

# Krisenintervention bei Suizidalität

## Crisis Intervention for suicidality

Thomas Bronisch

### Zusammenfassung

Entscheidend auch für den mit suizidalen Patienten arbeitenden Arzt oder Therapeuten sind Erkennen von Suizidalität und Einschätzen der Suizidgefährdung, insbesondere *nach* einem Suizidversuch. Bei der Krisenintervention ist die therapeutische Beziehung zum Suizidenten der spezifische Faktor einer erfolgreichen Behandlung. Kritische Bedingungen für die Entstehung der Suizidalität müssen klar herausgearbeitet und alternative Strategien zur Bewältigung zukünftiger Krisen entwickelt werden. Pharmakologische Behandlungen beziehen sich auf Angstlösung, Sedierung und Normalisierung des Schlafes. Eine antidepressive Behandlung bei bestehender ausgeprägter depressiver Verstimmung sollte wegen deren Wirklatenz frühzeitig begonnen werden. Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalen sind eine Bagatellisierungstendenz sowie eine – meist unbewusste – Ablehnung des suizidalen Patienten.

**Schlüsselwort** Krisenintervention – Suizidalität – Suizid – Suizidversuch

### Summary

Recognition of suicidality and the estimation of impending suicidality, especially *after* a suicide attempt, are the most important aspects for doctors and therapists working with suicidal patients. The establishment and maintenance of a helpful relationship with the suicidal person is a specific factor in the successful treatment of such patients. Critical conditions for the development of suicidal behavior must be explained and alternative strategies developed to enable patients to cope with future crises. Pharmacological treatments focus on anxiolysis, sedation and sleep promotion. Antidepressant treatment should be started early in the case of a pronounced depressive syndrome because of the delayed therapeutic effect of antidepressants. Mistakes frequently made in the treatment of suicidal persons are downplaying of suicidal tendencies as well as the – mostly unconscious – dismissal of the suicidal person.

**Keywords** crisis intervention – suicidality – suicide – suicide attempt

## 1 Einleitung

Krisenintervention bei Suizidalität ist jeweils unter einem Beziehungsaspekt, einem diagnostischen, einem therapeutischen sowie einem Management-Aspekt zu sehen. Deswegen wird zunächst zu den allgemeinen Charakteristika und zur diagnostischen Einschätzung von Suizidalität Stellung genommen. Es folgt dann eine Beschreibung der psychotherapeutischen und pharmakologischen Krisenintervention. Einen wichtigen Aspekt stellen hierbei Probleme des Therapeuten im Umgang mit suizidalen Patienten dar, die näher erläutert werden.

## 2 Allgemeine Charakteristika von Suizidalität

### 2.1 Definition von Suizidalität

In dem Begriff „Suizidalität“ sind drei verschiedene Formen suizidalen Erlebens und Verhaltens subsumiert:

- (1) Suizidideen
- (2) Suizidversuche
- (3) Suizide

Die Definition der WHO (1989) für einen Suizidversuch (Parasuizid) lautet wie folgt: „Eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht

habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehen Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken.“ Diese Definition macht keine Aussagen über die Motive für suizidales Verhalten und den Schweregrad der suizidalen Intention.

### 2.2 Einteilung von Suizidversuchen

Bei der Beschreibung von suizidalen Verhaltensweisen/Suizidversuchen hat sich eine Unterteilung als klinisch brauchbar erwiesen, die sich nach den Motiven des Suizidenten richtet:

- (1) Parasuizidale Pause:

Der Wunsch nach einer Zäsur steht im Vordergrund. Hierbei handelt es sich um Patienten, die z. B. mithilfe von Tabletten einfach einmal „abschalten wollen“.

- (2) Parasuizidale Geste:

Der Appell an den Mitmenschen steht im Vordergrund. Hierbei handelt es sich um Patienten, die einen Suizidversuch oftmals in Anwesenheit eines Partners unterneh-

men oder leicht auffindbar sind und keine „harte“ Suizidversuchsmethode anwenden. Ziel ist es, auf ihre Not aufmerksam machen.

(3) Parasuizidale Handlung:

Hier steht die Autoaggression im Vordergrund im Sinne eines missglückten Suizides.

Diese Einteilung von Suizidversuchen führt direkt zum Problem der Ernsthaftigkeit von Suizidversuchen. Neben der Ernsthaftigkeit der Suizidintention, wie oben beschrieben, sind Suizidarrangement und Gefährlichkeit der Suizidmethode von Bedeutung. Das Suizidarrangement gibt Auskunft darüber, inwieweit der Suizident ein (rasches) Auffinden seiner Person nach erfolgtem Suizidversuch möglich oder unmöglich macht. Die Suizidmethode gibt unter Umständen Hinweise darauf, mit welcher Endgültigkeit der Betroffene seinen Suizid in die Wege leitet. Hierbei spielen sogenannte harte Methoden eine besondere Rolle. Zu den „harten Methoden“ zählen alle Methoden, die nicht durch Einnahme von Drogen oder Medikamenten erfolgen, wie etwa: sich erhängen, sich erschießen, vor einen Zug springen, sich ertränken, sich von einem hohen Gebäude stürzen, sich die Pulsadern aufschneiden oder sich eine todbringende Substanz spritzen oder infundieren (z. B. Insulin). Dennoch können diese Charakteristika für ernsthafte Suizidversuche nicht absolut genommen werden, was an einem Beispiel erläutert wird: Eine Patientin unternimmt einen Suizidversuch mit Einnahme von 20 Schlaftabletten, die sie im Medikamentenschrank vorgefunden hat („weiche Methode“). Sie nimmt sie abends ein, legt sich ins gemeinsame Ehebett (Arrangement ermöglicht ein rasches Auffinden). Ihr Wunsch ist einfach, nach den vielen Streitigkeiten mal völlig abzuschalten (parasuizidale Pause). Die Patientin verstirbt noch in derselben Nacht: Bei den Tabletten handelte es sich um barbiturathaltige Schlafmittel, die zu einer Lähmung des Atemzentrums führten. Der Ehemann ging erst spät ins Bett, hatte auf die nicht eindeutigen Suizidäußerungen seiner Frau nicht reagiert. Er fand sie schlafend vor, die Medikamentenschachtel war vom Nachttisch gefallen und lag für den Ehemann nicht direkt sichtbar auf dem Boden. Am nächsten Morgen konnte der herbeigerufene Notarzt nur noch den Tod der Patientin feststellen.

### 2.3 Motive und Bedeutungsmöglichkeiten von Suizidalität

Eine Reihe von Motiven und Bedeutungsmöglichkeiten für Suizidversuche lässt sich grundsätzlich voneinander unterscheiden:

- (1) Erlösung von seelischem (Depression, Angst, Psychose) und körperlichem Leid (Krebs, Aids, Diabetes, Niereninsuffizienz)
- (2) Wunsch nach einem Gottesurteil bezüglich des eigenen Weiterlebens, d.h. weder leben noch sterben können
- (3) Suche nach Ruhe und Geborgenheit
- (4) Hilferuf und Hilfsappell
- (5) Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen
- (6) Wendung der Aggression gegen das eigene Ich, da Aggression nicht gegen den Partner gerichtet werden darf
- (7) Primäre Aggressivität gegen das eigene Ich
- (8) Identifikation mit einer Idolfigur (sog. Werther-Effekt)

- (9) Erpressung, Wunsch, die soziale Umwelt zu kontrollieren, manipulieren
- (10) Racheakt im Sinne einer Bestrafung eines Partners
- (11) Kränkung aufgrund eines mangelhaft entwickelten Selbstwertgefühls (narzisstische Kränkung)
- (12) Einzige Möglichkeit, das Selbstwertgefühl noch zu retten (Suizidversuch als „narzisstische Plombe“)
- (13) Appell an menschliche Bindung bzw. Aufkündigung aller menschlichen Bindungen
- (14) Aktive und freie Handlung eines Menschen (sog. Bilanzselbstmord)
- (15) Spannungsabfuhr: kein Suizidversuch im engeren Sinne

Meistens ist keine dieser Bedeutungsmöglichkeiten und Motive allein zutreffend. Ich neige dazu, besonders die narzisstischen Motive, vor allem aber den Appell an die menschliche Bindung als die wesentlichen Motive für Suizidalität anzusehen.

Die geschilderten Bedeutungsmöglichkeiten und Motive suggerieren in jedem Falle eine gewisse Abwägung, Entscheidung, Reflexion des Suizidenten. Dies entspricht jedoch nicht der klinischen Realität: Suizidversuche und Suizide sind zumeist *Impulshandlungen*, wobei der momentane seelische Schmerz nicht ausgehalten werden kann. Allerdings kann der Impuls zunächst überspielt sein durch eintretende Ruhe, nachdem erst einmal der Entschluss, sich umzubringen, gefasst worden ist. Eine ausgeprägte depressive Verstimmung mit Antriebshemmung kann ebenfalls den Suizidimpuls unterdrücken.

### 2.4 Risikofaktoren für Suizidalität

Aus den epidemiologischen Studien ergeben sich schon viele Hinweise auf Risikofaktoren für Suizidalität. Für Suizide und Suizidversuche ist es höheres Alter, der Familienstand (geschieden, ledig, verwitwet), Arbeitslosigkeit; für Suizid das männliche Geschlecht, für Suizidversuche das weibliche Geschlecht und untere soziale Schicht.

Für Suizide ist der bedeutendste Risikofaktor allerdings ein vorangegangener Suizidversuch, und zwar: je mehr Suizidversuche in der Vorgeschichte erfolgt sind, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit eines Suizides.

Risikofaktoren von erheblicher klinischer Bedeutung sind auch psychiatrische Erkrankungen, vor allem Suchterkrankungen und Depressionen. Das Lebenszeitrisiko für Suizid bei Patienten mit depressiven Erkrankungen liegt zwischen 2% und 8%, je nach Ausprägung des Risikos (ambulant vs. stationär behandelte Patienten, ohne oder mit Suizidalität vor stationärer Aufnahme). Das Suizidrisiko bei Suchtkranken liegt 2% bis 4% in der Allgemeinbevölkerung, bei stationär Behandelten bis zu 15%. Weiterhin finden sich gehäuft Suizide und Suizidversuche bei Schizophrenen (6% bis 8%) und Patienten mit Panikstörungen, organischen Psychosyndromen sowie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Auch bei konsumierenden körperlichen Erkrankungen, wie z. B. Krebs oder AIDS, finden sich – leicht – erhöhte Suizidraten.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass mit diesen „Prädiktoren“ ein Suizid nur unzureichend vorausgesagt werden kann.

### 3 Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität

#### 3.1 Indikatoren für Suizidalität

Die wichtigsten Indikatoren für eine akute suizidale Gefährdung sind aus Tabelle 1 zu ersehen.

**Tabelle 1: Indikatoren für akute Suizidalität**

*Personale Faktoren:*

- (1) Patient distanziert sich nicht von Suizidideen/Suizidversuch, auch nicht nach einem ausführlichen Gespräch
- (2) Patient erlebt drängende Suizidgedanken
- (3) Patient wirkt ausgesprochen hoffnungslos
- (4) Patient hat keine Zukunftsperspektive
- (5) Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen
- (6) Patient hat Konflikt, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, nicht gelöst
- (7) Patient reagiert ausgesprochen gereizt/aggressiv oder ist agitiert, ein tragfähiger Gesprächsrapport kommt nicht zustande
- (8) Patient hat schwere depressive Verstimmung, evtl. mit depressiven Wahnideen

*Anamnestiche Aspekte:*

- (1) Patient hat eine Suchterkrankung
- (2) Patient befindet sich in einer akuten psychotischen Episode
- (3) Patient hat einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte
- (4) Patient hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht
- (5) Patient unternahm einen Suizidversuch mit harter Methode oder hat Suizidgedanken mit harter Methode
- (6) Patient hat positive Familienanamnese mit Suiziden und/oder Suizidversuchen
- (7) Patient zeigt mangelnde Impulskontrolle, z. B. bei akuter Alkoholintoxikation und im Alkoholzug

Von besonderer Wichtigkeit ist das Vorliegen einer depressiven Verstimmung. Nahezu jeder Suizidgefährdete hat eine zumindest leichte depressive Verstimmung. Daher empfiehlt es sich, bei Verdacht auf Suizidalität zunächst nach den entsprechenden Symptomen zu fragen, wie depressiver Verstimmung, Schlafstörungen, Appetit- und Libidostörungen, Konzentrationsstörungen, Apathie, Müdigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, Selbstabwertung, Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit.

Hervorzuheben ist auch eine Familienanamnese mit Suiziden und Suizidversuchen, da dadurch das Risiko des Betroffenen deutlich erhöht ist.

#### 3.2 Einschätzung des Risikos eines erneuten Suizidversuchs

Die Gefahr eines erneuten Suizidversuchs ist umso geringer, je konkreter der Patient darstellen kann, warum er zum jetzi-

gen Zeitpunkt nicht mehr suizidal ist, d.h., was sich in seiner Einstellung zum Leben (Tod) und in seiner sozialen Situation so grundlegend geändert hat, dass ein Suizidversuch nicht mehr sinnvoll und notwendig erscheint.

Hat der Therapeut Zweifel an der Aufrichtigkeit der Antworten seines Patienten, sollten möglichst viele Fremdinformationen eingeholt werden.

Auch die Einstellung des Patienten zu seinem Suizidversuch lässt Rückschlüsse auf ein zukünftiges Risiko zu. Ein weniger ausgeprägtes Suizidrisiko haben Patienten, die froh sind, den Suizidversuch überlebt zu haben, die Suizidideen und suizidales Verhalten unannehmbar und schrecklich finden oder die um Hilfe bitten.

Ein Patient dagegen, der unwirsch, trotzig, schweigsam, unkooperativ oder teilnahmslos, sogar feindselig ist, hat möglicherweise einen anhaltenden Todeswunsch. Deshalb muss weiterhin mit einem beträchtlichen Suizidrisiko gerechnet werden, wenn der Patient sich nicht offen und direkt äußert. Ein Patient, der die Gefährlichkeit seines Suizidversuches herunterspielt oder leugnet, ist schwer einzuschätzen. Er wird möglicherweise versuchen, den Arzt davon zu überzeugen, dass sein selbstzerstörerisches Verhalten unbeabsichtigt war (häufig bei Drogen- und Alkoholabhängigen). Dies lässt ebenfalls auf ein fortbestehendes hohes Suizidrisiko schließen.

Große Wachsamkeit ist angezeigt, wenn sich ein Patient nach einer Tablettenintoxikation, dem Aufwachen aus dem Koma oder nach Rettung aus anderen lebensbedrohlichen Situationen wie „neugeboren“ fühlt. Solch ein Patient ist vielleicht euphorisch und behauptet, dass die beinahe tödliche Episode seine „unglückliche Vergangenheit ausgelöscht“ habe. Diese gehobene Stimmung ist in der Regel jedoch nur kurzlebig, und es kann dann wieder zu einer suizidalen Gefährdung kommen, wenn der Patient ins reale Leben mit all seinen Enttäuschungen und Widrigkeiten zurückkehrt.

Besonders zu beachten ist die gedankliche Einengung des suizidalen Menschen auf seine Innenwelt, d. h. die ausschließliche Beschäftigung mit dem extrem negativ geprägten Erleben (Ringel, 1953).

Vorsicht ist besonders dann geboten, wenn der Patient nach Suizidandeutungen und ausgeprägter depressiver Verstimmung ganz plötzlich, ohne dass sich Wesentliches in seinem Leben geändert hat, eine „unheimliche“ Ruhe ausstrahlt oder in einen ausgesprochen agitierten Zustand gerät.

Weiterhin sind suizidale Zwangsgedanken, die oftmals im Rahmen einer schweren Depression auftreten, alarmierend.

Die oben genannten Risikofaktoren müssen bei Erkennen und Abschätzen von Suizidalität unbedingt berücksichtigt werden. Der allerwichtigste Indikator zum Erkennen von Suizidalität ist eine depressive Verstimmung.

Dies führt dann automatisch auch zur direkten intensiven Befragung des Patienten über seine Einstellung zu einem Suizidversuch jetzt und in Zukunft.

Einen wichtigen Hinweis auf eine Neigung zu suizidalen Verhaltensweisen kann auch eine Familienanamnese mit Suiziden und Suizidversuchen geben.

Hinsichtlich der Gefahr eines erneuten Suizidversuches sollte natürlich besonders das Arrangement und die Methode des vorangegangenen Suizidversuches beachtet werden: Je här-

ter die Methode und je weniger das Arrangement die Möglichkeit des Eingreifens von außen offenlässt, desto höher ist die Ernsthaftigkeit der Suizidalität einzuschätzen und damit die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient von seinen Suizidabsichten auch in Zukunft nicht abrücken wird. Es darf allerdings auf keinen Fall der Umkehrschluss gezogen werden, dass ein vorangegangener nicht ernsthafter Suizidversuch zu weiteren nicht ernsthaften Suizidversuchen führt.

Letztlich ist das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut der wesentlichste Faktor für die Möglichkeit eines Erkennens und realistischen Einschätzens von Suizidalität. Offene Feindseligkeit oder provokatives Verhalten gegenüber dem Therapeuten deuten nicht nur auf eine mangelnde Vertrauensbasis hin, sondern sind Indikatoren für akut weiterbestehende Suizidalität.

### 3.3 Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität

Tabelle 2 zeigt das diagnostische Vorgehen bei Suizidalität. Die in der Tabelle 2 genannten diagnostischen Schritte zur Einschätzung von Suizidalität scheinen zunächst ein längeres ausführlicheres Gespräch, eventuell zusätzlich auch noch mit Angehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen des Patienten, zu erfordern. Aber mit einigen wenigen gezielten Fragen, z.B. bei einer Exploration während des ärztlichen Notfalldienstes oder auf einer Intensivstation oder im Rahmen einer Erstexploration in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxis, können die wesentlichen Hinweise auf eine suizidale Krise in wenigen Minuten erfasst werden.

## 4 Interventionsstrategien

### 4.1 Leitsätze zur psychotherapeutischen Krisenintervention

Basis jeder psychotherapeutischen Intervention ist eine eindeutige Einstellung/Haltung des Therapeuten zur Suizidalität.

Für meine Begriffe sollten folgende Leitsätze für einen erfolgreichen therapeutischen Umgang mit Suizidalität beachtet werden:

- (1) Suizidversuche basieren in den meisten Fällen auf sehr subjektiven Bilanzen des eigenen Lebens, die meistens korrigiert werden können.
- (2) Therapeut und Patient müssen sich darüber im Klaren sein, dass ein Suizid etwas ist, was *nicht* rückgängig gemacht werden kann.
- (3) Nahezu jeder Suizidversuch enthält als wesentliches Element einen Appell an menschliche Bindung.
- (4) Der Therapeut muss mit dem suizidalen Patienten einen zeitlichen Aufschub vereinbaren, währenddessen er – noch einmal – mit dem Patienten die Lebenssituation genau anschauen kann.
- (5) Kein Therapeut kann langfristig einen Patienten mit chronischer Suizidalität von einem Suizidversuch/Suizid abhalten. Der Therapeut muss mit der Tatsache fertig werden, dass er nicht um jeden Preis Leben erhalten kann.
- (6) Der Therapeut muss für den Patienten stellvertretende Hoffnung darstellen können.
- (7) Ein Suizidversuch ist immer ernst zu nehmen, und es müssen auch bei suizidalen Gesten therapeutische Maßnahmen in Erwägung gezogen werden.

Unter den oben genannten Voraussetzungen ist die Aufrechterhaltung und Festigung des Kontaktes zum Patienten die entscheidende therapeutische Intervention. Jüngere und unerfahrene Therapeuten sollten sich nicht davon abhalten lassen, suizidale, schwierige Patienten weiter zu betreuen, und anstelle einer Weitervermittlung an einen erfahrenen Therapeuten – einen Supervisor einschalten. Als nächster Schritt sollte dann eine Kontaktaufnahme mit dem sozialen Umfeld des Patienten erfolgen.

**Tabelle 2: Diagnostisches Vorgehen bei Suizidalität**

Diagnostische Ebene	Diagnostische Ziele
Anamnese	Erfassen der Symptomatik und ihrer chronologischen Entwicklung. Information über Vorerkrankungen (insbesondere Suizidversuche) und Lebenssituation
Exploration	Erkennen psychiatrischer Erkrankungen, insbesondere depressiver Syndrome; Verstehen auslösender Konfliktsituationen  Beurteilung der aktuellen Suizidgefährdung <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive vs. passive Gedanken</li> <li>• konkrete Planung vs. ungerichtete Absichten</li> <li>• häufige, drängende vs. seltene Gedanken</li> <li>• Gefährlichkeit einer geplanten oder ausgeführten suizidalen Handlung</li> <li>• Art des Suizidmotivs</li> </ul>
Körperliche Untersuchung	Erfassen therapierelevanter körperlicher Begleiterkrankungen (inkl. der Folgen durchgeführter suizidaler Handlungen)
Fremdanamnese	Ergänzung und Überprüfung der Angaben des Patienten (besonders bei Bagatellisierungstendenzen; möglichst mit dem Einverständnis des Betroffenen!)

#### 4.2 Maßnahmen zur psychotherapeutischen Krisenintervention

Folgendes Vorgehen empfiehlt sich bei der direkten 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)

#### 4.3 Pharmakologische Krisenintervention

Tabelle 3 gibt die wichtigsten Psychopharmaka und ihre Wirkweisen bei der Behandlung von Suizidalität wieder.

Nur ein Teil der Psychopharmaka ist für die Krisenintervention geeignet. Psychopharmaka dienen vor allem der akuten Bekämpfung von Spannung, Angst und Schlaflosigkeit sowie bei sehr akuter Suizidalität zur Sedierung des Patienten. Liegt ein ausgeprägtes depressives Syndrom vor, dann sollte auch schon in der Akutphase mit einer antidepressiven Behandlung begonnen werden, wobei die Wirklatenz für Antidepressiva zwischen 1 und 3 Wochen liegt.

Vor allem Tranquilizer dienen zur Spannungsreduktion, Wegnahme von Angst und Sedierung. Hierzu geeignet vor allem ist Lorazepam, das allerdings auch ein starkes Abhängigkeitspotenzial aufweist. Niederpotente Neuroleptika können die Funktion der Tranquilizer hinsichtlich Sedierung und Normalisierung des Schlafes übernehmen. Sie sind zusammen mit hochpotenten Neuroleptika Mittel der Wahl zur Bekämpfung einer akuten Psychose.

#### Fallvignette:

Frau A. (79 Jahre) hatte etwa 50 Tabletten Lorazepam in suizidaler Absicht eingenommen, da sie sich gegenüber den Fa-

milienangehörigen als Belastung erlebte. Sie gab an, ihren 80. Geburtstag nicht mehr erleben zu wollen, zu dem sämtliche Verwandte eingeladen werden sollten. Die Patientin wurde vom Sohn aufgefunden und auf die Intensivstation eines Allgemeinkrankenhauses eingewiesen, wo unter Intubation der Magen gespült wurde. Zur Krisenintervention erfolgte die Verlegung auf unsere Station.

Die Mutter der Patientin habe sich ca. im Alter von 44 Jahren mit Lysol (Lösungsmittel mit Alkohol, aliphatischen und aromatische Salzen) im Rahmen einer reaktiven, möglicherweise auch endogenen Depression suizidiert. Der älteste Sohn der Patientin erinnerte an eher appellative Suiziddrohungen der Patientin, wobei es sich nun um den ersten Suizidversuch gehandelt habe.

Bei Aufnahme ist Frau A. in altersentsprechendem Zustand, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die kognitiven Beeinträchtigungen waren leichten Grades und zeigten keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen etwa einer Demenz. Frau A. kommt immer wieder mit deutlichen Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen auf den Suizidversuch zu sprechen, für den sie sich schämt. Sie ist affektiv gut schwingungsfähig, mäßig depressiv und leicht affektlabil. Von dem Suizidversuch ist sie nicht vollständig distanziert, verneint jedoch glaubhaft akute Suizidalität.

Zunächst gaben wir die Vormedikation von Amitriptylin retard 75 mg am 1. Tag weiter, reduzierten die antidepressive Therapie dann jedoch auf 50 mg zur Nacht wegen leichten Schwindels und Gangunsicherheit. Zum Schlafen wurde die Vormedikation von 1 mg Lormetazepam weiter gegeben. Frau A. konnte sich auf Station sehr gut einordnen und blühte regelrecht auf. Sie fand schnell Kontakt zu Mitpatienten, wurde zunehmend gesprächig und wirkte kaum mehr depressiv. In einem Gespräch mit den Angehörigen, in dem doch erhebliche chronisch belastende Konflikte mit der Schwester und der Schwiegertochter deutlich wurden, stellten die Angehörigen klar, dass sie Frau A. auf jeden Fall weiter bei sich haben möchten. Das letzte Wochenende vor Entlassung verbrachte die Patientin bei ihrer Familie, und dieses verlief nach ihren und den Angaben des Sohnes recht unproblematisch.

Tabelle 3: Wirkweisen von Psychopharmaka

Hauptgruppen	erwünschte klinische Wirkungen
Antidepressiva (Thymoleptika)	Aufhellung depressiver Herabgestimmtheit, Anxiolyse, Sedierung von Unruhe, Auflösung von psychomotorischer Hemmung, Verbesserung von Antrieb, Auflösung von kognitiver Einengung, Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido
Neuroleptika (Antipsychotika)	Besserung von Wahn, Beziehungsideen, Halluzinationen, Anxiolyse, Sedierung von Unruhe, Auflösung von psychomotorischer Hemmung, Verbesserung von Antrieb, Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido
Tranquilizer	Entspannung, Beruhigung, Anxiolyse, Herbeiführung von Schlaf, emotionale Distanzierung, Dämpfung depressiven oder auch psychotischen Erlebens, antikonvulsiv, Muskelentspannung

#### 4.4 Probleme des Therapeuten im Umgang mit suizidalen Patienten

Die bei nahezu jedem suizidalen Patienten bestehende narzisstische Problematik kann zu sehr ausgeprägten Gegenübertragungsreaktionen führen. Wegen seiner überhöhten Ansprüche an sich selbst kommt es des Öfteren zu einer Übertragung dieser Ansprüche auf den Therapeuten. Der Therapeut realisiert diese Ansprüche zunächst nicht und gerät in die Rolle eines allwissenden Retters. Bald stellt sich zwangsläufig eine Enttäuschung auf beiden Seiten ein. Der Patient sieht sich in seinen Erwartungen an den Therapeuten getäuscht, der Therapeut vermisst die Fortschritte des zunächst „idealen“ Patienten. Beide reagieren mit unterschwelliger Aggression und Abwertung des anderen, was langfristig zu einer emotionalen Distanzierung auf beiden Seiten führt. Der Patient verbirgt seine weiter bestehenden suizidalen Tendenzen, der Therapeut fasst die sich nun deutlicher zeigende Aggression gegen sich als Zeichen der Besserung auf. Er schließt aus dem Verhalten des Patienten eine verminderte Suizidgefährdung im Sinne einer Wendung der Aggressionen von sich selbst auf andere. Schlussendlich kann dies zu einer vorzeitigen Entlassung des Patienten aus der Therapie führen – mit fatalen Folgen.

Der Anspruch des Therapeuten, in jedem Falle einen Suizid des Patienten zu verhindern, zwingt ihn zur dauernden persönlichen Absicherung und nimmt ihm so die Freiheit zu therapeutischen Interventionen. Der Patient hingegen verbirgt zunehmend seine Suizidalität, da er den Therapeuten nicht enttäuschen möchte. Der Therapeut muss sich immer wieder darüber im Klaren sein, dass er langfristig einen Patienten nicht von einem Suizidversuch/Suizid abhalten und nicht für den Patienten handeln kann. Dies wird umso schwieriger, je mehr der Therapeut durch eine kritische Öffentlichkeit oder durch eine überängstliche Institution dazu gezwungen wird, um jeden Preis einen – erneuten – Suizidversuch zu verhindern.

Nicht zu vergessen sind auch eigene depressive und suizidale Tendenzen oder Todeswünsche des Therapeuten, die dann in die Beurteilung der subjektiven Bilanz des Patienten einfließen und womöglich zu einem Einverständnis mit den suizidalen Tendenzen des Patienten führen können. Umgekehrt kann es auch aufgrund völliger Verleugnung eigener depressiver und suizidaler Tendenzen zur Bagatellisierungsneigung kommen, wobei der Therapeut eine drohende Suizidgefahr übersieht. Tut der Therapeut suizidales Verhalten als „Schwäche“ ab, so kann es zu einer massiven Entwertung des Patienten kommen, der sowieso schon in seinem Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt ist. Es kann dann passieren, dass der Patient seine „Schwäche“ überwindet und sich umbringt. Jeder Therapeut sollte sich im Klaren sein, dass es doch eine erhebliche Überwindung kostet, sich das eigene Leben zu nehmen. Letztendlich ist es dann für den Therapeuten besser, zu akzeptieren, dass er für die Therapie von suizidalen Patienten weniger gut geeignet ist, und sollte die Therapie an einen anderen Therapeuten abgeben.

Zusammenfassend sind häufige Fehler im Umgang mit Suizidpatienten:

- Trennungsängste übersehen (z. B. Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)

- Provokation persönlich nehmen
- einseitige Betonung der Aggressionsproblematik
- Übersehen der Beziehungsproblematik
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten mitmachen
- mangelnde Exploration der jetzigen und evtl. früheren Umstände, die zur Suizidalität geführt haben
- zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten
- überhöhte Ansprüche an die eigenen therapeutischen Fähigkeiten (Omnipotenzgefühl des Therapeuten)

Die Fehler im Umgang mit Suizidpatienten hängen sehr von der Sichtweise des Therapeuten ab, die als Abbild der allgemeinen Einstellung zum Suizidproblem betrachtet wird.

Die meisten Probleme in der therapeutischen Beziehung bereitet jedoch die ausgeprägte Ambivalenz des Patienten. Einerseits appelliert er an die Hilfsbereitschaft des Therapeuten und sucht die menschliche Bindung, andererseits wehrt er Hilfestellung und Zuwendung des Therapeuten ab. Der Therapeut muss sich dieses Wechselspiel immer bewusst machen. Oftmals haben Patient und Therapeut überhöhte Ansprüche an den anderen, was zwangsläufig zu Enttäuschungen auf beiden Seiten führt.

#### 4.5 Suizidpakte

Die oben erwähnten Punkte betreffen auch die Frage eines „Suizidpaktes“. Darunter versteht man eine mündliche oder eventuell auch schriftliche Vereinbarung des Therapeuten mit dem Patienten, dass für einen gewissen Zeitraum während einer Therapie der Patient von Suizidhandlungen Abstand nimmt. Die bestehende empirische Literatur stützt nicht die Wirksamkeit von „Suizidpakten“, wobei kontrollierte Studien fehlen. Ein Suizidpakt setzt das grundsätzliche Einverständnis des betroffenen Patienten voraus, wichtiger ist noch die Fähigkeit des Patienten, sich an eine solche Vereinbarung zu halten, und kann zu einer Einschränkung der freien und aufrichtigen Kommunikation zwischen Patient und Therapeuten führen. Absolut ungeeignet für solche Vereinbarungen sind Patienten, die z. B. im Rahmen einer depressiven oder schizophrenen Psychose einen Realitätsverlust erlitten haben und sich daher an eine solche Vereinbarung nicht halten können. Auch Patienten mit einer mangelhaften Impulskontrolle und gleichzeitig einem ausgeprägten autoaggressiven Potenzial mit gefährlichen suizidalen Handlungen kommen für einen solchen Suizidpakt nicht infrage.

Empfohlen wird hingegen ein allgemeiner Behandlungsvertrag, der auch einen Absatz über Vorgehensweisen bei sich entwickelnder oder plötzlich auftretender Suizidgefährdung einschließt. Wenn ein solcher Behandlungsvertrag mit einem Patienten abgeschlossen wird, dann sollte er zeitlich begrenzt sein und in regelmäßigen Abständen evaluiert und eventuell den neuen Gegebenheiten des Therapieverlaufes angepasst werden.

#### 4.6 Was tun, wenn es passiert ist?

Es gehört leider auch zu den traumatischen Erfahrungen eines jeden Helfers, nicht nur der Angehörigen, wenn sich ein Patient suizidiert hat.

Das Allerwichtigste ist eine offene Besprechung mit Mitpatienten und dem therapeutischen Team bei stationären Patienten sowie den Angehörigen. Dabei sollte der Therapeut seine tiefe Betroffenheit zeigen und sich nicht verschließen. Man sollte den Angehörigen therapeutische Hilfe anbieten, die allerdings besser von einem anderen Kollegen geleistet werden sollte.

Mittlerweile existieren Selbsthilfegruppen für Angehörige von Patienten, die sich suizidiert haben oder die auf tragische Weise ums Leben gekommen sind. Manchmal können diese Selbsthilfegruppen eine große Stütze bei der Verarbeitung eines solchen schweren Schicksalsschlages sein.

Schließlich sollte der Therapeut selbst Trost und Rat bei einem Kollegen suchen. Dabei sollte sich jedoch jeder Therapeut im Klaren sein, dass nur einer von tausend betreuten Patienten mit Suizidalität einen Suizid innerhalb einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehung begeht.

**Prof. Dr. med. Thomas Bronisch**

Max-Planck-Institut für Psychiatrie • Kraepelinstr. 10 • D-80804 München

Tel: 089-30622-239 • Fax: 089-30622-223 • E-Mail: bronisch@mpipsykl.mpg.de

## Literatur

---

- Bronisch T (Hrsg.) (2002): Psychotherapie der Suizidalität. Stuttgart: Thieme
- Bronisch T (2007): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 5., völlig neu bearbeitete Aufl. München: C.H. Beck
- Bronisch T (2007): Suizidalität. In: Hewer W, Rössler W (Hrsg.): Akute psychische Erkrankungen - Management und Therapie. München: Urban & Fischer, im Druck
- Bronisch T (2007): Suizidalität. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg.): Facharztbuch Psychiatrie und Psychotherapie. 3., völlig neu bearbeitete Aufl. Berlin: Springer, im Druck
- Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckl C (2004): Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Platt S. et al. (1989) : Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand 85:97-104
- Ringel E (1953): Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien: Maudrich
- Sonneck G (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. München: UTB
- Wolfersdorf M (2006): Therapie der Suizidalität. In: Möller H-J (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 3., vollständig überarbeitete Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 1144-1163