeres** zu **kümmern**.
  - wenn **Wertgegenstände verschenkt** wurden.

- **Ein geringeres Risiko kann vermutet werden,** ...
  - wenn **manipulative Absichten** (Rachegedanken, jemandem Angst machen) im Vordergrund stehen und gleichzeitig die Einstellung zum Tod ambivalent ist.
  - wenn das soziale Umfeld des Patienten intakt ist**,** aber dann auf sogenannte **"innere Einsamkeit"** achten (Hat der Pt. wirklich Freunde?)
  - wenn der Patient selbst von ihn hindernden **religiösen Einstellungen** oder von **zu versorgenden Kindern** berichtet.

(teilw. übernommen aus S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, Langfassung, November 2009 Vers. 1.0. Tabelle 26, Risikofaktoren f. Suizidalität)

Beispiele für die indirekte Äußerung von Selbsttötungsabsichten:

- *"Ich falle jedem nur noch zur Last" - "Ich mache das nicht mehr mit"*
- *"Meine Lage wird sich nie bessern" - "Ich möchte, dass das alles aufhört"*
- *"Manchmal habe ich Gedanken, das ist eine richtige Sünde"*
- *"Ich schaffe es nicht mehr" - "Wenn ich mal nicht mehr (da) bin..."*
- *"Die werden schon noch sehen..." - "Die am Friedhof sind manchmal zu beneiden"*
- *"Mein ganzes Leben ist sinnlos gewesen" - "Manchmal möchte ich nur noch schlafen"*
- *"Ich hasse dieses Leben" - "Vielleicht sehen wir uns nicht mehr..."*
- *"Ich danke für Ihr Bemühen und die Geduld, Sie haben wirklich alles versucht"*
- *"Man kann sich doch auch nicht so einfach davonstehlen" - "...dann ist es schon zu spät."*
- *"Es gibt auch noch einen anderen Weg" - "Leben Sie wohl"* statt *"Auf Wiedersehen"*
- *"Wenn ich meinen Glauben nicht hätte, hätte ich schon längst aufgegeben"*
- *"Ich will einfach Ruhe haben, nichts mehr hören und sehen".*

Hinweise auf latent vorhandene Selbsttötungsabsichten

- Rücksichtsloses Autofahren oder Trunkenheit am Steuer
- Riskante Flugmanöver (z.B. bei Hobbypiloten)
- Risikoverhalten Jugendlicher (U-Bahn-Surfen, Autorennen etc.)
- Anfangen von Hobbies mit hohen Risiken (Bergsteigen, Tauchen, Drachenfliegen etc.)
- Häufige Unfälle in der neueren Lebensgeschichte
- Berichte von lebensgefährlichen Erlebnissen ohne angemessene emotionale Beteiligung
- Diabetiker ohne Selbstdisziplin
- Häufig wechselnde Geschlechtspartner ohne Berücksichtigung von Safer-Sex-Praktiken
- Verzicht auf Gegenmaßnahmen bei Hypertonie
- Exzessiver Konsum von Drogen (auch Nikotin und Alkohol)

Übung:

B = Übungspartner/in stellt einen realen Pat. aus dem eigenen Arbeitsfeld dar,
(Patient/in) der nur indirekte Äußerungen über seine Suizidabsichten macht (vgl.o.)

A = Therapeut/in (1) Verhält sich wie im Ernstfall
(2) geht durch konkrete, direkte Fragen oder das Äußern seiner Vermutungen auf die Selbsttötungsabsichten des Patienten ein und verwendet dabei eine klare Sprache: z.B.:

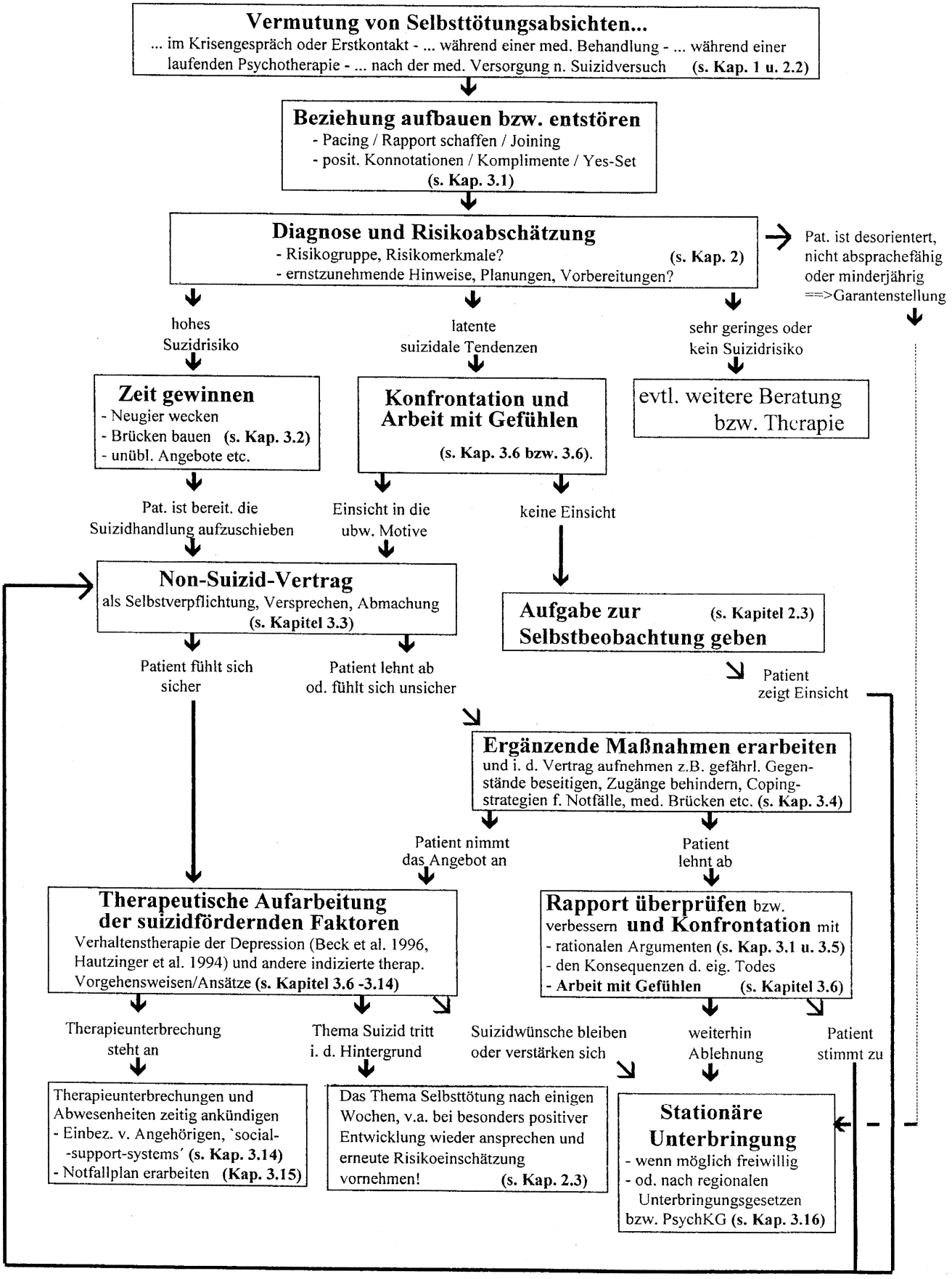
"Sie haben da vorhin was gesagt, das habe ich noch nicht ganz verstanden. Könnte es sein, dass Sie gar nicht mehr leben wollen? Oder: *Ihr Hausarzt hat mir gesagt, dass Sie sich vor 2 Jahren mal das Leben nehmen wollten. - Sie hätten versucht sich die Pulsadern aufzuschneiden.*

(3) fragt nach Planungen und Vorbereitungen, Verfügbarkeit der Mittel
(4) holt sich Supervision, wenn er/sie nicht weiterweiß
(5) macht sich ein Bild vom aktuellen Risiko

C = Beobachter/in (1) notiert schwierige Gesprächpassagen
(Supervisor/in) (2) überlegt sich alternative Fragen/Interventionen
(3) macht Vorschläge, wenn der Therapeut/in um Hilfe bittet
(4) gibt Zeichen nach der Hälfte der Zeit u. nach Ablauf (10 Min)
(5) berichtet in der Großgruppe (Plenum)

3.1 Ein Prozessmodell für den Ablauf eines Krisengesprächs

(nach Dorrmann, W. (1996): Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München: Pfeiffer, S. 151)



Lebensveränderungskrisen: Ablösung, Heirat, Schwangerschaft, "Midlife-Crisis", Umzug, Pensionierung, Altern ... Konfrontation mit dem eigenen Sterben.

Traumatische Krisen oder kritische Lebensereignisse : Akute soziale Konflikte oder physische Bedrohungen, Tod oder Trennung von Lebenspartnern oder wichtigen Bezugspersonen, soziale Kränkung und Versagen, ökonomische Krisen, (ungewollte) Schwangerschaft, Bekannt werden von lebensbedrohlichen Diagnosen, Unfälle, plötzliche Invalidität, Katastrophen, Kriegswirren, Folter ...

Handlungsprinzipien (nach Sonneck 1991)

1. Rascher Beginn
2. Beziehung schaffen (Rapport / Pacing / Joining)...
3. Aktives Handeln ist in der akuten Phase meist gefordert
4. Methodenflexibilität: Vorgehen nach 5-stufigen Problemlöseansatz
5. Der Fokus liegt auf dem Hier und Jetzt: Situation / Ereignis erfassen
6. Einbeziehung der sozialen Umwelt (über örtl. Hilfsmöglichkeiten ev. Kartei anlegen)
7. Entlastung

Hilfreiches Verhalten in akuten Krisen

- Auch unter Zeitdruck sich vorstellen und nach dem Namen fragen.
- Bei Unfällen keine Diskussionen führen sondern beruhigen und versichern, dass Hilfe kommen wird und alles bald vorbei sein wird (ev. Körperkontakt).
- Hektische Erregung stoppen, zum Langsamsprechen und Nachdenken auffordern.
- Direkte konkrete Hilfen anbieten bzw. ermutigen, professionelle Hilfen zu beanspruchen.
- Bei psychischen Krisen das Ausleben von Emotionen (Trauer, Zorn, Wut) in Begleitung ermöglichen, aber keine therapeutische Bearbeitung (Debriefing) anbieten.
- Tatsacheninformationen liefern und vorhandenen Mythen gegenüberstellen.
- Nach Vergewaltigung die rechtlichen Möglichkeiten beschreiben und die Wichtigkeit der Befunderhebung betonen (dann möglichst veranlassen).
- Pausen einlegen (auch für die eigene Psychohygiene).
- Wasser, Kaffee, Zigaretten anbieten.
- Medikamentöse Hilfen erwägen bzw. anbieten (nicht zu früh, nicht zu niedrig, nicht zu lange), aber Schlaflosigkeit durchaus zulassen (wg . PTSD).
- Erwägungen zur weiteren persönl. Sicherheit anstellen u. präventive Hilfen anbieten.
- Folgekontakte anbieten.

Ziele:
- Affektive Entlastung; wichtig wegen der Gefahr von Kurzschlussreaktionen oder psychischen Erkrankungen (bei mögl. Vulnerabilität), Somatisierung und Chronifizierung (PTSD),
- Veränderung oder Beendigung der konkreten Situation,
- Aufschieben von existentiellen Fragen und Entscheidungen.

Literatur:

Everstine, D.S. & L. Everstine (1985). Krisentherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Kunz S, U. Scheuermann & I. Schürmann (2004). Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch. Weinheim: Juventa

Rupp, M. (1996). Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch--psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention. Stuttgart: Thieme

A: Spiegeln:

(1) Sprachstil
ruhig / schnell, Dialekt / "Hoch"-deutsch
Wohlformuliert / grammatikalisch tolerant

(2) Nonverbales Verhalten
Körperhaltung - Atemrhythmus
Körperbewegungen - Muskeltonus **-** Mimik **-** Augenachse

(3) Inhaltliche Angleichung
an das **persönliche Weltbild** (Lebensphilosophie...)
an die **persönlichen Überzeugungen** (Wertvorstellungen, Prinzipien ...)
inhaltliches **Reformulieren** im Sinne der nondirektiven Therapie (Yes-Set)

(4) Verhalten (z.B. Gewohnheiten, Hobbies ...)

(5) Kultur (auch Subkulturen berücksichtigen)

B: Stärkung des Selbstwertgefühls und der Beziehung durch Komplimente:

Z.B.: *"Sich selbst zu töten ist, finde ich eine sehr mutige Überlegung."*
Oder: *"Es ist gut, dass Sie das sagen. Das zeigt mir zum einen, dass Sie im Grunde jemand sind, der nicht bereit ist, zu schnell aufzugeben. Sie haben offensichtlich schon viel probiert und sich auch viele Gedanken gemacht."*

C: Angleichen der Sprache an die Repräsentationssysteme des Klienten:

Repräsentationssystem	**Klientenäußerungen**	**Angeglichene Therapeutenformulierungen**
visuell:	"Ich **sehe** keinen Sinn mehr"	---> "Sie **betrachten** das als ..."
auditiv:	"Ich will einfach nur **Ruhe**"	---> "Das **klingt** als ob Sie ..."
kinästhetisch:	"Es ist **unerträglich**"	---> "Sie sind da wohl wirklich in einer **schwierigen** Lage"
	"Mich **zieht** das Wasser richtig an**"**	---> "Wann/Wie **spüren** Sie dieses Ziehen?"
olfaktorisch/ gustativ:	"Mir **stinkt** dieses Scheißleben einfach."	---> "Es kann sein, dass einiges, was ich Ihnen jetzt sagen muss, nicht so nach Ihrem **Geschmack** ist, aber ..."

Übung: Führe ein fiktives Erstgespräch mit einem/r Kollegen/in, der/die die Rolle eines suizidalen Patienten übernehmen sollte, und realisiere möglichst viele der oben angesprochenen Möglichkeiten des Rapportschaffens. Mache von diesem Gespräch eine Tonband- oder besser sogar eine Videoaufnahme.
Bespreche danach unter Verwendung der Rückmeldung ev. auch durch eine/n Gesprächsbeobachter/in (Supervisor/in), womit Du den Rapport erfolgreich gestalten konntest und wo Du noch weitere Möglichkeiten gehabt hättest, dies zu tun.

Die ganz allgemeine Strategie beim „Zeit gewinnen“ besteht in der

Verwicklung des Patienten in einen weiteren möglichen Therapieprozess

1. Neugier des Patienten wecken durch ansprechen von Möglichkeiten, die der Patient bisher nicht genutzt hat, oder die noch gar nicht kennt. Z.B.
   - Über naheliegende Lösungen sprechen (z.B. Schuldnerberatung)
   - Eine Langzeitbehandlung, die der Patient bisher nie durchgehalten hat
   - Mit der `stellvertretenden Hoffnung´ und der beruflichen Erfahrung arbeiten
   - Unerledigtes ansprechen od. explorieren (z.B. Testament, Versicherungen, Haustieren o.ä.)
   - Wichtige vom Patienten angesprochene Themen nicht zu Ende führen
   - Eine einfache Aufgabe vorschlagen (Pro+Contra-Liste bis zu nächsten Sitzung s.u.)
   - `ein schönes Leben machen' (wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind).

   Die ausführliche Besprechung dieser Themen oder auch der Probleme, die der Patient selbst zum Thema macht, müssen auf eine mögliche nächste Sitzung verschoben werden! Dadurch erhöht sich die Neugier des Pat., der Th. gewinnt Zeit, sich gut auf diese Themen vorzubereiten und auch beim Patienten werden sog. Suchprozesse ausgelöst (Zeigarnik-Effekt).

2. Nun sollte das Thema `Zeit´ problematisiert werden:

   Mir scheint, Sie wollen sich gar nicht mehr die Zeit geben, über all diese Dinge oder zumindest über die wichtigsten gründlich nachzudenken.

   Welche Nachteile würde es für Sie haben, wenn Sie Ihre Entscheidung einfach nur aufschieben.

   Es kann sein, dass Sie ja Recht haben, mit Ihrer Entscheidung, und ich erwarte gar nicht, dass Sie sie zurücknehmen. Nur ob Sie diese Entscheidung zu Sterben unbedingt heute umsetzen müssen ist das, was ich mich frage.

3. Um die Compliance in diesem Punkt zu fördern können auch Aussichten auf die Überbrückung der Zeit mit **unüblichen Angeboten** gegeben werden. Z.B.
   - ein kurzes tägliches Treffen oder Telefonkontakt (5 Min)
   - Audioaufnahme der Sitzung zum Anhören mitgeben
   - mehrere Termine vereinbaren (um Sicherheit zu schaffen)
   - bibliotherapeutische Interventionen
   - medikamentöse Brücken (z.B. bei Schlaflosigkeit)

`Pro-und-Contra'-Liste:
"*Schreiben Sie auf einem Blatt, das Sie immer bei sich tragen sollten, in eine Spalte alle Gründe, die dafür sprechen, sich umzubringen und in die andere alle Gründe dagegen. Und zwar immer, wenn Ihnen etwas dazu einfällt. Machen Sie das Gleiche mit einem zweiten Blatt und schreiben in eine Spalte alle Gründe gegen das Leben und in die andere alle, die für das Leben sprechen."*
"Es ist bei so grundlegenden (100%igen) Entscheidungen sehr 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 dafür zu nehmen und genau zu überlegen, um sich wirklich sicher zu sein."

Wirkung: Th. kann die Motive des Patienten und Informationen über sein individuelles Wertesystem genauer erfahren.
Pt. wird die Reflexion über sein Vorhaben wieder (systematischer) aufnehmen.

Indikation:
Bei Problemen der Selbstkontrolle. Wenn der Pt bereit ist, die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, nochmal aufzuschieben, aber sich nicht sicher ist. Er würde dies gerne versprechen, aber er weiß nicht, ob er das auch bis zur nächsten Sitzung einhalten kann (z.B. "Das Wasser zieht mich dann immer so an.").

Bei der Erstellung ist der Prozess am wichtigsten, nicht das Endprodukt!

Alternative Begriffe für `Anti-´ oder `Non-Suizid-Vertrag´:

- Versprechen
- Abmachung
- eine Selbstverpflichtung eingehen
- ein Versprechen, das Sie sich selbst geben
- eine Garantie
- ein Lebensvertrag

Strategien und Techniken:

das Erstellen (!Nicht die Umsetzung!) als Experiment anbieten

das Zerreißen des Vertrags anbieten

weitgehend nondirektives Vorgehen bezüglich des Inhalts, aber direktives Vorgehen bezüglich des Prozesses (z.B. eigene Formulierungen finden lassen oder erlauben)

kurzfristige Vereinbarung (bis zum nächsten Termin)

mit vollem Namen (Vor- und Nachnamen) unterschreiben lassen

eine skeptische Haltung einnehmen

Vertrag mitgeben

keine Kopie machen

guten Ort zum Aufbewahren suchen lassen

Auf zusätzliche Bedingungen bestehen:

Suizidmittel (auch vorübergehend) unwirksam machen oder beseitigen
(z.B. gefährliche Gegenstände wegbringen lassen, Zugänge behindern etc.)

Handlungen für Notfälle erarbeiten (vgl. Notfallplan)

1. Kläre oder verbalisiere selbst noch mal, dass Dein Patient entweder im Grunde 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 oder gleich in ein Heft (welches ev. später als Therapie-Begleitheft für die weiteren Gespräche dienen kann):

> *"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."*

Je nach Lage kann natürlich auch ein frei vereinbartes Datum, z.B. 8 Tage später, oder auch "*Bis zum Ende der Therapiezeit"* eingetragen werden, wobei zu beachten ist, dass die **Zeit für wirklich akut Suizidale überschaubar** bleiben muss, damit sie dieses Versprechen nicht als Überforderung erleben.

(In der Regel stehen akut gefährdete Patienten einer solchen Selbstverpflichtung sehr skeptisch gegenüber und benötigen daher zusätzlich **flankierende Maßnahmen.** Entscheide Dich bewusst dafür, die Sitzung zu überziehen, indem Du auch dafür sorgst, dass die folgenden Termine verlegt werden. Erlaube Dir, die Sitzung für diesen Zweck kurz zu unterbrechen.)

4. Die meisten Patienten haben das Problem, dass sie für bestimmte Situationen nicht für ihre Sicherheit garantieren können (z.B. „und wenn ich nachts wieder nicht schlafen kann?" „Wenn mein Ex-Mann vorbeikommt...."). Suche dann zusammen mit dem Ptn Möglichkeiten (Ressourcen, Coping-Strategien), den Vertrag so zu modifizieren oder zu erweitern, bis er vom Patienten als hilfreich erlebt wird.

> *Was hat Ihnen bisher geholfen, diese schwierigen Situationen zu bewältigen, oder zu überstehen?*

Hier alles aufschreiben lassen, was ihm einfällt, auch dann, wenn es nur eine Sache ist!

5. Wenn der Pt sich immer noch nicht zutraut, die für die Einhaltung des Vertrages nötige Selbstkontrolle aufzubringen, dann schlage ihm zusätzlich **günstigere Rahmenbedingungen** vor:
   - Die **Beseitigung oder Neutralisierung des Suizidmittels** sind hier die wichtigste Option. Weitergehende Vorschläge werden jedoch ebenfalls gerne angenommen:

   z.B.: Das Recht auf einen 5-minütigen Anruf pro Tag (möglichst am Morgen)
   die Möglichkeit eines Anrufs bei der Telefonseelsorge (0800-1110111)
   das Recht auf eine Sitzung außer der Reihe (in Notfällen),
   das Vorziehen der nächsten Sitzung auf einen früheren Termin (im Extrem am selben Tag).

> *"Wenn ich sicher bin, dass ich alle meine Möglichkeiten, am Leben zu bleiben und mich von einer Selbsttötung abzuhalten, ausgeschöpft habe, habe ich das Recht, meinen Therapeuten(in) Herrn(Frau)..... anzurufen und um einen Termin zu bitten. Herr(Frau) ..... verpflichtet sich, diesen Termin spätestens am darauffolgenden Tag einzurichten."*

6. Vielleicht ist auch ein zusätzlich motivierender Satz sinnvoll z.B.:
   "*In dieser Zeit werde ich alle Möglichkeiten nutzen, die mir helfen, bei einer Entscheidung für oder gegen mein Leben, weiterzukommen."*

7. Fordere dann den Patienten auf, diese Formulierungen seinem ‚*vollen Namen'* zu unterschreiben. Der Vertrag soll in den Händen des Patienten bleiben. Mach den Vorschlag, diese Selbstverpflichtung an einem guten Ort („immer greifbar") zu verwahren.

Die hier im Notfallplan aufgeführten Copingstrategien können auch zur Ergänzung eines Vertrages mit dem Patienten entwickelt werden: Der Einsatz von Notfallplänen bietet sich an bei längerer Unterbrechung der Therapie an (z.B. vor längerer Abwesenheit d. Th.). Eine Liste darüber, was er, im Falle er fühlt sich sehr gefährdet, alles tun könnte, um sich von einer Selbsttötung abzuhalten (Ein individueller Krisenplan muss idR nicht so umfangreich sein, wie die folgende Auflistung, die von verschiedenen Patienten/innen stammt.):

Notfallplan
==========

Ich bin zu Hause und merke, dass ich gerade darüber nachdenke, mir etwas anzutun.

Ich schütze mich selbst, indem ich ...
- mich hinlege und mich entspanne
- 3x tief einatme
- meine Lieblingsmusik auflege
- die Entspannungskassette höre
- mich 5 Min. vor den Spiegel setze
- ein Glas kühles Wasser trinke

Ich merke, dass ich länger als 10 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
- zur Entspannung 2 Bier trinke
- ins Kino, Sauna oder Schwimmen ... gehe
- mit dem Auto fahre, ganz laut Musik höre und mitsinge
- einen Friseur-Termin für den gleichen Tag vereinbare
- einen Massage-Termin vereinbare
- mich einige Zeit unter die Dusche stelle

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

Ich schütze mich, indem ich
- .....(eine bestimmte Person, jd. der immer ein offenes Ohr hat) anrufe oder zu ihr/ihm gehe
- die Telefonseelsorge (Ruf-Nr.: 0800-1110111 od. 0800-1110222) anrufe
- meine Therapeutin oder einen Kollegen in ihrer Praxis anrufe und mir einen Termin geben lasse
- zum Arzt gehe und mir Medikamente verschreiben lasse

Voraussetzung für konfrontatives Vorgehen ist natürlich ein gelungener Rapport. Bin ich in diesem Punkt im Zweifel, so ist es sinnvoll, auch weiterhin - parallel zur Konfrontation - die Beziehung zu intensivieren oder direkt auf diesen Kurswechsel aufmerksam zu machen:

a) KONFRONTATION mit rationalen Argumenten:

- `Die letzte Hoffnung': "*Erstens kenne ich Therapeuten, die erfahrener und fähiger sind, z.B. solche, bei denen ich selbst in Ausbildung war, und zum anderen gibt es immer auch Therapeuten, die mit ihrer Persönlichkeit oder in ihrer Fähigkeit sich auf andere Menschen einzustellen, möglicherweise besser für Sie geeignet sind als ich."*

- *"Vielleicht merken Sie, wie Sie mich mit Ihren Andeutungen/Vorhaben doch ziemlich beeindrucken, aber Sie werden mich nicht einschüchtern. Es ist im Grunde ja Ihr gutes Recht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen. Ich fände es aber eine wirklich große Dummheit, weil Sie sich mit der Entscheidung für den Tod für das Nichts entscheiden, das, was uns wirklich allen sicher ist. Für den Tod, für die Nicht-Existenz haben wir aber wirklich eine ganze Ewigkeit Zeit, für das Leben im Vergleich dazu nur wenig und Sie wollen das wenige auch noch freiwillig hergeben.* (n. Ellis 1995)

- *„Viele Menschen, die sich in einer Krise befinden, glauben, dass das was gerade passiert das Schlimmste ist, was einem passieren kann. Die Regel ist aber, dass einige Jahre später, im Rückblick, genau die gleichen Menschen sich wundern, dass sie die Situation damals so schlimm eingeschätzt haben. In der Gegenwart fehlt einem oft dieser Blick von der Zukunft in die Vergangenheit.*

- *„Es stimmt, ihr Leben könnte auch noch schlimmer werden, da gibt es keine Sicherheit. Aber eine Selbsttötung schließt die Möglichkeit aus, dass es jemals besser wird!“*

b) KONFRONTATION mit Realitäten

- "*Es kann gut sein, dass Ihre Situation schwieriger wird. Ab einem gewissen Punkt im Leben merken wir, dass wir älter werden und wir müssen uns mit bestimmten Veränderungen abfinden. Das ist wirklich eine schwierige Aufgabe im Leben, die auf jeden zukommt - das kann ich Ihnen ganz sicher sagen. Mir kommt es so vor, als ob Sie da eine Ausnahme gemacht kriegen wollen? Wenn's ein Mittel gegen das Altern geben würde, würden Sie sich dann auch umbringen wollen?"*

- *"Aus meiner Sicht ist es auch verständlich, wenn Sie über dieses Problem so oft und noch möglichst lange nachdenken wollen. Eine Leiche kann man nicht mehr lebendig machen! Das ist der Punkt - und aus diesem Grund möchte ich Ihnen auch das Aufschieben der Entscheidung als Bedenkzeit vorschlagen"*

- *„Sie glauben Sie sind nicht OK, und vielleicht stimmt das ja. Aber es ist OK, nicht OK zu sein!“*

c) KONFRONTATION mit Widersprüchen

- *"Das hört sich so an, als ob es gar keine anderen Wünsche mehr für Sie gibt. Aber dann frage ich mich, wer hat Sie eigentlich hierher gebracht?"*

- `Kristallkugel'-Phänomen: *"Woher wissen Sie, dass es so weitergehen wird, dass Sie keine Möglichkeit finden werden, mit diesen Schwierigkeiten besser klar zu kommen als früher? - Das klingt so, als ob Sie jemand seien, der sich im Leben noch nie getäuscht hat. Andererseits haben Sie mir aber einige Dinge erzählt, wo Sie sich sehr getäuscht haben*!"

- *"Sie sind also selbst nichts (mehr) wert. - Wer trifft eigentlich dieses Urteil? Ist dieser Teil von Ihnen auch nichts wert?"*

- *„Sie sind wirklich überzeugt, dass es richtig ist, in einer Situation, wie der Ihrigen, sich umzubringen. Wenn Sie jetzt jemand kennen würden, der auch in so einer Situation ist, würden Sie den dann auch umbringen?*

d) KONFRONTATION mit Grenzen

- *"Das sind alles sehr wichtige Fragen, nur ist jetzt das Problem für mich, dass ich Ihnen auf diese Fragen keine Antworten geben kann. Wichtige Fragen erfordern gut überlegte und in Ihrem Fall auch bestimmt keine kurzen Antworten. - es bleiben für das Gespräch heute noch 5 Minuten und ich denke, dass wir eh´ überziehen müssen, um zu einem guten Abschluss zu kommen."*
- *"Ich bin aber leider nicht immer erreichbar, insofern wäre ein Telefongespräch mit in so einer Notsituation dann vielleicht gar nicht möglich. Ich glaube auch, wenn Sie wirklich 24 Stunden am Tag diese Möglichkeit zum Gespräch benötigen würden, dass ich dann nicht die passende Stelle für Sie wäre. ... Würde es denn wirklich reichen, wenn Sie nur telefonisch mit jemanden reden könnten?* (Falls ja, dann auf Telefonseelsorge aufmerksam machen).
- *"Es kommt bei mir öfter vor, dass ich mit jemandem spreche, der sich eigentlich schon entschieden hat, sich umzubringen, der aber von anderen, die es vielleicht auch gut meinen, hierhergeschickt wurde. - Wenn das bei Ihnen auch so wäre, bin ich vielleicht gar nicht der geeignete Gesprächspartner. Ich sehe mich nämlich als jemand, der dabei helfen kann, so eine Entscheidung erst noch gut zu überlegen.*
- *"Ich akzeptiere Sie nur als Patienten, wenn Sie einige Zeit dieses Vorhaben, sich umzubringen, zurückstellen. Erst dann kann ich den Antrag auf eine Psychotherapie unterstützen und erst dadurch ist eine Therapie wirklich möglich."*
- *"Ich bin sehr interessiert daran, ob es wirklich Gründe gibt, die eine solche Handlung sinnvoll machen. Als Therapeut werde ich natürlich niemanden davon abhalten, sich umzubringen. Wenn jemand meint, dass er das tun muss, ist das zumindest für ihn richtig.*

Weitere Ideen:

- ……
  ……
  ……
  ……

Übung: **B = Übungspartner/in** (Patient/in) - stellt eine/n reale/n Pt/in. aus dem eigenen Arbeitsfeld dar, mit dem es zu keinem Versprechen oder Vertrag gekommen war, und der/die nur wenig kooperativ ist.

A = Therapeut/in
(1) zeigt dem/r Pt/in seine ev. Widersprüche auf
(2) konfrontiert den Pt mit rationalen Argumenten
(3) nutzt Argumentationshilfen aus den obigen Vorschlägen

C = Beobachter/in (Supervisor/in)
(1) notiert schwierige Gesprächpassagen u. gute Interventionen
(2) überlegt sich alternative Fragen/Interventionen
(3) macht Vorschläge, wenn der Therapeut/in um Hilfe bittet
(4) gibt Zeichen nach der Hälfte der Zeit u. nach Ablauf (15 Min)
(5) berichtet in der Großgruppe

Der Patient wird mit geeigneten Fragen angeleitet, sich eine möglichst genaue Vorstellung, im besten Falle sogar ein inneres Bild davon zu machen, wie das Leben weitergeht, wenn er selbst nicht mehr existiert. Diese Intervention ist zum einen diagnostisch sinnvoll, wenn man davon ausgehen kann, dass der Patient mit seinem Tod etwas ganz Bestimmtes erreichen will: *"Denen gehört einfach ein Denkzettel" - "Einen Selbstmord wird man nicht so schnell vergessen"* und ähnliche Aussagen sind Hinweise auf solche Intentionen. Zum anderen bekommt der Pt. bei dieser Art der Konfrontation einen sehr guten Zugang zu seinen Gefühlen, die dann positiv konnotiert werden müssen und therapeutisch genützt werden können (s. Arbeit mit Gefühlen).

Fragen zur Erzeugung von Zeitprojektionen
"Wenn Sie jetzt gehen und sich dann umbringen, wie werden Sie sterben?" - "Wer wird Ihren Körper finden?" - "Was werden Sie in Ihren Abschiedsbrief schreiben?" - "Wenn Sie dann tot sind, wo möchten Sie beerdigt werden?" - "Werden Ihre Angehörigen Sie beerdigen oder möchten Sie eine Urnenbestattung?" - "Wie viele Menschen, glauben Sie, werden zu Ihrer Beerdigung kommen?" - "Wer wird sicher nicht kommen?" - "Möchten Sie, dass man Blumen und Kränze aufs Grab legt?" - "Wer wird auf keinen Fall weinen, wenn er die Nachricht erhält?" - "Was wird in der Zeitung über diesen Fall stehen?" - "Welche Musikstücke wird man für die Trauerfeier aussuchen?" - "Wer wird die Blumen auf Ihrem Grab gießen?" - "Wie wird Ihre Frau 10 Jahre nach Ihrem Tod leben?" - "Was werden Ihre Kinder ihren Freunden über ihren Vater erzählen?"

Übung: **B = Übungspartner/in** (Patient/in) - stellt einen realen Ptn aus dem eigenen Arbeitsfeld dar, mit dem es zu keinem Versprechen oder Vertrag gekommen war, und/oder der für argumentative Konfrontationen nicht zugänglich war.

A = Therapeut/in führt seinen Übungspartner/in mit geeigneten Fragen (s.o) zu einer genauen Vorstellung davon, wie das Leben in nächster Zeit weitergeht, wenn dieser selbst tot sein wird.

C = Beobachter/in (Supervisor/in)
(1) notiert schwierige Gesprächpassagen und gut gelungene Interventionen
(2) überlegt sich alternative Fragen/Interventionen
(3) macht Vorschläge, wenn der Therapeut/in um Hilfe bittet
(4) gibt Zeichen nach der Hälfte der Zeit u. nach Ablauf (15 Min)
(5) berichtet in der Großgruppe

oder moderiert die Nachbesprechung in der Kleingruppe (5 Min) mit folgenden Punkten:
- Haben die Fragen beim Patienten emotionale Reaktionen ausgelöst?
- Welche waren das u. wie hilfreich könnten diese für den weiteren ther. Prozess sein?
- Wenn die Fragen den Patienten nicht erreicht haben: Warum gelang dies nicht?
- Welche alternativen Interventionen hätten auch zielführend sein können?

Formulierungen, um das Gefühlserleben von Patienten zu fördern:

"Wie hindern Sie sich gerade, Ihren Schmerz wirklich ganz auszudrücken?"

"... und es kostet viel Kraft, die Tränen zurückzuhalten."

"Die Tränen in Ihren Augen zeigen wahrscheinlich nur einen ganz kleinen Teil von dem tiefen Schmerz den Sie innerlich empfinden."

"Wenn Sie lächeln, könnte man denken, dass es Ihnen eigentlich gar nicht so schlecht geht. Welche Gefühle würden entstehen, wenn Sie sich nicht zu diesem Lächeln zwingen würden?"

Handlungsleitendes Prinzip:

Ich gehe mit Dir bis an den tiefsten Punkt Deiner Verzweiflung um dort mit Dir den Grund für Deinen Schmerz zu finden.

In der Regel führen solche **Verbalisierungen der inneren Vorgänge** (bzw. Widerstände) des Patienten indirekt dazu, dass er mehr von diesen Gefühlen zulässt (= Externalisieren des Widerstands). Erst wenn ich das auch äußerlich beim Patienten wahrnehmen kann, motiviere ich ihn direkter:

"*Und es tut gut, sich das einfach mal zu erlauben, schwach zu sein. Das ist auch ein wichtiger Teil von Menschsein"*

"Eigentlich wissen Sie sehr gut, wie befreiend es sein kann, die Tränen einfach laufen zu lassen."

"Menschen, die sich in einer ähnlich schwierigen Situation wie Sie befinden, merken oft, dass sie schon lange nicht mehr geweint haben und dass sie manchmal auch gar nicht wissen, ob sie solche Gefühle überhaupt noch haben."

Wenn diese Interventionen nicht hinreichend sind, um den Pt mit seinen Gefühlen in Kontakt zu bringen, kann ich ihn darauf aufmerksam machen, wie er in dieser Situation auf mich wirkt:

"Sie haben mir bisher sehr viel von sich erzählt und ich kenne Ihre Situation ganz gut, aber jetzt merke ich, dass eigentlich nicht weiß, was in Ihnen vorgeht, wenn Sie an Ihr eigenes Sterben denken. - - - Ob das Trauer oder Enttäuschung ist oder Wut darüber, was das Leben Ihnen bisher zugemutet hat."

Auch wenn hinter den depressiven Anteilen der psychischen Problematik ein großer Teil an nichtgelebter Wut vermutet werden kann, so sind sich die meisten Therapeuten, die mit Suizidalen arbeiten, einig, dass ein Hinlenken auf die **aggressiven Impulse** erst im Laufe einer späteren Therapie sinnvoll ist. Wenn Aggressionen jedoch im Gespräch auftauchen, sollte man Freiräume zum Ausagieren schaffen oder solche für Zuhause entwickeln lassen.

Gefühle von Hoffnungslosigkeit oder ein **vermindertes Selbstwertgefühl** sind meist ein Hinweis auf dysfunktionale Attribuierungsmuster im Sinne der Theorie der Gelernten Hilflosigkeit. Depressive sagen zum Beispiel häufiger

"Ich bin einfach unfähig"
"Das habe ich noch nie gekonnt"
"Mir hat es schon immer an Willenskraft gefehlt"
"Ich bin einfach nicht so belastbar".

Das heißt, sie erklären diese Ereignisse mit ihrer eigenen Unfähigkeit, was zu erheblichen **Schuldgefühlen** führen kann. Gefühle von Hoffnungslosigkeit werden vor allem durch external-stabile Attributionen (Schwierigkeit der Umweltbedingungen) erzeugt:

"In dieser Welt muss man ja untergehen"
"Die Leute sind einfach so verschlossen"
"Das ist einfach so".

Die Intervention besteht nun z.B. darin, dass ich nun allen Attribuierungen, die sich psychohygienisch günstiger auswirken, besondere Aufmerksamkeit zukommen lasse, wie z.B.:

"*Vielleicht hätte ich besser zeigen sollen, dass ich mich unterhalten wollte."* so kann ich das etwa so aufgreifen:
*"Das könnte eine gute Idee sein. Wissen Sie denn, **wie** Sie das besser hätten zeigen können?"*

oder dass ich den Pt mit mit geeigneten Fragen provoziere:

Wer hat Ihnen das beigebracht, zu glauben, dass Sie unfähig sind?

oder ihn mit meiner eigenen Ansicht konfrontiere:

"Ich kann das nicht so sehen, dass Sie unfähig sind. Sie haben sicherlich viele Misserfolge erlebt, aber ich denke, dass das etwas damit zu tun hat, dass Sie Ihre Energie und Fähigkeiten da eingesetzt haben, wo gar nichts zu verändern war."

Diese Interventionen werden natürlich oft erst im Rahmen eines langfristigen Therapiekonzeptes wirksam, können aber auch schon in der akuten Krise zu kurzfristigen emotionalen Entlastungen führen.

Deutungen:
Die im psychoanalytischen Therapie- und Denkansatz gemachte Unterscheidung zwischen dem Anlass und der Ursache kann zur emotionalen Entlastung des Patienten beitragen. So geht Henseler (1981) davon aus, dass man das bewusst angegebene Suizidmotiv nicht als die eigentliche bzw. vollständige Begründung für die Suizidhandlung betrachten darf:

(1) `Die Suche nach dem kränkenden Anlass'
**(2) `Die Suche nach dem gemeinsamen Nenner'**: z.B.: Suizid als `mannhafte Tat´, und damit als Lösung für die unbewussten Zweifel an der eigenen Männlichkeit
(3) `Die Beobachtung der Interaktion': z.B.: *"Ich habe den Eindruck, dass ein richtig gutes Gespräch zwischen uns, mit wechselseitigen Überlegungen zu Ihrer Situation und wie es zu ihr gekommen ist, nicht aufkommen darf, weil Sie meinen, da könnte für Sie etwas Wichtiges in Frage gestellt werden."* (Reimer & Henseler 1981, S.176)

Umdeutungen:

- Selbsttötungsabsichten = Bedürfnis nach Pause
  = beurlaubt werden vom Leben
  = den Himmel auf Erden wollen
  = sich das Leben „nehmen“ (es i.d. Hand nehmen statt nehmen)
  = einen Platz nur ganz für sich allein haben wollen
  = Zeichen für eine schwere Depression
  = große Angst vor dem Leben
  = große Angst vor den Menschen
  = jemanden damit bestrafen wollen
  = sich selbst bestrafen wollen (mit der Todesstrafe)
  = Zeichen für einen grundlegenden Wachstums- oder Entwicklungsprozess
  = Krise ==> Chance (chin. Schriftzeichen)

"Wenn Sie sich genau erinnern, dann wissen Sie auch, dass es ganz normal ist, dass man in der Dunkelheit (oder: *in diesem Festgefahrensein*) *so einer Krise gar nicht sieht* (oder: *merkt*), *worin das rettende Licht bestehen könnte* (oder: *wie es weitergehen könnte*). *Erst hinterher wissen wir wirklich, was wir in dieser schwierigen Zeit für unser weiteres Leben gelernt haben, welche* ***Chancen*** *uns so eine* ***Krise*** *bieten kann."*

"*So wie ich Sie bisher verstanden habe, scheint mir, dass Sie sich einer sehr großen Aufgabe verschrieben haben. In der Geschichte gibt es viele Persönlichkeiten, die es z.B. auch nicht ertragen konnten, dass solche Ungerechtigkeiten in der Welt existieren. Vielleicht ist Ihr Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, eigentlich nichts anderes als ein Wunsch nach einer ewigen Gerechtigkeit oder Frieden?"*

"Da haben Sie mit vielen, *die sich umbringen wollen, eine Gemeinsamkeit: Sie wollen im Grunde den Himmel auf Erden erreichen, und das ist für sich genommen auf jeden Fall eine sehr anerkennenswerte Absicht."*

"Eigentlich können Sie dann jetzt ja wirklich tun und lassen, was Sie wollen. Sie können Ihrem Chef endlich ehrlich die Meinung sagen, ohne sich um die Konsequenzen kümmern zu müssen. Eigentlich sind Sie jetzt freier als kaum irgendjemand."

Unterbringung und Zwangsbehandlung nach dem Unterbringungsrecht (öffentlich--rechtliche Unterbringung):

Eine vorläufige Unterbringung von bis zu 24 Stunden (in Baden-Württemberg bis zu 72 Stunden) kann ohne richterlichen Beschluss durch jeden niedergelassenen Arzt veranlasst werden. Jeder ambulant Tätige sollte sich also über die örtlichen Gegebenheiten für diesen Fall informieren, denn die **Unterbringungsgesetze** (UBG bzw. VerwahrungsG od. PsychKG) sind Ländersache und werden auch noch von den regionalen Polizeidienststellen unterschiedlich interpretiert und auch gehandhabt. Die Polizei fühlt sich i.d.R. nur zuständig, wenn eine aktuelle Selbstgefährdung vorliegt. Die UBGs gleichen sich aber in den zentralen Punkten, in allen werden folgende Gründe für die Unterbringung genannt:

Selbstgefährdung: Der Betroffene gefährdet aufgrund von psychischer Krankheit, Geistesschwäche oder Sucht sein Leben in erheblichem Maße (z.B. Selbstmordabsicht, Selbstmordversuch). Dieses deckt sich zum Teil mit den Voraussetzungen für die betreuungsrechtliche Unterbringung.

Fremdgefährdung: Der Betroffene gefährdet aufgrund psychischer Krankheit, Geistesschwäche oder Sucht die öffentliche Sicherheit und Ordnung (z.B. durch Androhung von Gewalttaten)

<u>Folgende Schritte sind in der Regel möglich:</u>

- Bei der Ablehnung einer Unterbringung des Patienten in einer Psychiatrie, mit ihm über sinnvolle Alternativen nachdenken (psychosomatische Kliniken, Krisenzentren wie zB das Atriumhaus in München, Freunde und Verwandte 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, dem konsiliarisch tätigen Arzt oder in die Notaufnahme der Psychiatrie (BKH) fahren, um einen ärztliche/n Kollegen/in in die Überlegungen oder Entscheidung einzubeziehen.
- Den Patienten mit aller Autorität anweisen, den Raum nicht zu verlassen, und den ärztlichen Notdienst, die Polizei, das Gesundheitsamt, ev. den Betreuer/in um Mithilfe ersuchen.
- Wenn der Patient die Praxis verlässt, alle Möglichkeiten nutzen, die eine drohende suizidale Handlung verhindern können (z.B. Angehörige, Freunde informieren).
- „Zu ‚Unzeiten' (Wochenenden, an Feiertagen und dgl.) sollte sich der Therapeut direkt an die Polizei wenden, die ihrerseits mit Polizeiärzten zusammenarbeitet. Der Verfahrensweg ist hier folglich gekennzeichnet durch "Polizeigewahrsam – Gesundheitsamt – Psychiatrische Einrichtung". Zusammenfassend gibt es folglich für den Psychotherapeuten bei akuter Suizidgefährdung des Patienten drei Möglichkeiten: (1) die Kontaktaufnahme zu einem niedergelassenen Arzt, der die sofortige Einweisung anordnen kann, (2) die Kontaktaufnahmen mit dem Gesundheitsamt, (3) die Kontaktaufnahme mit der Polizei."
  (Behnsen, K. et.al (Hgg), Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: Hüthig, 6. Erg.-Lfg. Juni 2001, S. 15)

… in der Risikoabschätzung:

- Latente suizidale Reaktionen übersehen
- Bagatellisierungen des Patienten akzeptieren
- Zu schnelle Orientierung auf positive Veränderungen
- Vernachlässigung der Dokumentationspflicht

… bei den Interventionen:

- Unangemessene Provokationen und Drohungen (Gegenübertragungsdynamik ignorieren)
- Zu frühe Deutung der 'Autoaggression' als Fremdaggression (Gefahr des Erweiterten Suizid)
- Selbst Gründe für ein Weiterleben aufzählen
- In der ersten Sitzung (bei mangelndem Rapport) ein Selbsthilfebuch empfehlen
- Medikation (häufig zu niedrig)

… im Therapieprozess:

- Unangemessene Therapieziele (durch Überschätzung bei Neuroleptika-Medikation)
- Beendigung der Sitzung oder Terminabsagen durch den Klienten
- Übersehen von Trennungsängsten (Urlaub, Wochenende)
- Das Problem Suizid im Laufe der Therapie aus den Augen verlieren

Problematisches Therapeutenverhalten in stationären Einrichtungen:

- Verweigerung einer angemessenen und indizierten Therapie
- Die Ansicht der Therapeuten, dass sie es mit einem hoffnungslosen Fall zu tun haben
- Die Unfähigkeit, Mitteilungen des Patienten richtig zu verstehen
- Kommunikationsprobleme der Mitarbeiter
- Abschieben des Patienten in das Milieu, wo er suizidal wurde.

(nach Finzen, 1988, S.34)

Konventionelle Klischees und abgenützte 'Beschwörungsformeln':
Vor allem unter Zeitdruck kommt es bei Betreuern zu - wie ich denke – Verlegenheits-äußerungen:

"Kopf hoch, *das Leben geht weiter"*, *"Da mussten schon viele durch"* u.ä..

Zeit- und Personalmangel ist in manchen Einrichtungen oder Berufen eine Realität, um die man weiß, welche man daher auch schon vorher überdacht haben könnte. **Dann ist mindestens folgendes Angebot möglich:** *"Es gibt sicherlich viel zu Ihrem Problem zu sagen, und es tut mir leid, dass ich jetzt und auch später nicht die Zeit habe, das alles mit Ihnen zu besprechen, aber ich möchte Ihnen gleich eine Möglichkeit anbieten, wo Sie dies tun können. Wären Sie damit einverstanden, wenn ich eine Kollegin anrufe, von der ich glaube, dass Sie dort gut aufgehoben sind, und die sich auch schon häufiger mit Menschen in einer ähnlichen Situation wie Ihrer befasst hat?"*

Unterbringung und Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht (zivilrechtliche Unterbringung) kann als gerechtfertigt und erforderlich angesehen werden, wenn nach § 1906 Absatz 1 BGB die **Notwendigkeit einer Heilbehandlung** oder **Selbstgefährdung** vorliegen. **Selbstgefährdung** heißt hier, es besteht eine konkrete Gefahr, dass der Betroffene sich selbst tötet oder einen erheblichen Gesundheitsschaden und zwar „aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen und seelischen Behinderung“ riskiert. Ein typisches Beispiel ist hier ein Mensch, der unter Depressionen leidet und Selbsttötungsabsichten hegt.

Beihilfe: Die aktive Beteiligung an einer Selbsttötung ist mangels einer rechtswidrigen Haupttat (nach §§ 26,27 StGB) straflos. Andererseits besteht Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen (§ 323c StGB), die dann eintritt, wenn die „Tatherrschaft“ des Suizidenten nicht mehr gegeben ist, etwa weil er inzwischen bewusstlos geworden ist.

Geschäftsmäßige Beihilfe: 1984 entschied der BGH, ein Hausarzt sei verpflichtet, seinen Patienten nach einem Suizidversuch zu retten (Urteil v. 04.07.1984, AZ.: 3 StR 96/84). Im Februar 2020 erklärte nun das Bundesverfassungsgerichts in einem einstimmigen Urteil das Verbot, die Selbsttötung "geschäftsmäßig zu fördern" für verfassungswidrig. Damit war ein neues Grundrecht war geboren: das Recht auf Selbstbestimmtes Sterben (BVerfG 2020).

Die Garantenstellung: Diese bezeichnet im Strafrecht die Pflichten, dafür einzustehen, dass ein bestimmter tatbestandlicher Erfolg nicht eintritt (§ 13 StGB). Sie ist Voraussetzung für eine Strafbarkeit wegen Unterlassens, soweit es sich um ein sogenanntes unechtes Unterlassungsdelikt handelt. Die verpflichtete Person heißt Garant. Wichtig ist in krankheitsbedingten Fällen die Garantenstellung aus freiwilliger Übernahme von Schutz- und Beistandspflichten (z. B. durch einen Arzt) und wegen enger Verbundenheit (Eltern den Kindern gegenüber und umgekehrt, Ehepartner, Lebenspartner untereinander usw.).

Der BGH ging früher von einer grundsätzlichen **Rettungspflicht** des Garanten aus. Die Rechtsprechung war hier sehr uneinheitlich. Teilweise wurde die Rettungspflicht auf die Phase beschränkt angesehen, in der die Handlungsunfähigkeit des Suizidenten eingetreten ist und z.B. infolge Bewusstlosigkeit nicht mehr von seinem Entschluss zurücktreten kann (vgl. a.a.O. S.149f).

Derzeit (Sept. 2022) existieren drei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben und ergänzend ein Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention. Es soll verhindert werden, dass lebensmüde Menschen zu illegalen oder ggf. gefährlichen oder unsicheren Mitteln greifen müssen, aber es soll auch gewährleistet werden, dass eine aufgeklärte Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zum Suizid vorliegt. Dadurch wird die Garantenpflicht aufgehoben.

Weiterführende Literatur.:

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020- 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

Meier, Sybille M. (2004). Handbuch Betreuungsrecht. Heidelberg: Müller

Wolfslast, G., Schmidt, K. W. (Hrsg.) (2005). Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag. München: Beck

6. Literatur und Adressen zum Seminarthema Suizidprophylaxe

Seminarunterlagen: Dr. W. Dorrmann

1. Empfehlenswerte Literatur für Betroffene

Diekstra, R. & G. McEnery (1992). Der letzte Ausweg. München: Kabel (auch für Jugendliche)

* Quinnett, Paul G. (1999). Es gibt besseres als den Tod. (= Neuauflage des früheren Titels: Warum mit dem Leben Schluß machen?) Freiburg: Herder (leider schon wieder vergriffen)
* Jungnikl, S. (2014). Papa hat sich erschossen. Frankfurt: Fischer (auch als TV-Doku erhältlich)
* Teismann, T. & W. Dorrmann (2015). Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe

Wolf, Doris (1991). Einen geliebten Menschen verlieren. Vom schmerzlichen Umgang mit Trauer. Mannheim: PAL

Roud, Paul C. (1992). Diagnose: Unheilbar, Therapie: Weiterleben. Stuttgart: Kreuz

2. Empfehlenswerte Literatur für Angehörige

Böhle, S. (1996). Damit die Trauer Worte findet. Gespräche mit Zurückbleibenden nach einem Suizid. München: dtv

* Dioda, C & Gomez T. (1999). Warum konnten wir dich nicht halten? Zürich: Kreuz-Verlag

Leutgeb, V, Steiner, E. & E. Waibel-Krammer (2019). s.u. Pkt. 5

Hömmen, Christa (1989). s.u. Pkt.5

* Rosen, L.E. & Amador, X.F. (2002, 6. Aufl.). Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist: Wie man Angehörigen oder Freunden hilft. Rowohlt (insbes. S. 247 – 278)
* Teismann, T. & W. Dorrmann (2015). s.o. Pkt.1

Wolf, Doris (1991). s.o.

3. Lehrvideos

Teismann, T., Gysin-Maillart, Anja C, Koban C. & W. Dorrmann (2019). Krisenintervention und Suizidalität: Beltz Video-Learning (2 DVDs mit 16-seitigem Booklet. Laufzeit 242 Min.)

Fliegel, S., Willutzki, U., Buß, L. & V. Maith (2017). Herausfordernde und schwierige therapeutische Situationen. Handwerk der Psychotherapie, Staffel 2: Moderne psychotherapeutische Verfahren (1 DVD, 77 Min.)

Dorrmann, W. (2021). Lehrvideos zur Suizidprophylaxe auf dem IVS-YouTube-Kanal https://www.youtube.com/watch?v=zY1i2ZNOk6w&list=PLypiYhxp1b55yKTVb8DntdTK2ZCt8-dGL

4. Literatur zum Thema Selbsttötung für Berater und Psychotherapeuten

Amery, J. (1974). Hand an sich legen: Diskurs über den Freitod. Frankfurt/M: Klett-Cotta

DGPPN et. al (Hrsg) (2009). S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf. Internet: www.depression.versorgungsleitlinien.de

Dorrmann, W. (2021). Konzept eines Trainingsseminars für Berater*innen und Psychotherapeut*innen zur Suizidprophylaxe. In: Ortiz-Müller, W., S. Gutwinski & B. Gahleitner (Hgg), Praxis Krisenintervention – Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: Kohlhammer S. 85 -102

* Dorrmann, W. (2021, 10. korr. Aufl.). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart: Klett-Cotta

Finzen, A. (1997) Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag mit Thieme-Verlag

Kind, J. (1992). Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

* Mundt, A. (2016, 2. Aufl.). Erste Hilfe für die Seele. Einsatz im Kriseninterventionsteam. München: btb-Verlag

Rupp, M. (1996). Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention. Stuttgart: Thieme

Suizidprophylaxe - Theorie und Praxis (Fachzeitschrift). Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. Verlag S. Roderer, Regensburg

* Teismann, T. & W. Dorrmann (2021, 2. korr. Aufl.). Suizidalität. Fortschritte d. Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
* Walraven-Thissen, Andrea (2021). Was tun nach einem Suizid? Praxishandbuch Suizid-Postvention. Göttingen: Hogrefe

5. Literatur zum Problem der Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen

Hömmen, Christa (1989). Mal sehen, ob ihr mich vermißt. Menschen in Lebensgefahr. Reinbek b. Hbg.: Rowohlt

Leutgeb, V, Steiner, E. & E. Waibel-Krammer (2019). Kinder und Jugendliche in suizidalen Krisen - Wie Eltern helfen können – ein Ratgeber. Hogrefe, Göttingen

Kösler, H, & Nikodem, B. (1996). Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen, München: Kösel

Wewetzer, C. & K. Quaschner (2019). Suizidalität. Reihe: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie - Band 27. Göttingen: Hogrefe

6. Wichtige Kontakte:

AGUS – Angehörige um Suizid e.V. Bundesweite Selbsthilfeorganisation für Trauernde www.agus-selbsthilfe.de

Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V. www.veid.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e.V. DGS-Geschäftsstelle, Alte Brauerei 9, 10965 Berlin, Tel: 030 / 5770 2556, Homepage: www.suizidprophylaxe.de

Rufnummern der Telefonseelsorge: 0800-1110111 und 0800-1110222 (gebührenfrei)
Für Österreich: Vorwahl / 142 Für die Schweiz: Vorwahl / 143

Krisendienst Mittelfranken - Hilfe für Menschen in seelischen Notlagen -
Hessestr. 10, 90443 Nürnberg, Telefon: 0911 / 424855-0

Allgemeine Hinweise für die Übungen in Kleingruppen

Dr. phil. Wolfram Dorrmann (Fürth)

A = Therapeut/in

(1) orientiert sich am konkreten Lernziel der Übung
(2) verhält sich dabei wie im "Ernstfall"
(3) erlaubt sich, die Übung zu unterbrechen (==> Lifesupervision) um sich Hilfen od. Anregungen zu holen, wenn er/sie nicht mehr weiter weiß
(4) entscheidet dann aber selbst, welche und ob er/sie diese Anregungen aufgreifen will

B = Übungspartner/in

(Patient/in)

(1) füllt die Rolle des/r Patienten/in mit einer geeigneten Problematik (Indikation!) oder mit einem eigenen Problem
(2) verhält sich angemessen kooperativ.

C = Supervisor/in

(1) notiert schwierige und gut gelungene Gesprächpassagen
(2) überlegt sich eigene alternative Fragen/Interventionen
(3) achtet auf nonverbale Interaktionen (Mimik, Gestik, Körperhaltung)
(4) macht Vorschläge, jedoch nur wenn der/die Therapeut/in um Hilfe bittet!
(5) gibt **vereinbartes Zeichen** nach der Hälfte der Zeit und nach dem Ablauf der Zeit.
(6) berichtet in der Großgruppe (oder moderiert die Auswertung in der Kleingruppe)

Aus: Dorrmann, W. (2011). Microteaching als Lehr- und Lernmethode in der Psychotherapieausbildung. Eine Einführung und praktische Anleitung für Dozentinnen und Dozenten. Materialie 66, Tübingen, DGVT-Verlag