

Suizidalität – kein seltenes Phänomen

Suizidalität löst oft Betroffenheit und Sprachlosigkeit aus. Wir werden unsicher im Umgang mit Menschen, die davon betroffen sind bzw. mit deren Angehörigen. Um eine hilfreiche Unterstützung auswählen und anbieten zu können, braucht es Orientierungspunkte. Woran kann eine Suizidalität erkannt werden? Worauf ist im Kontakt mit den Betroffenen zu achten?



Frau K. kommt drei Jahre nach dem Suizid ihres Mannes zu uns in die Beratungsstelle. Ausgelöst durch den tragischen und unerwarteten Verlust ihres Partners, kämpft sie seitdem mit einer großen Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühlen und Ängsten. Ihr Leben ist aus den Fugen geraten und ihre Vorstellung, dass sich das mit der Zeit schon wieder geben wird, ist bisher nicht eingetroffen.

Herr M. ist im Rentenalter und zieht eine für ihn beschämende, traurige und erdrückende Lebensbilanz. Seine Ehe ist gescheitert, seine zwei Kinder haben den Kontakt zu ihm abgebrochen und der Arbeitgeber hat ihn frühzeitig berentet. In seiner Einsamkeit fühlt sich das Leben oft sinnlos an und es tauchen Suizidideen auf.

Suizid und Suizidalität sind Phänomene, die nicht selten im Beratungskontext auftauchen. Schaut man sich die Häufigkeit des Vorkommens in der Bevölkerung an, so verwundert das nicht.

Häufigkeit

Nach Angaben der WHO sterben pro Jahr etwa eine Millionen Menschen durch Suizid; damit ist der Suizid mit einem Anteil von 1,5% die zehnthäufigste Todesursache weltweit. In Deutschland versterben jährlich ca. 10.000 Menschen durch Suizid, hingegen ca. 5000 Personen durch einen Verkehrsunfall. Über alle Altersklassen hinweg verüben Männer zwei- bis dreimal so häufig Suizid als Frauen. Geschlechtsübergreifend steigt das Suizidrisiko bei zunehmendem Alter der Menschen. Suizidversuche werden 10- bis 20-mal häufiger unternommen als Suizide (vgl. Wolfersdorf, 2012).

Begriffsbestimmung

„Unter Suizidalität ist die Gesamtheit all derjenigen Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen zu verstehen, die selbstdestruktiven Charakter haben können und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen, sowie aktiv oder durch Unterlassung anstreben.“¹

Man differenziert zwischen verschiedenen **Suizidalitätsformen**, die sich durch das Ausmaß des erlebten Handlungsdrucks voneinander unterscheiden:

- **Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben**
Meist wird hier noch von einer eher passiven Suizidalität ausgegangen.
- **Todeswunsch**
Todeswünsche sind dadurch gekennzeichnet, aktuell oder in Zukunft lieber tot sein zu wollen. Es entsteht ein zunehmender Handlungsdruck.
- **Suizidgedanken**
Hier wird der Suizid als eine Handlungsmöglichkeit in Erwägung gezogen.
Viele Menschen haben im Verlauf ihres Lebens Suizidgedanken (z.B. während der Pubertät, im Rahmen von Krisen oder Krankheiten), die als eine Form der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit und dem eigenen Tod zu verstehen sind, was jedoch abzugrenzen ist von einer Entwicklung hin zu einer suizidalen Absicht.
Im Kontext von psychiatrischen Krankheiten können sich Suizidideen teilweise auch als Zwangsgedanken oder akustische Halluzinationen spontan aufdrängen. Der Handlungsdruck nimmt zu.

¹ <http://www.suizidprophylaxe.de/Ohne%20Java/indexohne-java.htm> (Stand: 21.03.'13, 15:00 Uhr)

Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten

(vgl. Wolfersdorf, 2011)

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Depression, Suchtkrankheiten, Schizophrenie, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität

Suizidankündigungen
nach Suizidversuchen

Alte Menschen

mit Vereinsamung
mit schmerzhaften, chronischen Krankheiten

Jugendliche

mit Entwicklungskrisen
Beziehungskrisen (innere Vereinsamung)
Drogenproblemen
Familiäre Probleme
Ausbildungsprobleme

Menschen in traumatisierten Situationen und Veränderungskrisen

Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen
Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes
Identitätskrisen
Chronische Arbeitslosigkeit
Kriminalität, Z. n. Verkehrsdelikt

Kranke Menschen

Schmerzhafte, chronische lebeenseinschränkende Erkrankungen
Verstümmelnde körperliche Erkrankungen (Bewegungs- und zentralnervösen Systems)
Terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit

- **Suizidabsicht**

Bei der Suizidabsicht besteht das angestrebte Ziel darin, am Ende einer Handlung tot sein zu wollen. Meist geht damit eine konkrete Planung einher, dies ist aber nicht zwangsläufig der Fall. Auch eine Ankündigung erfolgt nicht immer. Man spricht von einer akuten Suizidalität.

- **Suizidhandlungen**

Suizidale Handlungen sind alle Versuche, sich das Leben zu nehmen, auch wenn diese Handlungen selbst oder durch Fremdeinfluss unterbrochen werden.

Es besteht also eine graduelle Unterscheidung zwischen Suizidgedanken ohne den Wunsch nach Selbsttötung, drängenden Suizidgedanken mit konkreten Absichten oder Plänen bis hin zu Vorbereitung eines Suizids. Diese Formen zu unterscheiden und treffend einzuschätzen, stellt selbst für Fachleute eine große und oft nicht eindeutig zu lösende Aufgabe dar.

Symptome

Doch mit welchen Symptomen und Beschreibungen kommen Klienten zu uns? Woran kann man bei einem nahestehenden Menschen suizidale Tendenzen erkennen?

An unsere Beratungsstelle wenden sich Menschen, die sich in einer krisenhaften Lebenssituation befinden (s.o.) und hoffen, bei uns Hilfe und Unterstützung zu erfahren. In der Regel haben sie eine längere Zeit des Ringens hinter sich, ob das wirklich nötig ist, ob sie das nicht doch irgendwie alleine hinbekommen oder ob ihr Problem überhaupt der Rede wert ist und andere das Beratungsangebot nicht viel dringender benötigen als sie. Dazu kommt meist ein leidvoller Weg, viele Veränderungsversuche und Lösungswege ausprobiert zu haben, die jedoch ihre Lebenssituation nicht ausreichend oder nicht nachhaltig genug so verändert haben, dass es für sie befriedigend bzw. gut lebbar erscheint. Mit



Notfallnummern:

Notfallambulanzen:

LVR-Klinik Köln: 0221-89930

Tagesklinik Alteburger Straße: 0221-33940

Uniklinik Köln: 0221-4780

Alexianer-Krankenhaus: 02203-369110000

Telefonseelsorge

Kath. Telefonseelsorge: 0800-1110222

Ev. Telefonseelsorge: 0800-1110111

Rettenungsdienst: 110 oder 112

welchen emotionalen Gefühlsqualitäten (Traurigkeit, Angst, Wut, Hoffnungslosigkeit etc.) dieser Leidensdruck einhergeht, kann sehr unterschiedlich sein, doch sie alle können die Not des Klienten kenntlich machen. Ob und inwieweit für diese Klienten Suizidalität ein Thema darstellt, ist zunächst offen. Es braucht aber die Bewusstheit, dass es grundsätzlich für jeden Klienten ein Thema sein kann. Besonders aufmerksam werden wir BeraterInnen, wenn die „typischen“ Symptome einer Depression/einer depressiven Verstimmung benannt werden. Dazu zählen: Schlafstörungen, Appetit-, Konzentrations-, und Libidostörungen, Apathie, Müdigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, Selbstabwertung, Schuldgefühle und Hoffnungslosigkeit. Hintergrund dafür ist, dass in Fachkreisen Einigkeit darüber besteht, dass nahezu jeder Suizidgefährdete eine zumindest leichte depressive Verstimmung hat. Außerdem haben psychisch kranke Menschen (Schwerpunkt depressive Erkrankungen) ein erhöhtes Risiko, im Verlauf ihrer Erkrankung suizidales Verhalten zu zeigen (s.u. Risikogruppen).

Gibt es also Hinweise auf diese Symptome, so ist es im Rahmen des ersten Beratungsgesprächs unerlässlich, das Thema Suizidalität mit den Klienten zu besprechen. Ziel dessen ist es, eine erste Einschätzung darüber zu gewinnen, ob bzw. in welchem Ausmaß, im Sinne der oben beschriebenen verschiedenen Suizidalitätsformen, der Klient damit beschäftigt ist bzw. gefährdet ist.

Diese Einschätzung zu treffen, stellt bereits für Fachkräfte eine Anforderung dar und bedeutet für Angehörige, Freunde und Kollegen des Betroffenen oft eine Überforderung. Doch was können diese Personen tun? An was ist zu denken?

Was ist zu tun?

Wenn man den Verdacht hat, dass ein Verwandter, Bekannter oder Freund suizidgefährdet sein könnte, ist es hilfreich, diese Person darauf anzusprechen. Geschieht das in einer klaren, ehrlichen, offenen und einfühlsamen Weise, sind die Betroffenen nicht selten erleichtert. Leider wird das Thema Suizidalität immer noch vielfach tabuisiert und ist mit Gefühlen von Angst und Scham besetzt. Den Betroffenen und deren Angehörigen fällt es schwer, es von sich aus anzusprechen.

Die Befürchtung, durch konkretes Ansprechen von fraglicher Suizidalität die Personen eventuell erst auf solche Gedanken zu bringen, hat sich als unbegründet erwiesen. Im Gegenteil: in der Fachliteratur wird darauf hingewiesen, wie hilfreich und entlastend es meist für die Betroffenen ist, mit einer anderen Person über die quälenden Gedanken sprechen zu können. In der Beratungsarbeit finden wir das bestätigt.

Die Befürchtung, durch konkretes Ansprechen von fraglicher Suizidalität die Personen eventuell erst auf solche Gedanken zu bringen, hat sich als unbegründet erwiesen. Im Gegenteil: in der Fachliteratur wird darauf hingewiesen, wie hilfreich und entlastend es meist für die Betroffenen ist, mit einer anderen Person über die quälenden Gedanken sprechen zu können. In der Beratungsarbeit finden wir das bestätigt.

Wird die Vermutung erhärtet oder kann sie nicht ganz ausgeräumt werden, ist es nötig, professionelle Hilfe hinzuzuziehen. Als Freund oder Verwandter sollte man dahingehend unterstützen und motivieren. Von der Übernahme einer therapeutischen Rolle dem Betroffenen gegenüber ist jedoch abzuraten. Mögliche Anlaufstellen sind Beratungsstellen, Psychotherapeuten, Ärzte und Kliniken.

Gewinnt man den Eindruck einer akuten Gefährdung, ist es nötig, den Betroffenen nicht alleine zu lassen und ihm zu signalisieren, für ihn da zu sein. Eine Begleitung zum Arzt oder in eine psychiatrische Notfallambulanz (auch nachts besetzt) sollte erfolgen. Bei extremer Zuspitzung kann es auch nötig werden, den Rettungsdienst zu rufen.

Hintergrund all dieser Überlegungen ist es, dass ein Mensch mit akuter Suizidalität nicht alleine in der für ihn aussichtslos erscheinenden Situation bleiben sollte. Aufgrund der Pflicht zur Hilfeleistung müssen Ärzte, aber auch andere anwesende Personen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Betroffenen daran hindern, sich das Leben zu nehmen (vgl. Bronisch, 2012). Bronisch weist ebenso daraufhin, dass prinzipiell alle Handlungen gerechtfertigt sind, die den Betroffenen vom Vollzug des Suizids zurückhalten.

Auch in unserer Beratungsstelle müssen wir manchmal solche Notfallentscheidungen treffen.

Kommen wir jedoch nach dem Gespräch mit dem Betroffenen zu der Einschätzung, dass keine akute Suizidalität vorliegt, werden mit ihm mögliche weitere Vorgehensweisen erörtert, in Abhängigkeit von der nötig erscheinenden Unterstützung. Das kann ein engmaschiges Beratungsangebot in der Beratungsstelle sein oder auch die Empfehlung einer ambulanten oder stationären Psychotherapie. Da letzteres oft nicht zeitnah

zu realisieren ist, wird die Beratung manchmal auch zur aktuellen Stabilisierung angeboten und parallel dazu die Suche nach einem Psychotherapieplatz unterstützt.

Risikogruppen für suizidales Verhalten

Es gibt sehr verschiedene Hintergründe und Auslöser, die Menschen so verzweifelt sein lassen, dass sie suizidales Verhalten zeigen können. Für bestimmte Gruppen ist das Risiko des Auftretens von suizidalem Verhalten jedoch besonders groß. Zur besseren Übersicht werden diese in Fachkreisen in sogenannte Risikogruppen aufgeteilt (s. Kasten). Betrachtet man die verschiedenen Gruppen, wird sichtbar, dass es eine breite Streuung über die verschiedenen Altersgruppen gibt aber auch, dass viele kritische äußere Ereignisse (Partnerschaftskonflikte, Schulden, Vereinsamung, Arbeitslosigkeit, chronische Erkrankungen, Trennungen etc.) mit einer tiefen Hoffnungslosigkeit verbunden sein können. Dennoch muss der Annahme widersprochen werden, dass das Vorliegen schwieriger Lebensbedingungen ein hinreichender Grund für Suizide darstellt. Nur ein kleiner Teil der Betroffenen reagiert suizidal, während die große Mehrheit mittels verschiedener Wege in der Lage ist, diese extrem belastenden Lebenssituationen und Schicksalsschläge anders zu lösen bzw. zu verarbeiten.

Literatur und Quellenangaben:

Borst U., Hepp, U.: Die Leiden der Angehörigen. In: Psychotherapie im Dialog, 13. Jg., 2, 2012, S. 36 – 40.

Bronisch, Th.: Der Suizid. Ursachen-Warnsignale-Prävention. Beck, 1996.

Bronisch, Th.: Krisenintervention bei Suizidalität. In: Psychotherapie im Dialog, 13. Jg., 2, 2012, S. 15 – 20.

Kast, V.: Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz, 1999.

Quinnet, P.G.: Es gibt was Besseres als den Tod. Suizidgefährdung-Rat und Hilfe. Freiburg: Herder Spektrum, 2000.

Wolfersdorf, M; Etzersdorf, E.: Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer, 2011.

Wolfersdorf, M.: Suizid und Suizidalität aus psychiatrische-psychotherapeutischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog, 13. Jg., 2, 2012, S. 2 – 7.

www.suizidprophylaxe.de

Herr M., der sich an unsere Beratungsstelle gewandt hat, weist gleich mehrere Risikofaktoren für suizidales Verhalten auf: Vereinsamung, Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche. Er bejahte auch, schon einmal Suizidideen gehabt zu haben, aber nie konkrete Pläne oder gar Versuche in die Richtung unternommen zu haben. Er konnte glaubhaft kenntlich machen, dass es trotz aller Hoffnungslosigkeit auch eine Seite in ihm gibt, die dem Leben etwas abgewinnt und die darauf baut, dass es ihm wieder besser gehen wird. Genährt wird das auch durch den Wunsch, die Beziehung zu seinen Kindern wiederzubeleben. Mit Herrn M. wurde die Beratung zeitnah fortgeführt.

Frau K., deren Mann sich vor drei Jahren suizidiert hat, ist eine betroffene Angehörige. Es überrascht nicht, dass sie sich erst zu diesem vergleichsweise späten Zeitpunkt um Unterstützung bemüht. Oft glauben betroffene Angehörige, mit diesem Schicksalsschlag alleine zurecht kommen zu müssen. Selbstvorwürfe und Scham erschweren den Schritt, sich Unterstützung zu suchen noch zusätzlich. Auch Studien (vgl. Borst; Hepp, 2012) weisen darauf hin, dass der Suizid als Todesursache für Angehörige häufig mit (selbst-) stigmatisierenden Prozessen einhergeht und geschwiegen wird. Die dringend nötige soziale Unterstützung in der Trauer entfällt dadurch häufig. Frau K. konnte sich neben dem Beratungsangebot für den Besuch einer Selbsthilfegruppe (Angehörigengruppe) entscheiden.

Chancen und Grenzen von Beratung

Psychisch stark belastende Situationen sowie intrapsychische Probleme können das Gleichgewicht und die Lebenszuversicht nachhaltig stören und so einer suizidalen Tendenz die Bahn ebnen. Entscheidend für die psychologische und beraterische Tätigkeit ist daher immer, den Menschen in seinen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung zu fördern und daran zu arbeiten, seine Widerstandskraft (Resilienz) zu erhöhen. Doch auch Beratung sind Grenzen gesetzt und es wird weiterhin suizidale Handlungen als vermeintlichen Lösungsweg aus krisenhaften Situationen geben. Beratung eröffnet aber auch die große Chance, andere Wege zu suchen und zu finden.

Maria Schnabel

