

Suizidalität im Einsatzwesen: Warnsignale, Handlungshilfen, Vorsorge, Nachsorge



Thomas Bronisch

**Jahrestagung der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach
belastenden Ereignissen e. V.**

Witten

17.05.2014

**Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr.10
80804 München
Tel: 0170-8046955
Fax: 089-30622-223
E-Mail: bronisch@mpipsykl.mpg.de**

Warnsignale



Roy Lichtenstein: Drowning Girl (1963)

Privatsammlung: Mr. and Mrs. C. B. Wright, Washington

Warnsignale I

Personale Faktoren



- Patient **distanziert sich nicht** von Suizidideen/Suizidversuch, auch nach einem ausführlichem Gespräch
- Patient erlebt **drängende Suizidgedanken**
- Patient wirkt ausgesprochen **hoffnungslos**
- Patient hat **keine Zukunftsperspektive**
- Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit **zunehmend zurückgezogen**
- Patient hat **Konflikt**, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, **nicht gelöst**
- Patient reagiert ausgesprochen **gereizt/aggressiv** oder ist agitiert,
 - ein **tragfähiger Kontakt kommt nicht zustande**
- Patient hat **schwere depressive Verstimmung**, evtl. mit depressiven Wahnideen

Warnsignale II

Anamnестische Aspekte

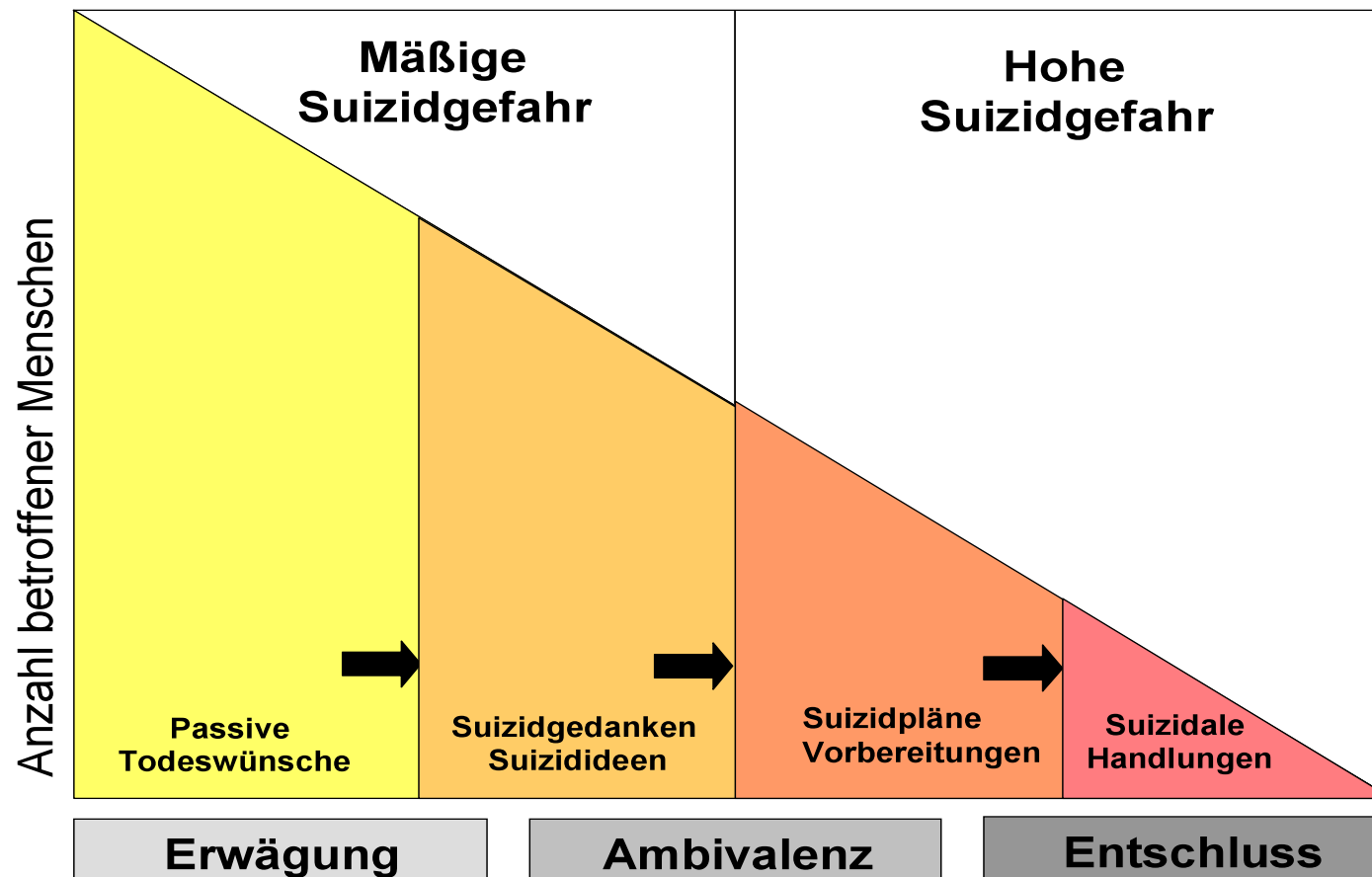


- Patient hat **Suchterkrankung**
- Patient befindet sich in einer **akuten psychotischen Episode**
- Patient hat einen oder **mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte**
- Patient hat **Suizidarrangement** getroffen,
 - das eine Auffindung unmöglich macht
- Patient unternahm einen **Suizidversuch mit harter Methode**,
 - oder hat Suizidgedanken mit harter Methode
- Patient hat **positive Familienanamnese mit Suiziden und Suizidversuchen**
- Patient zeigt **mangelnde Impulskontrolle**,
 - z. B., bei akuter Alkoholintoxikation und Alkoholentzug

Verschiedene Stadien von Suizidalität



Die verschiedenen Stadien von Suizidalität



Handlungshilfen



Henry Wallis: The Death of Chatterton (1856)

Tate Britain, London

Handlungshilfen



- **Maßnahmen zur therapeutischen Krisenintervention**
- **Notfallbehandlung bei Suizidalität**
- **Leitsätze im Umgang mit suizidalen Patienten**
- **Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalen**

Maßnahmen zur therapeutischen Krisenintervention



- Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als **Notsignal**
- Verstehen der **Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals**
- Bearbeitung der **gescheiterten Bewältigungsversuche**
- Aufbau einer **tragfähigen Beziehung**
- Wiederherstellen der **wichtigsten Beziehungen**
- Gemeinsame Entwicklung **alternativer Problemlösungen** für die **aktuelle Krise**
- Gemeinsame Entwicklung **alternativer Problemlösungen** für **künftige Krisen**
- **Kontaktangebote** als Hilfe zur Selbsthilfe
- **Einbeziehung von Angehörigen** –
unter Berücksichtigung der individuellen Situation und möglichst mit
Einverständnis des Suizidanten

Notfallbehandlung bei Suizidalität



- Wenn der Patient aufgrund seiner Äußerungen oder seines Verhaltens als **akut suizidgefährdet** anzusehen ist, sind **alle Maßnahmen**, die dazu geeignet sind, ihn vom Vollzug des Suizids zurückzuhalten, **prinzipiell gerechtfertigt**
- Aufgrund der Pflicht zur **Hilfeleistung müssen Ärzte, aber auch andere anwesende Personen** im Rahmen ihrer Möglichkeiten **den Patienten vom Suizid abzuhalten** (Garantenpflicht)
- Die Maßnahmen sind rechtlich abgedeckt durch die Bestimmungen des **„rechtfertigenden Notstandes“ bzw. der „Geschäftsführung ohne Auftrag“**. Andernfalls droht bei Nichteingreifen die Strafbarkeit durch unterlassene Hilfeleistung
- Die **stationäre Aufnahme** ist indiziert, wenn **eine suizidale Handlung innerhalb der nächsten Minuten, Stunden oder Tage zu erwarten ist**. In diesen Fällen ist eine geschlossene Unterbringung meist nicht zu vermeiden
- Der Patient **darf nicht allein gelassen werden und ist sofort in das zuständige psychiatrische Krankenhaus einzuliefern**. Gibt der Patient sein Einverständnis nicht, ist eine Aufnahme unter Anwendung der auf Länderebene gültigen **Unterbringungsgesetze** möglich, gegebenenfalls **unter Zuziehung der Polizei**
- Bei der Entscheidung über **Zwangseinweisung muss dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung getragen werden**. Wesentliche Momente bei dieser Güterabwägung sind die im Einzelfall gegebenen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, das Potenzial an sozialer Unterstützung sowie der Grad der Absprachefähigkeit auf Seiten des Patienten

Leitsätze im Umgang mit suizidalen Patienten



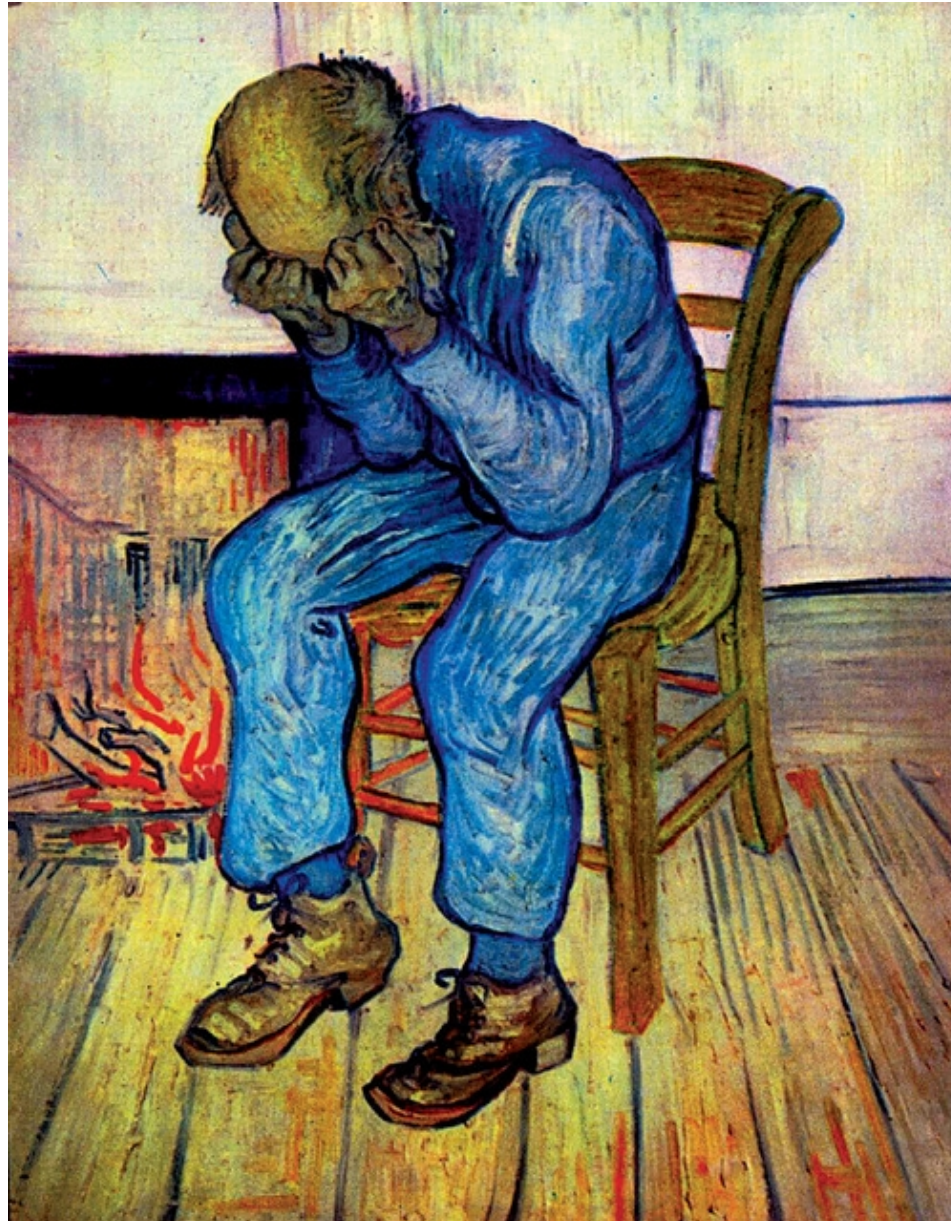
- Suizidversuche basieren in den meisten Fällen auf **sehr subjektiven Bilanzen des eigenen Lebens, die fast immer korrigierbar sind**
- Therapeut und Patient müssen sich darüber im Klaren sein, dass **Suizid** etwas ist, was **nicht rückgängig gemacht werden kann**
- Nahezu jeder Suizidversuch enthält als wesentliches Element einen **Appell an menschliche Bindung**
- Der Therapeut muss mit dem suizidalen Patienten einen **zeitlichen Aufschub vereinbaren**, während dessen er – noch einmal – mit dem Patienten die Lebenssituation genau anschauen kann
- Kein Therapeut kann einen **Patienten langfristig von einem Suizidversuch oder Suizid abhalten**. Der Therapeut muss mit der Kränkung fertig werden, dass er nicht um jeden Preis Leben erhalten kann
- Der Therapeut muss für den Patienten **stellvertretend Hoffnung ausstrahlen** können
- Ein **Suizidversuch ist immer ernst zu nehmen**, und es müssen auch bei parasuizidalen Gesten Konsequenzen gezogen werden

Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalen



- Der wohl häufigste Fehler ist das zu **frühe Ende einer Betreuung**
- **Nichtansprechen von Suizidgedanken** aus der Sorge heraus, solche zu provozieren
- Fehleinschätzung der „Ruhe vor dem Sturm“
- bei Entlassung **unverbindliche Therapieempfehlung** anstatt einer festen Terminabsprache
- **fruchtlose Diskussionen** mit dem Patienten über die **Notwendigkeit einer stationären Aufnahme** anstelle der Erörterung der zum Suizidversuch führenden Motive
- **einseitige Betonung medikamentöser oder psychotherapeutischer Maßnahmen**
- **Nichterkennen von Bagatellisierungstendenzen** des Patienten
- nicht hinreichende **Würdigung fremdanamnestischer Hinweise**, die eine hohe Gefährdung anzeigen
- **depressive oder wahnhafte Denkinhalte** suizidaler Menschen werden als **real akzeptiert**
- Umgang mit suizidalen Patienten, der durch **negative emotionale Reaktionen geprägt ist**
- Verordnung **unnötig hoher Dosen potentiell toxischer Pharmaka** in der Akutsituation

Vorsorge und Nachsorge



Vincent van Gogh: An der Schwelle der Ewigkeit (1890)
Kröller-Müller-Museum, Otterloo

Vorsorge und Nachsorge



- Der Suizid eines Individuums beeinträchtigt **mindestens sechs unterschiedliche Personen** oder Personenkreise deutlich bis schwer
- Dies kann bis zu den **Extremen der eigenen Suizidgefährdung** oder dem **Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung** führen

Betroffene für Vorsorge und Nachsorge I



Angehörige von Suizidenten

Helfer

- Ärzte
- Psychologen
- Psychiater
- Psychotherapeuten
- Pflegepersonal
- Sozialarbeiter
- Lehrer
- Erzieher
- Pfarrer
- Vorgesetzte und Mitarbeiter im beruflichen Bereich

Betroffene für Vorsorge und Nachsorge II



Helfer, die mit dem Suizid in unmittelbarer körperlicher Nähe konfrontiert sind

- Notärzte
- Rettungssanitäter
- Zug-, S-, und U-Bahnfahrer
- Feuerwehr
- Polizei
- Helfer im Einsatzwesen

Aufklärung und Psychoedukation



- **Information** der **Öffentlichkeit** über erste Anzeichen von Suizidalität
- **Aufklärung** der **Öffentlichkeit** über psychologische und biologischen Hintergründe von suizidalem Verhalten
- **Aufklärung** der **Öffentlichkeit** über die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen mit Suizidgefährdung
- **Schulung** von „gate keepern“ wie Lehrer, Erzieher, Pfarrer, Polizei etc.
- **Schulung** von Fachpersonal wie Ärzte, Pflegepersonal, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, **Helfer im Einsatzwesen** etc.

Stadien der Reaktionen auf einen Suizid



**Andy Warhol: Fallen Body
(1962) (Ausschnitt)**

**Collection Adelaide de
Menil, New York**

Stadien der Reaktionen auf einen Suizid



- **Schock**
- eine – verzweifelte – Suche nach dem „Warum“
- **andere verantwortlich zu machen**, bevor dann sich selbst die Schuld gegeben wird
- **Gereiztheit**
- **Ärger gegenüber dem Suizidopfer:**

ein einzigartiges Phänomen der Überlebenden bei Tod durch Suizid:

Sie finden ihre **Trauer verwoben mit Gefühlen von Verlassen sein und Ressentiment**, in eine solche Situation gebracht worden zu sein

- **Ängste, dass eine nahestehende Person oder ein Angehöriger ebenfalls einen Suizid begehen könnte**, mit der Folge von Überängstlichkeit und damit verbunden von Überfürsorglichkeit.

Aufgabe des Therapeuten



- **Hilfe für die Familie**, Arrangements für die Beerdigung zu treffen
- **Aufklärung der Familie über die enge Beziehung von Suizid zu den großen psychischen Erkrankungen** und deren biologischen Grundlagen (Depression, Schizophrenie, Bipolare Erkrankungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen)
- **Ermutung der Familie**, mit anderen **die Todesursache zu akzeptieren** und zu teilen
- **Aufklärung der Familie über die typischen psychologischen Reaktionen nach dem Suizid** als ein Mittel, den Betroffenen wieder ins normale Leben zu helfen und negativen Reaktionen zuvorzukommen
- **Akzeptanz für die erhöhte Angst vor einem weiteren Suizid in der Familie** und das Absicherungsbedürfnis unter den Familienmitgliedern
- **Hilfe bei der Respektierung von individuellen Formen von Trauerverarbeitung der einzelnen Mitglieder**: Jeder trauert unterschiedlich und in verschiedenen Schritten
- **Herstellung von anderen Hilfsquellen** wie Selbsthilfegruppen für verwaiste Eltern, Ehepartnern, Kindern etc., Bereitstellung von Literatur und Zugang zu speziellen Internetseiten
- **Bei Suiziden von Kindern** Planen und Proben mit der Familie, **was sie anderen erzählen (z. B. Geschwistern) und wie sie über den Tod ihres Kindes sprechen können**

Literatur



Frida Kahlo: The Suicide of Dorothy Hale (1939)
Phoenix Art Museum, Phoenix

Literatur



- **Bronisch T (2014)** Der Suizid. Ursachen, Warnsignale Prävention. CH Beck: München 1995, 6. überarbeitete Auflage
- **Bronisch T, Hegerl U (2010)** Suizidalität. In: Lehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie (Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P., Hrsg.) Berlin: Springer. 4. neu bearbeitete Auflage
- **Bronisch T (2012)** Krisenintervention bei Suizidalität. Psychotherapie im Dialog 13: 15-20
- **Bronisch T, Felber W (2014)** Der Selbstmord in der Kunst. S.Roderer: Regensburg
- **Giernalczyk T (1995)** Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. Kösel: München