

Offen über Suizid reden

Langfassung des Gesprächs aus PPP Heft 4/2022 über den Umgang mit Suizidalität in der Psychotherapeutischen Praxis mit Dr. Tobias Teismann vom Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ) und dem bvvp-Bundesvorsitzendem Benedikt Waldherr

Benedikt Waldherr: Lieber Herr Teismann, gibt es eigentlich Statistiken darüber, wie oft Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten erleben müssen, dass sich ihre Patient*innen suizidieren?

Tobias Teismann: Es gibt Befragungen, Studien mit Psychiatern und Psychotherapeuten. Demnach liegen die Schätzungen bei Psychotherapeuten bei 25 Prozent, die Suizide erleben und etwa 50 Prozent der Psychiater. Aber das ist natürlich auch abhängig davon, mit welchem Klientel ich es zu tun habe.

BW: Wenn ich auf meine 30 Jahre Berufstätigkeit blicke, erinnere ich mich an fünf oder sechs Suizide. Der erste hat mich sehr schwer getroffen, da war ich noch nicht lange im Beruf. Zu Beginn der Therapie hatte mir der Patient bereits beschrieben, wie er sich umbringen würde. Und nach 20 Sitzungen hat er es genauso durchgeführt. Er hat den Baum beschrieben, hat mir beschrieben, wo dieser steht, an welcher Straße, wie schnell er fahren würde. Und da sehe ich auch einen Schuldanteil bei mir, weil ich den Zeitpunkt nicht bemerkt habe, als er mir entglitten ist.

TT: Natürlich müssen wir uns im Nachgang genau diese Gedanken machen. Aber man muss dabei auch vorsichtig sein. Wir können immer nur ein Angebot machen. Und wenn Menschen uns nicht mehr teilhaben lassen wollen, dann können wir das natürlich kommentieren und ihnen deutlich machen: "Ich werde Sie immer unterstützen". Aber wenn sich jemand wirklich entscheidet, sich das Leben zu nehmen, dann werde ich das niemals ändern können.

BW: Wie weit werden eigentlich junge Kolleg*innen auf den Umgang mit suizidalen Patientinnen oder Patienten in der Ausbildung vorbereitet? Einem Chirurgen wurde von seinem Vorgesetzten mal gesagt, er solle für sich einen persönlichen Friedhof anlegen, wo er all die Menschen ehrt, die auf seinem beruflichen Weg versterben und sich auch klar macht, was er selbst für einen Anteil an ihrem Tod hat. In der somatischen Medizin scheint das üblicher zu sein.

TT: ... üblicher als in der Psychotherapie. In vielen Ausbildungs-Ambulanzen nimmt man Patienten, die suizidal sind, gar nicht erst auf. Wir handhaben das in unserer Ambulanz diametral anders. Die Studierenden müssen doch damit während ihrer Ausbildungszeit in Berührung kommen. Hier stehen die Supervisoren zur Verfügung und können den Studierenden helfen. Sie brauchen natürlich viel Unterstützung, denn es ist ja gerade am Anfang sehr beängstigend, mit suizidalen Patienten umzugehen. Ich sehe das auch als wichtigen Bildungsauftrag.

BW: Das kann ich nur unterschreiben. Ich persönlich habe viele Praktikanten in meiner Praxis gehabt. Die konnten mir über die Schulter schauen bei der Arbeit mit suizidgefährdeten Patienten. Eines der wichtigsten Elemente im Umgang damit ist es, ganz offen über die Suizidalität zu reden. Alleine, dass wir die Möglichkeit bieten, offen über Suizidwünsche zu sprechen. Wie würden Sie sich

denn töten? Was stellen Sie sich vor? Wie genau wird das ablaufen? Wer wird Sie finden? Wie wird die Wohnung nachher aussehen? Ich kenne die Empfindungen in so einem Moment ja auch von der anderen Seite, aus der Behandlung von Angehörigen.

TT: Wichtig für uns Psychotherapeuten ist aber auch zu wissen, dass die allermeisten Personen, die uns eine Suizid-Methode klar benennen oder von erheblicher Suizidalität berichten, nicht durch Suizid sterben werden. Deshalb muss man aufpassen, dass man im Nachgang nicht denkt, dass es eindeutige Zeichen gab. Es gibt niemals eindeutige Zeichen, dass jemand durch den Suizid versterben wird. Sicher ist, wir können Suizide nicht vorhersagen.

BW: Eine Möglichkeit sind Anti-Suizid-Verträge. Was halten Sie davon?

TT: Wenn ein solcher Vertrag lediglich zur juristischen Absicherung erstellt wird – was in Amerika wohl oft der Fall ist -, dann geht man nicht in die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und gibt ihnen möglicherweise das Gefühl, sie bekommen nicht den nötigen Raum, um darüber zu erzählen. Es geht aber darum, den Leuten zu mehr Selbstkontrolle zu verhelfen und zu besprechen, wie man es schaffen könnte, sich nicht das Leben zu nehmen. In den Anti-Suizid-Verträgen sollten immer Notfallstrategien integriert sein, um Menschen zu helfen, dass ihnen die Selbsttötung nicht wie ein Unfall passiert. Die Frage ist dann: An welchen Stellen könnte es bis zu einer nächsten Sitzung kritisch werden und wie können sie dann gegensteuern? Man geht daher auch immer mehr weg vom Anti-Suizid-Vertrag und hin zum Notfallplan. Der Notfallplan hat tatsächlich die beste Evidenz unter all den Strategien der Krisenintervention. Es ist mehrfach untersucht worden, dass es hilft, Strategien aufzuschreiben, die einem dann helfen, wenn die Suizidgedanken drängender werden. In der neuen Leitlinie zur Behandlung unipolarer Depression, die jetzt grade in der Fertigstellung ist, wird der Notfallplan mit der höchsten Empfehlung im Umgang mit depressiven, suizidalen Patienten Erwähnung finden. Neben der offenen Auseinandersetzung mit Suizidalität sollte also ein Notfallplan mit suizidalen Patienten vereinbart werden. Zudem sollte überlegt werden, wie wir den Zugang zu letalen Mitteln für die Zeit einer Krise verringern können. Auch sollte man sich Zeit nehmen, ambivalentes Erleben rund um den Suizidwunsch genau zu betrachten. Zu fragen: Was ist es, was ein Teil von ihnen fürs Sterben sprechen lässt? Was gibt es noch für Hindernisse auf dem Weg zu einer Selbsttötung? Oder was gibt es noch für Dinge, die sie mit dem Leben verbinden? Solange uns ein suizidaler Patient, eine Patientin teilhaben lässt, muss es eine Ambivalenz geben. Es gibt einen Teil in dieser Person, der noch nicht sterben will, oder noch nicht überzeugt ist davon, dass Sterben die beste Möglichkeit ist. Die Frage ist: Können wir einen emotionalen Kontakt zu diesem Teil herstellen? Das halte ich auch für eine wichtige therapeutische Intervention.

BW: Also diese Ambivalenz klären und den lebenswollenden Anteil der Person greifbarer machen ...

TT: ... und ihnen so greifbar machen, dass die Menschen selbst emotional mit diesen Aspekten in Kontakt treten, dass sie sich selber darüber sprechen hören, wie ein Suizid mit ihren Zielen und Werten kollidiert. Das wären für mich die entscheidenden Punkte: Offen drüber sprechen, sich ein klares Bild davon zu verschaffen, wie die Suizidalität bei dieser Person funktioniert, die Motivlage genau ergründen und schauen, ob ich die Person mit diesem lebenswilligen Teil in Kontakt bringen kann, dann einen Notfallplan mit der Person erarbeiten: Wie kann man verhindern, dass die Leute in einem absoluten Krisenmoment, in denen ihnen Gefahr droht, dass eine Transition von ihnen

Gedanken hin zu Handlungen passiert, einen unmittelbaren Zugang zu den entsprechenden Mitteln haben. Man muss die Chance erhöhen, dass „der Kopf nochmal anspringen kann“.

BW: Ich habe mit einem Patienten vereinbart, dass er seine präparierte Spritze in einen Schrank einschließt und den Schlüssel gut versteckt.

TT: Ja, diese Zugangsbeschränkung stellt wahrscheinlich die effektivste Maßnahme der Suizidprävention dar. Es scheint einen Unterschied zu machen, ob ich für ein Tötungsmittel einfach nur neben mich greifen muss oder ob ich noch mal losziehen muss. Das sollten wir uns zunutze machen.

BW: Bei meinem Patienten hat es sich anders gelöst. Da haben sich tatsächlich wieder lebensnahe Türen aufgetan.

TT: Das finde ich auch einen wichtigen Punkt. In diesen ersten Krisenkontakten geht es darum, Sicherheit herzustellen. Aber das macht das Leben ja noch nicht schön. Der zweite Teil ist, den Leuten wieder ins Leben hinein zu helfen, sodass Suizidideen weniger relevant werden. Da müssen wir genauer schauen, was lässt Menschen suizidal werden? Wie können wir ihnen helfen, mehr das Leben zu führen, das sie möchten.

BW: Ich arbeite zum Beispiel mit einer Patientin, die mir ihren Suizid seit zwei Jahren angekündigt hat für den Zeitpunkt, wenn sie völlig vereinsamt ist. Jetzt liegt ihre Mutter im Sterben, und das ist eigentlich der letzte Ankerpunkt in ihrem Leben. Es ist absehbar, dass von dem Tag an, an dem die Mutter stirbt, die Suizid-Wahrscheinlichkeit ansteigt. Ich würde diese Entscheidung am Ende auch akzeptieren müssen.

TT: Wir haben ja gerade die Diskussion über die Neuregelung des assistierten Suizids. Da werden wir in unserer klinischen Praxis den Aspekt der Frei-Verantwortlichkeit stärker mitdenken müssen und uns fragen müssen: Hat sich mein Patient in einem Zustand der Frei-Verantwortlichkeit entschieden?

BW: Das Wort Suizid, Selbstmord, hat natürlich eine ganz andere Konnotation als die Frage: Ist das ein Freitod?

TT: Ich habe den Eindruck, dass sich das Denken hier gerade verändert. Aus unserer Profession heraus haben wir natürlich vor allem mit Menschen zu tun, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, und das formt unseren Blick auf diesen ganzen Bereich natürlich erheblich. Wahrscheinlich ist aber die Rate derer, die überhaupt nicht an einer psychischen Erkrankung leiden und durch einen Suizid versterben, höher als suggeriert wird. Gleichzeitig muss man mit dem Begriff des Freitods vorsichtig sein. Man kann auch ohne psychische Erkrankung im Krisenzustand in seiner Entscheidungsfähigkeit sehr eingeengt sein. Und da stellt sich dann die Frage: War das wirklich ein echter Freitod?

BW: Wie kann man den Angehörigen von Suizidierten und insbesondere Kindern helfen?

TT: Bei den Kindern ist vor allem wichtig, dass geredet wird, egal wie klein die Kinder sind. Gerade bei kleineren Kindern muss man aufpassen, dass sie es nicht auf sich selber beziehen, dass Papa sich das Leben genommen hat, - dass sie nicht denken, er hat es getan, weil sie zu frech waren. Es gibt auch

verschiedene Bilderbücher, die man nutzen kann, und dann erzählt man ein bisschen was dazu, was mit Papa los gewesen ist. Man sollte also absolut proaktiv agieren, und gleichzeitig immer deutlich machen: „Das hat nichts mit dir zu tun!“ Auch darf keine Vereinzelung in der Familie passieren. Bei den Jugendlichen muss man genau gucken, wie viel Gespräch wollen sie und wo steigen sie aus. Doch auch für sie muss klar werden, dass sie jederzeit darüber reden können, was sie sich für Gedanken machen. Ich kann natürlich auch jeden verstehen, der das nicht kann, nach so einem Verlust mit seinem Kind darüber zu reden. Aber dann muss man sich jemanden suchen, der dieses Gespräch führen kann. Es gibt auch bundesweite Selbsthilfegruppen für Angehörige (AGUS – Angehörige um Suizid e.V.: <https://agus-selbsthilfe.de>), und auf deren Homepage gibt es sehr gute Materialien.

Rein statistisch betrachtet ist es übrigens so, dass Menschen, die jemanden durch Suizid verloren haben, nicht grundsätzlich zu einer schwierigeren Trauer verdammt sind als Menschen, die auf andere Art und Weise jemanden verloren haben. Wenn also jemand Angst hat, durch diesen Verlust nie wieder auf die Beine zu kommen, dem kann man sagen: Statistisch gesehen ist das nicht anders als bei Leuten, die jemanden beispielsweise durch einen Unfall verloren haben. Natürlich ist die Trauer nach einem Suizid erschwert dadurch, dass es erst mal ein vermeidbarer Tod gewesen war und man sich daher immer wieder die Frage stellen wird: Habe ich irgendwas übersehen? Hätte ich irgendwas tun können? Zudem ist man damit konfrontiert, dass es gegebenenfalls ein sehr brutaler Tod war. Wichtig finde ich, dass, wenn sich jemand zuhause das Leben nimmt, meist keine Botschaft an die Hinterbliebenen darin enthalten ist. Wir wissen aus Studien mit Menschen nach Suizidversuchen, dass suizidale Krisen kurz vor der suizidalen Handlung eine erhebliche Dynamik entwickeln, und es oft auf einmal sehr schnell geht. Das ist wichtig, zu wissen, auch für uns Psychotherapeuten, wenn sich Menschen noch kurz vorher ganz klar von so einer Absicht distanzieren haben und am nächsten Tag ist es dann zum Suizidversuch oder zum vollendeten Suizid gekommen. Und wie schon anfangs gesagt: Niemand kann Suizide vorhersehen. Suizide sind zum Glück so selten, dass es schon statistisch einfach nicht möglich ist, Suizide vorherzusagen. Das ist auch wichtig für die Angehörigen, - ihnen zu sagen: „Sie haben nichts falsch gemacht“.

BW: Stimmt es eigentlich, dass Gespräche über Suizide die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass jemand sich suizidiert? Das Thema „Ansteckbarkeit“ spielt ja auch in den Medien eine große Rolle, weil die Berichterstattung über Suizide daher zurückhaltend ist und derartige Informationen mit Triggerwarnung versehen werden?

TT: Das finde ich einen wichtigen Punkt, gerade wenn man Angehörigen sagt, dass sie sehr klar nachfragen sollen, wenn sie den Eindruck haben, die Tochter, der Sohn, hat Suizidgedanken. Da kommt natürlich der Gedanke: Aber man soll doch nicht darüber berichten, weil sich dann mehr Leute das Leben nehmen. Das stimmt, der sogenannte Werther-Effekt ist wirklich gut belegt. Ich glaube, die Suizidzunahme nach Berichten über Suizide von Prominenten liegt bei um die 10 bis 15 Prozent. Das ist schon ein nennenswerter Effekt, aber es ist etwas anderes, ob in der Zeitung über einen Suizid berichtet wird oder ob ich mit einer Person über ihre Suizidalität spreche. Es ist auch tatsächlich durch Studien sehr gut belegt, dass Fragen nach Suizidalität keine Suizidalität beim Befragten erzeugen. Aber genauso, wie es diesen Werther-Effekt gibt, scheint es auch das Gegenteil, also sozusagen einen Papageno-Effekt zu geben. Wenn medial darüber berichtet wird, dass Leute Suizidgedanken überwunden haben, ohne dass es zum Suizid gekommen ist, dann scheint auch das Modellcharakter zu haben. Nach solchen Berichterstattungen sinkt die Suizidrate in der Bevölkerung.

BW: Aber über nicht gelungene Suizide berichtet doch keine Presse.

TT: Es gibt immer wieder Prominente, die berichten, dass sie in ihrem Leben an einem solchen Punkt waren und dann nachgedacht und einen neuen Weg ins Leben gefunden haben. Das wird ja viel beforscht von einer Arbeitsgruppe aus Wien, die wirklich tolle Studien vorlegt. Und zwar gab es einen Hip-Hop-Sänger, der über einen jungen Mann gesungen hat, der über Suizid nachgedacht hat und dann bei der Anti-Suizid-Hotline angerufen hat. Und der Songtext enthielt die Telefonnummer der amerikanischen-Anti-Suizid Hotline. In der Studie haben sie die Zeiträume identifiziert, zu denen dieser Song besonders im Bewusstsein war und das mit der Zahl der Anrufe bei der amerikanischen Hotline verglichen. Sie konnten so nachweisen, dass tatsächlich die Anrufe bei dieser National Crisis Hotline zugenommen und dass die Suizidzahlen in diesen Zeiträumen abgenommen hatten.

BW: Vielen Dank für diesen tiefen Einblick!