

Suizidalität

Tobias Teismann
Wolfram Dorrman

2., aktualisierte Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Suizidalität

Tobias Teismann
Wolfram Dorrman

2., aktualisierte Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Tobias Teismann
Wolfram Dorrman

Suizidalität

2., aktualisierte Auflage



Fortschritte der Psychotherapie

Band 54

Suizidalität

PD Dr. Tobias Teismann, Dr. Wolfram Dorrman

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

PD Dr. Tobias Teismann, geb. 1975. 1996–2002 Studium der Psychologie in Mainz und Bochum. 2003–2006 Weiterbildender Studiengang für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) an der Ruhr-Universität Bochum (RUB). 2004–2012 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der AE Klinische Psychologie und Psychotherapie an der RUB. 2009 Promotion. Tätigkeit als Psychotherapeut, Dozent und Supervisor. Seit 2012 Geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie (ZPT) an der RUB. 2017 Habilitation.

Dr. Wolfram Dorrman, geb. 1954. 1975–1987 Studium der Psychologie in Bamberg. 1982–1996 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter im Bereich Klinische Psychologie und Verhaltensmodifikation an der Universität Bamberg. 1987 Promotion. Seit 1999 Leiter des staatlich anerkannten Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS) in Nürnberg. Seit 1987 als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut niedergelassen zunächst in Bamberg und heute in Fürth.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG,
Göttingen
Format: EPUB

2., aktualisierte Auflage 2021
© 2014 und 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG,
Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3037-9; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-3037-0)
ISBN 978-3-8017-3037-6
<https://doi.org/10.1026/03037-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1 Beschreibung

1.1 Definitionen

1.2 Epidemiologie und Risikofaktoren

1.2.1 Prävalenz von Suiziden, Suizidversuchen und Suizidgedanken

1.2.2 Risikofaktoren

1.3 Verlauf und Prognose

1.4 Komorbidität

1.5 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen

1.5.1 Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

1.5.2 Interviewverfahren

2 Störungstheorien und -modelle

2.1 Kognitives Modell suizidaler Handlungen

2.2 Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens

2.3 Integratives motivational-volitionales Modell suizidalen Verhaltens

2.4 Genetische Faktoren

2.5 Gestörte Neurotransmission

3 Diagnostik und Indikation

3.1 Allgemeine Hinweise zur Risikoabschätzung

3.2 Einschätzung von Risikofaktoren

3.3 Einschätzung von protektiven Faktoren

3.4 Bestimmung des Suizidrisikos

3.5 Indikation

4 Behandlung

4.1 Strategien der Krisenintervention bei akuter Suizidalität

4.2 Therapeutische Beziehung

4.3 Zeit gewinnen – Reflexion anregen

4.3.1 Neugier wecken

4.3.2 Entscheidung für das Leben fördern

4.3.3 Bearbeitung ungünstiger Annahmen, Überzeugungen und Vorstellungen

4.4 Förderung der Selbstkontrolle

4.4.1 Zugang zu letalen Mitteln begrenzen

4.4.2 Notfallplan/Sicherheitsplan

4.4.3 Non-Suizid-Vertrag

4.5 Konfrontation

4.6 Einbeziehen von Angehörigen

4.7 Entscheidung über das Setting

4.7.1 Ambulante Weiterbehandlung

4.7.2 Stationäre Weiterbehandlung

4.8 Aufarbeitung suizidförderlicher Faktoren

4.8.1 Analyse suizidaler Verhaltensketten

4.8.2 Zentrale Therapiebausteine

4.8.3 Rückfallpräventionsübung

4.9 Pharmakotherapie

4.10 Effektivität und Prognose

4.11 Rechtliche Aspekte

5 Weiterführende Literatur

6 Literatur

7 Kompetenzziele und Lernkontrollfragen

8 Anhang

Fragen zur Analyse suizidaler Verhaltensketten

Karten

Prozessmodell für die Krisenintervention bei suizidalen Patienten

Fragen zur Exploration eines Suizidversuchs

Non-Suizid-Vertrag

Notfallplan

^[1] **Einleitung**

Für jemanden, dessen Finger von einer zuschlagenden Tür getroffen ist, gibt es nichts in der Welt außer Finger und Schmerz. Ebenso für den Suizidanten: Der Schmerz macht die ganze Welt aus.

(Omer & Elitzur, 2003)

In Deutschland sterben pro Jahr in etwa 10.000 Menschen an einem Suizid. Betroffen sind insbesondere Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Entsprechend verwundert es nicht, dass vor allem Mitarbeiter im Sozial- und Gesundheitswesen – hauptsächlich Psychiater und Psychotherapeuten – mit suizidalen Personen in Kontakt kommen. In Befragungsstudien geben zwischen 20 bis 30 % der Psychologen und 50 bis 60 % der Psychiater an, den Suizid eines ihrer Patienten erlebt zu haben. Die therapeutische Auseinandersetzung mit Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidversuchen ist naturgemäß um ein Vielfaches häufiger und bestimmt je nach klinischem Arbeitsfeld die tägliche Arbeit in mehr oder weniger starkem Ausmaß. Ängste im Umgang mit suizidalen Patienten sind dabei gleichermaßen normal wie vielfältig: Neben Ängsten vor juristischen Konsequenzen eines Patientensuizids und Ängsten vor persönlichen Fehleinschätzungen äußern viele Therapeuten die Befürchtung, in Anbetracht suizidaler Wünsche keine ausreichenden Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben. Weitere Ängste beziehen sich darauf, nicht die dem Thema angemessene Sprache zu finden, der Verantwortung nicht gerecht zu werden oder mit den intensiven Gefühlen des Klienten nicht zurecht zu

kommen. Prononciert sind solche Befürchtungen vor allem bei Therapeuten, die nur selten Kontakt zu suizidalen Personen haben ([Dorrmann, 1996](#)). Nicht zuletzt dürften schließlich auch Vorbehalte und Unsicherheiten in Bezug auf die Legitimation suizidpräventiver Maßnahmen eine lähmende Wirkung auf den Umgang mit suizidgefährdeten Menschen haben.

In diesem Zusammenhang kontrastieren [Eink und Haltenhof \(2009\)](#) zwei gleichermaßen ungünstige Haltungen zur Frage, ob Suizide verhindert werden sollen und können: die *Ohnmachtsfalle* und die *Allmachtsfalle*. Unter dem Begriff der Ohnmachtsfalle subsumieren sie Einstellungen, die dadurch geprägt sind, dass der professionelle Helfer sich als unwichtig und machtlos erlebt, weil er Suizidhandlungen als Resultat einsamer Entscheidungen versteht, auf die von außen kaum Einfluss genommen werden kann. Diese Einschätzung entspricht weder der klinischen Erfahrung noch den Ergebnissen einer Vielzahl von Untersuchungen zu suizidpräventiven Maßnahmen, in denen sich zeigte, dass es zum Teil bereits nach kurzen Kontakten zu einer Reduktion suizidalen Erlebens kommt und dass die allerwenigsten Personen, die einen Suizid versucht haben, zu einem späteren Zeitpunkt an einem solchen versterben. Die Allmachtsfalle ist durch die entgegengesetzte Annahme, Suizidhandlungen seien bei guter professioneller Kompetenz immer zu verhindern, charakterisiert. Bedenklich an dieser Annahme ist insbesondere der Umkehrschluss, der nahelegt, dass suizidale Handlungen stets in der Verantwortung des behandelnden Therapeuten liegen. Auch diese Einschätzung ist sicher falsch – suizidale Entschlüsse sind oftmals

einsame Entscheidungen, die nicht selten verschwiegen werden und damit selbst für die „beste“ therapeutische Intervention unzugänglich bleiben. Die Verantwortung für den suizidalen Akt liegt damit im Kern immer beim Betroffenen und nicht bei dessen Angehörigen, professionellen Helfern oder anderen beteiligten Personen.

Um der Ohnmachts- und der Allmachtsfalle zu entkommen bzw. Ängste und Hemmungen im Umgang mit suizidalen Personen abzubauen, ist es notwendig, die eigene Haltung suizidalem Verhalten gegenüber zu klären und sich mit diagnostischen und therapeutischen Methoden im Umgang mit Selbsttötungsabsichten vertraut zu machen. Zu diesem Zweck möchte das vorliegende Buch einerseits über empirische und theoretische Arbeiten zu suizidalem Verhalten informieren und andererseits diagnostische und therapeutische Strategien zum kurz- und langfristigen Umgang mit suizidalem Erleben und Verhalten praxisorientiert an die Hand geben. Im Einzelnen wird zunächst eine Begriffsbestimmung vorgenommen, bevor epidemiologische Daten überblicksartig dargestellt und Hinweise zur Diagnostik und Dokumentation suizidalen Verhaltens und Erlebens gegeben werden. Es folgt eine Übersicht über verschiedene theoretische Modelle suizidalen Verhaltens, bevor im dritten und vierten Kapitel ausführlich auf Strategien zur Risikoabschätzung, zur Krisenintervention und zur längerfristigen Aufarbeitung suizidaler Krisen eingegangen wird. Im Rahmen der gesamten Darstellung wird davon ausgegangen, dass der Leser mit klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien vertraut ist. Ausschließlich zum Zweck der besseren

Lesbarkeit wird auf die unterschiedliche geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Die gewählte männliche Form ist in diesem Sinne geschlechtsneutral zu verstehen.

Bochum und Fürth, Oktober 2020

Tobias Teismann
und Wolfram Dormann

^[3] 1 Beschreibung

1.1 Definitionen

Eine einheitliche, international gebräuchliche Nomenklatur und Klassifikation suizidbezogener Gedanken und Verhaltensweisen existiert bislang nicht. Weitgehende Einigkeit besteht gleichwohl darüber, dass dann von einem *Suizid* zu sprechen ist, wenn es aufgrund eines von der Person selbst ausgeführten, schädigendem Verhalten zum Tod kommt und das Verhalten mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war ([Silverman et al., 2007](#)). Drei Bestimmungsstücke werden somit als zentral für die Feststellung eines Suizids erachtet: (a) die Person ist tot, (b) das Verhalten der Person selber führte zum Tod und (c) die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen. Insbesondere die dritte Komponente ist nicht unumstritten und vielfach nur schwer zu bestimmen – gleichwohl erlaubt nur das Wissen um die Intention zwischen suizidalen Verhaltensweisen und nicht suizidalen selbstverletzenden Verhaltensweisen zu unterscheiden (vgl. [Tabelle 1](#)).

Entsprechend braucht es den Nachweis eines gewissen Maßes von Intentionalität auch, um von einem Suizidversuch zu sprechen. [Wenzel, Brown und Beck \(2009\)](#) definieren einen *Suizidversuch* als selbst ausgeführtes, potenziell schädigendes Verhalten, das nicht zum Tod führte,