

**„Wenn scheinbar nichts mehr geht...“ – Suizid, Selbsttötung, Freitod, Selbstmord...
Erfahrungen und Umgang mit latenter und akuter Suizidalität
– Möglichkeiten und Grenzen -**

Jürgen Schramm & Stefanie Schramm

Erschienen in: Junglas J (Hrsg.) (2007). Tödliche Gedanken – Prävention und Therapie der Suizidalität. DPV, Bonn (S. 188-205)

Epidemiologie

In der Bundesrepublik starben im Jahr 2005 nach Angaben des statistischen Bundesamtes (2006) 10.260 Menschen (2.737 Frauen, 7.523 Männer) durch Suizid, bis zu zwanzigmal mehr Menschen jährlich unternehmen einen Suizidversuch. Die Zahl der Verkehrstoten 2005 war mit einer Gesamtzahl von 5.635 deutlich geringer (Statistisches Bundesamt, 2006).

Männer sterben ca. dreimal häufiger durch Suizid als Frauen. 2003 kamen auf 100 000 Einwohner (EW) pro Jahr 20 Suizide von Männern und 7 Suizide von Frauen (Statistisches Bundesamt, 2005). In Bezug auf Suizidversuche dreht sich das Verhältnis von Männern und Frauen um: 2002 gab es unter den Frauen schätzungsweise 185 Suizidversuche pro 100.000 EW, unter den Männern ca. 116 pro 100.000 EW (Schmidtke et al., 2005). Da die Häufigkeit der Suizidversuche aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht direkt erhoben wird, kann deren Anzahl nur aus wissenschaftlichen Studien geschätzt werden.

Vollendete Suizide und Suizidversuche unterscheiden sich nicht nur nach dem Geschlecht der Suizidalen sondern auch nach deren Alter: Insgesamt nimmt die Suizidgefährdung mit dem Alter unabhängig vom Geschlecht signifikant zu. Im Jahr 2005 waren 35,5% der Männer und 50% der Frauen die sich das Leben nahmen über 60 Jahre alt (Schmidtke et al., 2005). Bei den Suizidversuchen hingegen sind die höchsten Raten für die jüngeren Altersgruppen zu verzeichnen. Hierbei besonders stark vertreten sind junge Frauen zwischen 15 und 30 Jahren (u.a. Schmidtke et al., 2004).

Die Relevanz des Themas „Suizid“ wird nicht nur durch die Zahl der vollendeten Suizide und die zigfach höheren Suizidversuchszahlen belegt. Auch die Zahlen der durch einen Suizid betroffenen Personen im Umfeld des Suizidenten sind erschreckend: nach Studien der WHO (2000) hat jeder Suizid im Durchschnitt Auswirkungen auf mindestens sechs andere Personen (z.B. Familienangehörige, Freunde, Arbeitskollegen), so dass 2005 – je nach geschätzter Suizidversuchszahl - zwischen 600.000 und 1,2 Mio. Menschen direkt oder indirekt von Suizid oder Suizidversuch betroffen waren.

Suizid, Selbsttötung, Freitod, Selbstmord...

Nähert man sich dem Thema „Suizidalität“ stellt sich zwangsläufig die Frage nach der Benennung dieses Phänomens: Suizid, Selbsttötung, Freitod und Selbstmord.... Die Wahl eines dieser Begriffe spiegelt mehr als eine persönliche Vorliebe für ein bestimmtes Wort: jeder dieser Begriffe signalisiert einen eigenen Zugang zu diesem Thema und zieht unterschiedliche Implikationen nach sich.

Suizid/ Selbsttötung

Suizid: aus dem lateinischen: sui = sich selbst, caedere = töten.

Die Begriffe Suizid und Selbsttötung sind wertneutrale Umschreibungen von Handlungen oder Unterlassungen eines Menschen, die direkt oder indirekt den eigenen Tod bezwecken oder herbeiführen. Eine Zuschreibung von Motiven findet nicht statt. Da Suizid und Suizidversuch nach deutschem Recht keine Straftaten sind, wird in der juristischen Fachsprache häufig der Begriff der Selbsttötung verwendet. In der wissenschaftlichen Fachsprache und im beruflichen Umgang mit den Betroffenen wird „Suizid“ als wertneutraler Begriff ohne Zuschreibung von Ursachen bevorzugt.

Freitod

Dieser Begriff wird oft von Menschen verwendet, die das Recht jeder Person zum Ausdruck bringen wollen, über ihren eigenen Tod und seinen Zeitpunkt in Freiheit und Selbstbestimmung verfügen zu können - im bewussten Gegensatz zur christlichen Auffassung, dass Gott, der dem Menschen das Leben schenkt, allein über den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen habe. Oft wird von den Menschen, die einen Suizid beabsichtigen, der eigene Tod jedoch als einzig möglicher Ausweg angesehen, die Entscheidungsfreiheit ist sehr stark eingeschränkt, Ressourcen (wie z.B. Gesundheit und soziale Eingebundenheit) und Freiheitsgrade sind verloren gegangen – der Suizid als Akt der physischen und psychischen Freiheit und Selbstbestimmung ist nicht nur äußerst selten sondern per definitionem (vgl. präsuizidales Syndrom, s.u.) sogar ausgeschlossen. Daher wird die Bezeichnung Freitod von vielen Wissenschaftlern gänzlich abgelehnt.

Selbstmord

Umgangssprachlich wird meist der Begriff „Selbstmord“ verwendet. Diese Bezeichnung stammt aus einer Zeit, in der im deutschen Sprachraum der (versuchte) Suizid noch strafbar und als schwere Sünde moralisch geächtet war. Folglich beschreibt der Begriff „Selbstmord“ ein Verbrechen, nämlich den Mord an sich selbst. Zieht man das StGB hinzu, wird aus dem Wortlaut des entsprechenden Paragraphen deutlich, mit welchen Schwierigkeiten dieser Begriff zusätzlich behaftet ist, da es sich hier nicht um die neutrale Beschreibung einer Handlung, sondern um eine klare Motiv-Zuschreibung handelt:

Mörder ist nach § 211 StGB „...wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.“.

Mit welchem Begriff man dieses Phänomen auch beschreibt, die Erfahrung zeigt: niemand nimmt sich das Leben wenn er völlig unbeschwert, glücklich und zufrieden ist, niemand strebt den Tod als Wert an sich an – suizidale Menschen können oder wollen ihr Leben so wie es verläuft nicht mehr weiterführen und sehen keinen anderen Ausweg als den Tod, der vielen dann zwar verführerisch erscheint, aber eben nur in Ermangelung von Alternativen.

Unbestreitbar bleibt auch die Tatsache, dass Menschen die Möglichkeit haben, ihr Leben selbst zu beenden - damit haben sie allerdings auch die Möglichkeit, sich *für das Leben zu entscheiden*.

Begrifflichkeit suizidaler Handlungen

Unter **Suizidalität** versteht man die Summe all derjenigen Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die selbstdestruktiven Charakter haben und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen sowie aktiv oder passiv anstreben.

Suizidversuche bezeichnen Handlungen oder Unterlassungen eines Menschen, die den eigenen Tod zwar direkt oder indirekt bezwecken, ihn jedoch nicht herbeiführen. Dabei ist es nicht immer möglich zu unterscheiden, ob der Suizident seine Tat „nur“ als Suizidversuch geplant hatte – ohne die Absicht sich tatsächlich zu töten - oder ob der Suizid „aus Versehen“ nicht vollendet wurde (z.B. weil der Suizidale zu früh gefunden wurde). Diese Unterscheidung ist nicht nur schwierig, sondern kann auch auf gefährliches Terrain führen, nämlich dann, wenn es zu Schlussfolgerungen kommt, wie „der/ die wollte es ja gar nicht richtig, sonst hätte es geklappt“. Gefährlich sind solche Folgerungen deshalb, weil jeder Suizidversuch tödlich enden kann und der beste Prädiktor für einen vollendeten Suizid die Anzahl der vorangegangenen Suizidversuche ist (u.a. Schmidtke et al., 2005). Folglich bewegt man sich auch mit der landläufigen Meinung „wenn jemand das mehrmals versucht hat, der will doch nur Aufmerksamkeit, der macht es eh nicht“ auf dünnem Eis, da mit jedem Suizidversuch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass der Suizid vollendet wird.

Auch sog. **parasuizidale Handlungen** (z.B. U-Bahn-Surfen, Selbstverletzendes Verhalten)– potentiell selbstschädigende Handlungen mit dem Ziel etwas beeinflussen/ verändern zu wollen – sind gefährlich, da sie ebenfalls tödlich enden können, auch wenn hierbei per definitionem keine Selbsttötungsintention vorliegt und sie in dem Glauben durchgeführt werden, dass sie nicht zum Tode führen (können).

Den Suizidversuchen gemeinsam ist der oft zugrunde liegende Wunsch nach Ruhe und Problemfreiheit, sie können aber auch verstanden werden als Ruf nach Hilfe, als Kommunikationsversuch. Aber auch die Befriedigung aggressiver Impulse, (Umkehr von Aggressionen die sich auf Personen in der Umwelt beziehen gegen sich selbst) kann ein **Suizidmotiv** sein, ebenso wie Rachedgedanken oder der unter Umständen letzte Versuch, Kontrolle/ Macht auszuüben.

Im Laufe ihres Lebens haben ca. 90% aller Menschen irgendwann einmal **Suizidgedanken oder –phantasien**. Diese sind oft vage und äußern sich v.a. in dem Wunsch nichts mehr hören und sehen zu müssen, endlich Ruhe zu haben – tot zu sein. Von solchen Gedanken und Phantasien zu unterscheiden sind **Suizidabsichten**, die konkreter sind und gemeinsam mit Durchführungsüberlegungen oft im Suizid(-versuch) enden. Die Wahl der Suizid(versuchs)methode ist dabei abhängig von verschiedenen Faktoren, z.B. der Verfügbarkeit der Suizidmittel (Medikamente in der Hausapotheke, Dienstwaffe etc.), dem Ausmaß der Autoaggressivität, dem Alkohol- und Drogenkonsum, möglichen Modellen (z.B. Suizid in der Verwandtschaft oder in den Medien) und geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen.

So werden vollendete Suizide meist mit sog. „**harten Methoden**“ wie Erhängen, Erschießen, Sprung in die Tiefe durchgeführt: 2005 nahmen sich 54% der Männer und 37% der Frauen, die durch Suizid starben, durch Erhängen das Leben (Schmidtke et al., 2005).

Bei den Suizidversuchen überwiegen insgesamt die sog. „**weichen Methoden**“ wie z.B. Vergiftung durch Überdosierung unterschiedlicher Medikamente. 78% der Suizidversuche von Frauen/ 61% von Männern wurden 2005 auf diese Weise unternommen. An zweiter Stelle bei den Suizidversuchsmethoden steht die Benutzung schneidender und/ oder stechender Gegenstände (Männer 23%, Frauen 10%).

Verlauf

In der Regel handelt es sich bei Suizid und Suizidversuch nicht um Kurzschlusshandlungen – meist ist die suizidale Handlung Endpunkt einer langfristigen Entwicklung. Die Handlung ist von außen betrachtet aus dem subjektiven Anlass heraus meist nicht nachvollziehbar, ergründet man aber die Ursachen und die zugrunde liegenden Motive, wird die Entwicklung oft verständlicher.

Die tunnelförmige Einengung auf die Selbsttötung und das Lebensende im Zusammenhang mit der auf sich selbst gerichteten Aggression und den zunehmenden Suizidphantasien die viele suizidale Menschen erleben, hat Erwin Ringel (1953/1984) als „**präsuizidales Syndrom**“ bezeichnet. Vorherrschende Gefühls- und Erlebnisd dispositionen in dieser Phase sind Angst und Enttäuschung, Resignation und Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht und Hilflosigkeit, Werteverlust und zunehmende Einengung.

Pöldinger (1968) beschreibt die Stadien der suizidalen Entwicklung wie folgt: in der ersten Phase –der **Erwägung** – setzt sich der Mensch erstmalig mit Suizidgedanken /-phantasien auseinander. In dieser Phase spielen v.a. psychodynamische Faktoren wie Aggressionshemmung und soziale Isolierung eine entscheidende Rolle, und der Betroffene ist für suggestive Elemente wie z.B. Suizide in der Familie, in Filmen oder in der Literatur besonders empfänglich. Darauf folgt eine Phase der **Ambivalenz**, des inneren Konflikts, so nicht mehr weiter leben zu können oder zu wollen, aber auch (noch) nicht sterben zu wollen. Diese Phase ist oft begleitet von direkten Suizidankündigungen, Hilferufen und multipler Kontaktsuche (z.B. suchen etwa 50% der Betroffenen vor der suizidalen Handlung ihren Hausarzt auf, sprechen dort aber nicht offen über ihre suizidalen Gedanken). Auf die Phase der Ambivalenz folgt die Phase der **Entscheidung** – für oder gegen den Suizid(versuch). Während der Erwägungs- und Ambivalenzphase sind die Betroffenen für (therapeutische) Hilfsangebote grundsätzlich leichter zugänglich als nach der Entscheidung. Entscheidet sich der Betroffene für den Suizid(versuch) kommt es oft zu versteckten (seltener zu offenen) Suizidankündigungen, konkrete Vorbereitungen für die Durchführung werden getroffen und nach außen zeigt sich nicht selten die „Ruhe vor dem Sturm“, letzter Schritt ist dann die Durchführung der konkreten Suizidhandlung. Diese kann als Versuch der Auflösung der Ambivalenz verstanden werden, als Versuch, der eigenen Hilflosigkeit und Ohnmacht zu entkommen, wieder Kontrolle über das eigene Leben zu erhalten und sei es durch den eigenen Tod.

Erkennen einer Suizidgefährdung

Grundsätzlich ist es für jeden, auch für den Fachmann schwierig, Suizidgefährdung zu erkennen und in ihrer Aktualität einzuschätzen. Risikolisten und Fragenkataloge wie sie in psychiatrischen Lehrbüchern oft zu finden sind (siehe z.B. Möller, Laux und Deister, 1996) können dabei helfen, sind aber im Gespräch mit dem Klienten/ Patienten meist eher Verhinderer des guten therapeutischen Kontakts denn Förderer, v.a. wenn sie technisch eingesetzt werden und darüber das Gespür des Behandlers für die Situation und sein Gegenüber verloren geht.

Die einfachste und direkteste Methode, wenn sich der Verdacht einstellt, der Gesprächspartner könnte akut oder latent suizidal sein ist, diese Phantasien offen und direkt

anzusprechen und zu erfragen. So erhält das Gegenüber die Möglichkeit sich zu distanzieren oder das Gesprächsangebot anzunehmen. Suizidale Menschen reagieren meist dankbar und erleichtert, wenn dieses Thema direkt angesprochen wird, da sie es von sich aus oft nicht erwähnen, um den anderen (in diesem Fall den Behandler/ Angehörigen/ Freund) zu schonen. In dem das Thema offen angesprochen wird, verliert es seinen Schrecken und der Behandler stellt sich als stabiles Gegenübertragungsobjekt zur Verfügung.

In vielen Fällen scheuen sich jedoch auch Berater dieses Thema offen und direkt anzusprechen, aus der Angst heraus, dass das Gegenüber durch entsprechende Fragen überhaupt erst auf die Idee gebracht werden könnte, einen Suizidversuch zu unternehmen. Dieser Einwand spiegelt allerdings mehr die Abwehr des Themas durch den Behandler denn eine reale Gefahr für den Klienten wieder.

Äußert der Klient im Gespräch dann suizidale Gedanken, sollten diese ebenfalls ohne Scheu und direkt exploriert werden. Hierbei sollten offene Fragen gestellt werden, die den Gedanken des Klienten folgen z.B. „Haben Sie schon überlegt, wie Sie es konkret tun würden?“. In der Fragestellung verschiedene Möglichkeiten vorzuschlagen wie z.B. „würden Sie sich erhängen, erschießen oder Tabletten nehmen?“ verbietet sich.

Grundsätzlich gilt: je detaillierter und konkreter die Schilderungen des Klienten bezüglich der Methode, des Zeitpunktes, des Ortes und je genauer das Wissen zum Wirken der Methode (z.B. zur Wechselwirkung verschiedener Medikamente), desto näher ist der Betroffene am tatsächlichen Suizidversuch.

Neben dieser Faustregel gibt es noch weitere Signale, die im Kontext gesehen, Hinweise auf eine Suizidthematik erkennen lassen können. Dies können grundsätzlich alle Veränderungen sein, die vom sonst gezeigten Verhalten erheblich abweichen und in keinem zu erkennenden situativen Kontext stehen, z.B.:

Auffälliges Verhalten

- Ø sozialer Rückzug
- Ø Leistungsabfall
- Ø häufige Arztbesuche
- Ø Unruhe
- Ø „unheimliche Ruhe“ nach vorheriger Suizidthematik und Unruhe
- Ø Schlafstörungen
- Ø Verteilen von Geschenken (CD-Sammlung o.ä.)
- Ø Sammeln von Suizidmitteln (Tabletten, Rezepte)
- Ø häufige Unfälle in der neueren Lebensgeschichte
- Ø riskante Hobbys
- Ø bei Jugendlichen auch Ausreißen/ Weglaufen

Körperliche Veränderungen

- Ø Gewichtszu- oder -abnahme
- Ø veränderte Kleidung
- Ø verändertes Make-Up

Verbale Äußerungen

- Ø ständiges Klagen über körperliche Schmerzen
- Ø geäußerte Gedanken von Hoffnungslosigkeit, Resignation und Hilflosigkeit
- Ø Äußerung konkreter Vorstellungen über Vorbereitungshandlungen oder die Durchführung des Suizid(versuch)s

- Ø Berichte von lebensgefährlichen Erlebnissen ohne angemessene emotionale Beteiligung
- Ø direkte oder indirekte Suizidankündigungen (z.B. „das Leben ist Mist, es hat alles keinen Sinn mehr“, „ich falle jedem zur Last“, „ich mache das nicht mehr mit“, „meine Lage wird sich nie bessern“, „die werden schon sehen, was sie damit erreichen“, „ich will einfach meine Ruhe haben“)

Schriftliche Äußerungen

- Ø Testament
- Ø (Abschieds-) Briefe
- Ø Ankündigungen in Internetforen/ per email

Symbolische Äußerungen

- Ø Malen und Tragen von Kreuzen/ Symbolen für Tod

Persönliche Faktoren

- Ø Fehlen oder Verlust tragfähiger mitmenschlicher Beziehungen (Vereinsamung, Entwurzelung, Liebesenttäuschung)
- Ø Ungenügende Ablösung aus dem Familiensystem
- Ø Fehlen eines Lebensziels und Aufgabenbereiches
- Ø Zusammenbrechen eines Ideals
- Ø berufliche und finanzielle Schwierigkeiten
- Ø Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume
- Ø schwere Schuld- und Unzulänglichkeitsgefühle
- Ø einer Gruppe mit erhöhtem Suizidrisiko angehören (s.u.)

Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko (nach Schmidtke et al., 2005)

Bedeutende Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind unter den sozialen Faktoren v.a. soziale Instabilität und Armut. Die Suizidversuchsraten von geschiedenen und ledigen Personen sind deutlich höher als die von verheirateten. Personen mit niedriger Schul- und Berufsausbildung sowie Arbeitslose sind eher gefährdet als Personen mit höherer Bildung und in festen Arbeitsverhältnissen. Der bedeutendste individuelle Risikofaktor für die Durchführung suizidaler Handlungen sind psychische Erkrankungen – insbesondere Depressionen (Schmidtke et al., 2004).

Zu den Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko werden im Allgemeinen gezählt

- Ø Menschen mit affektiven Störungen z.B. Depressionen (ca. 15% der Menschen mit einer affektiven Störung sterben durch Suizid – umgekehrt liegen bei etwa 70% der Suizide affektive Erkrankungen vor)
- Ø Alte und vereinsamte Menschen
- Ø Chronisch Kranke (mit Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht)
- Ø Alkoholabhängige (bis 14% der Alkoholkranken sterben durch Suizid; besonderes Risiko nach 8-10 Jahren)
- Ø Drogenabhängige (bis 30% der „Drogentoten“ sind sicher Suizide)
- Ø Patienten mit Anorexien
- Ø Personen mit Suiziddrohungen

- Ø Personen nach Suizidversuch (10% Wiederholungen in den ersten 12 Monaten)
- Ø Personen die einen Suizid in ihrem Umfeld erlebt haben (z.B. in der Familie oder im Freundeskreis)
- Ø Schizophrene (ca. 14% der Schizophrenen begehen Suizid,; besonders gefährdet sind hier junge Männer und Betroffene mit imperativen Stimmen)
- Ø Personen mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung 7-10%)
- Ø Personen in Haft (besonders in der ersten Zeit, U-Haft).
- Ø Personen die in klienten- bzw. patientenbezogenen Berufen arbeiten

Die Gefährdung erhöht sich, je mehr dieser Merkmale auf eine Person zutreffen und je leichter der Betreffende Zugang zu Suizidmitteln hat, wie z.B. Polizisten (Dienstwaffe), Ärzte, Apotheker, Krankenschwestern usw.

Beratende und kontrollierende Krisenintervention bei akuter Suizidalität

Krisenintervention in suizidalen Krisen kann beratend/begleitend oder auch kontrollierend wahrgenommen werden. Die Wahl der Methode darf nicht zufällig sein und orientiert sich am Selbstverständnis der jeweiligen Institution und natürlich an der jeweiligen Situation und Befindlichkeit der Betroffenen. So bietet die Telefonseelsorge z.B. anonyme Beratung, Begleitung und Seelsorge mit dem Respekt vor den Entscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen an. Ziel sollte demnach sein, Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten offen zuhalten und wenn möglich zu erweitern.

Aktiv intervenierende Suizidverhinderung (Zwangszugriff) greift oft zu kurz und ist nur im Rahmen sozialer Kontrolle als lebensrettender Zwischenschritt angebracht (z.B. bei Nichtansprechbarkeit des Suizidalen wegen Alkohol- oder Drogenintoxikation, akuter Psychose, Verwirrtheit oder völligem Kontrollverlust) um Eskalationsschleifen notfallmäßig zu unterbrechen. Hierbei wird von außen ein Teil der Verantwortung übernommen, der zu diesem Zeitpunkt vom Betroffenen selbst nicht übernommen werden kann.

Werden Suizidversuche nicht als individuelles pathologisches Geschehen, sondern als subjektive Antwort eines Menschen auf Lebensereignisse und Belastungen, als Anzeichen innerer Konflikte, des Hin- und Hergerissenseins (der Ambivalenz) gesehen, ergibt sich als Ansatzpunkt aller helferischen Maßnahmen im Rahmen der Suizidprävention die Person im komplexen Netz ihres Lebens- und Beziehungsgefüges.

Ziele der beratenden Krisenintervention

- Kontakt herstellen (die Erlebenswelt versuchen zu verstehen) um über die Lebenskrise und die Suizidideen sprechen zu können
- Ambivalenz vertiefen und Einengung erweitern (Suizidgedanken aktiv ansprechen, klären und konfrontieren, Anliegen verstehen, belastenden Konflikt ansprechen und klären, Handlungsalternativen ansprechen und suchen)
- Zeit gewinnen
- Entscheidungsmöglichkeiten offen halten, Selbstverantwortung stärken

Diese Ziele werden am ehesten erreicht, wenn sich Helfer nicht als Verhinderer des Suizids verstehen, sondern als kritisch wohlwollende Begleiter der Hilfesuchenden auf dem Weg heraus aus der suizidalen Krise. Dabei ist es sinnvoll zur Unterbrechung der Problem-/ Suizid-Trance die Ambivalenz des Suizidalen zu vertiefen und gleichzeitig seine Ressourcen aus und in früheren „überlebten“ Krisen zu reaktivieren. Darüber hinaus ergeben sich auch Hinweise, was jetzt in der aktuellen Situation anders ist, und was dem Betroffenen zum Weiterleben fehlt.

Anleitung für das beratende Gespräch bei Suizidgefährdung

1. Kontakt herstellen und Vertrauen aufbauen

- keine Warum-Fragen stellen; sie fordern eine Rechtfertigungsposition heraus
- Würdigung der verzweifelten Situation, „Aufmunterungen“ unterlassen, den Betroffenen ernst nehmen
- Suizidgedanken offen ansprechen
- Anerkennen des Rechts auf Suizid und des Rechts auf würdiges Leben
- Akzeptieren der eigenen Ohnmacht, niemanden letztlich vom Suizid abhalten zu können
- Aggressionen, Skepsis und Zurückweisungen als Mittel der Beziehungsaufnahme und Wahrung der eigenen Autonomie positiv bewerten

2. Einengung erweitern

- sich Zeit lassen für das Gespräch
- bedrohlich erlebte Lebenssituation und die dazugehörigen Gefühle und Impulse klären; dadurch Abstand gewinnen
- Umdeutungen des Suizidwunsches anbieten als aktives Handeln, Lösungsversuch einer sehr schwierigen Situation und Zeichen von Selbstachtung (Umdeutungen nicht zu früh anbieten)
- Auswirkungen des Suizidversuches klären und mit den Ideen dazu konfrontieren (z.B. „die ganze Familie ist dann am Grab versammelt und alle sehen, was sie mir angetan haben“)
- positives Anliegen des Suizidwunsches würdigen (auch nicht zu früh)
- Ausschau halten nach weiteren Problemlösemöglichkeiten und hilfreichen Personen, die mit einbezogen werden können
- Soziale Eingebundenheit/ Nicht-Eingebundenheit prüfen – bei Nicht-Eingebundenheit stationären Aufenthalt als Schutz vor sich selbst erwägen

3. Zeit gewinnen und Selbstverantwortung stärken

- Begrenztheit anerkennen: keine Versprechungen machen, die nicht einzuhalten sind und keine falschen Hoffnungen wecken
- die Entscheidung über den Zeitpunkt des möglichen Suizids in Frage stellen (zunächst nur vorschlagen, den Zeitpunkt zu verschieben, um nicht aus „Irrtum“ den Suizid zu vollziehen)
- konkrete Hilfsangebote anbieten und Hemmungen bei der möglichen Inanspruchnahme berücksichtigen und ansprechen (z.B. Ängste vor der Klinikeinweisung)

- wenn möglich nicht gegen den Willen des Suizidgefährdeten handeln – falls dies doch nötig wird dies transparent machen

Einige Fragen die man dem Betroffenen und sich selbst im Zusammenhang mit der Ambivalenz - so nicht mehr leben zu können/wollen aber auch Angst vor dem Sterben, dem Tod zu haben - stellen kann:

- Was macht ein Weiterleben wahrscheinlicher, und was macht die Entscheidung für eine Selbsttötung sicherer?
- Welche inneren und äußeren Kräfte haben Einfluss auf die Entscheidung?
- Was hat bislang die Entscheidung für das Leben getragen?
- Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen für die eine und für die andere Seite der Ambivalenz?

Durch die Differenzierung der Ambivalenz werden Handlungsoptionen eingeführt.

Dies bedarf allerdings einer Position des Gesprächspartners, die einerseits die Wertschätzung für den Suizidalen und sein Engagement für sein Überleben und andererseits den Respekt auch vor einer Entscheidung für den Tod beinhaltet.

Die Gratwanderung besteht nach darin, nicht einseitig die Seite des Lebens zu besetzen, so dass dem Suizidalen nur noch die Chance bleibt, die Legitimität seines Todeswunsches zu bekräftigen. Gleichzeitig gilt es zu vermeiden, die Selbsttötung als den besten Weg zu konzipieren und damit die Tötungsdynamik zu unterstützen (Lauterbach, 1996).

Zentral wichtig ist dabei, wie der Gesprächspartner mit seiner eigenen Lebensgeschichte seine Rolle in Bezug auf diese Thematik füllen kann.

Anforderungen an die fachliche und persönliche Kompetenz der Beratenden

Vielfach reagieren Menschen auf Suizidgefährdete oder auch das Thema Suizid mit Abwehr und/ oder Aggression. Oft ist dies eine unreflektierte Gegenreaktion bzw. Gegenübertragung - man fühlt sich durch den Todeswillen und die vielfach damit verbundene gleichzeitige Ablehnung von Hilfe provoziert, mögliche eigene suizidale Erlebnisse können aktualisiert werden.

Um hilfreich sein zu können ist es deshalb erforderlich zu reflektieren, inwieweit ich selbst als hilfswillige Person von Selbstzweifeln, Minderwertigkeitsgefühlen, Verunsicherung und psychischen Kränkungen geplagt bin, welche Gefühle von Einsamkeit, Trauer, Angst, Aggression, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit im eigenen Selbst unterdrückt werden, damit der Suizidgefährdete nicht das Opfer meiner Gegenübertragungen und Projektionen wird und mögliche Hilfe deshalb nicht geleistet werden kann.

Kompetenz im Krisenmanagement ist (nach Nouvertné 1993) nicht nur von dem institutionellen Setting und der Struktur von Krisendiensten, nicht nur von der Fachlichkeit und Professionalität der Mitarbeiter, sondern auch von der Persönlichkeit, dem menschlichen Profil der Mitarbeiter abhängig.

Grenzen

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Krisen- und Notfallarbeit ist die Fähigkeit zur Begrenzung. Fehlt sie, kommt es zu Grenzüberschreitungen und Verwicklungen.

Krisenbegleitung bezieht ihre Handlungslegitimation und Handlungsanleitung aus der Lebenswelt der Adressaten.

Das beinhaltet, dass der Helfer die Lebenswelt des Betroffenen begreifen sollte, sich als Begleiter auf sie einlassen, sie nachvollziehen sollte, dabei jedoch gewährleisten muss, dass er in seiner Arbeit weder die eigene Lebenswelt als Orientierungsrahmen und Leitlinie anlegt, noch von einem gesellschaftlich-normativen Rahmen ausgehen darf, wie sich "richtiges Leben" zu vollziehen hat.

Trotz aller notwendigen Objektivität (Neutralität) sollte das Gegenüber die eigene Subjektivität, die eigene Begrenztheit spüren können, so dass deutlich wird, dass es sich auch um eine menschliche Begegnung handelt mit Aspekten, die jenseits aller fachlichen Kriterien liegen.

Helfen als Abwehr bedeutet nach Schmidbauer (1997) dass der Helfer die Rolle des Helfenden und Gebenden braucht, um eigene Ängste von Abhängigkeit und unbefriedigter kindlicher Bedürftigkeit zu bewältigen. Er handelt unbewusst so, wie er es selbst gerne erlebt hätte bzw. vermisst hat.

Er bewältigt seine Kindheitstraumata dadurch, dass er eigene Schwächen, Bedürfnisse und regressive Tendenzen ablehnt, stattdessen sich identifiziert mit Stark-sein und Geben - mit progressiven Tendenzen. Die heimliche Sehnsucht nach Nähe und Intimität wird in der komplementären Beziehungsrolle von Helfer und Hilfsbedürftigem befriedigt.

Sich nicht begrenzen im Leiden am Leid der anderen, führt zum burn out. Diese Auszehrung durch soziales Engagement wird dann häufig durch ein mehr an Ausbildung, Supervision usw. kompensiert, führt aber auch zum Ausstieg oder zu innerlichen Kündigungen.

Sich des Erfolges und Sinns des eigenen Tuns nicht sicher sein zu können, kann als weitere Belastung gerade bei der Ambivalenz der Suizidalen gesehen werden.

Eine Überdosis an menschlichem Leid und Elend, negativen Emotionen, kann zu einem Leben aus zweiter Hand verführen, durch die Anteilnahme an fremden Schicksalen, können die Gestaltungskräfte des eigenen Lebens verkümmern. Das vom Klienten erlebte Leid wechselt zum Helfer und bleibt bei ihm.

Sein Interesse bleibt fixiert auf Probleme und Dysfunktionalitäten des Klienten, er wird zunehmend unfähiger, konstruktive und weiterführende Perspektiven zu entwerfen. Das Lustvolle wird stellvertretend an den Klienten abgegeben, in einer Art Spaltung übernimmt der Helfer sein Leid. Der Klient zieht im Extremfall fröhlich von dannen während der Helfer mit seiner depressiven Stimmung zurück bleibt.

Interaktionsfallen

Unverarbeitete Ängste der Berater, wie Angst vor Ohnmacht und Hilflosigkeit, Angst vor Überforderung, Angst vor Sterben und Tod, Angst vor Aggression, Angst schuldig zu werden können durch den Kontakt mit suizidalen Menschen aktualisiert werden und dadurch die Fähigkeit zur Distanzierung stören; die Helfer geraten in Interaktionsfallen:

Besonders häufig auftretende Fallen in der Arbeit mit suizidalen Menschen sind nach Vogel (1993) u.a.:

„Strudel“

Der Helfer verhält sich bei einem Klienten mit regressiven Tendenzen immer fürsorglicher, während der Klient sich immer abhängiger verhält.

"Ballonfahrt"

Der Klient verhält sich einseitig selbständig, der Helfer bestärkt ihn darin. Auf Abhängigkeit gerichtete Impulse des Klienten werden aus Angst vor Zurückweisung von ihm zurückgehalten, dadurch wird der Boden unter den Füßen verloren.

"Fürsorgliche Belagerung"

Der Helfer verhält sich überfürsorglich gegenüber seinem selbständig sein wollenden Klienten, der sich dann zurückzieht und den Kontakt abbricht. In diesem Fall erhöht sich zwar die Verdrossenheit des Klienten, aber nicht zwangsläufig seine Suizidalität.

"Vertreibung aus dem Nest":

Ein regressionsbetonter Klient wird überfordert. Der Klient reagiert mit Abbruch.

Die Notwendigkeit der Reflektion der eigenen Anteile in der Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen hat Sonneck (1992) auf den Punkt gebracht: „Die Beschäftigung mit Suizidgefährdeten und Menschen in Krisen bringt uns selbst auch immer wieder mit unserer eigenen Krisenanfälligkeit, eigenen Suizidalität und mit unserer Einstellung zum eigenen Sterben und Tod in Kontakt. Je besser ich meine eigene Stellungnahme zu Suizid, Sterben und Tod kenne, um so freier werde ich sein, den schwierigen Weg mit dem Menschen in der Krise zu gehen.“

Für interessierte Leser, die mehr erfahren wollen zum Umgang mit akuter Suizidalität sei auf den Artikel „Person droht zu springen. Talk down – Ein Leitfaden für den Umgang mit akuter Suizidalität im Notfall-Einsatz“ (Schramm J & Seidlitz H, 2002) verwiesen. In diesem Artikel werden sehr komprimiert die folgenden Punkte speziell für den Einsatz in der Akutsituation dargestellt: (1) Innere Einstellung des Helfers, (2) Auftrag, (3) Einsatzlage, (4) Setting, (5) Kontaktaufnahme, (6) Einengungserweiterung, (7) Distanzierung von der Suizidabsicht und Vorbereitung der unmittelbaren Zukunft, (8) Person springt, (9) Zwangszugriff.

Literaturverzeichnis

- Lauterbach M & Hortlik T (1996). Systemische Aspekte von selbsttötendem Verhalten und Krisenintervention aus hypnotherapeutischer Sicht. In: K. Egidi & M. Boxbücher (Hrsg.). Systemische Krisenintervention. dgvt, Tübingen
- Möller HJ, Laux G & Deister A (1996). Psychiatrie. Hippokrates, Stuttgart
- Nouvertné K (1993). Die Helfer: Was müssen MitarbeiterInnen mitbringen und welche Hilfen brauchen Sie?. In: G.Wienberg (Hrsg.) Bevor es zu spät ist...: Ausserstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 80-96

- Pöldinger W (1968). Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern
- Ringel E (1953/1984). Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Maudrich, Wien/ Düsseldorf
- Schmidbauer W (1997). Hilflose Helfer. rororo, Reinbek
- Schmidtke A, Sell R, Wohner J, Löhr C & Tatsek K (2005). Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. Suizidprophylaxe 32:87-93
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Löhr C, Weinacker B, Batt A, Crepet P, Fekete S, Grad O, Haring C, Hawton K, Van Heeringen C, Hjelmeland H, Kelleher M, Lönnquist J, Michel K, Pommereau I, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Värnik A, Wassermann D & Rutz W (2004). Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe – Combined results of the Monitoring part of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. DeLeo & A. Kerkhoff (Eds.) Suicidal Behaviour in Europe – Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Hogrefe, Göttingen, S. 29-43
- Schramm J & Seidlitz H (2001). Person droht zu springen... Talk-Down. In: Müller-Lange J (Hrsg.). Handbuch der Notfallseelsorge. Stumpf & Kossendey, Edeweicht, S.116-124 (dieser Artikel kann auch - mit freundlicher Genehmigung des Verlages – von der Homepage www.intakkt.de heruntergeladen werden)
- Sonneck G (Hrsg.) (1991). Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. Facultas, Wien
- Statistisches Bundesamt (2006). Pressemitteilung vom 15. September 2006. Todesursachenstatistik, Jahr 2005. (www.destatis.de)
- Statistisches Bundesamt (2005). Pressemitteilung vom 18.Oktober 2005. Suizide in Deutschland, Jahr 2003. (www.destatis.de)
- Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 22 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416)
- Vogel B (1993). Gemeinsam gefangen. Über typische Fallen in der Interaktion zwischen Suizidgefährdeten und ihren Helfern. In: T. Giernalczyk, E. Frick (Hrsg.). Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Roderer, Regensburg, S. 168-179
- World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Kopenhagen2006, S. 74 (<http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf>).