

Vom Umgang mit Suizidäusserungen in der Betreuung von Borderline-Patienten und depressiven Patienten

22. Riehener Seminar

25. Oktober 2011

Dr. H. Missol / R. Stettler
Klinik Sonnenhalde
Ambulante Dienste
Habsburgerstrasse 15
CH-4055 Basel

Suizid

Klischee und Wirklichkeit



- *„Wer von Suizid spricht, tut es nicht.“*
 - *80% der Menschen, die einen Suizid unternehmen, kündigen diesen vorher an und geben damit ihrer Umwelt eine Chance, ihnen zu helfen.*
- *„Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.“*
 - *Die meisten Suizide werden im Rahmen von Krisen durchgeführt. Eine entsprechende Krisenbewältigung kann den Suizid verhindern.*
- *„Wer es einmal versucht hat, versucht es immer wieder.“*
 - *70-80% aller Suizidversuche sind einmalige Ereignisse.*

Suizid

Klischee und Wirklichkeit



- *„Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.“*
 - *Zweifellos setzt ein Suizidversuch die Umgebung unter starken Druck. Dies ist jedoch häufig nur ein Hinweis darauf, wie gross die Not des Betroffenen ist.*
- *„Nur wer es ernsthaft versucht hat, ist weiterhin suizidgefährdet.“*
 - *Die individuelle Suizidgefährdung hängt nicht mit dem Ausmass der Lebensbedrohung durch den Suizidversuch zusammen, sondern muss jedes Mal neu eingeschätzt werden.*

Suizid

Klischee und Wirklichkeit



- *„Zu Weihnachten und zu Neujahr sowie an grauen Novembertagen sind die meisten Suizide zu verzeichnen.“*
 - *In der Suizidhäufigkeit ist ein signifikanter Gipfel im Frühjahr und ein kleiner Gipfel im Spätherbst nachgewiesen. Nach Festtagen besteht eine gewisse Häufung von Krisen.*
- *„Wenn man jemanden auf Suizidgedanken anspricht, bringt man ihn erst auf die Idee, sich umzubringen.“*
 - *Die Möglichkeit, Suizidgedanken mit jemandem besprechen zu können, bringt für den Betroffenen meist eine erhebliche Entlastung.*

Suizidalität: Ängste von Therapeuten



“Eine Grundbedingung für Selbstmordverhütung ist das Eingeständnis der Angst und ihrer Wahrnehmung”

“Es geht darum, mit Ängsten umgehen und leben zu lernen, nicht sie zu beseitigen”

Suizid in der Schweiz

Epidemiologische Fakten



- 1'300-1'500 Suizide jährlich, d.h. etwa 4 Suizide pro Tag
- 15'000-25'000 Suizidversuche jährlich (Faktor 10-15)
- Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen: 10%
- Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken: 52%
- Suizide sind bei 15-44 jährigen Männer die häufigste Todesursache
- Suizide sind die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen
- 50% der 15-19 jährigen haben einmal Suizidgedanken gehabt

Suizid

Herleitung des Präventionsgedanken



- Hohe Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen
- Ca. die Hälfte der Suizidversuche führen zu keiner angemessenen Behandlung
- Ein Suizidversuch ist der grösste Risikofaktor für einen späteren Suizid
- Suizid ist eine zumindest teilweise vermeidbare / verhinderbare Todesursache
- Das Erkennen suizidgefährdeter Personen birgt erhebliches Präventionspotential

Suizidprävention

Wichtige Aspekte



- Wissen, wer gefährdet sein könnte
- Wissen um die präsuizidalen Abläufe
- Wissen wer kann wie helfen, welche Hilfe ist nötig
- Wissen um die Not der Hinterbliebenen nach einer suizidalen Handlung

Suizidalität als Prozess

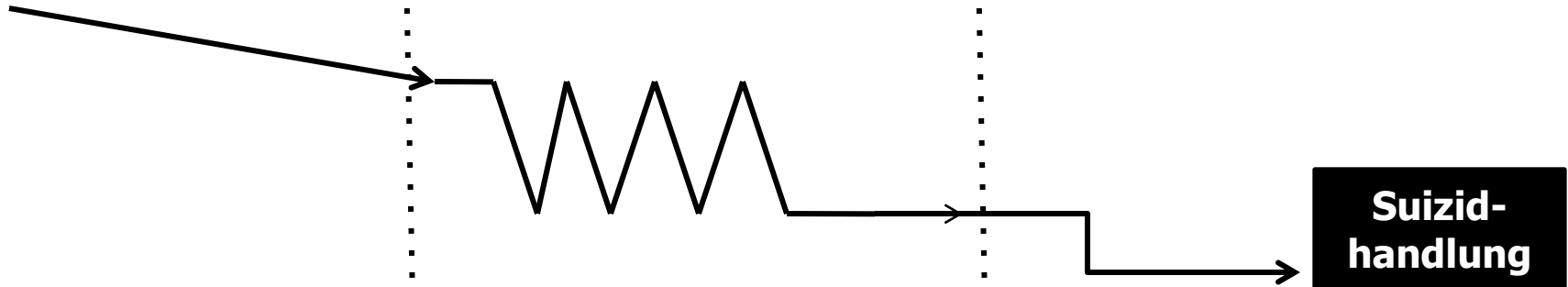


- „Suicide is the endresult of a process not the process itself.“

Stadien der präsuizidalen Entwicklung (Pöldinger)



I. Erwägungs-Stadium II. Ambivalenz-Stadium III. Entschluss-Stadium



Suizidgedanken

- Erhaltene Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit
- Hinweise / Appelle
- Suggestive Momente (Suizid in der Umgebung/ Presseberichte etc.)

Suizidimpulse

- Eingeschränkte Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit
- Hilferufe, Ankündigungen
- Kontaktsuche

Suizidvorbereitung

- Aufgehobene Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit
- Resignation
- Trügerische Ruhe
- Vorbereitungshandlungen

**Suizid-
handlung**

Präsuizidales Syndrom (Ringel)



Präsuizidales Syndrom

Zunehmende Einengung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Situative</i> Einengung • <i>Dynamische</i> Einengung • <i>Personale</i> Einengung • <i>Wertbezogene</i> Einengung
Aggressionsstauung und Aggressionsumkehr	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Aggressionsabfuhr und Wendung der Aggression gegen die eigene Person
Suizidphantasien (Flucht in die Irrealität)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiv intendiert • Passiv sich aufdrängend

Suizidalität: Ambivalenz



- Suizidabsicht korrigiert sich
 - ... *bei **68-80%** in weniger als 2 Tagen*
 - ... *bei **90-99%** in weniger als 10 Tagen*

Suizidprävention: Grundprinzipien



Suizidprävention ist ...

... Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsicht und aktuelle Suizidhandlung

... Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge

... Minderung von aktuellem Leidensdruck, von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit

„Narzisstische Krisen – zur Psychodynamik des Selbstmords“ (Heinz Henseler, 1974)



Kompensationsmechanismen:

- Realitätsprüfung und ggf. Angleichung an Realität
- Verleugnung / Idealisierung / Entwertung
- Rückzug auf verinnerlichte Idealbilder
- Verschmelzungsphantasien (Regression auf einen harmonischen Primärzustand)
 - *Suizidalität als Kompensationsversuch zur Wiederherstellung eines durch Kränkung beträchtlich destabilisierten narzisstischen Selbstgefühls*
 - *In der Suizidalität neben selbstzerstörerischen auch selbsterhaltende Anteile (auch Phantasien von GRÖSSE und ALLMACHT)*

Narzisstische Krise



Tab. 3.15: Krisenentstehung als Ungleichgewicht von Belastung und Bewältigungsmöglichkeit.
(++++ hohes Gewicht, + niedriges Gewicht)

Bedeutung der Faktoren für Krisenentstehung und -verlauf	Akute Traumatisierung	Verlustkrise	Lebensveränderungskrise	Narzisstische Krise
Belastung	++++	+++	++	+
Subjektive Bedeutung, Persönlichkeitsfaktoren, Vulnerabilität, Coping und Abwehr	+	++	+++	++++

Narzisstische Krise

Ein aktuelles Fallbeispiel



Es hätte sein grosser Tag werden sollen

Als der neue Gault Millau erschienen war, schied Friedrich Zemanek aus dem Leben

Von Raphael Suter

Basel. Als am Montag der neue Gastroführer Gault Millau erschien, hoffte Friedrich Zemanek, in den Kreis der besten Restaurants der Region aufgenommen zu werden. Darauf hatte er im Restaurant Matisse hingearbeitet.

Und tatsächlich wurden Zemanek und das «Matisse» neu im Gault Millau erwähnt. 14 Punkte gaben die anonymen Testesser dem Restaurant an der Burgfelderstrasse.



Die BaZ feierte ihn mit Bild am Dienstag als den Newcomer in der Region, doch für den ambitionierten Koch waren die 14 Punkte offenbar keine Auszeichnung, sondern eine riesige Enttäuschung. «Für Zemanek ist eine Welt zusammengebrochen. Mit mindestens 16 Punkten hat er schon gerechnet», erklärte der «Matisse»-Geschäftsführer Daniel Gehrig in der «Basellandschaftlichen Zeitung». Nachdem der Küchenchef das Resultat erfahren hatte, verschwand er aus dem Restaurant.

Gestern ist nun bekannt geworden,



Suizidgefährdung und Selbstwertproblematik



Kränkung

Narzisstische Persönlichkeit, Vulnerabilität des Selbstwertgefühls

Dekompensation des labilen inneren Gleichgewichtes (Selbstgefühl)

Kompensationsversuche (Abwehr) misslingen

Rückzug (Sehnsucht nach Schlaf, Pause, Ruhe, Wärme, Geborgenheit)

Suizidversuch, Suizid

Suizidversuche und Persönlichkeitsstörungen



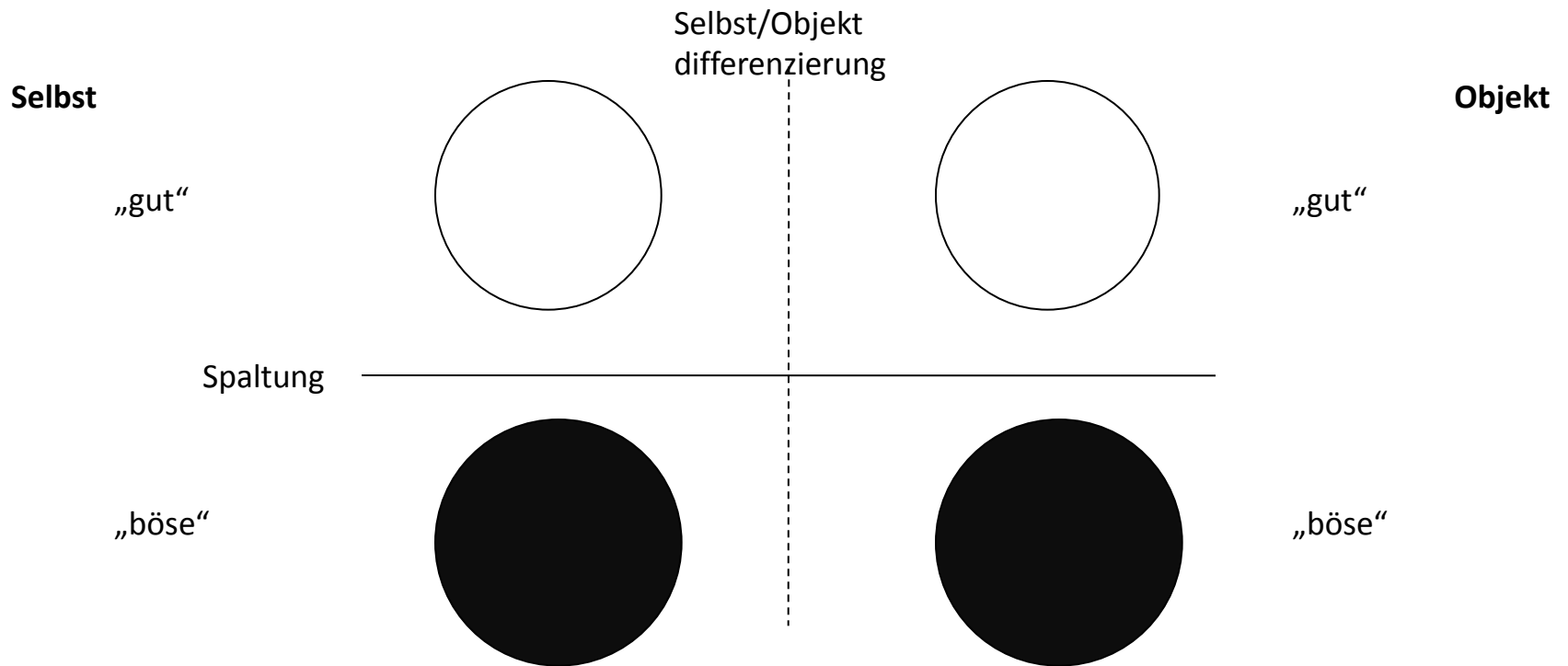
- 40-90% aller Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben eine Anamnese vorangehender Suizidversuche
- 3-9% der Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sterben durch Suizid

Borderline-Persönlichkeitsstörung DSM IV



„Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen“

Entwicklung der Ich-Struktur



Persönlichkeitsorganisation (nach Kernberg)



- Erklärungsmodell für das Verstehen u.a. von Suizidhandlungen bei Borderline-Patienten durch Beschreibung innerpsychischer Vorgänge als Erweiterung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie

Aspekte

- integrierte Identität/ Identitätsdiffusion
- reife vs. frühe Abwehrmechanismen
- Fähigkeit zur Realitätsprüfung

Persönlichkeitsstruktur

Persönlichkeitsorganisation



- Normal (Ich-Erleben kohärent, konstant in Raum u. Zeit , ambivalent, selbstreflexiv)
- Neurotisch
- Borderline - Persönlichkeitsorganisation hoch
- Borderline- Persönlichkeitsorganisation mittel
- Borderline- Persönlichkeitsorganisation niedrig
- Psychotisch

Persönlichkeitsorganisation (PO)



	normal	neurotisch	Borderline PO mässiges Niveau	Borderline PO schweres Niveau
Identität	integriert	integriert	Identitäts- diffusion	Identitäts- diffusion
Objektbeziehung	stabil komplex	dauerhaft/ oberflächlich	gespalten, oberflächlich, stabil o. Konflikt	gespalten, oberflächlich, Bedürfnis befriedigung
Prim. Abwehr	nicht	nicht/ selten	vorhanden	häufig vorhanden
Prim. Aggression	keine	Funktions- einschränkung	vorhanden	vorhanden
Realitätsprüfung	vorhanden	intakt/mild verzerrt	mässig verzerrt	ausgeprägt verzerrt

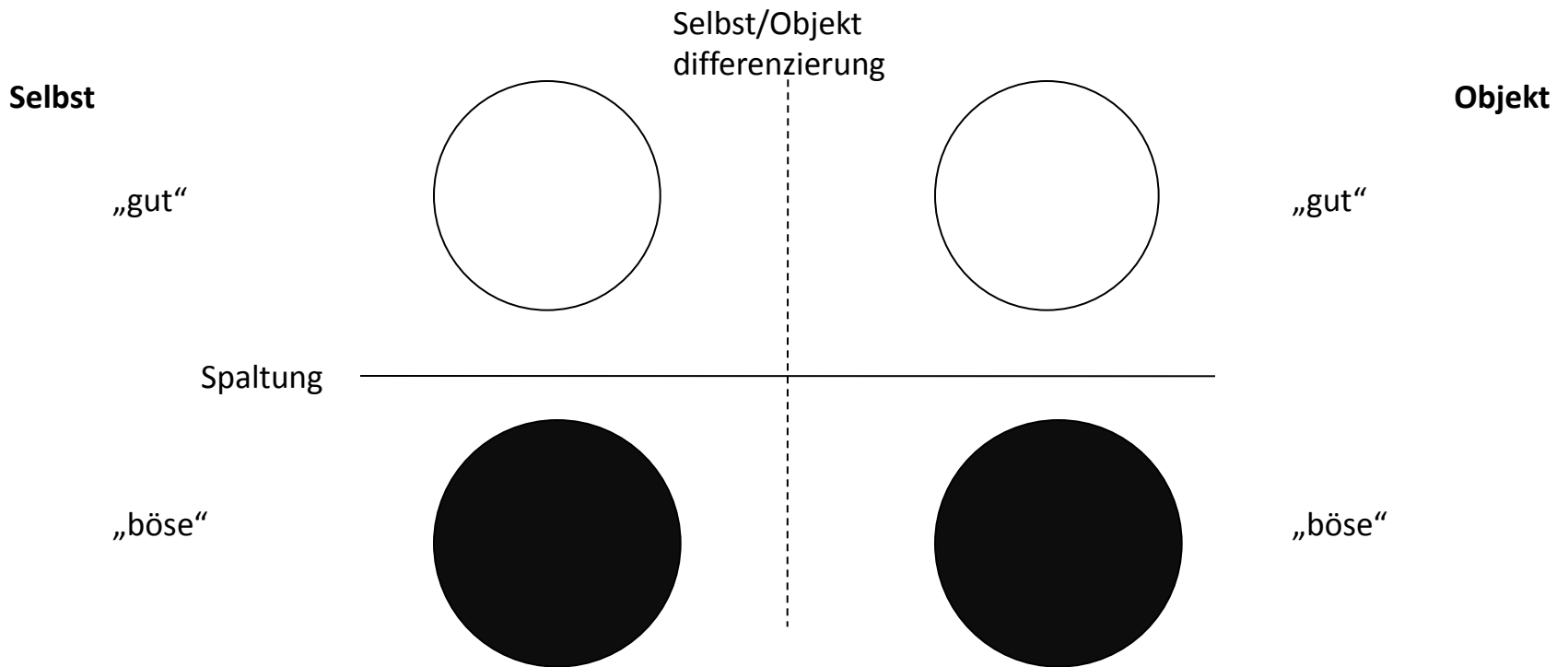
Psychoökonomie der Suizidalität I



Suizidalität ...

- ... hat regulierende Funktion im Rahmen eines psychischen Reorganisationsvorganges (intrapsychisch und interpersonell)
(*nicht* Ausdruck seelischer Dekompensation)
- ... ist in ihrer psychischen Funktionalität abhängig vom Entwicklungsniveau sowie aus der Dynamik der Therapeut-Klient-Beziehung zu verstehen,
- ... ist häufig Ausdruck des Wunsches, die Beziehung zum anderen (bzw. den anderen) zu ändern

Entwicklung der Ich-Struktur

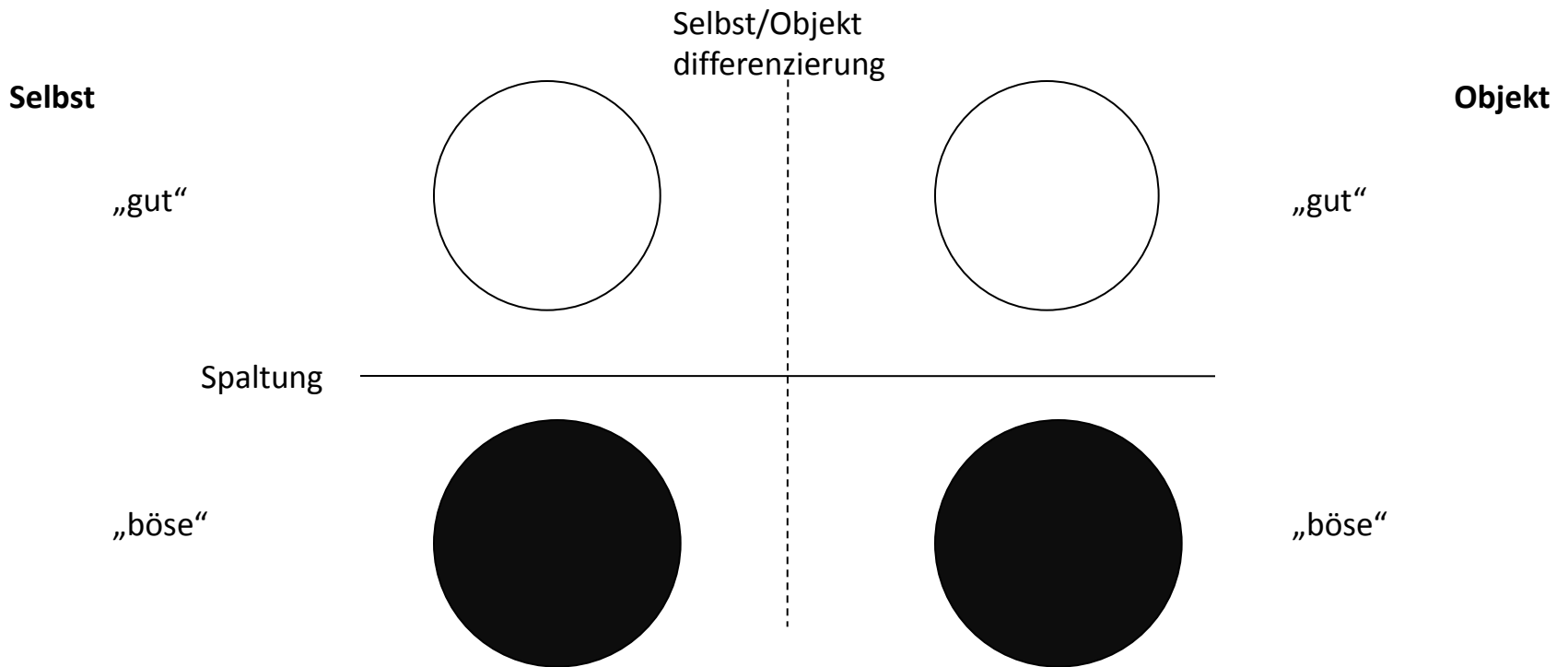


Psychoökonomie der Suizidalität II



- Suizidalität als steuernde Funktion für die Ich-Grenzen (Grenze zwischen Selbst und Objekt nicht integriert)
 - **Fusionäre Suizidalität** : *Verschmelzungswunsch mit einem guten Objekt (im Jenseits), keine Gegensätze*
 - **Antifusionäre Suizidalität**: *Abgrenzung im Diesseits, Schutz der Ich-Grenzen, Abwehr einer regressiven (fusionären) Bewegung, Abwehr von Ängsten vor Verschmelzung und Auflösung der Ich-Grenzen*

Entwicklung der Ich-Struktur



Psychoökonomie der Suizidalität III



- Suizidalität als steuernde Funktion bei der Abwehr von Verlustängsten (Ich - Grenzen stabil)

-manipulative Suizidalität: dient der Sicherung der Beziehung zu anderen Menschen durch Kontrolle mit Suiziddrohung

Gegenübertragungskonstellation des manipulierten Objektes:
Gefühl, manipuliert zu werden, in die Enge getrieben werden, Ohnmacht, Aggression („Gegenübertragungshass“, siehe Maltzberger)

Psychoökonomie der Suizidalität IV



- Suizidalität als steuernde Funktion bei der Abwehr von Verlustängsten (Ich - Grenzen stabil)
- **Resignative Suizidalität**: Beziehungssicherung bleibt erfolglos und vergeblich; das Ziel wird aufgegeben;

Gegenübertragungskonstellation des aufgegebenen Objektes:

Gefühl, überflüssig zu sein, vom Patienten nicht mehr benötigt zu werden, dieser richtet keine Erwartungen mehr an Th., Situation erscheint nicht mehr alarmierend

Psychoökonomie der Suizidalität V



Tab. 4.9: Interaktionsformen der Suizidalität (Kind 1995).

	Interaktionsreiche Form	Interaktionsarme Form	Pseudostabile Form der Suizidalität
Interaktion	Heftige Interaktion Kampf des Klienten mit und um den Therapeuten	Geringe Interaktion Kampf des Therapeuten um den Klienten	Interaktion ist scheinbar ungetrübt
Gegenübertragung	Gefühl des Manipuliertwerdens, Ohnmacht, Hass, Wut, Schuld, Angst und Sorge	Gefühl überflüssig zu sein, sowie Sorge und Angst	Gefühl der Erleichterung, bestenfalls Skepsis
Affekte des Klienten	Verzweiflung, Enttäuschungswut, Ohnmacht und Rache	Apathie, Resignation und innere Leere	Klient ist gelassen, der Tod wird als eine rationale Entscheidung betrachtet, »Ruhe nach dem Sturm«
Grad der Suizidalität	Ernst, aber meist noch handhabbar, die Suizidalität ist dyston	Bedrohlich, Übergang von der dystonen zur syntonen Suizidalität	Die suizidale Handlung ist synton und kaum mehr abzuwenden

Psychoökonomie der Suizidalität VI



- „Blinde Flecken“ - therapeuteneigene Gegenübertragungsschwierigkeiten mit suizidalen Patienten
 - **Hysterisch strukturierter Therapeut**: Vorschnelles Interpretieren (SV – suizidal), mit über-kompensatorischen Massnahmen sekundär Kontrolle gewinnen
 - **Zwanghaft strukturierter Therapeut**: starkes Kontrollbedürfnis, Ohnmacht (manipuliert- werden) schlecht aushaltbar, Gefahr, eigene ablehnende Impulse werden schwerer reflektiert, eher ausagiert (Patient wird eingeeengt, kontrolliert, aus Orientierungsbedürfnis des Therapeuten heraus)

Psychoökonomie der Suizidalität VII



- „Blinde Flecken“ - therapeuteneigene Gegenübertragungsschwierigkeiten mit suizidalen Patienten
 - **depressiv strukturierter Therapeut**: Gefahr der Entwicklung von Schuldgefühlen, verhält sich zu stark gewährend, weniger konfrontierend, negative Übertragung bleibt ausgespart und nicht bearbeitbar
 - **narzisstisch strukturierter Therapeut**: erlebt Suizidalität ggf. als Kränkung, Fehlschlagen der Therapie, Gefahr der Verleugnung von Suizidalität.
 - **schizoid-strukturierter Therapeut**: schwierige Nähe/ Distanz-Regulation besonders bei fusionärer Suizidalität

Therapie bei chronischer Suizidalität



- Aufbau eines stabilen Beziehungsrahmens
- Vermeidung einer passiven therap. Haltung, stattdessen authentische Präsenz (Hilfs-Ich)
- Containing für aggressives Erleben und Agieren (Reflexion der Gegenübertragung)
- Konfrontierender Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten
- Bearbeitung der Autoaggression durch Reflexion der innerpsychischen und interpersonellen Funktionalität
- Herstellen einer Beziehung zwischen Gefühlen und Handlung
- Setzen und Einhalten von Grenzen konsequent, nicht restriktiv
- Interventionen im Hier und Jetzt, (stützend, ,(affekt-)klärend, konfrontierend, kognitiv reflektierend, deutend)

Sich zur Verfügung stellen als neutrales, wohlwollendes Gegenüber

Depression und Suizidalität



„Suizidalität gehört zur Depression wie Fieber
zur Lungenentzündung“

Depression und Suizidmortalität



Depression und Suizidmortalität

Depression im Vorfeld / zum Zeitpunkt von Suiziden	40-60%
Alle Schweregrade der Depression	3-4%
Schwere depressive Episoden	12-15%
Suizidgedanken	70-80%
Suizidversuche	20-30%

Komorbidity bei Suizidopfern mit Depression



Komorbidity	Männer		Frauen		Gesamt	
	n=45		n=26		n=71	
	n	%	n	%	n	%
Angststörung	8	18	4	15	12	17
Suchterkrankung	20	44	2	8	22	31
Persönlichkeitsstörung	14	34	8	33	22	34
Körperliche Erkrankung	23	51	14	54	37	52
Keine	5	11	6	23	11	15

Depression und Suizidalität (I)



- Depressive Störungen sind mit einer 20-fach erhöhten Suizidhäufigkeit verbunden (Lebenszeitrisiko ca. 15%).
- Bei Patienten in ärztlicher Behandlung, die Suizid begehen, lag in 75% eine depressive Symptomatik vor.
- 80% der an Suizid verstorbenen Personen waren in den letzten 3 Monaten vor ihrem Suizid in ärztlicher Behandlung.
- 18% der Patienten hatten am Tag des Suizids noch ihren Arzt aufgesucht.

Depression und Suizidalität (II)



- Erkennung depressiver Symptome und suizidaler Gedanken durch den Arzt / die Therapeutin / den Seelsorger hat eine grosse Bedeutung für die Prävention von Suiziden.
- Depressive Zustände werden nach wie vor häufig nicht erkannt und depressive Patienten erhalten oft keine oder ungenügende Unterstützung (z.B. antidepressive Medikation).
- Depressive Zustände dürfen, ja müssen oft gezielt exploriert werden.

Risikopsychopathologie bei Depression



- Tiefe depressive Herabgestimmtheit (mental pain)
- Zum Suizid auffordernde Halluzinationen (imperative, massiv entwertende Stimmen)
- Tiefe Hoffnungslosigkeit
- Aktuelle und für die Zukunft quälende Angstzustände
- Pseudoaltruistische Ideen („Familie ist besser dran ohne mich“)
- Zustand nach Suizidversuch, ohne froh zu sein, überlebt zu haben
- (wahnhaft) Befürchtungen von elendem Sterben, Verarmen, Untergang, existentieller Bedrohtheit
- Quälende innere und äussere Unruhe
- Ausgeprägte Schlafstörungen über längere Zeit

Wann ist eine Hospitalisation angezeigt?



Regensburger Bündnis gegen Depression (ab 2002)



■ 4 Ebenen

1. *Kooperation mit Hausärzten*
2. *Aufklärung der Öffentlichkeit*
3. *Einbeziehen von Multiplikatoren (Lehrer, Apotheker, Polizei etc.)*
4. *Angebote für Betroffene und Angehörige*

Regensburger Bündnis gegen Depression



■ Resultate 2006

- *Signifikanter Rückgang der Suizidrate in Regensburg (minus 50%; kein Rückgang in Kontrollregionen)*
- *Signifikanter Rückgang der Suizidrate bei Männern (minus 57%)*

Beziehungsaufnahme



- „Darum ist Rettung, wenn Kommunikation gelingt.“ (Karl Jaspers, 1932)

BELLA-Interventionskonzept bei akuten Krisensituationen



- **B**eziehung aufbauen
- **E**rfassen der Situation
- **L**inderung von Symptomen
- **L**eute einbeziehen, die unterstützen
- **A**nsätze zur Problembewältigung

Beziehung aufbauen



- Habe ich genügend Zeit?
- Kann ich das suizidale Verhalten als Notsignal akzeptieren?
- Bin ich bereit, der Geschichte vorurteilsfrei zuzuhören?
- Beziehungsindikatoren:
 - *Ist der Patient kooperativ oder feindselig-abweisend?*
 - *Bagatellisiert der Patient die Ernsthaftigkeit seiner Suizidalität?*

BELLA-Interventionskonzept bei akuten Krisensituationen



- **B**eziehung aufbauen
- **E**rfassen der Situation
- **L**inderung von Symptomen
- **L**eute einbeziehen, die unterstützen
- **A**nsätze zur Problembewältigung

Erfassen der Situation



Suizidalität	Todes-/Ruhewünsche Suizidideen ohne / mit Plänen Suizidgedanken (drängend?) Frühere suizidale Krisen, Suizidversuche ?
Erhöhtes Risiko	Psychopathologie (eingeschränkte Kognition, Aufmerksamkeit Kontaktfähigkeit, Affektivität, Eigensteuerung)
Akuter Handlungsdruck	Fantasien zum nächsten Tag? Woche? etc.
Im Leben haltende Faktoren	Bindungen (Familie, Partner, Kinder, Freunde, Glaube, Hoffnung) oder Resignation und Rückzug
Zukunftsperspektiven entwickelbar?	Entlastung durch Gespräch? Weitere Planung möglich? Zusage bei Verschlechterung möglich (Absprache) ?

Fragen zur Abschätzung der Suizidalität (Haenel/Pöldinger 1986)



- Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen? – Häufig?
- Haben Sie daran denken müssen ohne es zu wollen? Haben sich Ihnen diese Gedanken aufgedrängt?
- Haben Sie konkrete Ideen, wie sie es machen?
- Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
- Haben Sie mit jemandem über Ihre Gedanken gesprochen?
- Haben Sie schon mal einen SV unternommen?
- Hat sich in Ihrer Familie (oder.Freundeskreis) jemand das Leben genommen?
- Halten Sie Ihre Situation für aussichts- bzw. hoffnungslos?
- Fällt es Ihnen schwer an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?
- Haben Sie noch Interesse, was in Ihrer Umgebung vorgeht?
- Haben Sie jemandem, mit dem Sie offen über Ihre Probleme reden könnten?
- Wohnen Sie alleine ?
- Fühlen Sie sich unter starken beruflichen oder familiären Verpflichtungen stehend?
- Sind Sie in einer religiösen oder weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?

BELLA-Interventionskonzept bei akuten Krisensituationen



- **B**eziehung aufbauen
- **E**rfassen der Situation
- **L**inderung von Symptomen
- **L**eute einbeziehen, die unterstützen
- **A**nsätze zur Problembewältigung

Interventionskonzept bei suizidalen Krisen



- B** -Aufbau einer tragfähigen Beziehung
Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal und Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
- E** - Erfassen der Situation
- L** -Klienten über den aktuellen Konflikt/Krise und die Gefühle sprechen lassen
-Balance zwischen Stützen und Strukturieren, Hilfe zum Einordnen in ein verstehbares Ganzes für den Patienten
-Bearbeiten der gescheiterten Bewältigungsversuche.
- L** -Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen (Ermutigung zu . .)
- A** -gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen und Bewältigungsstrategien (Coping) auch für künftige Krisen;

Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalität



- Latente Signale einer Suizidalität übersehen
- Direkte Fragen nach Suizidalität vermeiden
- Bagatellisierungen des Patienten mitmachen
- Bewerten und Verurteilen der Suizidalität
- Zu rasches Ansprechen der Aggression (Schuldzuweisung)
- Kein oder aber zu frühes Ansprechen von negativer Übertragung
- Provokationen persönlich nehmen (Agieren von Ablehnung)
- Übernahme von zu viel Verantwortung
- Mangelnde Exploration der jetzigen und ggf früherer Umstände, die zur Suizidalität geführt haben
- Zu rasche Suche nach positiven Veränderungen
- statt Reflexion des Beziehungsaspekts und der GÜ wird die Suizidalität nur „gemanagt“,
- Internalisierte Klassifikation von Suizidversuchen anwenden.
- Verlustängste übersehen (Urlaube,etc.)
- Als Helfer seine Grenzen nicht respektieren

Suizidalität als ethische Herausforderung



- Häufiger innerer Konflikt in Therapie und Seelsorge:
 - **Einerseits** sind wir mit einem Dienst für das Leben beauftragt („Norm“: Suizid darf nicht sein)
 - **Andererseits** ist der suizidale Mensch gerade auf diese Norm nicht ansprechbar. In seiner Situation sind solche Normen zumeist nicht mehr handlungsleitend. Das Insistieren darauf könnte kontraproduktiv sein.

Suizidalität als ethische Herausforderung



„Sein Leben von ihm zu nehmen ist Sache dessen, der es den Menschen gegeben hat, nicht seine eigene Sache. Wer hier nimmt, was ihm nicht gehört – in diesem Fall, um es wegzuwerfen – der tötet nicht nur, der mordet.“.

Suizidalität als ethische Herausforderung



- Der Tod ist in den seltensten Fällen das Ziel des Suizids.
- Er ist eher ein verzweifertes Mittel, um etwas Neues, Besseres als das gegenwärtig unerträgliches Leben zu erreichen.
- Der suizidale Mensch will nicht eigentlich das Leben antasten, er scheitert vielmehr am Leben und erstrebt durch die suizidale Handlung ein neues, anderes Leben.

Suizidalität als ethische Herausforderung



„Wer aber wollte sagen, dass Gottes Gnade nicht auch das Versagen unter dieser härtesten Anfechtung zu umfassen und zu tragen vermöchte?“

Literatur

- Bronisch T: Suizidalität. In: Möller J, Laux G, Kapfhammer HP: Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2. Springer, 3. Aufl., 2008, S. 1281-1306.
- Dörrmann W: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Klett-Cotta, 5. Aufl., 2006
- Eink M, Haltenhof H: Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrie-Verlag, 2006
- Henseler H: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Westdeutscher Verlag, 4. Aufl., 2000.
- Kind: Suizidal – die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, 4.Aufl., 2005
- Wolfersdorf Manfred, Etzersdorfer Elmar: Suizid und Suizidprävention, Kohlhammer Verlag, 2011
- Ziemer Jürgen: Seelsorgelehre. Vandenhoeck & Ruprecht, 2000