

Suizid - Selbsttötung

Definition: Selbsttötung ist eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung mit tödlichem Ausgang. Es ist nicht entscheidend, ob der Tod beabsichtigt wurde oder nicht. (Hömmen 1989)

Das Präsuizidale Syndrom (Ringel 1953):

1. Einengung der persönlichen Möglichkeiten:
 - situationsbezogen, dynamisch, zwischenmenschlich und wertspezifisch;
 - hervorgerufen durch Lebensereignisse, eigenes Fehlverhalten oder mangelnde Fähigkeiten;
 - im Gefühlsleben beschränkt auf depressive Gefühle und Angst.
2. Frustration und Aggressionen gegen die eigene Person.
3. Selbstmordphantasien (vage bis konkret, aktiv herbeigeführt bis zwanghaft).

Risikogruppen:

- 1) Alle depressiven Patienten
 - 2) Alkoholiker, Medikamenten- und Drogenabhängige
 - 3) Alte und Vereinsamte
 - 4) Personen, die einen Suizid ankündigen
 - 5) Personen, die durch einen Suizidversuch auffällig geworden sind.
- (Haenel und Pöldinger 1986)

Risikomerkmale:

- 1) Männlich
- 2) Männlich und 35-54 Jahre (10 x höher als bei Frauen)
- 3) Ende einer Partnerschaft
- 4) Arbeitslosigkeit
- 5) Alleinlebend
- 6) Krankheit

7) Psychische Erkrankung (inkl. Alkoholismus)
(Kreitmann 1986)

Zehn Signale für Selbsttötungsabsichten (Shneidman 1988)
und daraus abgeleitete therapeutische Konsequenzen:

1 Unerträgliche psychische Schmerzen

Lebenssituationen, in denen der psychische Druck oder auch physische Schmerzen so stark sind, daß der Klient nur noch an eine schnelle Beendigung der Situation denken kann. Therapeutisches Ziel muß also die möglichst schnelle Verminderung dieser Belastungen sein. Ist dies auch langfristig nicht möglich, wie zum Beispiel bei physischen Schmerzen mancher terminalen Erkrankungen, so kann diese Situation auch Fragen des humanen Sterbens aufwerfen

2 Frustrierte psychologische Bedürfnisse

Ein Mangel an Sicherheit, Vertrauen, Liebe, Freundschaft, Erfolg oder anderen Essentialien, die unser Innenleben stark bestimmen, ist bei jedem Suizidalen zu finden. »Wo schmerzt es Dich?« ist nach Shneidman die beste Frage an diesem Punkt. In den Antworten geht es oft um den Verlust eines hohen Wertes (Beruf, Existenzgrundlage, Partnerschaft etc.), was in die Therapieplanung einbezogen werden muß.

3 Die Suche nach einer Lösung

Dabei erscheint der Suizid neben anderen Fluchtmöglichkeiten wie Auswandern oder Umziehen als einzig möglicher Ausweg aus der unerträglichen Situation. Diese Suche kann später therapeutisch durch ein Problemlösetraining (D'Zurilla & Goldfried 1971) aufgegriffen werden.

4 Der Versuch, das Bewußtsein zum Schweigen zu bringen

Dieser Wunsch nach einem Ende von Erleben und Denken kann sich z. B. auch nur in dem Hören lauter Musik, extremen Schlafbedürfnissen oder dem Konsum von Drogen inkl. Alkohol und Psychopharmaka äußern. Eine konfrontierende Haltung zu gegebener Zeit kann dem Klienten zeigen, daß dieses Verhalten seine Probleme nicht löst, sondern eher noch vergrößert.

5 Hilf- und Hoffnungslosigkeit

Dieses Gefühl, welches den anderen Gefühlen wie Schuld, Verletztheit oder Trauer zugrunde liegt, muß als eigentlicher Auslöser für einen Suizid gewertet werden. Es ist nach der „Theorie der gelernten Hilflosigkeit“ (Ahranson, Seligman & Teasdale 1978) begleitet von einer gegen Null gehenden Kontrollerwartung, und ist erzeugt durch ungünstige Attribuierungsgewohnheiten (vgl. Dorrman & Hirsch 1981). Therapeutisch können diese Denkmuster durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung (Reattribution) angegangen werden (Meichenbaum 1977, Dorrman 1987b).

6 Einengung der Optionen

Wie depressive Patienten tendieren Suizidale zu einem Alles-oder-nichts-Denken. Es gibt meist nur zwei Alternativen (z. B. *Die oder keine!*), was auch bedeuten kann: die totale Lösung oder Suizid. D.h.: der Patient muß angeleitet werden, die vielen Alternativen, aber auch Zwischenlösungen oder Kompromisse zu sehen.

7 Ambivalenz

Aus dieser Ambivalenz ergibt sich zunächst meist eine Unentschlossenheit zum Handeln. Sie zeigt sich auch in dem häufig anzutreffenden inneren Konflikt »Hilf mir, aber ich bin es eigentlich gar nicht wert!« Dies drücken Klienten natürlich nicht direkt aus, sondern sie sagen z. B.: „*Ich möchte aber nicht, daß Sie jetzt nur wegen mir länger da bleiben.*“ Die Ambivalenz bezieht sich auch auf das Leben und den Tod selbst, was sich in appellativen Suizidhandlungen niederschlagen kann. Der Klient kann spätestens dann darauf aufmerksam gemacht werden, daß es einen Teil seiner Person gibt, der wohl eher dafür ist, zu leben. (s. auch Kap. 3.9).

8 Die Mitteilung der Absicht

Sie kann manchmal sehr indirekt geschehen, und zwar verbal oder im Verhalten, z. B. indem jemand wertvolle Dinge verschenkt, in auffälliger Weise seine Angelegenheiten regelt, medizinische Behandlungen (sinnvolle! Bestrahlungen und Chemotherapie etc.) vermeidet oder abbricht. Diesen Hinweisen und natürlich auch sehr deutlichen, demonstrativen Suiziddrohungen muß nachgegangen werden, da der Betroffene in der Regel dadurch auf seine scheinbar aussichtslose Situation aufmerksam machen will.

9 Abschied

Patienten sehen den Suizid vor allen Dingen als Abschied und verkennen, daß dieser nicht mit einer Kündigung oder einem Ortswechsel vergleichbar ist. Ihnen muß deutlich gesagt werden, daß sie einen endgültigen Abschied vorhaben, keine endgültige Lösung für ein vorübergehendes Problem

10 Problemlösungs-Muster im bisherigen Leben

Oft lassen sich in der Lebensgeschichte der Patienten Problembewältigungen finden, die als Fluchtverhalten einzustufen sind (z. B. einige Tage nicht nach Hause kommen, von der Arbeitsstelle fernbleiben, bis die Kündigung erfolgt, u. ä.). Der Patient soll im Laufe der Gespräche erkennen, daß dies ein vorschnelles Aufgeben ist.

(Dorrmann 1998)

Indirekte Äußerungen und versteckte Hinweise auf Selbsttötungsabsichten:

*Ich falle jedem zur Last -
 Ich mache das nicht mehr mit.
 Meine Lage wird sich nie bessern.
 Ich möchte, daß das alles aufhört.
 Ich schaffe das nicht mehr -
 Manchmal habe ich Gedanken, das ist eine richtige Sünde
 Wenn ich mal nicht mehr (da) bin.....
 Die werden schon noch sehen.....
 Die auf dem Friedhof sind manchmal zu beneiden
 Mein ganzes Leben ist sinnlos gewesen.
 Manchmal möchte ich nur noch schlafen
 Vielleicht sehen wir uns nicht mehr.
 Ich danke für Ihr Bemühen und die Geduld, Sie haben wirklich alles versucht.
 Leben Sie wohl! (statt: Auf Wiedersehen!)*

Man kann sich doch auch nicht so einfach davonstellen.

Ich hasse dieses Leben.

Wenn ich meinen Glauben nicht hätte, hätte ich schon längst aufgegeben.

...dann ist es schon zu spät.

Es gibt auch noch einen anderen Weg.

Ich will einfach Ruhe haben, nichts mehr hören und sehen.

...

(Dorrmann 1998)

Wenn Sie mit jemandem darüber reden wollen, steht Ihnen Pfr. Maas hierfür zur Verfügung