

Ad hoc-Netzwerkgruppe chronische Suizidalität und akute Risikomomente

INPS-Mitglieder haben sich zwei Mal in Folge mit einem sehr schwierigen Thema in der Behandlung von psychischem Leiden im Allgemeinen und der Traumatherapie im Speziellen befasst: der Suizidalität.

Zum Einen in einer plötzlich aufflammenden Form, wie sich häufig an einer scheinbar nicht bewältigbaren Herausforderung entzündet.

Zum Anderen auf eine lähmende Weise, bei chronischer Suizidalität, die fortgesetzt, oft unterschwellig und immer in einer gewissen Spannung, entweder zu wenig oder zu viel Aufmerksamkeit in der Therapie zu erhalten, eine oft konstante Komponente ist, die den Prozess erheblich mitbestimmt. Auch weil die chronische Form sich immer wieder auch akut zu aktualisieren vermag und dann die Patienten wie auch die Behandelnden besonders herausfordert.

Zunächst standen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu Trauma und Suizidalität und ihren Konsequenzen für die Behandlung zur Debatte. Gemäss der Idee der Netzwerkgruppe als einem Forum der Intervention, fokussierten wir dann auf die therapeutischen Erfahrungen der Gruppenmitglieder. Fallbeispiele führten zur Einsicht, dass die Belastung der Therapeut*innen dabei oft unterschätzt wird. Wesentlich dabei erscheint der (primär vermutlich unbewusste) Versuch der Betroffenen, ihnen die Verantwortung für das Leben des leidenden Menschen zu übergeben. So wichtig und notwendig dabei der konkrete Umgang mit der akuten Suizidalität ist, so kann zugleich eine zu stark bzw. anhaltend auf die Bearbeitung der Suizidalität eingeschränkte Monothematik der therapeutischen Sitzungen auch den Spielraum der Therapie erheblich einschränken und den Prozess lähmen. Dazu kann bei Therapeuten die Erfahrung kommen, übermässig gefordert und gebraucht zu werden, was wiederum die Ressourcen auf Therapeutenseite schmälern und die Empfindsamkeit für fruchtbare Momente in der Interaktion mindern kann.

Im gemeinsamen Austausch in der Gruppe wurden auch kreative Ideen für die konkrete praktische Arbeit entwickelt, wie etwa das als Instrument einzusetzende Bild von der «Verantwortungswaage» oder einen «Lebensvertrag». Diese und weitere Interventionen lassen sich in durch die Schwere der Suizidalität belasteten und blockierten Therapiesitzungen nutzen: Sowohl konkret für eine Verminderung der Suizidalität, als auch dadurch einer Entlastung des Beziehungssystems zwischen Patient und Therapeut, die den weiteren therapeutischen Fortgang fördern kann.



Ad hoc-Netzwerktreffen Im Detail:

ZOOM-Treffen:

16.11.2023, 17.30 bis 19 Uhr

25.1.2024, 17.30 bis 19 Uhr

Teilnehmende:

Dina Scagnetti, eidg. anerkannte Psychotherapeutin

Esther Banz, eidg. anerkannte Psychotherapeutin

Margaretha Hofmann, Psychotherapeutin ASP

Karin Wild, Somatic Experiencing Therapeutin

Michael Henrich, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Steffen Straub, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Kurze Einführung ins Thema durch Steffen Straub

Wichtige Unterscheidungskriterien im Umgang mit Suizidalität u.a.:

- handelt es sich um akute oder chronische Suizidalität?
- leidet der suizidale Mensch unter einer Traumafolgestörung?
- wird er während der suizidalen Krise stationär oder ambulant behandelt?

Das Risiko lässt sich einschätzen, indem Betroffene beschreiben, was sie in Bezug auf Suizidalität aktuell erleben, tun und beabsichtigen. Haben Sie zum Beispiel passive Todeswünsche, formulieren sie klare Suizidgedanken und gibt es eine Handlungsplanung? Was gibt es zugleich an das Leben schützenden Gedanken, Motivationen, Handlungen? Besteht eine chronische Suizidalität? Gibt es frühere Suizidversuche in der Vorgeschichte? Wenn ja, was genau passierte und wie war die persönliche Haltung dazu anschliessend? Wie lang liegt eine solche Tat zurück?

Es gibt eine positive Korrelation zwischen der Anzahl früher Suizidversuche und akuter Suizidalität. Bislang galt im klinischen Arbeiten die Haltung, dass bei Instabilität, wozu hohe Suizidalität zu rechnen ist, grundsätzlich keine Traumaexposition stattfinden soll. Einzelne neuere Studien zeigen jedoch, dass eine Expositionstherapie suizidale, traumatisierte Menschen nicht weiter in die Suizidalität treiben muss, wobei unverändert streng zwischen chronischer und akuter Suizidalität zu unterschieden werden muss. Bei letzterer muss immer eine Krisenintervention voran gehen, mit dem Ziel der Stabilisierung, Sicherung der Lebensfähigkeit im Alltags und Bekräftigung der therapeutischen Beziehung, als wesentlicher Grundlage für die Behandlungsfähigkeit im ambulanten

Setting. Ist dies alles gesichert, kann eine Traumabearbeitung auch bei einem traumatisierten Menschen mit chronischer Suizidalität durchgeführt werden. Nach einem stattgefundenen Suizidversuch sollten mit Sicherheit einige Monate Stabilitätsarbeit einer Traumabearbeitung vorangehen

Literatur dazu u.a.:

Glaesmer, Schönfelder, Wagner: Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext von Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen, Trauma & Gewalt, Stuttgart, J.G. Cotta'sche Buchhandlung, 2022

Gruppengespräch

Mögliche Sofortmassnahmen

Der Leidensdruck und die unmittelbare Gefährdung des menschlichen Lebens müssen insgesamt reduziert werden.

Hier wird an die bekannten Massnahmen der Krisenintervention, insbesondere zum Thema Akute Suizidalität erinnert. Konkrete Notfallpläne und Non Suizid-Vereinbarungen, die immer wieder gemeinsam erarbeitet, geprüft und aktualisiert werden müssen, können Therapeuten und Patienten entlasten.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Verantwortung geteilt bzw. Patienten stärker in die Eigenverantwortung für ihr eigenes Leben gebracht werden sollen. Suizidalität als Folge von Sinnlosigkeit, von «ich mag nicht mehr» kann von Therapeuten auch als Würgegriff erlebt werden: Absprachefähigkeit, soziale Ressourcen, um sich auch einem anderen Menschen als ausschliesslich dem Therapeuten oder der Therapeutin anzuvertrauen in Krisen, sowie Eigenverantwortlichkeit sind Themen, an denen gearbeitet werden muss. Therapeuten und Therapeutinnen sollten nicht als alleinige Ansprechpersonen im Notfallplan aufgeführt sein.

Weiter werden Suizidabsichten im Rahmen des Verlusts aller Bezüge zu anderen Menschen und zu sich selbst besprochen. Im Gegensatz dazu kennzeichnet sich der Bilanzsuizid oft dadurch aus, dass die Betroffenen zunächst zwischenmenschlichen Kontakt suchen, bevor sie ihr Leben beenden. Dies kann leicht von aussen als Besserung einer depressiven Symptomatik missverstanden werden.

Suizidalität illustriert an einzelnen Fallbeispielen:

- Als treibende Kraft hinter drängenden Suizidgedanken kann bei einer Patientin Ohnmachtserleben herausgearbeitet werden. Sie kann sich im sozialen Kontakt nicht abgrenzen und hat nach vielen Klinikaufenthalten mehrere ebenfalls schwer traumatisierte Menschen im Freundeskreis. In diesem Rahmen kommt sie in die Rolle der ZuhörerIn bei

überflutenden Gefühlen, Erinnerungen und Nöten der Freunde und Freundinnen, was zu erheblicher Belastung führt.

- Ein anderes Beispiel betrifft eine Betroffene, die in ihrem inneren Erleben (mit der Suizidalität) einer neuen Möglichkeit begegnet ist und erkennt, dass sie Macht haben kann, was sie bisher für sich ausgeschlossen hat. Im weiteren Verlauf zeigt sich, dass die Patientin mit struktureller Dissoziation einen Anteil hat, der bereit ist, den Suizid zu begehen.
- Jemand anderes hat erkannt, dass sie ihren Vater angeklagt hat, sie sexuell missbraucht zu haben und viele Jahre später zum Schluss kommt, dass diese Erinnerung möglicherweise falsch ist. Schuldgefühle manifestieren sich in ihrem Fall kognitiv als Befehl, sich das Leben zu nehmen.
- Jemand erlebt sexuelle Erregung beim Wickeln von Kindern und stellte sich deshalb auf die gleiche Stufe wie die Täter, welche diese Person im Rahmen von organisierter Gewalt missbraucht hatten, mit unaushaltbarer Scham und Todeswunsch als Folge.
- Eine Mensch im Asylverfahren droht mit Suizid, sollte ihr Asylantrag abgelehnt werden.

Besprochenes Fallbeispiel

Ein wie sich später zeigte schwer belasteter Mann kam mit seiner Partnerin in die Paartherapie. Es stellte sich heraus, dass die Partnerin dieses Setting gewählt hatte, um ihm die definitive Trennung mitzuteilen. Sie hoffte, dass die therapeutische Begleitung ihn auffangen würde. Der Mann begab sich in Therapie:

Mit 30 Jahren hatte er bereits einen Suizidversuch unternommen durch polytoxe Substanzeinnahme. In der Kindheit hatte er emotionale Vernachlässigung erlebt.

Am Ende einer Sitzung deutete beim Verlassen des Raums Suizidabsicht an.

Die Frage an die Gruppe lautete, wie in der nächsten Sitzung vorgegangen werden soll.

Diskutiert wurde die Möglichkeit, die Suizidandeutung zu Beginn der nächsten Stunde anzusprechen. Weiter wurde die Idee reflektiert, die Stunde nach so einer Aussage nicht zu beenden, sondern das Thema sofort aufzugreifen. Der Beziehungsaspekt des Verhaltens des Patienten wurde diskutiert und Suizidrohungen weiblichen Bezugspersonen gegenüber summiert: der Ex-Partnerin gegenüber, die ihn in die Psychotherapie gebracht hatte und gegenüber der Psychotherapeutin unter der Türe am Ende der letzten Sitzung. Weiter hatte der Suizidversuch mit 30 Jahren am Ende einer Beziehung stattgefunden.

Erarbeitete Interventionen:

- Verantwortungswaage, die aufgezeichnet und visuell dargestellt werden kann, wie sich die Verantwortung für das Leben zwischen Patient und Psychotherapeutin aufteilt resp. verlagert.

- Körpererfahrungen durch Belastung der seitlich ausgestreckten Hände mit Gewichten (gleich einer Waage)
- Körpererfahrung in Zweierarbeit im Rahmen einer Körperskulptur. Dabei kann die gegenseitige Belastung und Entlastung mit dem Körpergewicht erlebbar gemacht werden.
- Non-Suizidvereinbarung, die im Verlauf der Therapie zu einem Lebensvertrag erweitert werden kann. Eine sorgfältige Wortwahl wird dabei als besonders bedeutsam betont.
- Exploration der bestehenden Konzepte von suizidalen Patient*innen, was nach einem vollzogenen Suizid sein würde.
- Anteile-Arbeit mit Blick darauf, dass der Suizidwunsch oft nicht durchgängig die gesamte Person bestimmt. Gerade in Krisen brauchen auch andere Themen Platz in der Therapie.
- Prüfung, inwiefern Suizidalität als Grund dient, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

Fazit:

Die Besprechung der Belastung der Therapeuten durch Suizidalität von Patienten wird von den Teilnehmenden entlastend erlebt. Die Verantwortung für das eigene Leben kann letztlich von niemandem übernommen werden als dem Menschen selbst (die Fähigkeit zur freien Willensbildung vorausgesetzt). Trotz vielfältiger Gründe, den Sinn im Leben zu verlieren, zeigen sich in allen genannten Beispielen auch Entwicklungsthemen, wie zum Beispiel die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, das Anerkennen der Macht von Suizid, der Umgang mit schweren Schuldgefühlen, die Akzeptanz von autonomen Körperreaktionen und nicht zuletzt die Verantwortung für das eigene Leben und die Lebensgestaltung.

Eigenverantwortung haben Patienten auch für ihre Therapie. Zu Bedenken ist, dass die anhaltende Thematisierung der Suizidalität, ohne eine konkrete therapeutische Bearbeitung, die Psychotherapie insgesamt schädigen und lähmen kann.

Umso bereichernder erlebten die Teilnehmenden der Ad hoc-Netzwerkgruppe Suizidalität das gemeinsame kreative Erarbeiten von Interventionen. Das Miteinander von verschiedenen Berufsgruppen resp. das Zusammenspiel der von den Beteiligten angewendeten Methoden förderte den Ideenreichtum ganz im Sinne eines Netzwerks, das Wissen und Erfahrung zusammenbringt.

Nächster Termin und anschliessendes Thema: Eigenverantwortung

Nachdem die Übernahme der Verantwortung beim Thema Suizidalität insgesamt stark gewichtete wurde, wird **Eigenverantwortung** in der nächsten Ad hoc-Netzwerkgruppe das Thema sein.

Termin Zoom-Treffen:

Mittwoch 17. April 2024, 17.30 bis 19.00 Uhr