

# KRISENINTERVENTION BEI SUIZIDALITÄT IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEREICH

*M. WOLFERSDORF, C. MAUERER, Chr. FRANKE, M. SCHILLER, F. KÖNIG*

## Zusammenfassung

Geschildert werden, nach einer kurzen Diskussion der Abgrenzung Notfallpsychiatrie/Krisenintervention bei Suizidalität, die Grundzüge von notfallpsychiatrischer Suizidprävention im ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Dabei wird auch auf Kurzpsychotherapie in suizidalen Krisen sowie auf Suizidprävention in den psychiatrischen Krankenhäusern eingegangen.

**Schlüsselwörter** Notfallpsychiatrie – Krisenintervention bei Suizidalität – psychiatrisches Krankenhaus

## Summary

After a short discussion of the differences between emergency psychiatry and crisis intervention in suicidal patients, we summarize the basic topics of suicide prevention in out- and in-patient settings. Afterwards short-term psychotherapy in suicidal crisis as well as suicide prevention in psychiatric hospitals will be described.

**Keywords** emergency psychiatry – crisis intervention – suicide prevention – psychiatric out- and inpatient settings

## 1. Einleitung

Suizidales Denken und Handeln gibt es seit Anbeginn der Menschheit (Wahl und Schmitt 1998, Wolfersdorf 1998, 1999). Auch die Versuche, Suizidalität religiöser Einstellung, krisenhaften Zuspitzungen im Leben und/oder psychischen Störungen zuzuordnen, sind alt. Als Beispiel sei auf die traditionelle Zuordnung von Suizidalität zur Depression bzw. Melancholie verwiesen; Robert Burton (1621 bzw. 1988) schrieb: „Selten endet die Melancholie tödlich, außer in den Fällen – und das ist das größte und schmerzlichste Unglück, das äußerste Unheil –, in denen ihre Opfer Selbstmord begehen, ...“. Die Verhütung suizidalen Verhaltens bei Menschen in psychosozialen Krisen bzw. in psychiatrischen Notfallsituationen ist traditionelle Aufgabe der ambulanten und stationären medizinisch-psychosozialen Versorgung. Grundzüge der Krisenintervention hat Alvarez (1980) in seiner literarischen Studie über den Suizid folgendermaßen formuliert: „Die einzig denkbare Lösung, auf die der Selbstmörder hoffen kann, ist Hilfeleistung der einen oder anderen Art: mitfühlendes Verständnis für das, was er durchmacht, Verständnis von Seiten der Samariter oder Priester oder von Seiten jener wenigen Ärzte, die Zeit und Neigung haben, ihm zuzuhören, fachliche Hilfe durch den Psychiater ...“. Die noch heute gültige Grundposition der Suizidprävention und Krisenintervention bei Suizidalität hat Paul Federn (1929) bereits formuliert: „Kaum jemals bringt jemand sich um, solange eine Person, die für den Gefährdeten maßgebend ist, mit dem sich sein Über-Ich identifiziert oder die sein Über-Ich gebildet hat, oder eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten will, und das unter allen Bedingungen. Und das ist die wichtigste libidinöse Selbstmordprophylaxe.“

## 2. Suizidprävention/notfallpsychiatrische Krisenintervention bei Suizidalität – Begriffsbestimmung

Sonneck und Etzersdorfer (1992) verstehen unter psychosozialen Krisen „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Goll 1991). Als **Krise** wird damit ein psychischer Zustand definiert, der sich bei Bedrohung oder bei Behinderung eines wichtigen Lebensziels einstellt und von den gewohnten sowie aktuell zur Verfügung stehenden Verhaltensmöglichkeiten einschließlich der Unterstützung durch äußere Ressourcen zu viel verlangt. Krisenanlaß und die Notwendigkeit der Bewältigung führen rasch zu einer Destabilisierung des psychophysischen Gleichgewichts, zu einer Einengung der Denkprozesse, zum Auftreten von Symptomatik, z. B. von Depressivität, Angst und Wut, Unruhe und Getriebenheit, psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit, Schlafstörungen, Depersonalisations- und Derealisationssymptomen, innerem Rückzug usw. Damit einher geht eine Verkennung eigener und fremder innerer und äußerer Hilfsmöglichkeiten (Häfner und Helmchen 1978, Sonneck und Etzersdorfer 1992, Wolfersdorf et al. 1997, König et al. 1996, König et al. 1999). Eine „Krise“ meint im wesentlichen befristete Zeit von Symptomatik und auffälliger Verhaltensweise und geht nicht nur von einer gesunden Primärpersönlichkeit aus, sondern impliziert auch eine Rückkehr zu dieser. Dabei könnte man allerdings auch eine notfallpsychiatrische Intervention bei Suizidalität im Rahmen einer psychischen Erkrankung als Krisenintervention bezeichnen,

wenn man eine aktuelle Zuspitzung der Symptomatik und Psychodynamik darunter versteht und die Rückkehr zum Ausgangsniveau unter psychiatrisch-psychotherapeutischen Maßnahmen meint.

In der Literatur werden **vier Typen von Krisen** unterschieden (Caplan 1964, Cullberg 1978, Häfner und Helmchen 1978, Dormagen und Tesch 1990, Ciompi 1993, Bronisch 1995):

- 1) Die Krise als Katastrophenreaktion, auch als "traumatische Krise" bezeichnet
- 2) Die Krise als Entwicklungsschritt ("Entwicklungskrisen")
- 3) Die Krise als Notfall im Übergang zur notfallpsychiatrischen Intervention und der damit verbundenen sofortigen medizinisch-psychiatrischen Handlung
- 4) Die Krise als intrapsychischer Konflikt in einer gestörten Beziehung zum Umfeld ("Suizidalität als Ausdruck einer narzißtischen Krise" nach Henseler 1974, Reimer 1986)

Das **Krisenkonzept** geht primär von einem gesunden Menschen aus, der mit seinen bisher erlernten Coping-Strategien – auch wenn diese eher selbstdestruktiver Art sind, eher depressive Attributionen enthalten oder auch nach dem Imitationsprinzip funktionieren – in einer lösungsbedürftigen Situation diese nicht mehr bewältigen kann und dann mit Suizidalität reagiert. Andere Menschen können auch mit Suchtmittelabusus, mit Dekompensation einer psychosomatischen Erkrankung reagieren oder aus häufig nicht nachvollziehbaren Gründen ohne auffällige psychopathologische und psychosomatische Symptomatik die Krise überstehen. Die

öfters versuchte Abgrenzung des psychiatrischen Notfalls von einer Krise hat weitgehend akademischen Charakter und ist für die Praxis kaum effizient. Beim **psychiatrischen Notfall** wird vom **Vorliegen einer psychischen Erkrankung** und deren Zuspitzung aus unterschiedlichen Gründen ausgegangen, aus der heraus ein Patient einer sofortigen medizinisch-psychiatrischen Therapie bedarf, um akute Gefährdung, aber auch Chronifizierung, weitere Verschlechterung, Eintreten bleibender Schäden im medizinischen oder sozialen Bereich oder auch um eine suizidale Gefährdung zu vermeiden. Der Krisenbegriff wird häufig im Sinne der "emotionalen Belastungsreaktion" oder im Sinne der "psychosozialen Krise" verwendet und meint emotionale, kognitive und psychophysische Störungen sowie auffällige Verhaltensweisen im Zusammenhang mit einem psychosozialen Ereignis. Wegen der großen Nähe von Krisenintervention bei suizidalen "emotionalen Krisen" und notfallpsychiatrischer Intervention bei Suizidalität wird heute gerne von **notfallpsychiatrischer Suizidprävention** gesprochen. Diese bezieht sich zusammenfassend im wesentlichen auf Menschen in suizidalen Krisen (sog. emotionale Krisen, emotionale Belastungs- und Anpassungsreaktionen, sog. psychosoziale Krisen), auf Menschen die im Rahmen einer psychischen Erkrankung, z. B. einer schweren Depression, einer Suchterkrankung oder einer psychotischen Störung, durch suizidales autoaggressives Verhalten auffällig werden, Menschen mit psychischen Störungen bei primärer körperlicher Erkrankung, z. B. in der Folge von somatischer Diagnostik und Therapie (Abb. 1).

Unser **Verständnis von "Suizidalität"** sowie heute verwendete Benennungen im klinisch-psychiatrischen Bereich für suizidales Denken und Verhalten sind in den Tab. 1 und 2 zusammengefaßt. Tab. 3 ergänzt mit einem Überblick über heutige Risikogruppen für suizidales Verhalten (z. B. Bronisch 1995, Berzewski 1996, Finzen 1997, Wolfersdorf 1998, 1999). Im wesentlichen handelt es sich um **drei große Gruppen von Menschen mit eindeutig erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten:**

- 1) Menschen mit psychischen Erkrankungen, hier vor allem solche mit Depressionen,
- 2) Menschen in Krisensituationen, die sich aus situativen, aus lebensgeschichtlich-biographischen oder auch aus traumatischen Veränderungen ergeben, sowie
- 3) Menschen, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben bzw. Suizidversuche und suizidale Krisen bereits hinter sich haben.

Tabelle 1: Suizidalität: Begriffsbestimmung (nach Wolfersdorf 1996)

|   |
|---|
| <p>Suizidalität meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.</p> <p>Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma).</p> <p>Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, der Veränderbarkeit von Zustand, aus u. U. durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit veränderten Erleben.</p> <p>Motivational spielen appellative, manipulativ-instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle.</p> <p>Suizidalität ist dabei bewußtes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt.</p> <p>Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und /oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen.</p> |
|---|

Tabelle 3: Gruppen mit erhöhtem Risiko für Suizidalität

|   |
|---|
| <p>1. <i>Menschen mit psychischen Erkrankungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depressiv (primäre Depression, depressive Zustände)</li> <li>- Suchtkranke (Alkoholkrankheit, illegale Drogen)</li> <li>- Schizophrenie (in stat. Behandlung, Rehabilitation)</li> </ul> <p>2. <i>Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz)</li> <li>- nach Suizidversuch (10% Rezidiv mit Suizid)</li> </ul> <p>3. <i>Alte Menschen</i> mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen, einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung</p> <p>4. <i>Junge Erwachsene</i>, Jugendliche mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innere Vereinsamung)</li> <li>- Drogenproblemen</li> <li>- familiären Problemen, Ausbildungsproblemen</li> </ul> <p>5. <i>Menschen in traumatischen und Veränderungskrisen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen</li> <li>- Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes</li> <li>- Identitätskrisen</li> <li>- chronische Arbeitslosigkeit</li> <li>- Kriminalität, Z.n. Verkehrsdelikt (z.B. mit Verletzung, Tötung eines anderen)</li> </ul> <p>6. <i>Menschen mit schmerzhaften, chronischen, lebeenseinschränkenden, verstümmelnden körperlichen Erkrankungen</i>, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit</p> |
|---|

Tabelle 2: Beschreibung von Suizidalität

(Annahme eines Kontinuitätsmodells mit zunehmender Fremdverantwortung)

|   |  |                           |   |
|---|--|---------------------------|---|
| Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben (mit dem Risiko von Versterben)   |  | eher passive Suizidalität |   |
| Todeswunsch<br>(jetzt oder in der unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen)  |  |                           | zunehmender Handlungsdruck, Zunahme des Suizidrisikos |
| Suizidgedanke<br>- Erwägung als Möglichkeit<br>- Impuls (spontan, sich aufdrängend, zwanghaft)  |  |                           |   |
| Suizidabsicht<br>- mit bzw. ohne Plan<br>- mit bzw. ohne Ankündigung  |  |                           | eher aktive Suizidalität                              |
| Suizidhandlung<br>- vorbereiteter Suizidversuch begonnen und abgebrochen (Selbst-, Fremdeinfluß)<br>- durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden)<br>- gezielt geplant, impulshaft durchgeführt, abgebrochen |  |                           |   |

### 3. Grundprinzipien von Krisenintervention/ notfallpsychiatrischer Intervention bei Suizidalität

Die allgemeinen Grundprinzipien der Krisenintervention bzw. der notfallpsychiatrischen Intervention bei Suizidalität sind immer gleich. Es geht um die **Herstellung einer Beziehung**, die hilfreichen, stützenden und damit per se bereits präventiven Charakter hat, um die **Diagnostik von Suizidalität** sowie die **Diagnostik von psychischer Störung**, um das **Management** der aktuellen Situation sowie um die **Therapieplanung** einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung bzw. einer emotionalen Krise/Belastungs- oder Anpassungsreaktion.

Als **Grundprinzipien** werden von Sonneck und Etzersdorfer (1992) angegeben: rascher Beginn, hohe Aktivität von seiten der Helfer, Flexibilität hinsichtlich der angewandten Methodik, wobei Fokus das Überstehen und die Bewältigung der aktuellen Situation ist, sodann Einbeziehung der Umwelt sowie Entlastung und Motivation zur weiteren Zusammenarbeit. Tab. 4 enthält eine ausführliche Skizzierung dieser Grundzüge (nach Wolfersdorf 1997, 1998, 1999).

Wesentliche **Voraussetzung** ist, die Suizidalität des Betroffenen als Signal seelischer Not, weniger als manipulativ-intentional anzusehen, damit auch den positiven Stellenwert des Notsignals für die Person zu erkennen, die letztendlich nicht anders handeln konnte und zur Erreichung ihres Zieles bzw. zur Flucht aus der aktuell belastenden Situation oder zur Beendigung einer sehr quälend erlebten Befindlichkeit diesen subjektiv bedeutsamen Weg gewählt hat. Basis ist eine gute, auch Belastung aushaltende Beziehung, in der Schutz und Fürsorge, Stützung, emotionale Entlastung, Vermittlung von Krankheits- bzw. Krisenkonzept unter Beachtung der aktuellen Psychopathologie sowie der aktuellen Psychodynamik deutlich werden.

Unabhängig davon, ob es sich um Suizidalität im Rahmen einer psychischen Erkrankung im engeren Sinne oder um Suizidalität als Ausdruck einer emotionalen Krise, einer psychosozialen Belastungssituation handelt, stehen **am Beginn jeglicher Therapie** im ambulanten oder stationären, psychiatrischen oder nicht-psychiatrischen Belastungssetting Herstellung einer fürsorglichen Beziehung, Diagnostik von aktueller Suizidalität einschließlich Beurteilung des jetzigen suizidalen Handlungsdruckes und der Absprachefähigkeit im Sinne von Absprachen gegen suizidales Verhalten, Diagnostik der aktuellen Psychopathologie und Psychodynamik sowie das Management der Situation unter Einbeziehung von positiven Bezugspersonen, Beurteilung der Notwendigkeit ambulanter oder stationärer Therapie, der Notwendigkeit einer zusätzlichen Psychopharmakotherapie der Suizidalität auf der Basis einer adäquaten Therapie der Grundstörung, Krise oder psychischen Erkrankung.

Tabelle 4: Notfallpsychiatrie/Suizidprävention/Krisenintervention bei Suizidalität • Grundzüge

#### Beziehung / Fürsorge

- Akzeptanz von Suizidalität als Ausdruck innerer, psychodynamisch bzw. psychopathologisch erklärbarer Not
- direktes Ansprechen, Offenheit (ohne daß Pat. sofort Einschränkungen befürchten muß)
- "sichernde Fürsorge" / "Sicherung durch Menschen" (Regelung von Beziehungsdichte: Kontrolle und Kommunikation, von Ausgang und Freiraum, Beurlaubung, Besuchsdichte)

#### Diagnostik

- von aktueller Suizidalität: Ruhe- und Todeswünsche, Suizidideen, -absichten (nach Gespräch/Therapieangebot weiterbestehend oder aufgegeben, aufgeschoben?); bei Zustand nach Suizidversuch auch Haltung zum aktuell überlebten Suizidversuch (Distanzierung, froh, überlebt zu haben, Zukunftsperspektive, Hoffnung oder weiter bestehender suizidaler Handlungsdruck?); von früheren suizidalen Krisen (Anzahl, Methode, Bewältigung)
- von jetzigem suizidalen Handlungsdruck (beherrschbar, distanziert, Hoffnung auf Hilfe, Veränderung, Bereitschaft zum Aufschub von Suizidalität oder weiterhin hoher Handlungsdruck, impulsiv, Angst vor Kontrollverlust) sowie Absprachefähigkeit ("Anti-Suizidabsprachen", Bündnis gegen Suizid)
- von aktueller Psychopathologie und Psychodynamik, von psychiatrischer Grunderkrankung, Belastungs-, Anpassungsreaktion; Zugehörigkeit zu Risikogruppe; von Risikopsychopathologie und Motivstruktur; von Lebenssituation, Beziehungsstruktur, aktuellen Belastungen (eigene Deutung, Übertragungsgefühl beachten!)

#### Therapie

- aktuelle psychotherapeutische Krisenintervention / Notfallpsychiatrie: Beziehungsangebot, Schutz und Fürsorge (evtl. stationär), Stützung, emotionale Entlastung, Erklärung und Vermittlung von Krankheits-/Krisenkonzept unter Beachtung aktueller Psychodynamik (z. B. Trennungssituation) und Psychopathologie (z. B. depressiver Wahn)
- Management der aktuellen Situation: Entscheidung ambulanter oder stationärer Therapie in Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie oder Allgemeinkrankenhaus (z. B. bei Intoxikation), Einbeziehung nur positiver Bezugspersonen (anfangs keine abrupte Konfliktklärung, sofern gegebener Konflikt); Betreuungsdichte (z. B. stationäre Einzelbetreuung); andere Maßnahmen: im Einzelfall Fixierung, Isolierung; wenn Weglaufgefahr oder bessere Personalbesetzung, dann beschützender (geschlossene Station) Rahmen
- Psychopharmakotherapie der Suizidalität (entspannend, emotional distanzierend, Anxiolyse, Sedation: Tranquillizer, sedierende Neuroleptika, ausreichende Dosierung!) zusätzlich zur adäquaten Basismedikation (wenn indiziert)
- Therapie der Grundkrankheit, inklusive Psychopharmakotherapie, Soziotherapie, Psychotherapie (unter Einbeziehung der Suizidalität bzw. Zustand nach Suizidversuch); längerfristige Perspektive, Prävention weiteren suizidalen Verhaltens sowie von Wiedererkrankung mitbedenken

Die **Behandlungstechnik** ist in Anlehnung an Kurz und Möller (1984) in Tab. 5 skizziert. Hierbei handelt es sich um ein Setting, welches in unterschiedlichen Situationen verwirklicht werden kann, sei es im Konsiliar- und Liaisondienst, sei es in einer psychosozialen Beratungsstelle oder beim Allgemeinarzt, der sich für solche Fragestellungen interessiert, beim psychologischen Psychotherapeuten in einer Praxis oder auch beim Psychiater/Nervenarzt. In Ergänzung dazu seien einige neuere psychotherapeutische Interventionskonzepte (Tab. 6) kurz dargelegt. Henseler (1974, 1981) hat, auf der Basis des Konzeptes von Suizidalität als Ausdruck einer narzißtischen Krise, drei Schritte vorgeschlagen, die sich auf den kränkenden Anlaß, auf den gemeinsamen Nenner solcher Situationen in der Biographie des Suizidenten und auf die Beobachtung und die Deutung der aktuellen Interaktion beziehen. Reimer und Arentewicz (1993) haben ihr Kurzpsychotherapiekonzept auf die Beobachtung und Äußerung von Gefühlsqualitäten ausgerichtet. Hier wird in wenigen, jedoch dicht gehaltenen Sitzungen, auf die Gefühle Trauer und Verzweiflung, Protest und Wut sowie Distanzierung und Neuorientierung fokussiert. Götze (1994) hat eine Kurz- und Fokalpsychotherapie der Krisenintervention bei suizidalen Patienten formuliert, wobei es vor dem Hintergrund einer tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Orientierung um Symptombesserung, aktive Haltung und das Überstehen des aktuellen Beschwerdebildes, der aktuellen Krise geht; Regression oder Ausbildung einer Übertragungsneurose sollen vermieden werden, positive Übertragungen des Patienten auf den Therapeuten werden als hilfreich erachtet.

Tabelle 5: Krisenintervention – Behandlungstechnik (in Anlehnung an Kurz und Möller 1984, modifiziert)

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Therapiesetting           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• im Sitzen gegenüber</li> <li>• Blickkontakt</li> </ul>   |
| Sitzungshäufigkeit        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• engmaschig, regelmäßig (stationär täglich, ambulant 2mal pro Woche), nach Bedarf;</li> <li>• ca. 5-10 Sitzungen (als Kurzpsychotherapie bis 25)</li> </ul>   |
| Zeitdauer pro Sitzung     | • 30-50 min.; Pat. muß am Ende der Sitzung stabil sein  |
| Ziele                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptombesserung, Herstellung einer positiven Beziehung, Stützung, ambulante Lebensfähigkeit (sonst stationäre Behandlung)</li> </ul>  |
| Therapeutisches Verhalten | <ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Ich-Stützung des Patienten, Beziehung empathisch, eng, fürsorglich</li> <li>• hohe Aktivität des Therapeuten</li> <li>• Einbeziehung positiver Bezugspersonen, psychosozialer Dienste</li> <li>• Medikation zur Behandlung psychischer Krankheit bzw. zur Unterstützung, Anxiolyse, Sedation</li> </ul> |

Tabelle 6: Psychotherapeutische Krisenintervention / Kurzpsychotherapie bei Suizidalität \* einige Konzepte

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Henseler (1981)</b> “Vom bewußten zum unbewußten Konflikt des Suizidanten”</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suche nach dem kränkenden Anlaß<br/>* Frage nach den Gründen / Suche nach dem Hauptgrund / unbewußte Gründe / Zusammenhang Anlaß und Grundproblem</li> <li>2. Suche nach dem gemeinsamen Nenner</li> <li>3. Beobachtung und Deutung der aktuellen Interaktion</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach <b>Reimer und Arentewicz (1993)</b>: Kurzpsychotherapie in 6 Sitzungen mit Fokussierung auf Gefühlsqualitäten: Trauer / Verzweiflung, Protest / Wut sowie Distanzierung / Neuorientierung.<br/>Durchführung: 6 Sitzungen in 3 – 5 Tagen (tägl. 2 x 45 min.), ambulant / stationär, Schwerpunkt Hier und Jetzt, Ausschlusskriterien: Psychose, Sucht, hirnorganische Störung</li> <li>• nach <b>Götze (1994)</b>: Kurzpsychotherapie unter Verwendung psychoanalytischer Theorie mit Vermeidung von Regression oder Übertragungsneurose. Ziel Symptombesserung, nur bedingt struktur- und triebdynamische Veränderungen. 10 – 40 Stunden im Sitzen, Fokus in Bezug zum aktuellen Beschwerdebild</li> </ul> |
|--|

#### 4. Orte der Krisenintervention / notfall-psychiatrischen Intervention bei Suizidalität

Der Hauptteil von Suizidprävention bzw. Krisenintervention in emotionalen Krisen, Belastungs- und Anpassungssituationen, aber auch bei Suizidalität bei psychisch kranken Menschen im engeren Sinne findet wahrscheinlich im ambulanten Bereich **niedergelassener Nicht-Psychiater sowie Psychiater und ärztlicher bzw. psychologischer Psychotherapeuten** statt. Für nicht-psychiatrisch und nicht-psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte wird es dabei wichtig, nicht nur um **Risikogruppen für suizidales Verhalten** zu wissen, sondern auch ein offenes Auge und Ohr für psychosoziale Belastungssituationen, für veränderte Verhaltensweisen, für Äußerungen von Hoffnungslosigkeit, Lebensmüdigkeit, für auffällige Psychopathologie der ihnen oft bereits jahrelang bekannten Patienten zu entwickeln. Auch das **Hinhören auf die Äußerungen von Angehörigen** bzgl. psychischer Problematik eines Familienmitgliedes gehört hierher und das offene, ernsthafte, direkte Nachfragen nach Lebensmüdigkeit, Selbstgefährdung, suizidalen Ideen und Gedanken. Neben dem ambulanten und klinischen ärztlichen Notdienst, neben Rettungsdienst und Polizei ist die **“Telefonseelsorge”** die einzige Institution, die sozusagen “rund um die Uhr” an allen Tagen des Jahres erreichbar ist. Damit kommt ihr in der psychosozialen Versorgung bzw. Krisenintervention bei emotionalen Krisen eine besondere Rolle zu. Am häufigsten werden dabei beim anonymen Gespräch Beziehungsprobleme, Ehe-

und/oder Familienprobleme, Depressivität bzw. seit langem bestehende psychologische Probleme sowie Einsamkeit/Alleinsein geklagt (Dodier 1994, Wolfersdorf 1995). Damit kommen der Telefonseelsorge neben einer Substitution mangelnder privater Hilfen und Kontakte durch Kommunikationsangebot und neben einer Begleitung von Menschen in Krisen bzw. mit bekannter psychischer Erkrankung auch Kriseninterventionsfunktionen zu, bei denen es um emotionale Entlastung im Gespräch von Krisendruck, um Hilfe bei Problemformulierungen, um Entwicklung von Bewältigungsschritten, um Klärung und Fortentwicklung im Gespräch, um Stabilisierung von Selbstwertgefühl und Gestimmtheit, um Hoffnungsvermittlung und um Hilfe bei Neuorientierung geht. In diesem Bereich wird dann auch die eigentliche Suizidprävention bei emotionalen Krisen bzw. Belastungs- und Anpassungsstörungen oder auch bei psychischer Erkrankung anzusiedeln sein.

Neben diesen eher allgemeinen ambulanten suizidpräventiv arbeitenden Institutionen stehen dann die **spezialisierten Einrichtungen** mit spezifisch suizidpräventiver Ausrichtung oder auch dann die **stationären Kriseninterventions-einrichtungen in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie** bzw. auch auf **internistischen Abteilungen** von Allgemeinkrankenhäusern (Tab. 7).

## 5. Krisenintervention/notfallpsychiatrische Intervention bei Suizidalität im stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld

In der Literatur zur Krisenintervention bei Suizidalität wird häufig auf die "emotionale" oder "psychosoziale" Krise abgehoben und stationäre Krisenintervention im Bereich der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie wenig behandelt bzw. dem Bereich der Notfallpsychiatrie zugeordnet. Auf die großen Überschneidungsbereiche wurde bereits hingewiesen. Genauso wie "Psychopharmakotherapie" bei Suizidalität bzw. zur Unterstützung bei der psychotherapeutischen Krisenintervention lange Zeit nahezu ein Tabuthema war, wird auch in der Kriseninterventionsliteratur die Rolle des psychiatrischen Krankenhauses, der heutigen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie hinsichtlich der Suizidprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eher vernachlässigt. Dabei ist die besondere suizidpräventive Effizienz psychiatrischer Einrichtungen vielfach belegt, bedenkt man das hohe Ausmaß an **Basissuizidalität in einem psychiatrischen Krankenhaus**; Schmölzer (1989) und Ritzel (1983) zeigten, daß ein Drittel bis ein Viertel der Patienten im psychiatrischen Krankenhaus als akut, chronisch oder zusätzlich fraglich suizidal zu benennen ist. Tab. 8 gibt einen Überblick über **Risikogruppen für suizidales Verhalten im stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich**; neben den depressiven Patienten sind vor allem die mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie junge schizophrene Männer, die wegen ihres suizidalen und nicht-suizidalen autoaggressiven Potentials in der neueren Literatur vermehrt Be-

Tabelle 7: Beispiele für suizidpräventiv arbeitende Kriseninterventionseinrichtungen

| Einrichtungen   | Kurzbeschreibungen  |
|---|---|
| <b>Ambulant, psychiatrisch / nicht-psychiatrisch:</b>                     |   |
| "Hausärzte" (Allgemein-<br>arzt, andere)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht-psychiatrische Krisenintervention im Rahmen der üblichen ambulanten Patientenversorgung</li> </ul>   |
| Psychiater / Nervenärzte /<br>ärztl. bzw. psycholog.<br>Psychotherapeuten | <ul style="list-style-type: none"> <li>fachärztliche bzw. fachpsychologische ambulante Behandlung / Krisenintervention</li> </ul>   |
| Telefonseelsorge (TS)<br>"Offene Tür" (OT)                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>anonym: Gespräche, Laienhilfe.</li> <li>nicht anonym: Beratung, Krisenintervention, Psychotherapie</li> </ul>  |
| Arbeitskreise Leben (AKL)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht anonym; überwiegend nicht psychiatrisch (Beispiele: AKL Stuttgart, AKL Tübingen): Beratung, Krisenintervention, Psychotherapie</li> </ul>  |
| Kriseninterventions-<br>einrichtungen                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>mit spezifisch suizidpräventiver Ausrichtungen, z. B. "Die Arche" München, "Die Brücke" Fulda, "Neuhland Berlin", u. ä.: nicht anonym; überwiegend nicht psychiatrisch; Beratung, Krisenintervention, Psychotherapie</li> </ul>  |
| <b>Stationär, psychiatrisch / nicht-psychiatrisch:</b>                    |   |
| Psychiatrischer<br>Konsiliardienst  | <ul style="list-style-type: none"> <li>traditionelle Form, ambulant bzw., wenn verfügbar, aus psychiatrischen Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus, Diagnostik, Empfehlungen zum Krisenmanagement</li> </ul>   |
| Liaison-Dienst  | <ul style="list-style-type: none"> <li>stationär, Zuordnung und Mitarbeit psychiatrischer Kompetenz, z. B. auf Intoxikations- oder Intensivstationen (z. B. TU München), Diagnostik, Krisenintervention, Therapiebeginn (z.B. Psychotherapie)</li> </ul>  |
| Psychiatrische<br>Kriseninterventions-<br>station                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>an psychiatrischen Kliniken z.B. (Max-Planck München); u. a. für suizidale Krisen, Diagnostik, Krisenintervention, Therapie</li> </ul>   |
| Internistisches<br>Kriseninterventionsteam                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>zu internistischer Abteilung am Allgemeinkrankenhaus gehörend (Internist, Sozialarbeiter, z. T. Psychologen, Klinikpfarrer, bei Bedarf konsiliarischer Psychiater), z. B. an Med. Klinik Darmstadt, Versorgung in suizidalen Krisen mit und ohne Suizidversuch, Therapie (Beginn; Psychotherapie, Sozialtherapie)</li> </ul> |

Tabelle 8: Patienten im stationären psychiatrisch psychotherapeutischen Bereich mit üblicherweise erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten

| Risikogruppen                                       | Charakteristika / Anmerkung  |
|---|--|
| • Depressive Patienten                              | schwere Depression, Wahn, Hoffnungslosigkeit, "pseudo-altruistische" Suizidalität (Suizidalität oft im Kontext von Psychopathologie)   |
| • Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen | Neigung zu Autoaggression (suizidal und nicht-suizidal), Depressivität, süchtiges Verhalten (oft "intentional-manipulative" Suizidalität, Ziel Objektsicherung)  |
| • Patienten mit Schizophrenie                       | psychotisch mitbestimmte Suizidalität, z. B. aus psychotischem Erleben; aus Krankheitsverlauf bilanzierend abgeleitete Suizidalität (z. B. Wiedererkrankung bei paranoid-halluzinatorischer Psychose, vor allem junge Männer); Depressivität, narzißtische Kränkung; gescheiterte Resozialisierung |
| • Patienten mit Alkoholabhängigkeit                 | Depressivität; Verlust sozialer Bezüge (Familie, Partnerschaft, Arbeitsplatz); Rückfälle   |
| • Patienten mit Drogenabhängigkeit                  | Suizidalität im Kontext von Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Rückfall, Verlust sozialer Bezüge, psychosenahen oder psychotischen Erlebens  |

achtung finden (s. auch Finzen 1997). Von 2944 Aufnahmen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirkskrankenhauses Bayreuth im Jahre 1998 (mit Entlassung bis April 1999) wiesen 194 (102 Männer, 92 Frauen), damit 8% der Aufnahmen, Suizidversuche im Vorfeld der Indexaufnahme 1998 auf. Suizidalität (ohne Suizidversuch) wurde bei insgesamt 500 Patienten (238 Männer, 262 Frauen), also bei 20% der untersuchten Aufnahmen gefunden. Die Zuordnung zu häufigen Krankheitsgruppen (Tab. 9) zeigt, daß 24% aller suchtkranken Menschen, Schwerpunkt bei Störungen durch Alkohol, bereits Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte aufweisen, gefolgt von Patienten mit depressiven Erkrankungen (20% Suizidversuche) sowie Patienten mit Belastungs- und Anpassungsstörungen, die immerhin 26% der Patienten-Gruppe mit Suizidversuch ausmachen. Die Gruppe von 500 Aufnahmen mit Suizidalität (ohne Suizidversuch) im Vorfeld der jetzigen Indexaufnahme setzt sich zu 21% aus Patienten mit depressiven Störungen und zu jeweils 17% aus solchen mit Belastungs- und Anpassungsstörungen zusammen. Vor diesem Hintergrund soll auf einige Aspekte der Krisenintervention bei Suizidalität psychiatrischer Patienten in der Klinik noch eingegangen werden.

Kommt es zur Aufnahme eines **suizidalen psychisch kranken Menschen** bzw. zum Bekanntwerden einer aktuellen Krisensituation mit Suizidalität, so darf der Patient auf keinen Fall allein gelassen werden. Im Idealfall ist qualifiziertes therapeutisches Personal, zu dem aus früheren Aufenthalten oder aus der Vorerfahrung her schon ein Vertrauensverhältnis bestand, hinzuzuziehen, bis der zuständige Therapeut (Arzt, Psychologe; Dienstarzt) persönlich eintrifft. Eine entspannende, deeskalierende und ruhige Atmosphäre soll angestrebt werden, wobei auf ärztliche Statussymbole wie weißer Kittel zu verzichten ist, um eine Atmosphäre des Angenommenseins, des Verstandenwerdens, des Behütetseins zu schaffen. Hier empfiehlt es sich, nicht in Hektik zu verfallen, sich nicht vom Agieren eines Patienten oder seiner Begleitung oder des zuständigen Stationsteams beeinflussen zu lassen, sondern zu-

erst mit ruhiger Bestimmtheit bei Bedarf primäre Bedürfnisse des Patienten (z. B. etwas zum Trinken, zum Essen, Rauchen) zu befriedigen, sich ihm als Partner auf dem Wege der Therapie anzubieten, das Gespräch am Laufen zu halten, Möglichkeit und Hoffnung auf Hilfe darzustellen.

Grundsätzlich wird außer der psychopathologisch-psychodynamischen Einschätzung durch den aufnehmenden Psychiater immer auch eine somatische Beurteilung der vitalen Gefährdung und der daraus resultierenden internistischen oder chirurgischen Versorgung notwendig sein. Neben der Beurteilung der aktuellen Suizidalität sollte der Blick gerichtet sein auf die Beobachtung von Anspannung und Getriebenheit, Impulsivität bzw. aktueller Impulskontrolle, Depressivität, sonstigem selbstverletzenden Verhalten, etwa zum Spannungsabbau, wobei aktive Problemfelder, die zur Krise geführt haben könnten, wie Probleme in der Arbeit, Beziehung, Familie, Finanzen etc., anzusprechen sind. Dabei sollen in der Krisensituation keine unhaltbaren Versprechungen gemacht werden, z. B. ein Geheimnis für sich zu behalten, auf Psychopharmaka oder auf die Verlegung auf eine geschlossene Station zu verzichten. Es ist auf die Transparenz im Team zu verweisen. Negativ besetzte Personen, zu denen seitens des Patienten ein Spannungsverhältnis besteht, sind nach Erhebung der Fremdanamnese freundlich, aber bestimmt zu verabschieden, und die Kontaktaufnahme des Patienten zu belastenden Personen bzw. solchen, die in die Krise involviert sind, ist anfangs möglichst zu vermeiden bzw. erst nach eingehender Klärung in der Therapie möglich. Auch das Fragen nach Wünschen und aktuellen Bedürfnissen des Patienten, z. B. bzgl. eines Telefonats mit einem Angehörigen oder mit einer Bezugsperson, die weitere Einbeziehung einer Bezugsperson zum Gespräch, im Idealfall einer positiv erlebten Bezugsperson, das Angebot des weiteren Managements gehören hierher, ebenso möglichst konkrete Absprachen für die Nacht bzw. den nächsten Tag, wie mit Suizidideen oder -absichten umzugehen sei, sowie klare Absprachen bzgl. Medikation, Verlegung auf eine geschlossene Station oder auch im äußersten

Tabelle 9: Suizidalität (ohne SV) und Suizidversuch im Vorfeld der Indexaufnahme im psychiatrischen Krankenhaus (BADO BKH Bayreuth, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, alle Aufnahmen 1998 mit Entlassung bis April 1999)

|  | SV (n=194) |    | Suizidalität (n=500) |    |
|--|------------|----|----------------------|----|
|  | n          | %  | n                    | %  |
| * Störungen durch Alkohol (F10.x)                              | 34         | 18 | 83                   | 17 |
| * Störungen durch Opioide (F11.x)                              | 3          | 2  | 6                    | 1  |
| * Störungen durch Cannabinoide (F12.x)                         | 1          |    | 2                    |    |
| * Störungen durch sonstige Stimulantien (F15.x)                | 2          |    | 1                    |    |
| * Störungen durch Halluzinogene (F16.x)                        | 1          |    | 2                    |    |
| * Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19.x)           | 7          | 4  | 30                   | 6  |
| * Schizophrenie (F20.x)  | 15         | 8  | 45                   | 9  |
| * Wahnstörung (F22.x)  | 2          |    | 3                    |    |
| * akute psychotische Störung (F23.x)                           | 4          | 2  | 9                    | 2  |
| * schizoaffective Störung (F25.1, 8., 9)                       | 3          | 2  | 11                   | 2  |
| * bipolare affektive Störung (depressiv) (F31.x) (psychotisch) | 6 (1)      | 3  | 7 (0)                | 1  |
| * depressive Episode (F32 + F33 rez.) (psychotisch)            | 33 (8)     | 17 | 101 (17)             | 20 |
| * Belastungs- und Anpassungsstörung (F43.x)                    | 50         | 26 | 83                   | 17 |
| * phobische und Angststörung (F40.x, F41.x)                    | 2          |    | 4                    |    |
| * Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60.x, F61.0, F60.3) | 11 (4)     | 6  | 38 (22)              | 8  |

n gesamt = 2449 \* nach häufigsten Krankheitsgruppen zusammengefaßt (ICD-10)

Fall für eine befristete Fixierung eines Patienten, der mit drängender und impulsiver Suizidalität nicht mehr umgehen kann.

Geschehen dennoch Suizidversuche oder Suizide in einer psychiatrischen Klinik, so wird es wichtig, dies auf der Station sowohl mit den Patienten als auch im Team nachzubearbeiten. Am besten geschieht dies innerhalb einer therapeutischen Gruppe mit den Patienten und den Mitgliedern des Stationsteams. Hier können alle Aspekte besprochen und geklärt, Unsicherheiten und Mißverständnisse abgebaut und Spannungen innerhalb der Stationsgemeinschaft vermieden werden. Dabei geht es darum, Verständnis für den suizidalen Patienten und seine Handlung zu wecken, Trauerarbeit beim geschehenen Suizid oder schweren Suizidversuch anzustoßen, sowie um das Angebot an die Patienten, sich bei eigener Suizidalität vertrauensvoll an Teammitglieder zu wenden. Nicht nur im Patientenkreis, sondern auch im Mitarbeiterkreis wird es notwendig, neben einer regelmäßigen Supervision Krisen und deren Bewältigung im Team nachzuarbeiten sowie Trauerarbeit bei einer geschehenen suizidalen Handlung mit dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu leisten. Empfehlungen für die Suizidprävention bei stationären psychiatrischen Patienten sind abschließend in Tab. 10 zusammengefaßt.

Tabelle 10: Empfehlungen für die Suizidprävention bei stationären psychiatrischen Patienten

- Beziehung herstellen (therapeutisch, pflegerisch)
- jeder neu aufgenommene Patient muß umgehend diagnostisch, psychopathologisch und hinsichtlich seiner Suizidalität abgeklärt werden: Suizidalität offen, direkt und ernstnehmend ansprechen
- pflegerische und therapeutische Betreuungsdichte festlegen (eventuell pflegerische Einzelbetreuung bzw. engmaschige Betreuung bei erhöhtem Suizidrisiko), Ausgang und Besuchsdichte regeln
- adäquate Psychopharmakotherapie der Grundkrankheit, medikamentöse Mitbehandlung von Suizidalität (Sedierung, emotionale Entspannung)
- dichte psychotherapeutische und fürsorgliche Betreuung
- Suizidalität immer wieder, insbesondere bei Krisen, abklären
- Langzeitperspektive (Lebenszeit-Suizidmortalität!) und nachstationäre Therapie klären
- Dokumentation, Information des Teams

## Literatur

- Alvarez, H.: Der grausame Gott. Eine Studie über den Selbstmord. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch-Verlag, 1980
- Berzowski, A.: Der psychiatrische Notfall. 2. Auflage. Berlin Heidelberg New York, Springer 1996
- Bronisch, Th.: Der Suizid. München, Beck 1995
- Burton, R.: Anatomie der Melancholie. 1. Auflage, Oxford 1621. Deutsche Übersetzung von U. Horstmann. Zürich München, Artemis 1988
- Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry. New York London, Basicbooks 1964
- Ciampi, L.: Krisentheorie heute – eine Übersicht. In: Schneyder, U., Sauvant, J.-D. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern Göttingen Toronto Seattle, Huber 1993 13 - 25
- Cullberg, J.: Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 1978; 5: 25 - 34
- Dodier, B.: Die Anrufer bei der Telefonseelsorge. Vortrag auf dem Interdisziplinären Forschungssymposium, Günzburg, 04. - 06. März 1994. Unveröffentlichtes Manuskript
- Dormagen, H., Tesch, M.: Stationäre Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus: Zur Frage der Indikationsbreite. Psychiatrische Praxis 1990; 17: 216 - 223
- Federn, P.: Selbstmordprophylaxe in der Analyse. Z. Psychoanal. Päd. 1929; 3: 379 - 389
- Finzen, A.: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn Leipzig Stuttgart New York Psychiatrie-Verlag/Thieme 1997
- Götze, P.: Die Fokaltherapie in der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Schneider, V., Israel, M., Felber, W. (Hrsg.): Suizidprävention und gesellschaftlicher Wandel. Regensburg, Roderer 1994, 119 - 127
- Goll, H.: Was sind psychosoziale Krisen? In: Sonneck, G. (Hrsg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien, Facultas 1991, 11 - 20
- Häfner, H., Helmchen, H.: Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – konzeptuelle Fragen. Nervenarzt 1978; 49: 82-87
- Hägele, U.: Der psychiatrische Notfall. Dissertation Medizinische Fakultät der Universität Ulm, Ulm 1995
- Henseler, H.: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek, Rowohlt 1974
- Henseler, H.: Krisenintervention – Vom bewußten zum unbewußten Konflikt des Suizidanten. In: Henseler, H., Reimer, C. (Hrsg.): Selbstmordgefährdung – Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart, Frommann-Holzboog 1981, 136 - 156
- König, F., Faust, V., Dirks, B.: Interdisziplinäre Aspekte und Probleme der psychiatrischen Notfallversorgung. Manuskript zur Publikation eingereicht 1999
- König, F., König, E., Wolfersdorf, M.: Zur Häufigkeit des psychiatrischen Notfalls im Notarztdienst. Eine Analyse der Einsatzstatistik in Lindau von 1989 - 1993. Der Notarzt 1996; 12: 12-17
- Kurz, A., Möller, H.-J.: Zur Wirksamkeit suizidprophylaktischer Versorgungsprogramme. In: Faust, V., Wolfersdorf, M. (Hrsg.): Suizidgefahr. Stuttgart, Hippokrates 1984, 110 - 122
- Reimer, C., Arentewicz, G.: Kurztherapie nach Suizidversuch. Berlin Heidelberg New York, Springer 1993
- Reimer, C.: Prävention und Therapie der Suizidalität. In: Kisker, K. P., et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 2. Berlin Heidelberg New York, Springer 1986, 123 - 173
- Ritzel, G.: Suizidalität in einem psychiatrischen Krankenhaus. Psycho 1983; 9: 350 - 352
- Schmölzer, Ch. U.: Basissuizidalität in einem psychiatrischen Krankenhaus. Regensburg, Roderer 1989
- Sonneck, G., Etzersdorfer, E.: Krisenintervention. In: Wedler, H., Wolfersdorf, M., Welz, R. (Hrsg.): Therapie bei Suizidgefährdung. Regensburg, Roderer 1992, 57 - 70
- Wahl, G., Schmitt, W. (Hrsg.): Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde, Band 3: Suizid. Reichenbach; Verlag Kommunikative Medien und Medizin, 1998
- Wolfersdorf, M.: Bedeutung und Funktionen der Telefonseelsorge im Rahmen psychosozialer Versorgung. In: Wieners, J. (Hrsg.): Handbuch der Telefonseelsorge. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1995, 171 - 188
- Wolfersdorf, M.: Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie. In: Wenglein, E., Hellwig, A., Schoof, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Göttingen Zürich, Vandenhoeck & Ruprecht 1996, 89 - 112
- Wolfersdorf, M.: Suizidprävention – Erkennen und Handeln bei akuter Suizidalität. Fortschritte der Medizin 1997; 115: 38-44
- Wolfersdorf, M.: Suizidalität. Münch. med. Wschr. 1998; 140: 35-37
- Wolfersdorf, M.: Suizidalität. In: Berger, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, Urban & Schwarzenberg 1998
- Wolfersdorf, M.: Der suizidale Patient in Klinik und Praxis – Suizidprävention -. Stuttgart, Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft, 1999 im Druck.
- Wolfersdorf, M., Grünewald, I., König, F., Hägele, U.: Suizidprävention in der Notfallpsychiatrie. In: Giernalczyk, Th. (Hrsg.): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. Tübingen, DGVD, 1997, 115-135

**Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf**

Bezirkskrankenhaus Bayreuth,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Nordring 2 • 95445 Bayreuth