

Selbstmordgefährdung (Suizidalität)

Seite 37–40

? Wer ist selbstmordgefährdet?

Selbsttötungsgedanken, Selbstmordabsichten und Selbsttötungshandlungen gehen fast immer einher mit schwersten seelischen Krisen und psychiatrischen Erkrankungen. Jeweils 10–15% der Menschen mit erheblichen depressiven Verstimmungszuständen, mit Schizophrenie und schwerer Alkoholabhängigkeit versterben von eigener Hand. Insofern müssen sich Arzt und Angehörige praktisch bei jeder schweren und/oder langwierigen Störung die Frage stellen, wie es um den Lebensmut des Betroffenen bestellt ist.

Verdachtsmomente für Selbstmordgefährdung liegen vor:

- Wenn die Betroffenen selbst davon sprechen, daß das Leben für sie jeden Sinn verloren hat oder sie die Hoffnung aufgegeben haben, daß sich der als unerträglich empfundene Zustand noch einmal bessert. Es ist ein Irrtum zu glauben, daß, wer von Selbstmord spricht, einen solchen nicht unternimmt. Eher ist es im Gegenteil so, daß fast alle Menschen, die Hand an sich selbst legen, vorher auch entsprechende Absichten geäußert haben.
- Wenn die seelische Krise verwoben ist mit erheblichen partnerschaftlichen, familiären, beruflichen oder finanziellen Schwierigkeiten. Aus einem solchen Gefühl, unentrinnbar in einer Vielzahl von Problemen gefangen zu sein, ergibt sich der Gedanke an den Selbstmord als letztmöglichen Ausweg. Dies vor allen Dingen dann um so mehr, wenn die Betroffenen auf sich allein gestellt und vereinsamt sind.

- Wenn die psychische Verfassung gekennzeichnet ist durch schwerste depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Schuld-, Krankheits- und Verarmungsgefühle. Besonders bei älteren Menschen kommt es dann häufig zu einer Art negativer Bilanzsituation. Das Leben scheint seinen Sinn verloren zu haben.
- Wenn es vielfache Selbstmorddrohungen ohne ernsthafte Selbsttötungshandlungen in der Vorgeschichte gegeben hat, macht sich im Umfeld dieser Menschen häufig Resignation und ein Nicht-Ernstnehmen breit. Betroffene geraten gleichsam in Zugzwang. Sie stehen unter dem Druck, den anderen nun endlich zu zeigen, wie schlecht es um sie bestellt ist.

? Wie entwickelt sich eine Selbstmordkrise?

Selbstmordgefährdung entsteht meist nicht über Nacht. Der Gedanke an den Selbstmord entsteht eher als ein gewisser Endpunkt mehr oder minder lang vorlaufender persönlicher Krisen oder schwerster seelischer und/oder körperlicher Erkrankungen. Je länger sich die Betroffenen in der subjektiv als ausweglos erlebten schlechten Verfassung befinden, desto häufiger und stärker kommen Gedanken an Selbstmord als Ausweg auf.

Eine erste wichtige Regel für den Umgang mit suizidal gefährdeten Menschen ist, die eigene Scheu zu überwinden und das Thema offen anzusprechen. Eine Frage könnte formuliert werden: „Ich mache mir Sorgen. Dir geht es schon so lange schlecht. Hat dich eigentlich schon einmal der Lebensmut gänzlich verlassen? Dachtest du, es geht überhaupt nicht mehr weiter? Oder ist es schon so

schlimm, so quälend und so schwer auszuhalten, daß der Gedanke entstand, besser tot zu sein?“

In der Entwicklung zum Selbstmord schließt sich zumeist eine Phase des Abwägens zwischen Leben und Tod an. Mehr und mehr drängen sich Vorstellungen auf wie „Ich habe endlich meine Ruhe, wenn ich nicht mehr lebe“, oder es entstehen Ideen, wie die Betroffenen sich konkret selbst töten wollen. Die zweite wichtige Regel zum Umgang mit Suizidalität und vor allem zur Abschätzung des bereits eingetretenen Gefährdungsgrades ist also, daß Arzt und Angehörige offen und unumwunden Fragen stellen wie „Hattest du bislang nur allgemeine Gedanken, daß du nicht mehr leben willst, oder ist es schon konkreter geworden? Gab es Vorstellungen, wie du es praktisch machen wolltest? Was hat dir bisher die Kraft gegeben, es nicht zu tun? Was kann ich für dich tun?“ Häufig gibt es eine Scheu, Selbstmordgefährdung anzusprechen. Hinter dieser Scheu steckt manchmal die Angst, den Betroffenen erst auf einen solchen Gedanken zu bringen, oder auch das Gefühl der eigenen Unsicherheit, wie man damit umgehen soll, wenn der Betroffene Selbstmordgedanken äußert.

Eine dritte und wichtige Regel lautet aber, möglichst vorurteilsfrei und akzeptierend die Gedanken an Selbsttötung für alle Beteiligten offen zu machen. Die Betroffenen empfinden dies zumeist als Entlastung: Jemand versteht, wie schlecht es ihnen geht. Insofern ist die Angst, das Gespräch auf das Thema „Selbstmordideen“ zu bringen, nicht gerechtfertigt.

In der Entwicklung von Suizidalität gibt es manchmal die Phase einer trügerischen Ruhe. Die Betroffenen, die vor Tagen und Wochen noch sehr klagsam gewesen sind und ausgesprochen verzweifelt wirkten, sind zum Erstaunen ihrer nächsten Bezugspersonen plötzlich viel ruhiger geworden, wirken abgeklärt. Es kann sich um eine trügerische „Ruhe vor dem Sturm“ handeln. Grund zur Sorge gibt es noch einmal mehr, wenn diese Menschen Vorbereitungen treffen, bisher Versäumtes in Ordnung zu bringen, beispielsweise finanzielle und testamentarische Angelegenheiten regeln.

Als vierte Regel gilt wieder das Prinzip der Offenheit. Arzt und Angehörige sollten ihre Bedenken unumwunden aussprechen, direkt nachfragen.

Gehen Selbstmordgedanken in konkrete Pläne oder gar Handlungen über, so ist dies ein absolu-

tes Alarmsignal. Als fünfte wichtige Regel gilt, daß alle Menschen im Umfeld eines selbstmordgefährdeten Menschen sich gegenseitig informieren müssen und die anderen in dessen Betreuung miteinbezogenen Personen offen ansprechen. Für Angehörige ist die Information wichtig, daß weder der Haus- noch der Nervenarzt alles wissen. Auch sie brauchen ggf. Informationen von den nächsten Bezugspersonen des selbstmordgefährdeten Menschen, beispielsweise was das Ausmaß an Selbstmordideen und die eventuellen konkreten Vorbereitungen zur Selbsttötung betrifft. Insofern ist von einer wohlmeinenden Informationspflicht der Angehörigen an den Arzt zu sprechen.

Suizidbündnis schließen

Haben die betroffenen selbstmordgefährdeten Menschen im Gespräch Selbstmordideen geäußert und von Todesphantasien gesprochen, so ergibt sich für Arzt und Angehörige die Frage, wie man nun mit diesen Informationen umgeht. Letztlich reduziert es sich auf die Frage, ob Hilfsangebote an den Erkrankten genügend tragfähig sind, daß sie den Selbstmordimpulsen hinreichend Widerstand entgegenbringen können. Dazu muß die Schwere der psychischen Störung ebenso abgeschätzt werden wie das Ausmaß und der Konkretisierungsgrad an Selbstmordideen und Suizidplanung. Je mehr und je heftiger solche Impulse bestehen und je konkreter die Ausführung vorbereitet wird (z. B. durch das Sammeln von Tabletten), desto nachdrücklicher muß dies als Alarmsignal gewertet werden. Letztlich muß im offenen Gespräch mit Patient und Angehörigen der Arzt entscheiden, ob es noch verantwortet werden kann, den Selbstmordgefährdeten zu Hause zu belassen. Dabei muß er sich ein Bild davon verschaffen, inwieweit die Familie oder auch Freunde dem Erkrankten in der schweren Zeit zur Seite stehen können. Besonders ungünstig ist, wenn jemand mit Selbstmordgedanken sich selbst überlassen bleibt und allein ist. Wichtig ist auch, wie sich die Betroffenen selbst dahingehend äußern, ob sie für einen überschaubaren Zeitraum der nächsten Stunden oder für einige Tage für sich die „Hand ins Feuer legen“ können, daß sie sich selbst nichts an-

tun. Im besten Fall können Arzt und Patient ein Bündnis schließen mit dem Inhalt, daß alle Beteiligten sich offen informieren und daß ein selbstmordgefährdeter Mensch bei allen negativen Gedanken noch über hinreichende Ressourcen innerseelischer Art verfügt, so daß er dem Gedanken an die Selbsttötung keine Taten folgen läßt. Die Übernahme einer derartigen Garantie für sich selbst (Suizidbündnis) sollte protokolliert werden und immer einen definierten Zeitraum umfassen. Keinesfalls sollte suizidgefährdeten Menschen zur Beruhigung aller Beteiligten das Versprechen abgefordert werden, sich „nie, nie“ selbst umzubringen oder auch nur derartige Gedanken zu haben. Derartige Appelle führen allenfalls dazu, daß die Betroffenen verstummen.

? Was tun bei akuter Selbstmordgefährdung?

Verzweiflung, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit, aufkommende Todessehnsucht und Gedanken an den Freitod können übergehen in den mehr oder minder festen Vorsatz, sich selbst zu töten. Dies manchmal als Ausdruck einer mehr oder minder langen und enttäuschenden Bilanz, aber manchmal auch vergleichsweise plötzlich und impulsiv. Schätzen es Arzt und Angehörige so ein, daß die Selbstmordabsichten übermächtig werden, dann ist unbedingt die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus anzuraten. Nicht in jedem Fall stehen selbstmordgefährdete Menschen dem Vorschlag, in die psychiatrische Klinik zu gehen, ablehnend gegenüber. Manchmal ist sogar so etwas wie Erleichterung spürbar, in der schlechten Verfassung verstanden worden zu sein und ernstgenommen zu werden. Darüber hinaus ist die Aufnahme in die Klinik häufig auch schon für sich genommen eine Entlastung. Die Betroffenen fühlen sich nicht mehr allein gelassen und können einen Teil ihrer Verantwortung für sich selbst an das betreuende Personal abgeben. Die intensiveren Behandlungsmöglichkeiten der Klinik werden als Chance begriffen, die schwere seelische Krise zu beheben und die ausgeprägte psychische Störung zu lindern. Eine solche Bereitschaft, sich auf eine freiwillige stationäre Behandlung einzulassen, ist bei vielen selbstmordgefährdeten Menschen erreichbar, aber leider

nicht bei allen. Im Extremfall bleibt nur die zwangsweise Unterbringung auf der Rechtsgrundlage des Psychischkranken-Hilfegesetzes (siehe S. 111). Verständlicherweise bereitet dieser Gedanke einer zwangsweisen Behandlung vielfach Unbehagen. Aber die Angehörigen sollten wissen, daß es sehr wichtig ist, gerade in einer schweren Zeit stellvertretend für den Erkrankten Verantwortung zu übernehmen. Nach dem Abklingen der akuten Selbstmordkrise unter fachgerechter psychiatrischer Behandlung sind die Betroffenen fast ausnahmslos erleichtert. Insofern bedeutet es nicht Ablehnung oder Abschieben, wenn sich Arzt und Angehörige zu einem derartigen Schritt entschließen, sondern besonderes Engagement. Es gilt auch die damit verbundenen Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, um Hilfe in einem lebensbedrohlichen Zustand auf den Weg zu bringen.

? Welche Fehler können im Umgang mit Selbstmordkrisen vermieden werden?

Ein erster und wichtiger Fehler besteht in der Vermeidung von direktem Nachfragen. Es ist keine Schande, daß Menschen mit schweren psychischen Störungen auch Selbstmordgedanken haben. Gerade wenn man dies akzeptiert, sollte es keine Hemmung bereiten, evtl. gefährdeten Menschen entsprechende Fragen zu stellen.

Ein zweiter Fehler kann darin bestehen, daß Zeichen, die auf eine Selbstmordgefährdung deuten oder gar auf eingeleitete Selbstmordhandlungen hinweisen, nicht richtig gedeutet werden. Aus Unsicherheit wegzuschauen ist ebenso falsch wie das Bagatellisieren des Problems nach dem Motto „Laß dich nicht hängen, es wird schon weitergehen“.

Ein dritter Fehler besteht darin, nach Selbstmordversuchen rasch wieder zur Tagesordnung überzugehen und sich auf beruhigende Zusicherungen zu verlassen. Möglichst genau sollten die Umstände einer Selbstmordkrise oder eines Selbstmordversuches zur Sprache kommen und krankheitsbedingte und persönliche Hintergründe geklärt werden.

Ein vierter Fehler kann darin bestehen, Selbstmordgefährdung nicht als Ausdruck von Krankheit

und Krise anzusehen sondern als Versagen und Erpressung. Natürlich gibt es Situationen, in denen die Menschen Suiziddrohungen einsetzen, um Druck auf ihre Umgebung auszuüben: Auch in diesem Fall ist ein hohes Maß an offener Aussprache gefragt. Möglichst alle Beteiligten sollten an einen Tisch kommen und vorhandene Probleme zur Sprache bringen. Wichtig ist dabei, daß niemand um den „heißen Brei“ herumredet. Das direkte Ansprechen von Empfindungen und Gefühlen ist meist ein erster Schritt zur Problemlösung.

Ein fünfter vermeidbarer Fehler ist es schließlich, einen geheimen Suizidpakt mit dem Betroffenen zu schließen. Gerade schwere psychische Krisen brauchen ein hohes Maß an Offenheit, was aber eben auch bedeutet, daß die schlechte Verfassung für alle Menschen im nächsten Umfeld offengemacht wird, um letztlich möglichst alle Hilfsressourcen zu mobilisieren. Insofern sollten sich der Arzt oder die Vertrauensperson eines selbstmordgefährdeten Menschen nicht verführen lassen, die Selbstmordgefahr als exklusives Geheimnis zu behandeln.
