



Leseprobe aus Teismann • Friedrich,
Therapie-Tools Suizidalität und Krisenintervention 978-3-621-28800-2
<https://www.beltz.de/fachmedien/psychologie/produkte/details/47324-therapie-tools-suizidalitaet-und-krisenintervention.html>

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen	11
2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung	19
3 Krisenintervention	54
4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen	110
5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid	154
Literatur	164

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen	11
AB 1 Persönliche Haltung	12
INFO 1 Klassifikation suizidaler Handlungen	18
2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung	19
INFO 2 Heuristisches Phasenmodell im Umgang mit suizidalen Patient*innen	24
INFO 3 Beziehungsgestaltung	25
INFO 4 FAQs zur Beziehungsgestaltung	27
INFO 5 Risiko- und Schutzfaktoren	29
INFO 6 Indikation für eine Risikoabschätzung	30
AB 2 Leitfaden: Risikoabschätzung	31
AB 3 Leitfaden: Exploration nach Suizidversuch	34
AB 4 Leitfaden: Exploration einer erweiterten Suizidintention	35
AB 5 Ressourcen	36
INFO 7 Diagnostikinstrumente zur Erfassung suizidrelevanter Konstrukte	37
AB 6 Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV©)	39
AB 7 Dokumentation: Suizide und Suizidversuche von Familienangehörigen	40
AB 8 Dokumentation: Suizide und Suizidversuche von weiteren Familienangehörigen, Freunden und Bekannten	41
INFO 8 Risikokategorien	42
AB 9 Dokumentation: Risikoabschätzung (Erstabklärung)	43
AB 10 Dokumentation: Risikoabschätzung (Folgesitzungen)	46
AB 11 Diary Card	48
AB 12 Ressourcenpriming	49
INFO 9 Information: Behandlung einer suizidalen Krise	50
INFO 10 Medikamentöse Behandlung von Suizidalität	52
3 Krisenintervention	54
INFO 11 Ambivalenzklärung	58
AB 13 Gründe für und gegen das Sterben	60
AB 14 Gründe zu leben	62
AB 15 Notfallplan erstellen	63
AB 16 Notfallplan: Vorlage	66
INFO 12 Zugang zu letalen Mitteln begrenzen	67
AB 17 Checkliste: letale Mittel sichern	68
AB 18 Unterstützungsplan	69
AB 19 Antisuizidvertrag: Formulierungsvorschlag	70
INFO 13 Anspannung/Agitiertheit	71
INFO 14 Dissoziation	75
INFO 15 Hyperventilation	78
INFO 16 Antriebslosigkeit und Rückzug	79

INFO 17	Grübeln	80
INFO 18	Schlafstörungen	86
INFO 19	Alpträume	88
AB 20	Achtsamkeitsübung	89
INFO 20	Hinweise zur ambulanten Weiterbehandlung	91
AB 21	Schweigepflichtentbindung	92
INFO 21	Indikation stationäre Unterbringung	93
INFO 22	Ablauf: Freiwillige stationäre Unterbringung	95
INFO 23	Ablauf: Unfreiwillige stationäre Einweisung	96
INFO 24	Zwangsmaßnahmen: rechtliche Situation	98
INFO 25	Ausfüllhilfe: Akutbehandlung	99
INFO 26	Ausfüllhilfe: Verordnung von Krankenhausbehandlung	100
INFO 27	Ausfüllhilfe: Verordnung einer Krankenförderung	101
INFO 28	Ausfüllhilfe: Verordnung häuslicher Krankenpflege I	102
INFO 29	Ausfüllhilfe: Verordnung häuslicher Krankenpflege II (Behandlungsplan)	103
INFO 30	Umgang mit hochakuter Suizidalität (Person droht zu springen)	104
INFO 31	Umgang mit einem Suizidversuch in der laufenden Behandlung	105
INFO 32	Informationen für Angehörige und Freunde I	106
INFO 33	Informationen für Angehörige und Freunde II: Mythen	108
4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen		110
AB 22	Phasenmodell der Psychotherapie mit suizidalen Patient*innen	115
AB 23	Narratives Interview	116
AB 24	Kettenanalyse	117
INFO 34	Suizidale Kognitionen	118
AB 25	Suizidaler Modus	119
AB 26	Verbindliche Behandlungszusage	120
INFO 35	Distanz zu belastenden Gedanken aufbauen	121
INFO 36	Infragestellung von belastenden Gedanken/Vorstellungen	122
AB 27	Kritische Prüfung belastender Gedanken/Vorstellungen	123
INFO 37	Eindruck, eine Last für andere zu sein	125
INFO 38	Fehlendes Zugehörigkeitserleben, Einsamkeit und Alleinsein	127
AB 28	Soziales Netzwerk	129
AB 29	Stern-Personen	130
INFO 39	Kontaktmöglichkeiten	132
AB 30	Dankbarkeitstagebuch	133
AB 31	Dankbarkeitsbrief	134
INFO 40	Hoffnungslosigkeit	135
AB 32	Problemkuchen	137
AB 33	Hope Box	138
INFO 41	Entrapment	139
AB 34	Problemlöseschema	140
INFO 42	Wertlosigkeit	143
INFO 43	Unaushaltbarkeit	145
AB 35	Bewältigungskarten	147
AB 36	Rückfallpräventionsübung	148
AB 37	Flagging the Minefield	150

AB 38	Brief an das suizidale Selbst	151
AB 39	Kontaktintervention: Briefvorlage I	152
AB 40	Kontaktintervention: Briefvorlage II	153
5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid		154
INFO 44	Suizid im stationären Setting I: Organisatorischer Ablaufplan nach einem Suizid	156
INFO 45	Suizid im stationären Setting II: Informieren von Mitpatient*innen	157
INFO 46	Informationen für Suizidhinterbliebene	158
INFO 47	Suizide im ambulanten Setting	161
INFO 48	Notfalladressen	162
INFO 49	Apps, Internetseiten und Selbsthilfebücher	163

3 Krisenintervention

Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden zentrale Strategien der Krisenintervention bei suizidalen Patient*innen beschrieben. Im Einzelnen geht es um die Klärung von und Auseinandersetzung mit ambivalenten Motiven, Strategien zur Förderung von Selbstkontrolle, Möglichkeiten zum Umgang mit typischen (Krisen-)Symptomen und den Einbezug von Angehörigen. Ergänzt wird das Kapitel durch Entscheidungshilfen mit Blick auf das zu wählende Behandlungssetting und Hinweise zur (freiwilligen/unfreiwilligen) stationären Unterbringung.

In den allermeisten Fällen stehen Patient*innen der Möglichkeit eines Suizids ambivalent gegenüber (Harris et al., 2010): Auf der einen Seite gibt es den Wunsch zu sterben und auf der anderen Seite gibt es Wünsche an das Leben und/oder Ängste vor dem Tod. Im Rahmen der Krisenintervention geht es daher im ersten Schritt vielfach darum, diese Ambivalenz für Betroffene spürbar und Gründe, die (immer noch) für das Leben sprechen, wieder erlebbar zu machen. Orientieren lässt sich hierbei an Methoden der Motivierenden Gesprächsführung (Koban & Teismann, 2017). Im Fall, dass sich ein*e Patient*in im Gespräch (erstmal) gegen einen Suizid entscheidet, können veränderungsorientierte Interventionen zur Förderung der Selbstkontrolle zum Einsatz kommen: Vor dem Hintergrund einer breiten empirischen Befundlage zum Nutzen sogenannter Means Restriction-Methoden (Teismann & Glasow, 2021) sollte es immer darum gehen, den Zugang zu letalen Suizidmethoden zu begrenzen. Im therapeutischen Gespräch sollte daher abgesprochen werden, wie gefährliche Gegenstände (z. B. Rasierklingen, Medikamente, Giftstoffe) gesichert werden können. Grundsätze der Motivierenden Gesprächsführung sollten auch hierbei beachtet werden (Britton & Bryan, 2016). Als weitere Standardintervention im Umgang mit suizidalen Krisen gilt die Erstellung eines Notfallplans (Stanley & Brown, 2012). Beim Notfallplan handelt es sich um eine Liste von hierarchisch organisierten Strategien und Personen/Institutionen, die ein*e Patient*in im Fall einer suizidalen Zuspitzung anwenden bzw. kontaktieren kann. Alternativ lassen sich auch Antisuizidpakte vereinbaren bzw. Unterstützungspläne aufstellen. In weiteren Sitzungen sollten Patient*innen beim Management von krisenbedingten Übererregungssymptomen (Agitiertheit, Dissoziation, Hyperventilation, Schlafprobleme), anhaltendem Grübeln und/oder massivem Rückzugsverhalten unterstützt werden. Natürlich lassen sich ergänzend auch sämtliche der im Kapitel 4 »Psychotherapie suizidaler Patient*innen« beschriebenen Methoden im Sinne der Krisenintervention nutzen.

Im Fall, dass sich ein*e Patient*in glaubwürdig von einer Umsetzung suizidaler Gedanken distanzieren kann und diesbezüglich absprachefähig erscheint, kann eine ambulante Weiterbehandlung erfolgen. Es sollten in dieser Situation allerdings verschiedene Anpassungen (Sitzungsfrequenz erhöhen, Telefonkontakte vereinbaren) der therapeutischen Vorgehensweise erwogen werden. Im Fall, dass ein*e Patient*in sich zu Hause nicht ausreichend sicher fühlt bzw. bei unzureichender Distanzierung nicht absprachefähig erscheint, muss eine (freiwillige/unfreiwillige) stationäre Unterbringung erwogen werden.

Arbeitsmaterial

INFO 11 Ambivalenzklärung

AB 13 Gründe für und gegen das Sterben

Im Anschluss an die Risikoabschätzung und parallel zur weiteren Festigung der therapeutischen Beziehung geht es im Fall eines anzunehmenden Suizidrisikos darum, die Entscheidung der Patient*innen

zum Suizid ins Wanken zu bringen. In dieser Phase kann sehr gut auf Strategien und Methoden aus dem Motivational Interviewing zurückgegriffen werden (Britton et al., 2011, 2020). Die Patient*innen werden dazu eingeladen, Gründe für bzw. gegen das Weiterleben sowie für bzw. gegen das Beenden des Lebens zusammenzutragen. Es geht darum, die suizidale Person mit ihrer eigenen Zwiespältigkeit in Kontakt zu bringen. Sie soll erleben, wie ein Suizid mit persönlichen Zielen und Werten in Konflikt steht. Dabei wird versucht, dass die Person selbst – und nicht der/die Therapeut*in – die Gründe vorbringt und vertritt, die für das Leben sprechen (»living talk«). Im Erfolgsfall verschiebt sich nach und nach die Überzeugung von »Es ist besser zu sterben« hin zur Überzeugung »Es könnte besser sein, weiterzuleben«. Dadurch kann der/die Patient*in die Entscheidung für sich zumindest probehalber treffen, nun gegen suizidale Impulse systematisch vorzugehen und therapeutische Hilfe konstruktiv anzunehmen. Ist die ambivalente Haltung des/der Patient*in zum Suizid exploriert und auch sichtbar expliziert, kann es in Ergänzung hilfreich und notwendig sein, die Motive/Wünsche, die vermeintlich mit einem Suizid angestrebt werden, mithilfe kognitiver Methoden in Frage zu stellen (**INFO 35** »Distanz zu belastenden Gedanken aufbauen«).

AB 14 Gründe zu leben

Die im Rahmen der Ambivalenzklärung identifizierten Gründe zu leben sollten auf einer sogenannten Bewältigungskarte (s. a. **AB 35** »Bewältigungskarten«) aufgelistet und für den/die Patient*in so jederzeit verfügbar gemacht werden. Alternativ kann natürlich auch eine Notizen-App im Smartphone verwendet werden.

AB 15 Notfallplan erstellen

AB 16 Notfallplan: Vorlage

Die Effektivität von Notfall- oder Sicherheitsplänen konnte in ersten Studien nachgewiesen werden (Bryan et al., 2017; Stanley et al., 2018), sodass die Erstellung solcher Pläne inzwischen als Standardintervention gilt. Bei der Erstellung des Notfallplans geht es nicht darum, möglichst viele Strategien und Personen aufzulisten, sondern darum, möglichst effektive Strategien zu benennen. Wichtig ist es zudem, dass Patient*innen den Notfallplan immer bei sich tragen – kleine Karten, die im Portemonnaie mitgeführt werden können, bieten sich daher an. In diesem Sinne kann die Vorlage in gefalteter Form (Ziehharmonikafaltung) genutzt werden. Zudem gibt es auch Apps zur Erstellung von Notfallplänen: *Krisen-Kompass* oder *SafetyPlan* (englischsprachige App).

INFO 12 Zugang zu letalen Mitteln begrenzen

AB 17 Checkliste: letale Mittel sichern

Die Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln gilt als weitere Standardintervention im Umgang mit suizidalen Patient*innen. Es wird angenommen, dass der positive Effekt von Zugangsbeschränkungen auf verschiedenen Wegen zustande kommt: Zum einen scheint das Zeitfenster, innerhalb dessen die höchste Gefahr für suizidale Handlungen besteht, nur von kurzer Dauer zu sein, d. h. es geht um wenige Minuten bis hin zu wenigen Stunden (Milner et al., 2017). Besteht in diesem Zeitfenster kein unmittelbarer Zugang zu einer Tötungsmethode, so erhöht sich die Chance, dass die Person überlebt. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass Personen, die sich – innerhalb einer spezifischen suizidalen Krise – für eine Suizidmethode entschieden haben, nur selten auf eine andere Methode ausweichen (Deisenhammer et al., 2016). Angedachte Mittel sollten somit verschlossen, unzugänglich, weit weg aufbewahrt oder gänzlich beseitigt werden. Die Art der Zugangsbeschränkung sollte gemeinschaftlich mit den Patient*innen festgelegt werden; es scheint dabei günstig zu sein, eher von Sicherungsmaßnahmen als von Zugangsbeschränkungen zu sprechen (Stanley et al., 2017) und die zeitliche Begrenzung der Maßnahme offensiv zu betonen (Stanley et al., 2020).

AB 18 Unterstützungsplan

Der Einbezug von Angehörigen bietet sich in der Krisenintervention unter verschiedenen Gesichtspunkten an: Neben fremdanamnestic Informationen zur Risikoabschätzung können soziale Unterstützungsangebote abgesprochen und dysfunktionale Kognitionen geklärt werden; zudem können

Angehörige/Freund*innen bei der Sicherung letaler Mittel assistieren. Unterstützungs- und Eingriffsmöglichkeiten sollten möglichst konkret und transparent abgesprochen werden. Im Einzelfall muss jedoch entschieden werden, ob der vertragsartige Charakter dieses Arbeitsblatts hilfreich ist oder lieber eine weniger formale Form der Absprache getroffen werden sollte.

AB 19 Antisuiizidvertrag: Formulierungsvorschlag

In einem Antisuiizidvertrag verspricht der/die Patient*in, sich in einem festgelegten Zeitraum nicht selbstgefährdend zu verhalten. Meist werden Nonsuiizidverträge ergänzt durch Absprachen, dass der/die Patient*in sich bei aufkommenden Suizidwünschen an Freunde, Familienangehörige, den/die Therapeut*in oder andere Professionelle wendet – es werden also Notfallstrategien in den Vertrag integriert. Antisuiizidverträge sollten daher alternativ und nicht ergänzend zu Notfallplänen verwendet werden. Vor dem Hintergrund weitreichender Kritik am Einsatz von Antisuiizidverträgen (Rudd et al., 2006) weist Dormann (2005) sehr deutlich darauf hin, dass es beim Antisuiizidvertrag weniger um das Endprodukt selbst geht, als um den Prozess der Vertragserstellung und der dabei ablaufenden Interaktion zwischen Patient*in und Therapeut*in. Dem/Der Patient*in soll die Vertragserstellung ein Gefühl der Sicherheit/Selbstwirksamkeit vermitteln. In akuten Krisensituationen sollte entsprechend auf die Nutzung von vorgefertigten Verträgen verzichtet werden! Vor diesem Hintergrund ist dieses Arbeitsblatt explizit als Formulierungshilfe und nicht als Vordruck zu verstehen.

INFO 13 Anspannung/Agitiertheit

INFO 14 Dissoziation

INFO 15 Hyperventilation

INFO 16 Antriebslosigkeit und Rückzug

INFO 17 Grübeln

INFO 18 Schlafstörungen

INFO 19 Alpträume

In einer Krisensituation leiden Betroffene unter starken Symptomen, die zu einer Verschärfung der Krisensituation beitragen oder auch den Kern einer Krise ausmachen (Claus & Teismann, 2021; Galyunker, 2017). Entsprechend benötigen Patient*innen zum Teil praktische und kurzfristig wirksame Hilfen im Umgang mit diesen Symptomen. In diesem Sinne lassen sich diese Infomaterialien nutzen. Selbstverständlich können in der Krisensituation keine Interventionen eingesetzt werden, die eines längeren Therapieprozesses bedürfen. Nichtsdestotrotz sollten die Symptome, unter denen Betroffene besonders leiden, bereits in der Krisensituation in den Behandlungsfokus genommen werden.

AB 20 Achtsamkeitsübung

Mit dem Ziel, suizidbezogene Grübelprozesse und/oder Symptomstress zu begrenzen bzw. einer Aktivierung suizidrelevanter kognitiver Inhalte entgegenzuwirken, lassen sich achtsamkeitsbasierte Interventionen einsetzen. Dieses Arbeitsblatt stellt eine Achtsamkeitsübung vor, die von Bryan und Rudd (2018) im Rahmen ihres Behandlungsprogramms für suizidale Patienten genutzt wird. Alternativ lassen sich auch Materialien zur inneren Achtsamkeit aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT, Bohus & Wolf, 2018) oder der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (MBCT, Michalak et al., 2012; Williams et al., 2017) nutzen.

INFO 20 Hinweise zur ambulanten Weiterbehandlung

AB 21 Schweigepflichtentbindung

Im Fall, dass sich ein*e Patient*in glaubwürdig von Suizidhandlungen distanzieren kann und diesbezüglich absprachefähig erscheint, sollte eine ambulante Weiterbehandlung erfolgen. Dies gilt auch im Fall chronischer Suizidgedanken. Es sollten allerdings die auf diesem Informationsblatt beschriebenen Anpassungen der therapeutischen Vorgehensweise beachtet werden. Hierzu gehört auch, dass man günstigenfalls eine Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen einholt.

INFO 21 Indikation stationäre Unterbringung**INFO 22 Ablauf: Freiwillige stationäre Unterbringung****INFO 23 Ablauf: Unfreiwillige stationäre Einweisung****INFO 24 Zwangsmaßnahmen: Rechtliche Situation**

Im Fall, dass sich ein*e Patient*in nicht sicher von einer – zeitnah zu erwartenden – Umsetzung suizidaler Gedanken distanzieren kann bzw. nicht absprachefähig erscheint, ist der/die behandelnde Therapeut*in verpflichtet, eine stationäre Weiterbehandlung zu veranlassen. Die Informationsblätter informieren über Indikation, praktische Vorgehensweise und die rechtliche Situation.

INFO 25 Ausfüllhilfe: Akutbehandlung (PTV 12)**INFO 26 Ausfüllhilfe: Verordnung von Krankenhausbehandlung****INFO 27 Ausfüllhilfe: Verordnung einer Krankenförderung****INFO 28 Ausfüllhilfe: Verordnung häuslicher Krankenpflege I (Muster 12)****INFO 29 Ausfüllhilfe: Verordnung häuslicher Krankenpflege II (Behandlungsplan)**

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Möglichkeiten und Kompetenzen geschaffen, die die Behandlung suizidaler Patient*innen für ambulante Psychotherapeut*innen deutlich erleichtert haben. Die verschiedenen Informationsblätter dienen dazu, sich einen schnellen Überblick zu verschaffen. Vertiefende Informationen zu einzelnen Angeboten können auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgerufen werden: <https://www.kbv.de/html/27068.php>. Zu beachten ist, dass sich die Formulare im Laufe der Zeit ändern können (Stand der hier gemachten Angaben ist April 2021).

INFO 30 Umgang mit hochakuter Suizidalität (Person droht zu springen)

In der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit ist man selten mit hochakuter Suizidalität, d. h. mit unmittelbar drohenden Suizidhandlungen, konfrontiert. Nichtsdestotrotz ist man gut beraten, sich auf einen entsprechenden Fall – zumindest theoretisch – vorzubereiten. Im stationär-psychiatrischen Setting und in Justizvollzugsanstalten müssen notfallpsychologische Maßnahmen bestenfalls vorab geprobt werden. Außerhalb des psychologisch-psychiatrischen Bereichs sind vor allem Notfallseelsorger*innen und Rettungskräfte mit hochakut-suizidalen Personen konfrontiert. Das Vorgehen im Fall hochakuter Suizidalität unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der weniger akuten Krisenintervention; die Ziele »Beziehung herstellen« und »Zeit gewinnen« stehen hier jedoch stärker im Vordergrund. Es sollte ein offenes und maximal empathisches Gespräch angeboten werden und es sollte versucht werden, den Suizidenten (vorsichtig) in Kontakt mit ambivalentem Erleben zu bringen. Die hier dargestellten Informationen sind dabei nicht so zu verstehen, dass sie nur bei drohenden Sprungsuiziden befolgt werden sollten, sondern gelten natürlich auch, wenn Person kurz davorsteht, sich auf andere Weise das Leben zu nehmen.

INFO 31 Umgang mit einem Suizidversuch in der laufenden Behandlung

Ein Suizidversuch während einer laufenden Behandlung bedarf immer der besonderen therapeutischen Aufmerksamkeit. Das Informationsblatt fasst Punkte und Interventionen zusammen, die reflektiert und umgesetzt werden sollten. Ein Suizidversuch stellt kein Ausschlusskriterium für eine fortgesetzte ambulante Behandlung dar.

INFO 32 Informationen für Angehörige und Freund*innen I**INFO 33 Informationen für Angehörige und Freund*innen II: Mythen**

Die Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen ist für Angehörige belastend und verunsichernd; im Rahmen der Psychotherapie müssen die Bedürfnisse und Belange der Angehörigen daher immer mit in den Blick genommen werden. Zudem müssen Mythen entkräftet, praktische Hilfen besprochen und Grenzen der häuslichen Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden (Teismann & Dorrman, 2015).

Ambivalenzklärung

→ Suizidale Patient*innen befinden sich in aller Regel in einem langanhaltenden und intensiven Zustand der Ambivalenz: Auf der einen Seite steht der Wunsch zu sterben bzw. so nicht mehr leben zu wollen und auf der anderen Seite gibt es noch Wünsche an das Leben bzw. Ängste vor dem Sterben oder Totsein. Jeglicher Versuch, diese Ambivalenz zu schnell auf eine Entscheidung hin zu forcieren, schafft potenziell Distanz zwischen Therapeut*in und Patient*in und ist daher zu vermeiden. Achten Sie zudem auf eine ambivalenzfreundliche Sprache (»Einerseits ... andererseits«, »Ein Teil möchte ..., der andere Teil möchte ...«, Sie möchten A und B.«) und lassen Sie sich Zeit dabei, ambivalentes Erleben zu explorieren. Notieren Sie die verschiedenen Motive – sichtbar für den/die Patient*in – auf Karteikarten und gestalten Sie die Exploration in den folgenden Schritten.

→ (1) Explorieren Sie Gründe für das Sterben

- ▶ Was ist es eigentlich genau, das Sie im Moment sagen lässt, es ist besser für mich, zu sterben?
- ▶ Welche Gründe führt der Teil von Ihnen, der für den Suizid ist, an?
- ▶ Welchen Vorteil hätte es für Sie derzeit, tot zu sein?
- ▶ Was für Dinge in Ihrem Leben veranlassen Sie, sich den Tod zu wünschen?
- ▶ Was erhoffen und versprechen Sie sich von einer Selbsttötung?

Hinweis: Lassen Sie sich Zeit bei der Exploration und begleiten Sie diese durch offene Fragen, aktives Zuhören, und Würdigungen (»Ich kann mir vorstellen, wie belastend das sein muss.«). Fokussieren Sie nicht vorschnell auf potenziell lebensbejahende Motive und stellen Sie die genannten Gründe zu sterben nicht in Frage! Fassen Sie alle Gründe zu sterben noch einmal zusammen, bevor Sie die Exploration fortsetzen.

→ (2) Explorieren Sie Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben

- ▶ Gibt es einen Teil in Ihnen, der nicht für das Sterben eintritt? Einen Teil, der zweifelt und den noch etwas mit dem Leben verbindet? Was verbindet diesen Teil mit dem Leben? ODER: Gibt es noch Hindernisse auf dem Weg zu einer Selbsttötung?
- ▶ Die Tatsache, dass Sie heute hier sind, zeigt, dass zumindest ein Teil in Ihnen noch etwas vom Leben möchte: Was könnte das sein? ODER: Was genau könnte Sie dazu veranlasst haben, hier heute von den Suizidgedanken zu erzählen?
- ▶ Auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig): Wie wichtig ist es Ihnen momentan, am Leben zu sein? Wenn der/die Patient*in nicht die 0 wählt: Was lässt Sie eine [Angabe des/der Patient*in] wählen und keine 0? Wenn der/die Patient*in die 0 wählt: Was müsste sich ändern, damit Sie eine höhere Zahl nennen könnten?

Hinweis: Vertiefen Sie die Auseinandersetzung durch aktives Zuhören (»Für Ihren Sohn ist es wichtig, dass Sie am Leben bleiben!«), Fragen nach konkreten Beispielen (»Was sind das eigentlich für Dinge, die Sie Ihrem Sohn noch mit auf den Weg geben möchten?«) oder mit der Bitte um weitere Aufklärung (»Was genau, befürchten Sie, würde schlimmstenfalls mit Ihrem Hund passieren?«) und helfen Sie dem/der Patient*in so, emotional mit wichtigen Gründen für das Weiterleben in Kontakt zu kommen.

(3) Zusammenfassung und Schlüsselfrage

Fassen Sie die Gründe für das Sterben und die Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben abschließend zusammen.

Ambivalenzklärung

Beispiel



»Es hört sich so an, als wären Sie zwischen zwei Zuständen hin- und hergerissen. Einerseits gestaltet sich Ihr Leben momentan (bzw. schon seit langem) sehr schwierig, sodass es nicht wenige Punkte gibt, die für einen Teil von Ihnen für das Sterben sprechen: ... Und gleichzeitig gibt es Punkte, die (immer noch) gegen das Sterben sprechen: ...«

Schließen Sie eine offene Frage danach, wie man nun mit den beiden Teilen umgehen könnte, an:

Beispiel



»Wie kann es aus Ihrer Sicht nun weitergehen?«
 »Wie wollen Sie mit diesen widersprüchlichen Motiven umgehen?
 UND: »Wenn Sie möchten, dann kann ich Sie genau dabei unterstützen!«

Hinweis: Wenn Sie darum gebeten werden, dann können Sie nun Informationen zu weiteren Behandlungsoptionen geben. Zudem können Sie – wenn es passend erscheint – kognitive Methoden einsetzen, um die Zwangsläufig- und Sinnhaftigkeit einzelner Motive zu sterben weiter infrage zu stellen. Schließlich sollten die Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben verschriftlicht werden (**AB 14** »Gründe zu leben«).

Gründe für und gegen das Sterben

Im Rahmen einer suizidalen Krise ist es normal, sich ambivalent zu fühlen und zu verhalten: Einerseits möchte man so nicht mehr leben und andererseits bestehen möglicherweise noch Vorbehalte gegenüber einer Selbsttötung. Gedanklich ist man hin- und hergerissen. Ambivalenz ist etwas, was wir alle im Alltag oft erleben und es ist kein Zeichen dafür, dass etwas nicht mit einem stimmt, sondern eine normale – wenngleich quälende – Begleiterscheinung von schwierigen Entscheidungen. Um in einer Phase der Ambivalenz weiterzukommen, ist es wichtig, sich sämtliche Überlegungen, Ziele und Wünsche gleichzeitig vor Augen zu führen.

(1) Gründe für das Sterben

Was spricht für Sie im Moment für das Sterben? Welchen Vorteil hätte es für Sie derzeit, tot zu sein? Was erhoffen und versprechen Sie sich von einer Selbsttötung?

Aspekte, die von anderen Betroffenen berichtet wurden:

- Ich wäre nicht länger eine Last für andere.
 - Ich würde nicht länger verleumdet werden, sondern könnte meine Ehre wiederherstellen.
 - Ich hätte endlich Ruhe (von meinen Gedanken/Gefühlen).
 - Ich müsste mich nicht länger um ... kümmern.
 - Ich müsste mich selbst nicht länger ertragen.
 - Ich würde verhindern, dass ich jemand anderem etwas antue.
 - Die Einsamkeit wäre dann vorüber.
 - Ich hasse mich selbst und habe es nicht anders verdient.
 - Nur so kann ich für meine Taten sühnen.
 - Es ist einfach egal, ob ich lebe oder tot bin.
 - Wenn ich tot bin, wird es ihnen leidtun, was sie mir angetan haben.
 - Ich verhindere ein langes, qualvolles Leiden.
-
-

(2) Gründe für das Weiterleben

Es könnte sein, dass Ihnen hierzu erstmal nicht viel einfällt – das ist ganz normal. In einer suizidalen Krise ist es sehr schwer, an solche Dinge auch nur zu denken. In der Regel ist der lebenswillige Teil nur sehr klein und wenig spürbar. Irgendetwas muss es aber geben, ansonsten hätten Sie sicher nicht von Suizidgedanken berichtet: Was genau könnte Sie dazu veranlasst haben? Wem fühlen Sie sich verbunden? Wem möchten Sie die Bürde Ihrer Selbsttötung nicht auferlegen? Welche Konsequenzen Ihrer Selbsttötung fürchten Sie? Gibt es Hindernisse, die einer Selbsttötung (noch) entgegenstehen?

Aspekte, die von anderen Betroffenen berichtet wurden:

- Ich mache mir Sorgen, dass wichtige Freund*innen/Verwandte durch meinen Suizid verstört werden könnten.
- Mein Glaube erlaubt es nicht.
- Ich habe Angst, dass sich niemand um mein Haustier kümmern kann (und es eingeschlafert wird).
- Meine Freund*innen/Familie könnte*n glauben, dass ich sie nicht geliebt habe.
- Ich will nicht, dass irgendjemand denkt, ich hätte gekniffen.

Gründe für und gegen das Sterben

- Manchmal habe ich noch Hoffnung, dass die Dinge sich noch zum Besseren wenden.
 - Ich bin eigentlich jemand, der kämpft.
 - Ein Suizid passt nicht zu dem Bild, das ich von mir habe.
 - Ich möchte sehen, wie meine Kinder groß werden.
 - Es käme mir vor wie ein Schulseingeständnis.
-
-

(3) Gründe gegen das Sterben

Gründe, die gegen das Sterben vorgebracht werden, sind nicht gleichbedeutend mit Gründen, die für das Leben sprechen – gleichwohl sind sie oft sehr bedeutend. Gibt es Dinge, die für Sie gegen das Sterben sprechen? Dinge, die Sie bei einer Selbsttötung fürchten?

Aspekte, die von anderen Betroffenen berichtet wurden:



- Ich habe Angst vor dem Tod.
 - Ich habe Angst davor, einen Suizidversuch zu überleben.
 - Ich habe Angst vor den Schmerzen, die mit einer Selbsttötung verbunden sind.
 - Ich habe Angst vor dem, was vielleicht danach kommt.
 - Ich habe Angst davor, mit schweren körperlichen Schädigungen/Behinderungen weiterleben zu müssen.
 - Die Endgültigkeit des Todes erschreckt mich.
 - Ich fürchte, dass mein Tod niemanden interessieren würde.
 - Ich habe Angst davor, in die Hölle zu kommen.
 - Ich habe Angst davor, durch meine Selbsttötung Unbeteiligte zu traumatisieren.
 - Ich habe es schon so oft probiert und glaube nicht, dass ich es je schaffen werde, wirklich zu sterben.
 - Ich habe Angst davor, andere Leute bei meiner Selbsttötung in Gefahr zu bringen.
 - Ich habe Angst vor der Angst und der Einsamkeit während eines Suizidversuchs.
-
-

Fazit

Offensichtlich gibt es (mindestens) zwei Teile in Ihnen, die mehr oder weniger berechtigte Gründe und Wünsche vorzutragen haben. Wie ist nun damit umzugehen? Der lebensunwillige Teil kann die Wünsche des lebenswilligen Teils nicht erfüllen: Ein Suizid führt für beide Teile zum Tod. Geben Sie sich daher (noch etwas) Zeit und treffen Sie keine vorschnelle Entscheidung. Und achten Sie darauf, dass Sie die Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben nicht vergessen. (In Bezug auf die Gründe für das Sterben besteht diese Gefahr zumeist nicht.)

AB 14 • **P**

Gründe zu leben

In suizidalen Krisen fällt es oft schwer, sich an die Dinge zu erinnern, die weiterhin für das Leben und/oder gegen das Sterben sprechen. Es ist daher hilfreich, sich diese Aspekte aufzuschreiben und immer wieder durchzulesen. Zu diesem Zweck kann die untenstehende Vorlage genutzt werden. Denken Sie auch daran, diese immer wieder zu ergänzen, wenn Ihnen weitere Aspekte einfallen sollten.



Meine Gründe zu leben:

Meine Gründe, *nicht* zu sterben:



Notfallplan erstellen

(1) Identifikation von Warnzeichen einer suizidalen Krise

Woran werden Sie merken, dass Sie den Notfallplan einsetzen sollten? Was sind Anzeichen dafür, dass es gefährlich für Sie wird?

-  Ich merke, dass ich länger als 10 Minuten über die Methoden nachdenke, mit denen ich mich umbringen könnte.
- Ich steigere mich in zunehmenden Selbsthass hinein.
- Ich merke, dass ich meine Gedanken, mich umzubringen, nicht mehr bekämpfe.
- Ich glaube immer mehr, dass ich nie ein glücklicheres Leben führen werde.
- Ich grübele und werde zunehmend hoffnungsloser.
- Ich gewinne zunehmend den Eindruck, meine Situation nicht mehr aushalten zu können.
- Ich werde zunehmend überzeugt davon, dass es anderen besser ginge, wenn ich nicht mehr leben würde.
- Ich spüre eine abrupte Intensivierung von Suizidgedanken, -wünschen

.....

.....

.....

.....

(2) Bewältigungsstrategien, die unabhängig von anderen Personen genutzt werden können

Was können Sie für sich alleine tun, um die Gedanken nicht in die Tat umzusetzen? Was hilft Ihnen dabei, sich zu beruhigen – und sei es auch nur für eine kurze Zeit? Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kalt duschen | <input type="checkbox"/> Serien/Videos/Filme gucken | <input type="checkbox"/> Chilischote kauen |
| <input type="checkbox"/> Schokolade essen | <input type="checkbox"/> Spaziergehen | <input type="checkbox"/> kochen |
| <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Joggen | <input type="checkbox"/> ins Fitnessstudio gehen |
| <input type="checkbox"/> aufräumen, putzen | <input type="checkbox"/> Eiswürfel in den Mund | <input type="checkbox"/> Kopf in kaltes Wasser tauchen |
| <input type="checkbox"/> Wäsche machen | <input type="checkbox"/> Ammoniak zufächeln | <input type="checkbox"/> beten |
| <input type="checkbox"/> ins Bett legen | <input type="checkbox"/> warmes Bad nehmen | <input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation einnehmen |
| <input type="checkbox"/> mit Haustieren kuscheln | <input type="checkbox"/> Entspannungs-CD hören | <input type="checkbox"/> einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Computerspiele | <input type="checkbox"/> Meditieren/Yoga | <input type="checkbox"/> mir selbst Mut zusprechen |

.....

.....

.....

Notfallplan erstellen

(3) Personen und soziale Situationen aufsuchen, die einen ablenken

Gibt es Personen, die Ihnen dabei helfen können, auf andere Gedanken zu kommen? Sie müssen diesen nichts von Ihren Suizidgedanken erzählen.

Name: Tel.-Nr.:

Gibt es Orte, die Sie aufsuchen können – Orte, die Ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln und an denen Sie unter Menschen sind?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cafés | <input type="checkbox"/> Fitnessstudio |
| <input type="checkbox"/> Restaurants | <input type="checkbox"/> Kino |
| <input type="checkbox"/> Kirchen | <input type="checkbox"/> Buchläden |
| <input type="checkbox"/> Stadtbücherei | <input type="checkbox"/> Schwimmbad/Sauna |
| <input type="checkbox"/> Museen | <input type="checkbox"/> Einkaufszentrum |

.....

.....

.....

.....

Notfallplan erstellen

(4) Personen, die gezielt um Hilfe gebeten werden können

Wen von Ihren Freund*innen, Bekannten und Familienmitgliedern können Sie in einer Krisensituation um Hilfe bitten? Wer kann Sie unterstützen und mit wem können Sie über Ihre Schwierigkeiten sprechen?

Name: Tel.-Nr.:

(5) Kontakte zu professionellen Hilfsstellen

An welche Stellen können Sie sich wenden, wenn private Kontakte nicht mehr ausreichen?

Psycholog*in Name: Tel.-Nr.

Hausarzt*in Name: Tel.-Nr.

Psychiater*in Name: Tel.-Nr.

Telefonseelsorge 0800/111 0 111 und 0800/111 0 222

Psychiatrische Klinik Anschrift:

Notarzt 112

Wichtig • Bitte beachten!

- (1) Schreiben Sie nur Dinge auf die Liste, die Ihnen wirklich zur Verfügung stehen oder die Sie gut beherrschen. Wenn Sie beispielsweise noch nie eine Entspannungs-CD genutzt haben, dann ist die Notfallsituation nicht die beste Situation, um damit zu beginnen.
- (2) Sagen Sie den Personen, die Sie in Ihren Notfallplan aufgenommen haben, dass Sie dies getan haben und fragen Sie einmal nach, ob es wirklich okay ist, wenn Sie sich in der Zeit der Krise bei Ihnen melden – auch wenn dies spät am Abend oder sehr früh am Morgen sein sollte.
- (3) Wenn Sie noch nie in einer psychiatrischen Klinik gewesen sein sollten, dann fahren Sie einmal bei der lokalen Psychiatrie vorbei, um zu wissen, wo Sie im Notfall hinhüsen.
- (4) Achten Sie darauf, dass Sie den Notfallplan – in der Zeit der Krise – immer dabei haben.