

Medizin

Am Abgrund

Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten. Von Philipp Horn



Die Mehrzahl der Suizidversuche findet außerhalb einer Öffentlichkeit statt und bleibt daher zunächst unbemerkt. Dementsprechend sind Rettungskräfte vergleichsweise selten mit Personen konfrontiert, die unmittelbar vor einer suizidalen Handlung stehen. Umso mehr geht es hierbei ausnahmslos „um Leben und Tod“. Die verbreitete Annahme, dass keine reale Suizidgefahr mehr nach Eintreffen der Rettungsmitarbeiter bestünde, lässt sich nicht bestätigen. Selbst nach mehrstündigen Verhandlungen kann es noch zur Umsetzung der Suizidabsichten kommen.

Rettungsmitarbeiter stellen Suizideinsätze eine besondere Herausforderung dar. Zum einen ist ein direktes Zugreifen oft nicht möglich oder birgt das Risiko der Eigengefährdung. Zum anderen führen fehlende Handlungspläne und geringe Kenntnisse in der Krisenintervention mit Suizidanten zu Überforderung, Verunsicherung und Missmut bei den Helfern.

Bei Rettungseinsätzen aller Art gilt es primär, das Risiko der Eigengefährdung so gering wie möglich zu halten. Der rasche Zugriff, d.h. die körperliche Überwältigung als Interventionsmaßnahme ist für die Rettungskräfte riskant. Für eine verbale Deeskalation sprechen aber auch eine Reihe weiterer Gründe, etwa ist hier von einer besseren Prognose der psychiatrischen Folgebehandlung auszugehen.

Um eine Verhandlung mit Suizidanten zielführend und effizient zu

gestalten, ist nicht nur die Kenntnis spezifischer Gesprächstechniken, sondern ebenso ein Verständnis der psychischen Realität des Betroffenen notwendig. Insofern widmet sich der nächste Abschnitt den Hintergründen und Motiven suizidalen Verhaltens sowie den klassischen und aufgrund ihrer hohen Relevanz für die Praxis noch heute aktuellen Suizidtheorien von Ringel und Pöldinger.

Suizidale Krise

Suizidalität ist keine psychische Erkrankung, sie ist die krisenhafte Zuspitzung einer krankhaften Entwicklung, die sich über wenige Wochen bis hin zu mehreren Monaten und Jahren erstrecken kann. Sie ist Ausdruck einer inneren wie auch äußeren Not. Dabei liegt ihr generell eine Ambivalenz zwischen Leben und Tod zugrunde. Suizidanten wollen nicht unbedingt sterben, aber eben nicht mehr so weiterleben wie bisher. Daher lässt sich Suizidalität häufig auch als Ausdruck eines Wunsches nach einer Lebenspause verstehen.

Die Hintergründe von Suizidabsichten können sehr unterschiedlich sein, so wie auch die Betroffenen sehr unterschiedlich sind. Dennoch ergeben sich aus umfassenden Untersuchungen bestimmte Risikofaktoren, die Patterson in der SAD-PERSONS-Skala (Tab. 1) zusammengefasst hat. Treffen verschiedene Risikofaktoren zusammen, kristallisieren sich Risikogruppen heraus (z. B. Partnerschaftskrise bei depressiver Erkrankung), die für die Einschätzung des Suizidrisikos bedeutend sind. Für die Verhandlungsführung

mit akut suizidalen Personen erweist sich die SAD-PERSONS-Skala als sinnvolle Orientierungshilfe für die zu erwartende Konfliktkonstellation.

Hilfreiche und praktisch nachvollziehbare Hinweise zum Verständnis der suizidalen Entwicklung bieten die beiden klassischen Suizidtheorien von Walter Pöldinger und Erwin Ringel. Während Pöldinger primär auf die suizidale Entwicklung in den drei aufeinanderfolgenden Phasen „Erwägen“, „Abwägen“ und „Entscheiden“ eingeht, beschreibt Ringel die für Suizidanten charakteristischen Merkmale, die sich im Vorfeld einer Suizidhandlung manifestieren: Einengung, Aggressionsumkehr, unkontrollierbare Suizidgedanken.

Überhörte Hilferufe

Die von Pöldinger beschriebenen Stadien der suizidalen Entwicklung sind eng verbunden mit dem Verhalten des Betroffenen. So zeigt sich in einer ersten Phase des Erwägens, dass der Betroffene den Suizid als mögliche Problemlösung für den zugrunde liegenden Konflikt in Betracht zieht und dies seinem Umfeld meist auch kommuniziert. Diese

Hinweise („das alles macht keinen Sinn mehr“, „ich kann nicht mehr“, „da gibt es keinen Ausweg“) sind als Appell zu verstehen. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass etwa 80 Prozent der Suizidversuche zuvor angekündigt waren, mehr als die Hälfte der Suizidanten suchte noch in den vier Wochen vor Suizid einen Arzt auf. In der Regel werden solche Appelle vom Umfeld aber nicht aufgegriffen. Die Betroffenen fühlen sich in ihrer Not allein gelassen und geraten zunehmend in eine Ambivalenz zwischen Leben und Tod. Suizidankündigungen werden offensiver und offener, meist aber nicht mehr verbal kommuniziert. Es kommt zu ersten suizidalen Handlungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Rettung mit einschließen, wie etwa Pulsaderschnitt und Alarmierung des Notarztes. Beide Handlungen sind im Sinne der Ambivalenz als „echt“ einzustufen, zumal in dieser Phase des Abwägens auch ein zunehmendes, wenn auch nicht mehr verbal kommunizierbares Unvermögen eintritt, sich von den Suizidgedanken zu distanzieren. Kommt es zum Entschluss, so tritt eine „trägerische Ruhe“ ein. Der eigene Tod gilt als einziger Ausweg aus

der Krise, die Kommunikation über Suizidgedanken wird als sinnlos eingestuft und eingestellt, Vorbereitungen zum Suizid werden getroffen, eine innere Beruhigung tritt ein. Angehörige und Bekannte sind in dieser Phase meist sehr erleichtert, nach erfolgtem Suizid äußern sie typischerweise ihre Ratlosigkeit.

Präsuizidales Syndrom beachten

Innerhalb der suizidalen Entwicklung treten verschiedene Merkmale auf, die Ringel als präsuizidales Syndrom umfasst (Tab. 2). Insbesondere vor dem Hintergrund einer Verhandlungsführung gewähren Ringels Beobachtungen einen Einblick in die psychische Realität suizidaler Personen. Einengung als zentrales Merkmal beschreibt das kontinuierliche Wegfallen von Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten – spricht verschiedener Möglichkeiten, eine Krise zu überwinden oder sich Verwandten und Bekannten in ihrer Not mitzuteilen – sowie des Wahrnehmens positiver Informationen. Die Betroffenen geraten stattdessen immer stärker in eine Art „Tunnelblick“, sodass sich Denken und Gefühle zunehmend auf suizidale Handlungen fokussieren. Dabei ist es den Betroffenen nicht mehr möglich, aggressive Gefühle wie Wut und Ärger auszudrücken. Typischerweise richten sie diese – wie auch depressive Menschen – gegen das eigene Selbst (z. B. „weil ich ein Versager bin“, „ich bin es nicht wert“). Suizidgedanken, die zunächst aktiv (als eine mögliche Handlungsoption) erwogen werden, gewinnen an Eigen-dynamik und drängen sich dem Be-

Tabelle 1: SAD-PERSONS-Skala

- Suizidversuch in der Vorgeschichte
- Alter (hohes Lebensalter)
- Depression (und andere psychische Störungen)
- Partnerschaftskrisen/keine Partnerschaft
- Einsamkeit
- Realitätsverlust
- Sucht
- Organische Krankheiten
- Männliches Geschlecht
- Suizidmittel vorhanden

troffenen passiv auf, sodass sie nicht mehr kontrollier- und steuerbar sind.

Motive der Suizidalität

Ermöglicht uns die SAD-PERSONS-Skala einen Hinweis auf die zugrunde liegende Konfliktlage, die klassischen Theorien von Ringel und Pödlinger einen Einblick in die suizidale Entwicklung und die psychische Realität des Suizidanten, so bleibt die Frage offen, was das Motiv, vielleicht auch das Ziel einer suizidalen Handlung ist. Menschen in akut suizidalen Krisen tendieren dazu, ihre inneren Konflikte in Handlungen zu kommunizieren. Durch zunehmende Realitätsverzerrung und sozialen wie psychischen Rückzug geraten sie in das Unvermögen, innere Konflikte vielschichtig wahrzunehmen und verbal auszudrücken.

Ein häufiges Motiv suizidaler Handlungen ist auch der Wunsch nach Ruhe, Frieden, Pause. Jenes Motiv finden wir häufig bei Menschen mit traumatischen Erlebnissen, an die sie in Form von Alpträumen und Flashbacks auf unerträgliche Weise erinnert und von denen sie innerlich immer wieder bedroht werden. Andere Beweggründe können sein, sich opfern oder etwas erreichen wollen (manipulieren), Flucht oder die Sehnsucht nach einem Verstorbenen. Letztere sind häufig Motive bei Suiziden von Kindern. Das Motiv suizidaler Handlungen wird in der Regel als Gefühl im Gegenüber offenbar. Das bedeutet, dass Ärger, Wut, das Gefühl, nichts mit dem anderen zu tun haben wollen oder Hoffnungslosigkeit auf der Seite des Helfers einen entscheidenden Hinweis auf den Beweggrund des Suizidanten zulässt und dementsprechend nicht unterdrückt werden muss.

Verhandlungsleitfaden

Der hier vorgestellte Leitfaden zur Gesprächsführung mit Suizidanten gründet auf bereits etablierten Kriseninterventionstechniken sowie theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen mit Menschen in suizidalen Krisen. Zu berücksichtigen vor alledem sind aber die Gegebenheiten eines Rettungseinsatzes, u. a. hoher Zeitdruck, geringe psychologisch-psychiatrische Kenntnisse und mangelnde Routine der Rettungskräfte aufgrund geringer Fallzahlen. Sie bilden die Rahmenbedingungen für den Gesprächsleitfaden. Der Gesprächsleitfaden umfasst vier strukturierte Phasen die aufeinander bezogen sind (Tab.3).

Einer ausführlichen Erläuterung der einzelnen Verhandlungsphasen sind grundsätzliche Prinzipien voranzustellen, die eine sichere Verhandlungsführung erst ermöglichen:

Die Sicherheit der Rettungskräfte hat höchste Priorität. Die verbale Deeskalation ist Mittel der Wahl, da sie die geringsten Risiken für die Rettungskräfte birgt. Eigene Sicherung in der Höhe sowie eine ausreichende räumliche Distanz zum Suizidanten sind einzuhalten.

Die psychische Belastung der Rettungskräfte ist so gering wie möglich zu halten. Robuste Kriseninterventionen, z. B. paradoxe Interventionen („Na los, dann springen Sie!“), „Tun Sie es doch, dann ist es endlich vorbei!“ wirken zunächst zwar abgeklärt und können sogar in der Realität erfolgreich verlaufen. Entschließt sich der Suizidant aber dennoch für den eigenen Tod, so ist mit massiven

Tabelle 2: Präsuizidales Syndrom

- **Einengung:** Einschränkung der Handlungs- und Kommunikationsmöglichkeiten sowie der Wahrnehmung positiver Informationen („Tunnelblick“)
- **Aggressionsumkehr:** Wut und Ärger richten sich gegen die eigene Person
- **Unkontrollierbare Suizidgedanken:** Suizidgedanken drängen sich den Betroffenen passiv, unwillkürlich auf

Tabelle 3: Verhandlungsleitfaden

- **Phase 1 – Kontakt herstellen:** Name, Funktion und Rolle mitteilen, angstfreie, aber situationsbezogene Themen ansprechen.
- **Phase 2 – Zustand ansprechen:** Äußeren und vermuteten inneren Zustand beschreiben, Ambivalenz zwischen Leben und Tod ansprechen. Eigene Gefühle für das Verstehen des Suizidanten nutzen.
- **Phase 3 – Hintergrund erfragen:** Klären, was aktuell passiert ist, welche Personen involviert sind, ausufernde Berichte in die aktuelle Situation zurückführen.
- **Phase 4 – Verhandlung führen:** Scham über das gemeinsame Vorgehen reduzieren, Befürchtungen anerkennen, Hilfreiches in der Vergangenheit explorieren, Hoffnung schöpfen.

Schuldgefühlen auf der Seite des Helfers zu rechnen.

Klare und eindeutige Formulierungen fördern die Ernsthaftigkeit der Verhandlung. Ausweichende Wendungen wie „Sie wollen Schluss machen“ o. ä. verharmlosen die Situation und führen in der Regel zu langen, aufwendigen Verhandlungen. Stattdessen sind deutliche, aber sachliche Formulierungen zu wählen, etwa „Sie wollen sich umbringen“.

Forderungen des Suizidanten wird nicht nachgegeben. Es hat sich eingebürgert, Suizidanten Zigaretten, auch Tee oder Decken anzubieten. Dies widerstrebt einer zielorientierten Verhandlung und entspricht auch nicht mehr der Bedrohlichkeit der Situation (es geht schließlich um Leben und Tod). In keinem Fall sollten auf Aufforderung des Suizidanten Angehörige, Partner oder Bekannte hinzu geholt werden. Aus zweierlei Gründen: Zum einem droht die Verhandlungsführung außer Kontrolle zu geraten. Durchaus denkbar ist, dass etwa die hinzukommende Ehefrau ihren Mann auffordert doch endlich zu springen, dass er zu feige sei etc. Zum anderen besteht immer das Risiko, dass der Suizidant aus einem Rachegefühl heraus handelt und dem Angehörigen sozusagen „vor die Füße springt“. Stattdessen sind Alternativen anzubieten, wie etwa „Wir können ihre Frau nicht hinzuholen, aber sie können später mit einer Fachkraft klären, wie sie mit ihrer Ehekrise umgehen können“.

Kontakt herstellen

Wesentliches Ziel in der Anfangsphase ist es, einen Kontakt zum Suizidanten herzustellen, der im Weiteren die Grundlage für die Compliance des Suizidanten bildet. Der Helfer sollte sich zunächst mit Namen, Funktion und Rolle dem Betroffenen vorstellen, zudem ist der Name des Suizidanten zu erfragen. Als Einstieg in den Kontakt erweisen sich angstfreie Themen als sinnvoll, die aber gleichzeitig auf die Situation bezogen sein müssen (z. B. „Sollen wir uns Duzen oder Siezen?“). „Wie sind Sie hier hochgekommen?“. Sinnvoll ist es außerdem, die eigene Rolle in dieser Situation anzusprechen (z. B. „Ich wurde hier hinaufgeschickt, um mit Ihnen zu sprechen“). Anweisungen oder Aufforderungen wie „Treten Sie vom Fenstersims zu-

rück“ oder „Springen Sie nicht“ sind wenig hilfreich und unterbrechen den Kontakt.

Zustand ansprechen

Ist ein erster Kontakt in dem Sinne hergestellt, sodass der Suizidant den Helfer registriert, Blickkontakt aufnimmt oder ihn anspricht sollte die äußere und innere Situation des Suizidanten in Worte gefasst werden. Zum Hintergrund: Menschen in akuten Krisensituationen können keinen klaren Bezug mehr zur Realität herstellen, sie sind, wie erwähnt, in

„In keinem Fall sollten auf Aufforderung des Suizidanten Angehörige, Partner oder Bekannte hinzu geholt werden.“

ihrem „Tunnelblick“ gefangen und nur mäßig orientiert. Daher wirkt es in der Regel deutlich entlastend, wenn der Helfer die Realität in Worte fasst (z. B. „Sie stehen hier auf dem Dach und wollen springen“). Neben der äußeren Orientierung gilt es auch, eine innere Orientierungshilfe anzubieten. Wir wissen, dass Suizidanten zwischen Leben und Tod schwanken, über ihre Situation verzweifelt sind, sich gleichzeitig auch als Versager erleben und sich schämen. In Worte gefasst hieße das: „Sie schwanken zwischen Leben und Tod. Ich kann mir vorstellen, dass Sie verzweifelt sind und keinen Ausweg sehen. Gleichzeitig glaube ich, dass Sie leben möchten und hoffen, dass alles gut wird“. Wichtig ist es, zunächst keine Lösungsvorschläge anzubieten. Zu diesem Zeitpunkt werden sie wahrscheinlich abgelehnt und drängen den Betroffenen in die Gegenposition.

Hilfreich in dieser Phase ist das Modell der Affektregulation zu zweit. Wie erwähnt, neigen Menschen in Krisen dazu, eigene Gefühlszustände szenisch darzustellen. Der Helfer fühlt sich etwa selbst hilf- oder sprachlos. Statt über belanglose Dinge wie die neusten Nachrichten oder den Wetterbericht zu reden und von diesen unangenehmen Gefühlen ab-

zulenken, ist es deutlich zielorientierter, dies anzusprechen („Ich merke, wie mich das selbst sprachlos macht“) und als gemeinsame missliche Situation zu kennzeichnen („Ich kann mir gut vorstellen, dass es Ihnen genauso geht, dass sie sich hilflos fühlen“). Gleiches gilt natürlich auch für negative Affekte wie Ärger und Wut („Sie beschimpfen und beleidigen mich gerade. Ich kann mir vorstellen, dass es Ihnen genauso geht, dass Sie sich gekränkt und betrogen fühlen“). Affektregulation zu zweit bedeutet nun, dass diese „unerträglichen“ Gefühle zu zweit bewältigt werden. Konkret hieße das: „Lassen Sie uns sehen, wie wir beide aus dieser Situation am besten herauskommen“.

Der stets konkrete Bezug zur aktuellen Realität ist aus zwei Gründen so wirksam. Zum einen zieht er Verhandlungen nicht in die Länge, zum anderen werden die inneren Zustände des Betroffenen aufgegriffen, nicht gelehrt oder kleingeredet, sondern ernst genommen. Dies schafft Vertrauen. Gleichzeitig bedeutet dieses Vorgehen für den Helfer eine Entlastung.

Hintergrund erfragen

Ist der Kontakt ausreichend stabil, vertraut und eine erste Orientierung des Betroffenen erreicht, so können die Hintergründe für seine Suizidalität erfragt werden. Ziel dieser Verhandlungsphase ist es nicht, ein therapeutisch wirksames Gespräch zu initiieren und Lösungen herauszuarbeiten, sondern vielmehr Informationen zu sammeln, die für die Verhandlungsphase von Nutzen sind: Was ist passiert und welche Personen sind involviert? Abschweifungen in Details oder in die Lebensgeschichte sollten dabei unterbrochen werden. Die Frage muss immer lauten, wozu ist das, was der Suizidant erzählt, in diesem Moment wichtig. Schnelle Lösungen sind nicht realistisch und werden dementsprechend auch nicht „abgekauft“. Allein die Äußerung seiner inneren Not bietet dem Suizidanten die Möglichkeit, aus seiner eingeengten Wahrnehmung herauszufinden.

Wichtig in derartigen Gesprächssituationen ist es, „Warum-Fragen“ zu vermeiden. Sie fördern einen Rechtfertigungszwang und beschädigen den mühsam erarbeiteten Kontakt. Daher: „Was ist los?“ oder „Was ist passiert?“ Sollten die Berichte ausufernd werden, ist es notwendig, den Suizidanten auf die aktuelle Situation zurückzuführen.

Verhandlung führen

Vor dem Hintergrund der doppelten Scham, also zunächst im Leben versagt zu haben und sich umbringen zu wollen und dann nicht einmal fähig sein, sich zu diesem Schritt konsequent zu entschließen, ist sorgfältig darauf zu achten, dass weitere Aktionen gemeinsam unternommen werden. Dies wirkt dem hohen Schamgefühl kurzfristig entgegen. Worte wie „Wir“, „Gemeinsam“, „Zusammen“ fördern das Gefühl der Sicherheit (z. B. „Wir gehen da jetzt gemeinsam herunter“). Dabei gilt es, keine Versprechungen zu machen, die unrealistisch sind oder nicht gehalten werden können. Suizidanten wissen oder ahnen zumindest, dass sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, daher müssen auch keine falschen Tatsachen vorgetäuscht werden. Oftmals können Patienten, sofern sie nicht mehr akut suizidal sind, nach wenigen Tagen in eine ambulante Behandlung entlassen werden. Dies kann man dem Suizidanten auch mitteilen.

Ein risikoreiches Festhalten des Suizidanten o. ä. ist zu unterlassen. Die Entscheidung zum Suizid trifft der Betroffene, nicht der Rettungsdienstmitarbeiter. Sie ist die Fortsetzung einer suizidalen Entwicklung und nicht die Konsequenz der Verhandlung. Zur eigenen Sicherheit gehört auch, traumarelevante Stimuli zu vermeiden, daher sollte möglichst weggehen, ggf. sollten die Ohren zugehalten werden. Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen oder Gefühlen der Unzulänglichkeit des Verhandlungsführers kann durch die unmittelbare Unterstützung der Einheit vor Ort, insbesondere durch uneingeschränktes Zusammengehörigkeitsgefühl entgegengewirkt werden. Schließlich handelt es sich nicht um den Einsatz eines Einzelnen. ■

Dr. Philipp Horn führt eine Praxis für Psychotherapie und Coaching in München. Er bietet Seminare und Vorträge zu den Themen Suizidalität, Krisenintervention und Umgang mit psychisch Erkrankten im deutschsprachigen Raum an: www.philipp-horn.de

Der ungekürzte Originalartikel „Person droht zu springen“ ist in Notfall Rettungsmed (DOI 10.1007/s10049-011-1448-6), ©Springer Verlag erschienen. Die gesammelten Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf www.springermedizin.at.

PycnoCardio® Q10 Gold

Die Herzformel



Mit Pycnogenol®-dosisverdient in über 130 wissenschaftlichen Studien

Kardioprotektives Wirkstoffkonzept mit dem Premiumrohstoff Pycnogenol® (Pinenindendextrakt) – schützt die Wände der Blutgefäße und fördert die Blutzirkulation

- ✓ Coenzym Q10 vom Weltmarktführer (Kaneka Q10™)
- ✓ hochwertigem Traubenkernextrakt
- ✓ den antioxidativen Vitaminen C und E
- ✓ Vitamin B1 für die Herzfunktion

Für ein gesundes Herz.

Gleich kostenlos und unverbindlich Therapieinformationen anfordern:

A: 0049-07952-23 11 11
D: 0049-079554-77 400-0
oder info@biogena.de

