

Notfall + Rettungsmedizin

German Interdisciplinary Journal of Emergency Medicine

Organ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) | Organ des Deutschen Rates für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC)

Elektronischer Sonderdruck für

P. Horn

Ein Service von Springer Medizin

Notfall Rettungsmed 2011 · 14:491–496 · DOI 10.1007/s10049-011-1448-6

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

P. Horn

Person droht zu springen

Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten

Notfall Rettungsmed 2011 · 14:491–496
 DOI 10.1007/s10049-011-1448-6
 Online publiziert: 10. April 2011
 © Springer-Verlag 2011

Redaktion

M. Baubin, Innsbruck
 J. Braun, Filderstadt
 H. Moecke, Hamburg
 C. Waydhas, Essen

P. Horn

Praxis für Psychotherapie und Coaching, München

Person droht zu springen

Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten

In Deutschland sterben jährlich mehr als 9000 Menschen durch Suizid [15]. Auf jeden Suizid fallen etwa 10–15 Suizidversuche. Die Mehrzahl der Suizidversuche – in über 80% durch Selbstvergiftung oder Schnitte [1], findet außerhalb einer Öffentlichkeit statt und bleibt daher zunächst un bemerkt. Dementsprechend sind Notärzte und Rettungskräfte vergleichsweise selten (2,3–3,7% aller Einsätze) mit Personen konfrontiert, die unmittelbar vor einer suizidalen Handlung stehen, sei es durch Sturz aus der Höhe bzw. vor Zug oder PKW, Erhängen oder Selbsttötung mit einer Waffe [8, 13]. Umso mehr geht es bei dem so benannten Einsatzbild „Person droht zu springen“ ausnahmslos „um Leben und Tod“. Dies erfordert ein verhandlungssicheres Vorgehen. 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.

Für Rettungsmitarbeiter stellen solche Einsätze 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 [2, 8]. Hinzu kommt, dass suizidale Situationen bzw. auch Suizidanten selbst sehr unterschiedliche, meist auch wider-

sprüchliche Gefühle wie Hilflosigkeit und Wut, Angst und Verachtung, Anspannung und Sprachlosigkeit im Gegenüber auslösen [6]. Eine Bewältigung der unangenehmen Gefühle durch konkretes Handeln ist aufgrund der Gegebenheiten meist nicht möglich.

➤ Es gilt primär, das Risiko der Eigengefährdung gering zu halten

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 bei psychiatrischen Patienten oder Suizidanten ist für die Rettungskräfte oft sehr riskant, insbesondere bezüglich des Verletzungsrisikos der Rettungsdienstmitarbeiter – ungeachtet der Gefährdung der Zielperson. Für eine verbale Deeskalation sprechen aber auch eine Reihe weiterer Gründe, v. a. ist hier von einer besseren Prognose der psychiatrischen Folgebehandlung [7] sowie geringeren psychischen Belastung der Rettungskräfte auszugehen [2]. Eine Übersicht zu Eigengefährdung im Umgang mit psychisch auffälligen Personen findet sich bei DGPPN [3].

Um eine Verhandlung mit Suizidanten zielführend und möglichst effizient zu gestalten, ist nicht nur die Kenntnis spezifischer Gesprächstechniken, sondern ebenso ein Verständnis der psychischen Realität des Betroffenen notwendig [5]. Insofern widmet sich der nächste Abschnitt den Hindergründen und Motiven suizidalen Verhaltens sowie den klassischen und aufgrund ihrer hohen Relevanz für

die Praxis noch heute aktuellen Suizidtheorien von Ringel [11] und Pöldinger [10]. Auf der Grundlage der theoretischen Erläuterungen wird ein Gesprächsleitfaden vorgestellt, der 4 Phasen der Verhandlung umfasst. Dieser Leitfaden dient der Orientierung in Verhandlungen wie auch einer notwendigen Verhandlungssicherheit.

Suizidale Krise

Suizidalität ist keine psychische Erkrankung. Sie ist die krisenhafte Zuspitzung einer krankhaften Entwicklung [11], 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 [4].

Die Hintergründe von Suizidabsichten können sehr unterschiedlich sein, so wie auch die Betroffenen sehr unterschiedlich sind. Dennoch ergeben sich aus umfassenden Untersuchungen von erfolgten Suiziden bestimmte Risikofaktoren, die Patterson in der SAD-PERSONS-Skala ([9], ■ **Tab. 1**, in deutscher Anpassung) zusammengefasst hat. Das Akronym aus

Die Überlegungen zu einem Verhandlungsleitfaden fanden in der Vorbereitung einer Fortbildung der Rettungsassistenten der Berufsfeuerwehr München in Zusammenarbeit mit Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. S. Hagen statt.

Tab. 1 Häufige Risikofaktoren: SAD-PERSONS-Scale. (Mod. an [9])
– Suizidversuch in der Vorgeschichte
– Alter (hohes Lebensalter)
– Depression (und andere psychische Störungen)
– Partnerschaftskrisen/keine Partnerschaft
– Einsamkeit
– Realitätsverlust
– Sucht
– Organische Krankheiten
– Männliches Geschlecht
– Suizidmittel vorhanden

Tab. 2 Präsuizidales Syndrom [11]: Merkmale der psychischen Realität von suizidalen Menschen
– 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

Tab. 3 Motive der Suizidalität
– Appell, Hilferuf
– Todeswunsch
– Hoffnungslosigkeit
– Flucht
– Pause, Ruhe finden
– Selbstaggression
– Rache
– Manipulation, etwas erreichen wollen
– Opfer, für etwas sterben wollen
– Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen
– Psychotische Motive

den 10 Anfangsbuchstaben setzt sich zusammen aus „sex“ (männliches Geschlecht), „age“ (höheres Alter), „depression“ (und andere psychische Erkrankungen), „previous attempt“ (vorheriger Suizidversuch), „ethanol abuse“ (Sucht), „rational thought loss“ (Realitätsverlust), „social supports“ „lacking“ (Einsamkeit und soziale Isolation), „organized plan“ (konkrete Suizidpläne), „no spouse“ (fehlende Partnerschaft), „access to lethal mean“ (Zugang zu Suizidmitteln) und „sickness“ (chronische Erkrankung oder finale Diagnose). Treffen verschiedene Risikofaktoren zusammen, kristallisieren sich Risikogruppen heraus (z. B. Partnerschaftskrise bei depressiver Erkrankung oder organi-

sche Erkrankung und Zugang zu Suizidmethoden), die für die Einschätzung des Suizidrisikos von Bedeutung 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 Pöldinger [10] und Ringel [11]. Während Pöldinger (Abb. 1) primär auf die suizidale Entwicklung in den 3 aufeinanderfolgenden Phasen „erwägen“, „abwägen“, „entscheiden“ eingeht, beschreibt Ringel die für Suizidanten charakteristischen Merkmale, die sich im Vorfeld einer Suizidhandlung manifestieren: Einengung, Aggressionsumkehr, unkontrollierbare Suizidgedanken.

Die von Pöldinger [10] 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% der Suizidversuche zuvor angekündigt waren, mehr als die Hälfte der Suizidanten suchte noch in den 4 Wochen vor Suizid einen Arzt auf [12]. In der Regel werden solche Appelle vom Umfeld aber nicht aufgegriffen – aus Hilflosigkeit, Unkenntnis oder schlicht aus Furcht vor manifesten („harten“) Konsequenzen (z. B. Einweisung in eine psychiatrische Klinik, Alarmierung der Polizei). Die Betroffenen fühlen sich in ihrer Not alleingelassen 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“ einzu-

stufen, 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 „trügerische 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: „ich verstehe das gar nicht, in letzter Zeit ging es ihm wieder viel besser, ich dachte, wir hätten das Schlimmste überstanden“.

➤ **Innerhalb der suizidalen Entwicklung gibt es ein präsuizidales Syndrom**

Innerhalb der suizidalen Entwicklung treten verschiedene Merkmale auf, die Ringel [11] 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 – sprich 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 Eigendynamik und drängen sich dem Betroffenen passiv auf, sodass sie nicht mehr kontrollier- und steuerbar sind.

P. Horn

Person droht zu springen. Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten

Zusammenfassung

Verhandlungen mit Suizidanten stellen für Rettungsmitarbeiter eine hohe Belastung dar. Aufgrund fehlender Handlungspläne und geringer Kenntnisse in der Krisenintervention führen sie zu Verunsicherung, Missmut, oftmals auch zu langwierigen Verhandlungen. Für eine effiziente und zielorientierte Verhandlung ist zunächst das Verständnis der Hintergründe und Motive sowie der psychischen Realität der Betroffenen notwendig. Die klassischen Suizidtheorien von Ringel und Pöldinger bieten hier eine erste Orientierung. Neben grundlegenden Prinzipien der

Krisenintervention wird in diesem Artikel ein Verhandlungsleitfaden vorgestellt, der die 4 aufeinanderfolgenden Phasen „1. Kontakt herstellen, 2. Zustand ansprechen, 3. Hintergrund erfragen und 4. Verhandlung führen“ umfasst. Ausführliche Verhandlungsskizzen sollen den Helfern vor Ort eine größere Verhandlungssicherheit ermöglichen.

Schlüsselwörter

Suizid · Rettungsmitarbeiter · Krisenintervention · Verhandlungsleitfaden · 4 Phasen

Persons threatening to jump. Crisis negotiation with suicidal persons

Abstract

Negotiations with suicidal persons produce a high level of mental stress for the emergency services. A lack of general practice and low knowledge in crisis interventions lead to uncertainty, displeasure and sometimes to long negotiations. For an efficient and goal-oriented negotiation a comprehension of the reasons and motivation and mental state of the person concerned is necessary. The classical theories of suicide by Ringel and Pöldinger provide an initial orientation. Besides the basic principles of crisis intervention this article

presents an approach to negotiations which includes the four subsequent phases of 1 making contact, 2 describing the situation, 3 asking for reasons and 4 carrying out negotiations. Several examples of negotiation may give confidence in the practical process of negotiation.

Keywords

Suicide · Emergency services · Crisis intervention · Approach to negotiations · 4 phases

Ermöglicht uns die SAD-PERSONS-Skala einen Hinweis auf die zugrunde liegende Konfliktlage, die klassischen Suizidtheorien von Ringel und Pöldinger einen Einblick in die suizidale Entwicklung und die psychische Realität des Suizidanten, so bleibt die Frage offen, was der Beweggrund, das Motiv, vielleicht auch das Ziel einer suizidalen Handlung ist (■ **Tab. 3**). 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. Zur Verdeutlichung: Per Anruf in der Leitstelle teilt ein Mann in nüchternem Ton mit, dass er sich jetzt vor den Zug werfen werde und ihn niemand davon abhalten könne. Er wolle nicht sagen, wo er sich befinde, das würde man schon noch früh genug herausfinden. Wenige Sekunden später sind die Warnsignale eines Zuges zu hören, die Verbindung reißt ab. Auf den ersten Blick erscheint der Anruf völlig widersinnig. Kein Appell oder Hilferuf. Der Anrufer hinterlässt nichts als ein Gefühl der Hilflosigkeit, später auch der Wut. Gehen wir davon aus, dass der Anrufer seine inneren Konflikte und Gefühle szenisch, d. h. in einer Handlung kommuniziert, können wir die Situation wie folgt verstehen: Der Anrufer fühlt sich hilflos und ohnmächtig (induziert diese Gefühle in sein Gegenüber), die Ungerechtigkeit des Schicksals oder die Art, wie er behandelt wurde (er greift sich wahllos ein Gegenüber, das er in emotionale Bedrängnis bringt), macht ihn grenzenlos wütend (ein Gefühl, das im Gegenüber später aufkommt). Er übt Rache an seinen Mitmenschen, „der Welt“ und nimmt dafür seinen Tod in Kauf.

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



Abb. 1 ◀ Stadien der suizidalen Entwicklung. (Nach [10])

einem Verstorbenen. Letztere sind häufig Motive bei Suiziden von Kinder. 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 [14] sowie theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen mit Menschen in suizidalen Krisen. Zu berücksichtigen vor allem 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 4 strukturierte Phasen (■ Tab. 4), die aufeinander bezogen sind:

- Kontakt herstellen,
- Zustand ansprechen,
- Hintergrund erfragen,
- Verhandlung führen.

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. Eigen-

ne 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 Schuldgefühlen auf der Seite des Helfers zu rechnen.

Krisenintervention erfordert einen festen Ansprechpartner. Ein Austausch der Verhandlungsführung ist nur dann umzusetzen, wenn der Verhandlungsführer selbst sich überfordert fühlt oder erschöpft ist. Ansonsten gilt es einen festen Verhandlungsführer einzusetzen, die anderen Rettungskräfte halten sich einsatzbereit im Hintergrund.

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, bei kaltem Wetter auch Tee oder Decken anzubieten. Dies widerspricht einer zielorientierten und zeitökonomischen Verhandlung und entspricht gleichzeitig 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 Verhand-

lungsführung außer Kontrolle zu geraten. Durchaus denkbar ist, dass beispielsweise 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 (das Mitwirken) des Suizidanten bildet. Der Helfer sollte sich zunächst mit Namen, Funktion und Rolle dem Betroffenen vorstellen. („Mein Name ist J.M., ich bin Rettungsassistent bei der Berufsfeuerwehr ...“). 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 Dutzen oder Siezen?“; „Wie sind Sie hier hochgekommen?“ etc.). 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 zurück“ oder „Springen Sie nicht“ sind wenig hilfreich und unterbrechen eher den Kontakt.

Zustand ansprechen

Ist ein erster Kontakt in dem Sinne hergestellt, als dass der Suizidant den Helfer registriert, Blickkontakt aufnimmt oder ihn anspricht (auch „Bleiben Sie zurück“, „Kommen Sie nicht näher, sonst springe ich“ etc.) 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 ihrem „Tunnelblick“ gefangen und nur mäßig orientiert. Daher wirkt es in der Regel deutlich entlastend, wenn der Helfer die Rea-

lität in Worte fasst (z. B. „Sie stehen hier auf dem Dach und wollen springen, dort unten steht eine Menge Polizei und Feuerwehr“). 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 dementsprechend vor sich und anderen dafür schämen. In Worte gefasst hieße das: „Sie schwanken zwischen Leben und Tod. Ich kann mir vorstellen, dass Sie sehr verzweifelt sind und keinen Ausweg mehr sehen. Gleichzeitig habe ich aber auch den Eindruck, dass Sie leben möchten und Hoffnung haben, dass alles gut wird“. Wichtig ist es, zunächst keine Lösungsvorschläge anzubieten. Zu diesem Zeitpunkt werden sie aller Wahrscheinlichkeit nach abgelehnt und drängen den Betroffenen in die Gegenposition.

► Das Modell der Affektregulation zu zweit ist hilfreich

Hilfreich in dieser Phase des Gesprächs ist das Modell der Affektregulation zu zweit [5]. Wie erwähnt, neigen Menschen in Krisen dazu, eigene Gefühlszustände szenisch darzustellen. Der Helfer fühlt sich beispielsweise selbst hilflos oder sprachlos. Statt über belanglose Dinge wie die neusten Nachrichten oder den Wetterbericht zu sprechen und von diesen unangenehmen Gefühlen abzulenken, 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 sprachlos sind“ oder „... 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 wirk-

Tab. 4 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

sam. Zum einen zieht er Verhandlungen nicht unnötig in die Länge, zum anderen werden die inneren Zustände des Betroffenen aufgegriffen, nicht geleugnet oder kleingeredet, sondern ernst genommen. Dies schafft Vertrauen und Vertrautheit. Gleichzeitig bedeutet dieses Vorgehen für den Helfer eine Entlastung. Denn schwierige Gesprächssituationen, die von der eigenen Hilf- oder Hoffnungslosigkeit, Sprachlosigkeit oder Angst, Betroffenheit oder dem Gefühl, dem nicht gewachsen oder unfähig zu sein, geprägt sind, können direkt ins Gespräch gebracht werden und verlieren somit ihre Mächtigkeit. Gewissermaßen werden sie dadurch steuer- und kontrollierbar.

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. Der Betroffene, der sich in einem „Tunnelblick“ befindet, lässt sich seine Probleme nicht relativieren. Auch schnelle Lösungen sind nicht realistisch und werden dementsprechend auch nicht „abgekauft“. Allein die Äußerung seiner inneren Not bietet dem Suizidanten die Möglichkeit, aus seiner

eingeeengten 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, d. h. nicht mehr nur die aktuelle Lage betreffen, ist es notwendig, den Suizidanten auf die aktuelle Situation zurückzuführen: „Ich kann mir vorstellen, wie schwierig/schmerzhaft das für Sie ist, im Moment geht es aber darum, dass Sie hier auf der Brücke stehen und drohen herunterzuspringen, gleichzeitig aber auch Hilfe suchen“.

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 des Betroffenen („Wir gehen da jetzt gemeinsam herunter“, „Wir werden das hier zusammen durchstehen“ etc.). Dabei gilt es, keine Versprechungen zu machen, die unrealistisch sind oder nicht gehalten werden können. Suizidanten wissen oder ahnen zumindest, dass sie in der Folge in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, daher müssen auch keine falschen Tatsachen vorgetäuscht werden. Hilfreicher wäre beispielsweise „Wir kümmern uns darum, dass Sie Hilfe bekommen“.

Sollte der Betroffene die Furcht vor Stigmatisierung äußern oder schlechte Erfahrungen während eines psychiatrischen Aufenthalts gemacht haben, sind ihm diese Gedanken nicht abzusprechen. Vielmehr sind seine Befürchtungen anzuerkennen („Ich kann mir vorstellen, dass es für Sie schlimm war ...“) und durch Hoffnung schöpfende Anmerkungen zu ergänzen („... es gab aber bestimmt auch etwas, das ihnen geholfen hat, ein Arzt oder eine Schwester, zu der Sie Vertrauen hatten“). 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.

Beim gemeinsamen Heruntergehen ist der Betroffene aufgrund der deutlich erlebbaren Konfrontation mit der Realität (ein oft großes Aufgebot an Rettungskräften, Polizei und Schaulustigen) in Kontakt zu halten, um seine Entscheidung für das Leben noch halten zu können. Dies muss nicht notwendigerweise verbal sein, sondern kann ebenso über die Aufrechterhaltung der Konzentration und Präsenz des Helfers erfolgen. Kurz: Für den Retter ist die Aufgabe erst dann erledigt, wenn er den Betroffenen seinen Kollegen übergibt.

- **Sollte sich der Betroffene trotz Verhandlung dazu entschließen, seine Suizidabsichten umzusetzen, ist auch hier unbedingt auf die eigene Sicherheit zu achten.**

Ein risikoreiches Festhalten des Suizidanten o. ä. ist in jedem Falle 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 weggesehen, 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. Ein Mitarbeiter der kol-

legialen Krisenbewältigung sollte bei der Nachbereitung auf jeden Fall hinzugezogen werden, um weitere Belastungen zu mildern.

Fazit für die Praxis

- **Eine effiziente und zielführende Verhandlung mit Suizidanten setzt ein Grundverständnis der Hintergründe und Motive sowie der psychischen Realität des Betroffenen voraus.**
- **Klare und deutliche Formulierungen sowie der stetige Bezug zur aktuellen Situation verkürzen die Verhandlungsdauer.**
- **Der Helfer bietet dem Suizidanten eine äußere Orientierung und erkennt seine Ambivalenz zwischen Leben und Tod an.**
- **Erfragte Hintergründe der suizidalen Krise können für die spätere Verhandlung genutzt werden. Dabei sollte Forderungen nach Möglichkeit nicht nachgegeben werden.**
- **Der Fokus der letztendlichen Verhandlung liegt auf der Reduktion der Scham sowie hilfreichen Erfahrungen des Suizidanten.**
- **Während der gesamten Verhandlung sollte die Sicherheit der Rettungskräfte immer höchste Priorität haben.**

Korrespondenzadresse

Dr. P. Horn



Praxis für Psychotherapie und Coaching
Theresienstraße 23, 80333 München
mail@philipp-horn.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Althaus D et al (2004) Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt* 75(11):1123–1135
2. D'Amelio et al (2006) Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. *Notfall- und Rettungsmedizin* 9:194–204

3. DGPPN (2009) Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff, Darmstadt
4. Giermalczyk T (2003a) Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. dgvt, Tübingen
5. Giermalczyk T (2003b) Psychodynamische Krisenintervention. Affektregulation zu zweit. *Psychotherapie im Dialog* 4(4):347–353
6. Kind J (1992) Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoecke und Ruprecht, Göttingen
7. Pajonk FG et al (2002) Suicides and Suicide Attempts in Emergency Medicine. *Crisis* 23(2):68–73
8. Pajonk FG et al (2004) Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. Eine Reevaluation nach 7 Jahren. *Anaesthesist* 53:709–716
9. Patterson W et al (1983) Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 24(4):343–349
10. Pöldinger W (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern
11. Ringel E (1953) Der Selbstmord. Anschluß einer krankhaften Entwicklung. Maudrich, Wien Düsseldorf
12. Schönfeldt-Lecuona C et al (2008) Psychiatrische Notfälle im Notfall- und Rettungswesen. *Notfall Rettungsmed* 11:531–536
13. Sefrin P et al (2008) Stellenwert des Notarztes im Rahmen der Bewältigung psycho-sozialer Probleme. *Intensivmed* 45:55–63
14. Sonneck G (2003) Krisenintervention. *Psychotherapie im Dialog* 4(4):319–329
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2009) Statistisches Jahrbuch 2009 für die Bundesrepublik Deutschland. Gesundheitswesen. Wiesbaden, S 247–248