

„Suizidalität“ - Risikoeinschätzung, Gesprächsführung, Krisendienst Mittelfranken

...

Fachstelle für Demenz und Pflege/ 25. Mai 2022

Ralf Bohnert – r.bohnert@kdmfr.de



(Indirekte) Suizidäußerungen

- Danke für alles – an Ihnen lag es nicht . . .
- Ich möchte nur noch meine Ruhe, . . .
- Ich hab alles versucht, ich schaffe es nicht mehr . . .
- Lou mer mei Rouh (dt: lass mir meine Ruhe)!
- Den Geburtstag meiner Tochter mache ich noch mit, dann kann ich für nichts mehr garantieren . . .
- Ich habe soweit alles geregelt, finanziell meine ich . . .
- Dieses Mal mache ich es anders . . .
- Am liebsten wäre ich bei meiner Tochter.
- . . .



Besprechung von suizidalen Gedanken

(Aus: KD Mfr./Tel. 2-9/15)

- Ich war niemals wirklich glücklich und der einzige Gedanke, der mich ein wenig glücklich macht, ist der Gedanke zu sterben.
- Warum rede ich überhaupt mit Ihnen!? - Sie müssen nicht mein Leben leben, Sie wissen nicht, wie es mir wirklich geht.
- Natürlich weiß ich nicht, was danach kommt aber ich hoffe nur, dass es mir dort besser geht.
- Eigentlich möchte ich nicht tot sein, aber **so** möchte ich auch nicht mehr weiterleben – ich möchte nur noch meine Ruhe.
- Vielleicht ist es bis dahin schon zu spät.
- Danke für alles, an Ihnen lag es nicht.



- Die Stimmungslage von Menschen, die über Suizid nachdenken, ist gekennzeichnet von Hoffnungs- und Ausweglosigkeit, Verzweiflung und Resignation.
- Sie sehen keine Perspektive, fühlen sich gescheitert, entwerten sich selbst, sind gekränkt, haben evtl. Schuldgefühle. Sie fühlen sich schwach und zerrissen.
- Sie empfinden ihr Leben als sinnlos und nicht mehr lebenswert. Sie spüren Enge und Druck, sehen sich in einer Sackgasse und meinen, nicht mehr zurück bzw. weiter leben zu können.



Kennzeichen von Situationen, in welchen professionelle Helfer agieren müssen

- Handeln unter Entscheidungs- und Zeitdruck.
- Schnelles und flexibles Handeln erforderlich.
- Multiprofessionelles und Institutionsübergreifendes Arbeiten.
- Angespannte, gefährliche, bedrohliche Situationen in unterschiedlicher Umgebung.
- Schwierige Bedingungen hinsichtlich Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung.
- Immer wieder neue, offene und häufig nicht planbare Situationen.
- Intervention gegen den Willen des Betroffenen.

Suizidalität abklären - Risikoeinschätzung treffen

- Suizidalität offen und nicht wertend/urteilend ansprechen.
- Auslöser herausfinden.
- Jede Idee und Äußerung hinsichtlich Suizidalität ernst nehmen.
- Suizidalität verstehen, nicht entfernen.
- Dem Unfassbaren eine Sprache geben.
- Suizidgedanken als möglicher Lösungsversuch anerkennen und zugestehen – so lange wie möglich Selbstbestimmung bei der Betroffenen belassen.
- Auf die Suizidphantasien eingehen, aktiv und offensiv.
- Vorbereitungen und Pläne besprechen.
- Nicht ablenken und verharmlosen sondern enttabuisieren.

GERMANY

Germans Too Quiet About Suicide

▼ DEATH AND DYING IN GERMANY

More than 11,000 Germans take their own lives annually, though more people are deciding to seek help. But for the majority, suicide still remains a subject they would rather not talk about.



People considering suicide want to be

While some 6,600 Germans died in automobile accidents in 2003 -- the last year for which official figures have been compiled -- 11,150 took their own lives in the same year, according to Germany's Federal Statistics Office.

"When you realize that more people commit suicide than die in traffic accidents and then look at the attention given to automobile accidents, it is clear that suicide is still a taboo subject and not

Einschätzung des Suizidrisikos - Kriterien und Fragen für Klienten und Berater

Kriterium: Suizidgedanken

- Wie lange haben Sie schon Suizidgedanken? Wie häufig treten sie auf - stündlich, täglich, wöchentlich?
- Müssen Sie auch daran denken, ohne es zu wollen?
- Sind die Gedanken noch steuerbar oder zwanghaft? Treten sie impulsartig auf? Können Sie noch an etwas anderes denken?
- Wie ist es nachts – können Sie schlafen?
- In welchen Situationen sind die Absichten besonders stark?
- Gibt es einen bestimmten Auslöser? Warum gerade jetzt?

Kriterium: Suizidankündigungen

- Mit wem haben Sie noch über Ihre Suizidabsichten gesprochen und wie waren die Reaktionen darauf?
- Gibt es jemand mit dem Sie vertraulich darüber reden können?
- Warum haben Sie bisher noch nicht mit ihrer wichtigsten Bezugsperson über die Suizidgedanken gesprochen?
- Wie würden denn die Freunde auf Ihre Pläne reagieren?
- . . .



Kriterium: Frühere Suizidversuche

Fragen an den Klienten:

- Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?
- Wie wurden Sie gerettet?
- Haben Sie selbst Hilfe angefordert oder hat Sie jemand gefunden?
- Wie ging es Ihnen danach?
- Wie sind Sie aus der suizidalen Krise herausgekommen?
- Wie konnten Sie weiterleben?



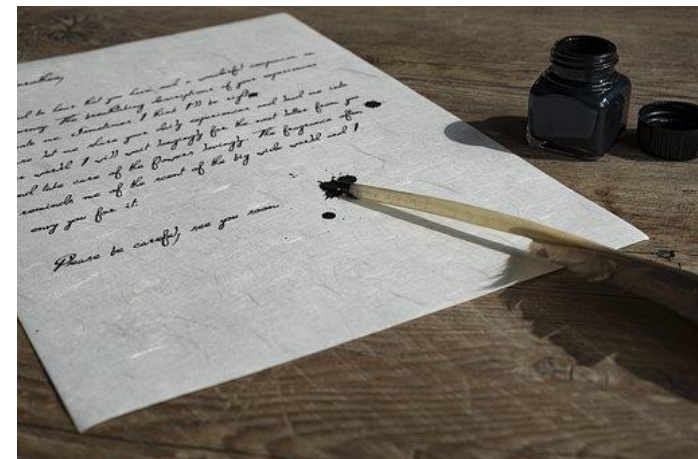
Fragen an den/die Berater/In:

- Ist der Betroffene nach dem Überleben erleichtert und distanziert er sich?
- Hofft er nun auf Hilfe und ist er bereit Unterstützung anzunehmen?
- Bedauert Sie das Scheitern des Versuches oder ist nach wie vor Handlungsdruck spürbar?
- Spricht der Betroffene ehrlich und kooperativ über den missglückten Suizidversuch?

Kriterium: Konkreter Stand der Vorbereitungen und Planungen

Allgemein: Wie klar und genau sind die Vorstellungen des Klienten?

- Wie, wann und wo möchten Sie sich umbringen?
- Haben Sie sich die notwendigen Hilfsmittel bereits besorgt?
- Haben Sie sich eine Frist gesetzt?
- Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben, falls ja an wen?
- Haben Sie ein Testament gemacht?



Kriterium: Mut und Fähigkeit zur Selbsttötung

- Wie ist der Antrieb?
- Traut man es ihm/ihr zu?
- Ruhe vor dem Sturm oder unheimliche Ruhe?
- Geht es der Klientin tatsächlich besser?
- Veränderung der Krise und Suizidgedanken?



Kriterium: Risikogruppe.

- Sind bei der Klientin Risikomerkmale zu finden?
- Krisenart und -auslöser, Alter, Erkrankungen, Lebensform?
- Sind bei der Klientin Risikomerkmale zu finden?

Kriterium: Emotionaler Bereich und Verfassung

- Welche Gefühlslagen können beobachtet und festgestellt werden?
- Schuldgefühle, Präsuizidale Einengung im affektiven Erleben, Aggressionshemmung bzw. Selbstaggressionen, Depressivität, Hoffnungslosigkeit?
- Wie ist die emotionale Beteiligung beim Gespräch über die suizidalen Ideen?

Kriterium: Soziale Beziehungen und Kontakte

- Leben Sie alleine?
- Wie verbringen Sie Ihre Freizeit, mit wem?
- Welche Interessen haben Sie?
- Werden die sozialen Kontakte weniger?
- . . .



Kriterium: Psychische Erkrankung

- Liegt eine psychiatrische Erkrankung vor?
- Um welche Erkrankung handelt es sich?
- Konsumieren Sie Alkohol oder andere Drogen?
Falls ja, aktuell mehr als sonst und warum?



Kriterium: „Suizidskala“

- Wie schätzen Sie Ihre Suizidalität auf einer Skala von 1 bis 10 ein?
- Was müsste passieren, dass sich die Zahl verändert, das heißt Suizidalität mehr/ weniger wird?
- An was würden Sie es merken und wie würde es sich auswirken?



Kriterium: Fremdanamnese

Bei Einverständnis des Klienten und zur Ergänzung und Überprüfung der bisherigen Angaben.

- Ist das Umfeld störend oder stützend?

Fragen an die Angehörigen und/oder andere Bezugspersonen:

- Wie war er früher?
- Trauen Sie es ihm zu?
- Was hat früher geholfen?
- Wann haben sie die Stimmungsänderungen bemerkt?
- Warum glauben Sie, dass er verharmlost/ übertreibt?
- Was denken Sie, was der Auslöser ist?
- Wie geht es Ihnen in dieser schwierigen Situation?



Direkte oder indirekte **Einbeziehung des sozialen Umfeldes**, der „äußeren Welt“. Verbindung schaffen zwischen Symptomatik und familiärer Problematik.

- Mit wem haben Sie noch Kontakt?
- Wer weiß um Ihre schwierige Situation? Wie ist die Reaktion darauf?
- Was halten Sie davon, wenn wir zum nächsten Termin ihre Angehörigen einladen?



In der Suizidalität liegt immer **Ambivalenz zwischen Leben und Tod** einerseits und zwischen Hilfebedarf und -ablehnung andererseits.

Beispiele:

- *„Eigentlich möchte ich nicht tot sein aber **so** möchte ich auch nicht mehr weiterleben“*
- *Hilf mir und lass mich in Ruhe*
- *„Ich brauche Unterstützung aber sie können mir auch nicht helfen“*
- *„Meine Suizidalität war Lebensangst, nicht Todeswunsch“*



**Ambivalenz ansprechen und damit arbeiten.
Lebensalternativen – und was dazu erforderlich ist –
wieder in den Mittelpunkt rücken.**

Zeit anbieten und Zeit gewinnen.

- Druck wird weniger.
- Aktiv zuhören und dann strukturieren, Gefühlschaos ordnen.
- Andere Möglichkeiten sollen eröffnet und ausprobiert werden.
- Ziel ist, die Entscheidung zu verschieben, damit der Hilfesuchende nochmals „betreut“ abwägt (Folgetermine einplanen). Nicht allein und eingeeengt sondern mit Unterstützung.



Zeitprojektion. Annäherung an das Sterben und den Tod. Das „unmittelbare Danach“ wird mit Leben gefüllt. Die Beraterin löst die Distanz auf, schafft tatsächliche emotionale Verbindung zum Todeswunsch.

- Was glauben Sie, passiert nach dem Tod? Was erwartet Sie nach dem Tod?
- Wie gehen Hinterbliebene mit dem Tod um? Wer würde am meisten drunter leiden? Wer würde sich am meisten ärgern?
- Wie werden sie gefunden und wer wird sie entdecken? Wer ist bei der Beerdigung?
- Was glauben Sie, wie die Todesanzeige formuliert ist? Was wird in der Zeitung stehen? Wer wird ihr Grab pflegen?
- Von wem verabschieden Sie sich? Wie und mit welchem Inhalt? Wie geht das Leben Ihrer Familie nach Ihrem Tod weiter?




Besprechung der nächsten Stunden und Tage.


- Krisenplan entwerfen. Welche Aktivitäten können helfen, wenn suizidale Absichten zu häufig/ stark/ intensiver vorkommen? Was sollte vermieden werden? Mit wem könnten Sie sich treffen?
- „Pro und Contra-Liste“ erstellen lassen, systematische Reflektion wird dadurch eingeleitet und der Therapeut bekommt noch besseren Einblick
- Non-Suizid-Vereinbarung
- Weitere Vereinbarungen und Termine ausmachen, engmaschige „Anbindung“, Beziehungsdichte herstellen




Krisendienst Mittelfranken


- Hilfe für Menschen in seelischen Notlagen -


 Hessestrasse 10
90443 Nürnberg

 0911/42 48 55 – 0 oder

 0800/ 655 3000

 www.krisendienst-mittelfranken.de

 www.krisendienste.bayern

 Seit 01.07.2021: Rund um die Uhr

Krisendienst Mittelfranken

- Hilfe für Menschen in seelischen Notlagen -

Öffnungszeiten (01.01.98 – 31.12.19):

Mo.-Do.: 18 bis 24 Uhr

Fr.: 16 bis 24 Uhr

Sa., So. und Ft: 10 bis 24 Uhr

Öffnungszeiten (seit 01.01.20):

Täglich 9 bis 24 Uhr

Öffnungszeiten (seit 01.07.21):

24/7



Krisendienst Mittelfranken (seit 1998)



Bayerisches Psychisch Kranken Hilfe Gesetz (BayPsychKHG – 24.07.2018) - Übersicht

Teil 1 Stärkung der psychiatrischen Versorgung (Art 1 – 4)

- seit 01.08.2018
- „Hilfeteil“

Zielsetzung:

- Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär,
- Bessere Versorgung und Unterstützung von psychisch belasteten Menschen,
- Schnelle, rechtzeitige und qualifizierte Krisenhilfe durch die landesweite Einführung von Krisendiensten
- Vermeidung von Krisenzuspitzungen und Unterbringungen gegen den Willen des/der Betroffenen.
- Krisendienste als ergänzendes, niedrigschwelliges Hilfeangebot.
- Subjektiver Krisenbegriff mit breitem Zugang für alle hilfesuchenden Menschen

Teil 2 Öffentlich-rechtliche Unterbringung (Art 5 – 37)

- seit 01.01.2019
- „Unterbringungsteil“

BayPsychKHG – Teil 1

- **Teil 1 Stärkung der psychiatrischen Versorgung**

- **Art. 1 Krisendienste**

(1) 1: Die Bezirke errichten und betreiben (*also flächendeckend*) . . . Krisendienste (*wie auch immer!*), und entwickeln diese bedarfsgerecht weiter . . . (*Übergangsfrist endete 30.06.21*)

(2) 1: Die Krisendienste umfassen jeweils eine Leitstelle und, daran angegliedert mobile Fachkräfte des Krisendienstes, die auf Anforderung durch die Leitstelle vor Ort tätig werden (*also Hausbesuche usw.*).

VV: Die mobilen Fachkräfte des Krisendienstes sollen so organisiert werden, dass sie alle Ortschaften möglichst (!) . . . in rund einer Stunde Fahrtzeit erreichen können.

2: Die Leitstellen sind unter einer bayernweit einheitlichen Rufnummer (*0800 er Nummer*) rund um die Uhr erreichbar (*also 24/7*).

3: Im Bedarfsfall (*also nach fachlicher Prüfung und Einschätzung*) vermitteln die Krisendienste ambulante oder stationäre Versorgungsangebote.

(3) Im Hinblick auf die regionalen Besonderheiten soll jeder Bezirk über eine eigene Leitstelle verfügen.

VV: Die Bezirke entscheiden über die organisatorische Umsetzung der Leitstellen (auch hinsichtlich Nachtdeckung)