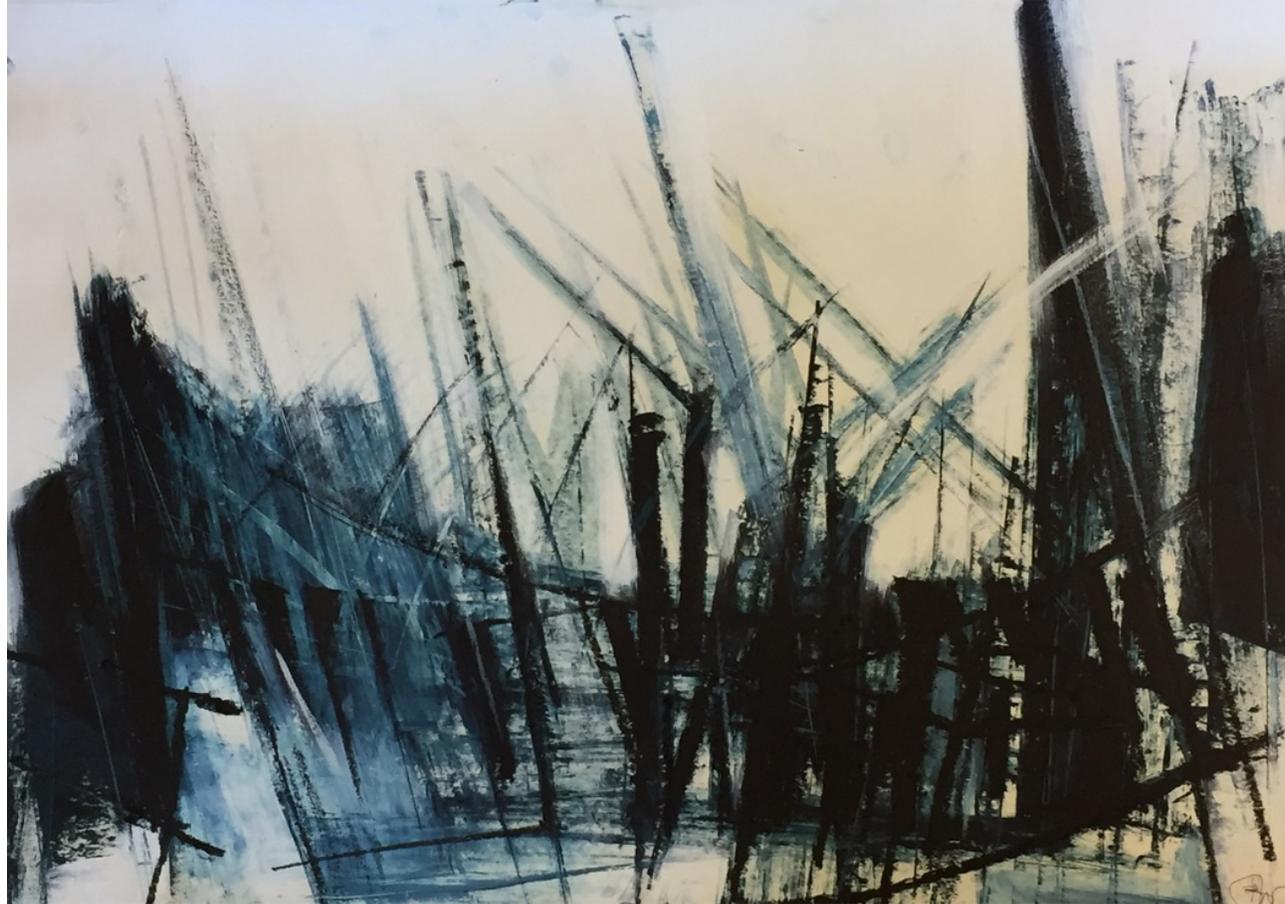


Was macht das Thema Suizid und Suizidalität mit Helfern, Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen?

Dr. Berthold Müller, Dr. Martha Wahl
zfp Südwürttemberg

Das Problem Suizidalität



Welcher Personenkreis ist betroffen

Hausärzte/Innen und ihr Mitarbeiterstab

- oft erste Anlaufstelle,
- ein großer Teil der Suizidverstorbenen war in den letzten 4 Wochen zuvor beim Hausarzt, Angesprochen wurde die seelische Krise vom Patienten dabei nicht

Krankenhausärzte/Innen und das gesamte Stations-Team

Pflegepersonal, Reinigungskraft, Therapeutische Mitarbeiter, Klinikseelsorge

- Nach Suizidversuchen (Intensivärzte, Chirurgie, Innere)
- Im Zusammenhang mit Diagnose Krebs u.a. schwere körperliche Erkrankung oder Schmerz (Onkologie, Anästhesie Palliativmedizin)

PsychotherapeutInnen im niedergelassenen Sektor, an MVZ u.a.

Mitarbeiter in psychosozialen Diensten

- (Betreutes Wohnen, Altenpflege, ambulante Krankenpflege)

Was macht es mit Menschen in diesen Helferberufen,
wenn der Verdacht besteht, dass ein Klient / Patient suizidal ist ?

- **Unsicherheit, Ängste und Befangenheit**
- Gefühlspalette von:
 - - Sorge
 - - Ärger
- die Äußerungen des Patienten werden als manipulatives Verhalten eingeschätzt, Klient wolle jemandem Druck machen, möchte besondere Zuwendung
- Angst dann in der Verantwortung zu stehen
- „wenn ich´s weiß, dann ist von mir auch Handeln verlangt“
- Angst nicht kompetent zu sein
- („Was halten die Angehörigen und KollegInnen von mir , wenn sich der Patient etwas antut?“)

Was macht es mit Menschen in diesen Helferberufen, wenn der Verdacht besteht, dass ein Klient / Patient suizidal ist ?

- **Angst** vor eigenen inneren Zweifeln am Lebenssinn
 - Stress / Überforderung
 - Gefühl lieber nichts damit zu tun haben wollen –
(ist Sache des Psychiaters)
- **Abwehrende Haltung**
 - nicht ansprechen
 - vorschnelles Abtun mit guten Ratschlägen
 - Bagatellisieren des Problems des Klienten
 - überstürztes, unvorbereitetes rasches Einweisen in Klinik

Was macht es mit Menschen in diesen Helferberufen,
wenn der Verdacht besteht, dass ein Klient / Patient suizidal ist ?

Verhaftet sein in landläufigen Mythen ?

- „Wer davon spricht tut sich nicht wirklich was an“
- Angst, „schlafende Hunde zu wecken“ (erst auf Idee bringen)
- Wer sich umbringen will, den kann man sowieso nicht abhalten

- --- Diese Aussagen sind so nicht zutreffend !!!

Ungeklärte eigene Haltung zu Suizid ? (Selbstauskunft)

- (Cave Übertragungsphänomene)

Häufig gemachte Fehler

- Versäumte Suizidanamnese
- Latente Signale übersehen bzw. nicht aufgreifen
- Appelle verharmlosen bzw. nicht ernstnehmen
- Direkte Fragen nach Suizidalität vermeiden
- Zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten (Abwehr)
- Provokation persönlich nehmen(Agieren von Ablehnung)
- Trennungsgänge übersehen(z.B. Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)
- Bestrafung durch Nichtbeachtung

Nach C.Reimer,1996

Gestaltung der Begegnung mit Klienten/Patienten

Offene und wertfreie Haltung

- Suizidalität ist ein allgemein menschliches Phänomen hat nichts mit Schwäche oder Mut zu tun, ist nicht unmoralisch
- In der Regel Ausdruck eines Ausnahmezustandes und innerer Not, eines unerträglich empfundenem Leidenszustand
- **darüber zu sprechen kann Leben retten**
- auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung
- **Aktives Nachfragen,**
- Patient von sich aus spricht seine Suizidgedanken eher nicht an
- aber auch bei Nachfragen gestehen nicht alle Klienten ihre Suizidgedanken ein - absolute Sicherheit gibt es nicht
 - (von Seiten des Klienten:
 - Scham, Angst vor Zurückweisung, Angst vor Einweisung,
 - Angst andere zu belasten

Allgemeine Tendenz von Menschen, intuitiv das zu sagen , was sein momentanes Gegenüber erwarten könnte, ist in dem Moment auch durchaus gefühlkongruent.

- Unsicherheit, **ob**, **wann** und **wie** die Frage ansprechen

(Problem der zeitlichen Integration in einen stressgeprägten Praxisablauf – evtl. Vereinbarung auf einen zeitnahen Termin gegen Ende der Sprechstunde

Abklärung von Suizidalität: Kernfragen

vom Allgemeinen zum Konkreten:

- passiver Todeswunsch?
- Suizidgedanken, -absichten?
- Suizidideen
- aktive Planung?
- Suizidankündigungen / Vorbereitungen?

Für eine Bewertung entscheidend: Wie hoch ist der akute Handlungsdruck einzuschätzen?

Form der Formulierung, abhängig von Art der Beziehung zum jeweiligen Patienten:

- Kann ein ganz alltägliches „Schwätzle“ sein
- Oder direkt ansprechen, z.B. bei körperlichen Gebrechen, Schmerzen:
- Wenn Patient etwas herumdruckst (**Und wo sonst drückt der Schuh ??
Wie geht's zuhause, wie geht's in der Schule ? ...)**)
- Aber auch ganz direktes Fragen: („**Denken Sie auch daran, dass sie sich das Leben nehmen möchten?**“)
- Bei bejahen oder Erwägen: „**Erzählen Sie mir doch ihre Geschichte**“
 - Empfohlen wird **narrative Gesprächsführung**
offenes Zuhören – Patient = Experte seiner Selbst –
 - Dauer ca 10 bis 20 Minuten

Suizidalität abklären: Formulierungshilfen

- „Gibt es in ihrer derzeitigen schwierigen Situation auch Gedanken an den Tod?“
- „Was genau meinen Sie damit, dass Todsein besser wäre?“
- „Denken Sie dabei auch an Suizid?“
- „An was denken Sie genau, wenn Sie sagen, sie könnten sich umbringen?“
- „Haben Sie sich die ... (z.B. Medikamente) schon besorgt?“
- „Wie oft und wie lange kommen die Gedanken an Suizid?“
- „Haben Sie darüber schon mit jemandem gesprochen?“
- „Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?“
- „Gibt es denn auch Dinge, die Sie noch am Leben halten?“

Vorgehen bei akuter Suizidalität

- 1. Zeitgewinn.** Suizidalität ist in der Regel kein Dauerzustand. Akute suizidale Krise kann in relativ kurzer Zeit wieder abklingen.
 - Kann eine suizidale Handlung verzögert werden, so erhöhen sich deutlich die Chancen, dass der Mensch überlebt.
- 2. Einfühlsam Zuhören.** (keine Lösungsvorschläge unterbreiten, geduldiges und verständnisvolles Zuhören reicht, Gefühle zulassen)
- 3. Frage der weiteren Begleitung in der Praxis**
Hat man das rechte „Werkzeug“ und die Zeit /innere Muße
Oder der stationäre Einweisung (insbesondere bei starkem Handlungsdruck und mangelnder Absprachefähigkeit)
Suizidalität kann bei starker Schamproblematik oder Angst vor Psychiatrie/ Stigma bei Ankündigung der Einweisung zuspitzen

ggf. Transport direkt von der Praxis aus organisieren

Informationsaustausch Hausarzt mit den Angehörigen

- z B. über notwendige Krankenhaus- Einweisung grundsätzlich im Beisein des Patienten/Klienten
- Bei Anruf darauf achten, wer der Gesprächspartner ist
- Cave: Nicht den Angehörigen die Verantwortung übertragen,
keine Aufpasserfunktion!

Krisenintervention

- Grundsätze:
 - Rascher Beginn
 - Aktiver Therapeut
 - Entlastung des Betroffenen
 - Gesprächsführung : methodenflexibel; stützend, haltend, stabilisierend, verständnisvoll-empathisch auf Patienten eingehend

Was muss am Ende eines Kriseninterventions-Gespräches klar sein?

- Neueinschätzung der Suizidalität
 - Akuität
 - Entlastung von Suizidgedanken/-phantasien?
 - Steuerungsfähigkeit?
 - Distanzierungsfähigkeit?
 - Handlungsdruck?
 - Absprachefähigkeit?
 - Gegenübertragung des Therapeuten/ Teams?

Krisenintervention

- Äußerung und Bewältigung von **Gefühlen** (keine Konfliktaufdeckung oder Deutung!!)
- Fokussierung auf **aktuelle Situation**
- Förderung des **Selbsthilfepotentials** des Patienten
- Einbeziehung der **sozialen Umwelt** , soweit sinnvoll und möglich

Betr. Krankenhausärzte

- Möglichkeit der konsiliarischen Vorstellung beim Facharzt
- **nach Entlassung aus stationär-psychiatrischer Behandlung**
Guten Übergang gestalten mit zeitnahen Terminen !
Zeitraum mit sehr hohem Suizidrisiko, insbesondere in den ersten
4 Wochen nach Klinikentlassung
- Zeitnahe Information der Weiterbehandler über stationäre Behandlung

**Nach einem Suizid:
Die Situation der „Helfer“**

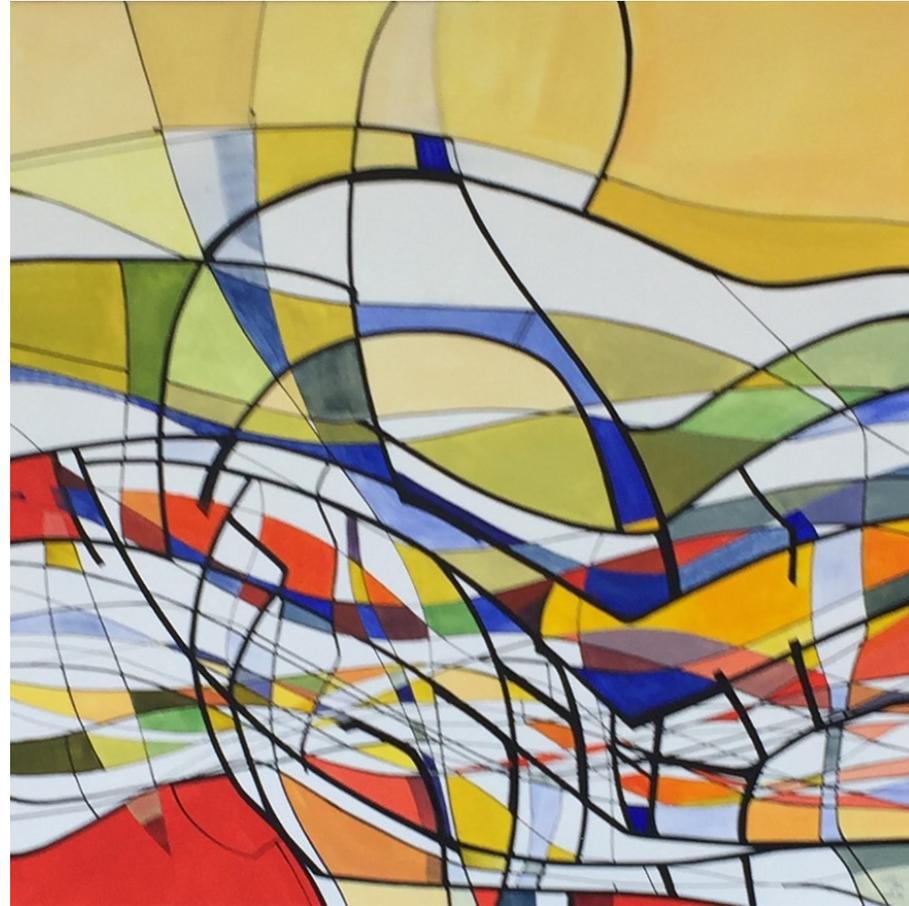
Nach einem Suizid: Ängste und Gefühle auf therapeutisch- pflegerischer Seite

- Schuldgefühl und Selbstanklage (Angst versagt zu haben und Fehler gemacht zu haben)
- Hilflosigkeit
- Schockiert sein
- Angst vor Schuldvorwürfen von außerhalb (Angehörige, Klinikleitung, Justiz)
- Selbstzweifel
- In Klinik: Sorge um Mitpatienten wegen deren Suizidalität (Nachahmungsgefahr)
- Eigene Stabilität und eigenes Lebensgefühl u.U. in Frage gestellt
- Gefühle von Ärger, Aggression, Kränkung, Verletzung
- Sorge um den guten Ruf
- Labilisierung eigener suizidaler Gedanken

Was ist mit den Patienten?



Das Team in Ambulanz, Praxis und Klinik



Umgang mit Patientensuizid im Team

- Informieren der Klinikleitung durch den Therapeuten und /oder dessen Vorgesetzten
- Besprechen mit dem unmittelbaren Vorgesetzten
- Besprechen mit den Kollegen der Station (falls vorhanden)
- Besprechen im ganzen Team
- Besprechen mit den Mitpatienten des Suizidenten
- Besprechen im Rahmen von Supervision , Balintgruppen oder ähnlichen Veranstaltungen

Die rechtliche Seite



Nach erfolgtem Suizid

- Wenn kein natürlicher Tod vorliegt, muss Arzt unverzüglich Polizei informieren, damit die Todesursache geklärt werden kann.
- Zuständig ist der Zentrale Kriminaldienst (ZKD). Oft kommt aber zunächst der Streifendienst zum Einsatz,
 - Für Polizei doppelte Aufgabenstellung:
 1. Ermittlungen, um Fremdverschulden (Mord oder Totschlag) auszuschließen. (z.B. Fundort sichern, die Leiche beschlagnahmen)
 2. Mit Angehörigen in einer Extremsituation konfrontiert, die u.U. den Suizid noch gar nicht realisiert haben und fassungslos sind.

wichtig: Sensibilität und Rücksichtnahme auf Hinterbliebene bei der Durchführung der erforderlichen Ermittlungen

Nach erfolgtem Suizid

- Durchsicht und Beschlagnahme der Behandlungsunterlagen sind Teil der Ermittlungen
 - Daher lückenlose Dokumentation der therapeutischen Kontakte, angeordnete Absprachen, Einschätzung der Suizidalität (fehlende Vermerke gehen im Zweifel zulasten des Therapeuten)
- Unterrichtung der Angehörigen (eventuell Unterstützung anfordern bei Polizei, Notfallnachsorgedienst, Hausarzt)
- Ggf. Einschaltung der Haftpflichtversicherung der Klinik oder der berufsbezogenen persönlichen Haftpflicht
- Hohe Priorität hat die Betreuung der Angehörigen (Gesprächsangebote)
- **Beachte:** ärztliche Schweigepflicht besteht über den Tod hinaus
 - In Kliniken, Einrichtungen: Aussagegenehmigung durch Geschäftsführung oder befugte Leitung vor Aussagen gegenüber der Kripo einholen

Angehörige suizidaler Menschen



Anmerkungen zur Situation von Angehörigen eines Menschen nach Suizidversuch oder eines chronisch (rezidivierend) suizidalen Menschen

- Angehörige sind erheblich mitbetroffen –
- familiäres System gerät ins Ungleichgewicht
- Angehörige tragen - oft seit Jahren - große Last
- Leben unter andauernder Angst und Anspannung
- Sind oft völlig erschöpft - benötigen Entlastung –
- bei chronischer Erkrankung verändern sich die Angehörigen, leiden selbst unter psychischen Störungen

(also Vorsicht mit Äußerungen: bei der Frau .. der Mutter ..)

Die Angehörigen sind ernst zu nehmen

- Die Angehörigen sind ernst zu nehmen
- Hinweise der Angehörigen ergeben wichtige Aspekte
 - Cave** : Überschätzung der therapeutischen Beziehung gegenüber der Beziehung zu Angehörigen
 - (Vergleich mit Kaleidoskop –
 - Klient verfällt je nach jeweiligem Gegenüber in andere Rolle und zeigt sich anders)
- **Angehörigengespräche: wesentlicher Teil der Behandlung**
 - (dies so gleich von Beginn an dem Patienten vermitteln)
 - Immer gemeinsames Gespräch Angehörige - Klient
 - Günstig oft, wenn zweite Person aus dem Team dabei ist
 - (Gespräch mit Angehörigen ohne Patient nur in Ausnahmen)

Inhalte der Gespräche mit Angehörigen

- Informationsabgleich
- Psychoedukation:
- sachliche Information zum suizidalen Modus
 - Mediation bei Konflikten /Zirkuläres Fragen / Puffer sein
- **Cave Verhaltensanweisungen,**
- eher Angehörige und Patient abgleichen lassen,
- was sie voneinander wünschen und füreinander tun oder nicht tun können –
- auf gegenseitige Grenzen hinweisen/schützen

- **Angehörigengespräche ergeben erweiternde Aspekte**
- die nächsten Angehörigen kennen KlientIn am längsten, können ihn/sie oft besser einschätzen, z.B. bezüglich akuter Suizidalität

Der suizidale Modus: (nach Konrad Michel, Bern)

Das Konzept des Modus beschreibt einen psychophysischen Zustand als Reaktion auf bedrohliche Situationen (sog. Kampf-Flucht Muster). Dieses durch akute Stresssymptome geprägte Muster kann durch spezifische Auslöseereignisse jederzeit wieder aktiviert werden (on/off-Mechanismus). Der suizidale Modus umfasst Veränderungen in Kognition, Emotion, Körpersymptomen (vegetatives Nervensystem) und Verhalten (Suizid als Lösung eines als unerträglich erlebten Zustands). Neurobiologisch handelt es sich beim suizidalen Modus um eine stressbedingte Veränderung der neuronalen Aktivität ähnlich einem akuten traumatischen Zustand [5]. Durch die Deaktivierung gewisser Teile des präfrontalen Kortex ist das Problemlösungsvermögen massiv eingeschränkt, d.h. im suizidalen Ausnahmezustand können wir nicht mehr überlegt handeln, unsere üblichen Strategien zur Problembewältigung stehen nicht mehr zur Verfügung. Im suizidalen Modus erleben Patienten häufig dissoziative Zustände (das Gefühl, nicht sich selber, in einer Art Trancezustand zu sein oder wie in einem «Autopilot-Modus» zu handeln). Oft liegen auch eine Analgesie vor (Patienten haben keine Schmerzen, wenn sie sich schneiden) sowie ein verändertes Zeitempfinden **(auf dieser Theorie baut auch das ASSIP-Programm auf - Kurzintervention nach Suizidversuchen).**

Unterstützung für die Helfer



Was kann helfen?

- Ernsthafte Gesprächsangebote, auch nach einiger Zeit
- Gefühle zeigen dürfen
- Selbstfürsorge
- Informationen zum Thema Suizidalität
- Soziale Unterstützung, z.B. Interesse am Befinden der Betroffenen
- Freunde treffen
- Rat einholen
- Sich ablenken
- angenehme Aktivitäten

Was kann helfen?

- Rückendeckung/Keine Vorwürfe
- Fortbildungen zum Thema Suizid
- Rechtliche Beratung
- Informationen über notwendiges Vorgehen(z.B. Algorhythmus Verhalten nach einem Suizid/schweren Suizidversuch)
- Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten
- Externe und interne Supervisionsmöglichkeit
- Balintgruppen
- Qualitätszirkel
- Fachliche Reflexion

Was kann vor Suizidalität schützen?

- Gute Freunde / wichtige enge Bezugsperson(en)
- Gute familiäre Beziehungen (Eltern, Kinder, Partnerschaft)
- Religiosität
- Geringe Neigung zu Schuldgefühlen
- Persönliche Sinnhaftigkeit des Lebens
- Neugierige Grundhaltung dem Leben gegenüber
- Realistisches Selbstbild
- Humor
- Angemessene Bewältigungsmechanismen
- Ausreichende Impulskontrolle

Angehörige nach Suizid



Regeln zur Überbringung der Todesnachricht

- Bei Wunsch, wenn Kliniksuzid, Ort gemeinsam aufsuchen
- Gespräche auch im weiteren Verlauf – nach ca. 4 bis 6 Wochen und nach ca ½ Jahr aktiv nochmal Kontakt aufnehmen
- Jemanden im Team bestimmen, der dies übernimmt.
- Keine vorschnellen tröstlich gemeinten Äußerungen, wie dass dem Toten ja vielleicht vieles erspart worden sei ,
- dass Angehöriger es jetzt leichter habe ...
- Wenn Angehörige dies von sich aus formulieren, dann ist das o.k.
- Bei sehr massiven Selbstvorwürfen:
- kein Ausreden, statt dessen Formulierungen wie, `Sie haben sicherlich immer ihr Bestmögliches versucht

Regeln zur Überbringung der Todesnachricht

Wenn **Hinterbliebene in Behandlung** kommen

- In Hausarztpraxis oder psychiatrischer Krisenintervention:
- Sedierende Medikation nur mit großer Zurückhaltung
- Stört Verarbeitung- begünstigt eher Entwicklung einer PTBS
- Vorrangig ist zur Seite zu sein und **gemeinsam aushalten**

- Adressen von Hilfsangeboten für längerfristigen Verlauf mitgeben

Regeln zur Überbringung der Todesnachricht

- Heutiger Standard
 - Polizei übernimmt die Aufgabe, in der Regel zwei Beamte, in Begleitung eines Notfallseelsorgers
 - Nie telefonisch

Umgang mit Hinterbliebenen in der Klinik

Von Seiten der der Behandler oder des Oberarztes:

- Gespräche anbieten, in denen einfühlsam eingegangen wird auf alle Fragen, ohne etwas aufzudrängen
- Offenheit (Schweigepflicht gegenüber Angehörigen m. E.
- sekundär, jedoch darauf achten, wen man im Gespräch hat – Verstorbenen würdevoll darstellen)
- Eigene Betroffenheit nicht verbergen
- eigene Fehleinschätzung ggf. eingestehen
- keine Rechtfertigungshaltung,
- Vorwürfe gegen Klinik / Behandler aushalten

Trauer nach Suizid

- Pro Jahr sind in Deutschland ca. 50 000 bis 100 000 neu als hinterbliebene Angehörige unmittelbar betroffen
- dazu zahlreiche – bis 150 - mittelbar betroffene Menschen

Trauerprozess besonders komplex und langwierig.

- Trifft den Selbstwert und das innere Wertesystem zutiefst
- Oft mit ausgeprägten Selbstzweifeln und Schuldvorwürfen
- Mit sozialer Isolation bei
eigenem Rückzug infolge Schamproblematik /Stigma
Vorbehalten und Unsicherheit im Kontakt von anderen
- Inneres Chaos vielfältiger wechselhafter Emotionen
- Bei eigenem Auffinden des Toten: traumatisierende Bilder

- Im Schnitt dauert es 6 bis 12 Jahre, bis die Trauernden selbst wieder überwiegend Wohlbefinden angeben
- **Suizidrisiko** von Suizidhinterbliebenen deutlich **erhöht**,
auch über die Lebenszeit und Generationengrenzen hinweg
- **Krankheitsanfälligkeit** erhöht
- Häufiger **existentielle Probleme**
- **Lebensdauer** insgesamt **verkürzt**

Hilfemöglichkeiten

- Therapeuten haben meist wenig Erfahrung und Weiterbildung im Umgang mit Trauer
- im Vordergrund steht gemeinsames Aushalten und stützendes Begleiten
- Kein Therapieauftrag im Sinne eines definierten Therapieziels
- Integration in therapeutischen Gesprächsgruppen mit nicht Trauernden schwierig und nicht empfehlenswert

Angebote im niederschweligen Bereich

- **AGUS (Angehörige um Suizid)**
- **Selbsthilfeverein für Suizidhinterbliebene**
- **AKL – Arbeitskreis Leben**
im Raum Tübingen, Reutlingen, Stuttgart, Heilbronn, Sindelfingen
- **Arche und „Verwaiste Eltern“ z.B. in München**
- **Vereinzelte Angebote in den einzelnen Kreisen und Städten**
 - **Jeweils geschlossene Gruppen**
- **Gruppen für Suizidhinterbliebene online**
- **Gute Postvention ist Suizidprävention**

Exkurs : Thema Suizidassistenz

- Veränderte Gesetzeslage (§ 217 vom BVG für ungültig erklärt)
aktuell noch keine klare gesetzliche Regelung
- Stellungnahme Bundesärztekammer:
Frage der Gewissensentscheidung im Einzelfall
- **Grundsätzlich:**
Auseinandersetzung mit der
eigenen Haltung und **eigenen Ängsten** ist herausgefordert
Alleingelassen < - > relative Freiheit der Entscheidung

Assistierter Suizid: Hinterbliebene

- Nach einer Studie von Prof. Wagner
- Ca. 1/3 der Hinterbliebenen haben nach dem Tod des Angehörigen keine wesentlichen Beeinträchtigungen
- Bei ca. 1/3 zeigen sich Zeichen von schwerer PTBS
- Zu den übrigen keine Aussagen möglich

- Bei der Frage einer Einbeziehung der Angehörigen in die Entscheidung zum assistierten Suizid:
- Wie weit geht der zugezogene Kreis
 - Was bei divergenter Haltung zwischen den Beteiligten

Vielen Dank für Ihr Interesse

