

Tagung: Die Sehnsucht nach mehr Leben

- Workshop: Risikogruppen und Menschen mit erhöhtem Risiko
- 17.März 2017, Puchberg

Suizidalität -Eine Begriffsbestimmung

- 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 oder ihn als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen.
- Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf.
- Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen und der Einschätzung der Zukunft sowie deren Veränderbarkeit.
- Suizidalität ist dabei bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person oder ein Lebenskonzept. Suizidales Verhalten will etwas verändern.

Bestimmung des Suizidrisikos

Schweregrad	Indikatoren
Leicht	Geringe Häufigkeit, Dauer und Intensität der Suizidgedanken, keine Planung, keine Absicht, leichtgradige Symptombelastung, gute Selbstkontrolle, wenige Risikofaktoren Protektive Faktoren vorhanden
Moderat	Regelmäßige Suizidgedanken von beschränkter Intensität und Dauer, geringe Planung, keine Absicht, gute Selbstkontrolle, wenige Risikofaktoren,
Stark	Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, spezifische Planung, keine subjektive Absicht (aber objektive Hinweise auf Absichtsbildung), eingeschränkte Selbstkontrolle, bedeutsame Symptombelastung, viele Risikofaktoren, wenig protektive Faktoren
Extrem	Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, spezifische Planung, subjektive und objektivierbare Absicht, eingeschränkte Selbstkontrolle, viele Risikofaktoren, keine protektiven Faktoren

Erhöhtes Risiko kann angenommen werden

- Wenn die bisherigen Suizidversuche eine Tendenz zu härteren Methoden zeigen,
- Wenn Selbsttötungsabsichten nur gegenüber Dritten geäußert werden,
- Wenn schon 1-2 misslungene Suizidversuche in Verbindung mit offener Feindseligkeit und provozierendem Verhalten vorliegen,
- Wenn ein Patient mehr Gründe fürs Sterben als fürs Leben nennt,
- Wenn die Suizidgedanken länger oder täglich auftauchen,
- Wenn eine depressive Phase begonnen hat oder im Abklingen ist,
- Wenn der Patient starke Schuldgefühle berichtet,
- Wenn keine Hindernisse wie religiöse Einstellungen oder zu versorgende Kinder vorhanden sind,

Erhöhtes Risiko kann angenommen werden

- Wenn die Methoden gut durchdacht und auch verfügbar sind,
- Wenn der Patient im Besitz einer Anleitung zum Selbstmord ist,
- Wenn die Fähigkeit und der Mut zur Durchführung angenommen wird,
- Wenn Vorbereitungen getroffen sind,
- Wenn eine geringe Wahrscheinlichkeit besteht, dass Sozialpartner einschreiten können,
- Wenn der Patient seine Überlegungen sehr gelassen schildert
- Wenn nach anfangs ernst zu nehmenden Suiziddrohungen eine ungewöhnliche Ruhe entsteht.

Ein geringeres Risiko kann angenommen werden

- Wenn manipulative Absichten im Vordergrund stehen (Rachegedanken, jemandem Angst machen)
- Und gleichzeitig eine ambivalente Einstellung zum Tod bemerkbar ist,
- Wenn das soziale Umfeld des Patienten intakt ist, wobei auf „innere Einsamkeit“ zu achten ist.

A) Risikogruppen

Personen, deren Risiko zu suizidalem Verhalten 50 - 500 x höher liegt, als das der Normalpopulation:



- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
- Depressive Menschen
- Menschen mit akuten/chronischen Gesundheitsproblemen
- Alte und vereinsamte Menschen
- Personen, die Suizid ankündigen oder schon Selbstmordversuch gemacht haben
- Personen, die durch einen Suizid in der Familie/Umfeld betroffen sind
- Arbeitslose Menschen

Stadien der suizidalen Entwicklung

(W. Pöldinger)



1.

ERWÄGEN

Als ein mögliche
Lösung

2. ABWÄGEN

Suizidankündi-
gungen.

Hilferuf als
Ventilfunktion

Kontaktsuche

3.

ENTSCHLUSS

Ruhe vor dem
Sturm
Suizidhandlung

C) Präsuizidales Syndrom nach Erwin Ringel (1951)



1. Einengung:

- a) situative Einengung
- b) dynamische Einengung (Affekte, Verhaltensmuster, Reduktion der Abwehrmechanismen)
- c) Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen
- d) Einengung der Wertewelt

2. Aggression: gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete.

3. Selbstmordphantasien: je konkreter - desto höher die Selbstmord-Gefahr.



3 Formen der Suizidalität

	Typ I	Typ II	Typ III
Form der Suizidalität	interaktionsreich	interaktionsarm	pseudostabil
Zustand des inneren Objekts	bedroht	aufgegeben	entwertet, reaktive Besetzung des Größen-Selbst
Art der Interaktion	heftig, Kampf des Patienten um und mit Therapeut	gering, im günstigen Fall Kampf des Therapeuten um Patient	scheinbar ungetrückt
Gegenübertragung	Gefühl des Manipuliertwerdens, Ohnmacht, Hass, Wut, Schuldgefühle, Sorge, Angst	Gefühl des Überflüssigseins und Stehengelassenwerdens, Sorge, Angst	Erleichterung, bestenfalls Skepsis
Hauptaffekte des Patienten	Verzweiflung, Enttäuschungswut, Ohnmacht, Rachegefühle	Apathie, Resignation, innere Leere	Gelassenheit, Tod als rationale Entscheidung, „Ruhe nach dem Sturm“



3 Formen der Suizidalität

	Typ I	Typ II	Typ III
Gefühl für die eigene Gefährdung	vorhanden	beginnt zu erlöschen	fehlt
Suizidalität: dys- bzw. synton	dyston	Übergang zur syntonen Stufe	synton
Bündnisfähigkeit für Suizidpakt	meist vorhanden	fraglich	nicht vorhanden
Grad der Suizidalität	ernst, aber meist handhabbar	bedrohlich	kaum abwendbar

Typ I



Die interaktionsreiche Form zeichnet sich durch den Kampf des Patienten um seine Hauptbezugsperson aus.

In der therapeutischen Situation finden wir eine auf Verstrickung zustrebende Interaktion, bei der es dem Patienten um Objektsicherung geht. Die Bezeichnung „Suiziddrohung“ hat hier ihren eigentlichen Platz.

Das Gefühl, manipuliert zu werden, verbunden mit Ohnmachtsgefühlen, kann beim Therapeuten reaktiv Wut und Hass hervorrufen und eine Tendenz, den Patienten abzustößen.

Die Suizidalität ist weitgehend ich-dyston und wird vom Patienten als Gefährdung erlebt.

In der Regel können ein Suizidpakt vereinbart und die entsprechenden therapeutischen Themen der Suizidalität bearbeitet werden.

Typ II



Charakteristisch für die interaktionsarme Form ist die fehlende aktive Beziehungsaufnahme seitens des Patienten als Ausdruck seiner resignativen Objektaufgabe.

Im Therapeuten werden Tendenzen aktiviert, seinerseits den Patienten aufzusuchen und Kontakt zu ihm herzustellen. Das stärkere Ausmaß solcher Tendenzen kann dem Therapeuten Anzeichen für einen zunehmenden Abzug der Objektbesetzung des Patienten sein.

Der Therapeut wertet die Gegenübertragungsgefühle des Überflüssig- und Stehengelassenseins nicht vordergründig als Desinteresse und mangelnde Motivation des Patienten, sondern als das Erleben eines Menschen, der sich überflüssig und stehengelassen fühlt und deshalb in Resignation und Apathie zu versinken droht.

Typ III



Eine der gefährlichsten Formen der Suizidalität, die pseudostabile Form, liegt dann vor, wenn sie ihren interaktionellen Charakter (Hauptkriterium für Typ I) verloren hat und sich in keiner Weise mehr zu erkennen gibt. Dies geht über den Besetzungsabzug und die folgende Interaktionsarmut des Typ II hinaus.

Der Patient kann weiterhin Beziehung unterhalten, aber die Menschen scheinen ihm nichts mehr zu bedeuten. Man muss vermuten, dass er sich innerlich von den ihm bedeutsamen Bezugspersonen gelöst hat und emotional nicht mehr wirklich unter anderen Menschen lebt.

Vielleicht muss der Patient dieses Gewand der Unbeeindruckbarkeit wählen, da er nur dadurch vorausgegangene Kränkungen, Enttäuschungen und Ängste abwehren kann. In dieser Situation kann Skepsis ein möglicherweise letzter Gegenübertragungshinweis auf die lebensbedrohliche Lage sein.

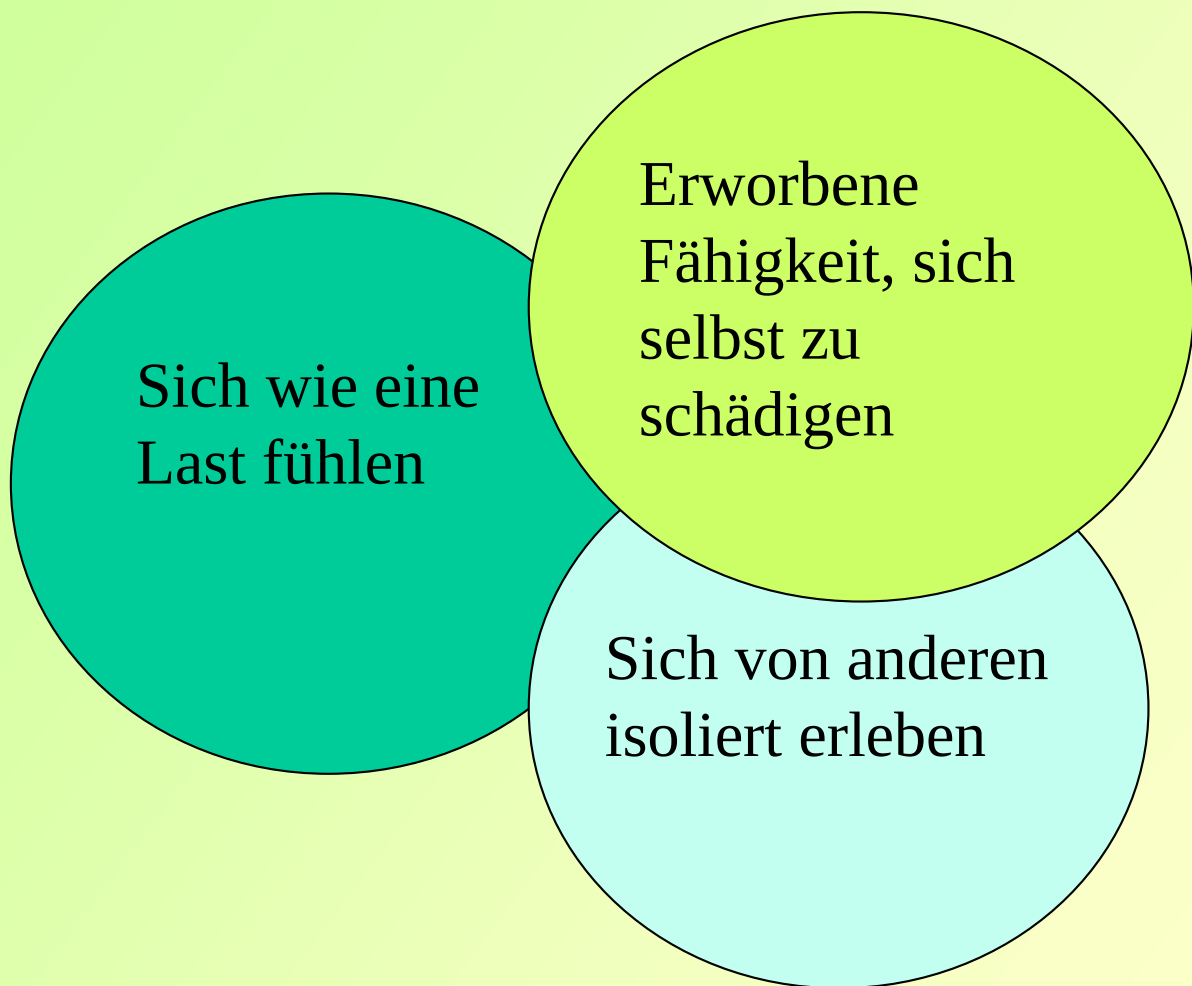
LITERATURLISTE

Krisenintervention und Suizidverhütung



- Sonneck, G. (Hrsg.): Krisenintervention und Suizidverhütung, Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. Facultas, Wien 2012.
- Kast, V.: Der schöpferische Sprung, Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. Walter-Verlag, Olten 2001.
- Kast, V.: Zeit der Trauer, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz Verlag, Stuttgart 2006.
- Dörner, K & Plog U.: Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/PT. Psychiatrie Verlag, Bonn 2004.
- Kind J.: Suizidal, Die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- Henseler, H. & Reimer, Ch. (Hrsg): Selbstmordgefährdung, Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart 1981.
- Haller, R. & Lingg, A.: Selbstmord, Verzweifeln am Leben?. Hannibal, Wien 1987.
- Cullberg G.: Krisen und Krisentherapie, Psychiatrische Praxis 5, 1978.
- Teismann, Tobias; Dormann, Wolfram: Suizidalität. Hogrefe – Verlag, 2014.
- Dormann. Wolfram: Suizid, Klett-Cotta, 2012

Interpersonell-psychologische Theorie des Suizids (Joiner 2005)



Suizid-
wunsch



Erworbene
Fähigkeit