

Suizidale Krisen – Interventionsmöglichkeiten

Dr. med. David Briner
Leiter Psychiatrisch-Psychologischer Dienst (PPD)
Stv. Chefarzt Stadtärztlicher Dienst

Tagung Netzwerk Krise und Suizid
14. Juni 2010, Universität Zürich



Stadt Zürich
Stadtärztlicher Dienst

Übersicht

Suizidalität

- aus gesellschaftlicher Sicht
- als Prozess
- der narrative Zugang
- Mythen und Fakten
- Praktische Tipps
- Adressen

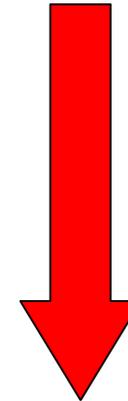
Suizid und Gesellschaft (nach D. Hell)

Suizid wurde historisch und gesellschaftlich unterschiedlich bewertet

- Als Sünde (Mittelalter)
- Als Ausdruck von Krankheit (v.a. seit dem 19.Jh.)
- Als soziale Pflicht (Harakiri)
- Als Martyrium (Selbstmord-Attentäter)
- Als Flucht vor dem Leben
- Als Ausdruck von Freiheit (Jean Améry)

Suizidalität – Prozess

1. Wunsch nach Veränderung eher passive Suizidalität
2. Todeswünsche
3. Suizidideen
4. Suizidpläne
5. Suizidmethode, - vorbereitungen eher aktive Suizidalität
6. Suizidversuche, parasuizidale Handlungen



Suizidalität – Prozess und Einschätzung

1. Wunsch nach Veränderung / Sinnlosigkeit

„Geht es Ihnen manchmal so schlecht, dass Sie denken, das Leben habe keinen Sinn mehr?“

2. Todeswünsche

„War es schon so schlimm, dass sie am liebsten nicht mehr leben wollten?“

3. Suizidideen

„Dachten Sie auch schon daran mit dem Leben Schluss zu machen?“

Suizidalität – Prozess und Einschätzung

4. Suizidpläne

„Haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“

5. Suizidmethode, - vorbereitungen

„Haben Sie Vorstellungen, wie Sie dies tun würden?“

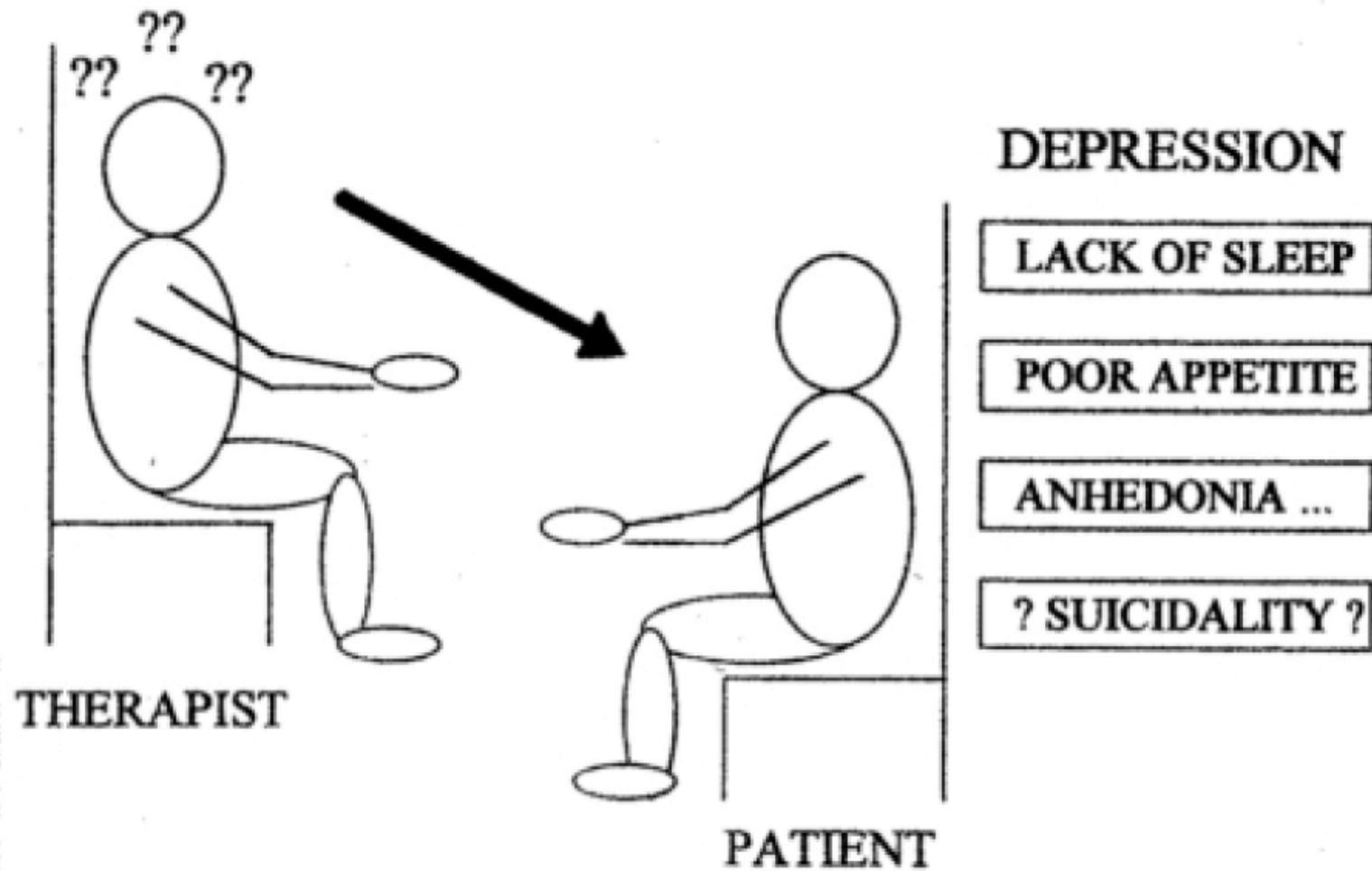
6. Suizidversuche, parasuizidale Handlungen

„Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“

Narrativer Zugang (Michel K., 2000)

- Hinter jeder Suizidhandlung steht eine Geschichte
- Innere Logik auch in der suizidalen Krise
- Erzählen der Geschichte wird ermöglicht durch Zuhören

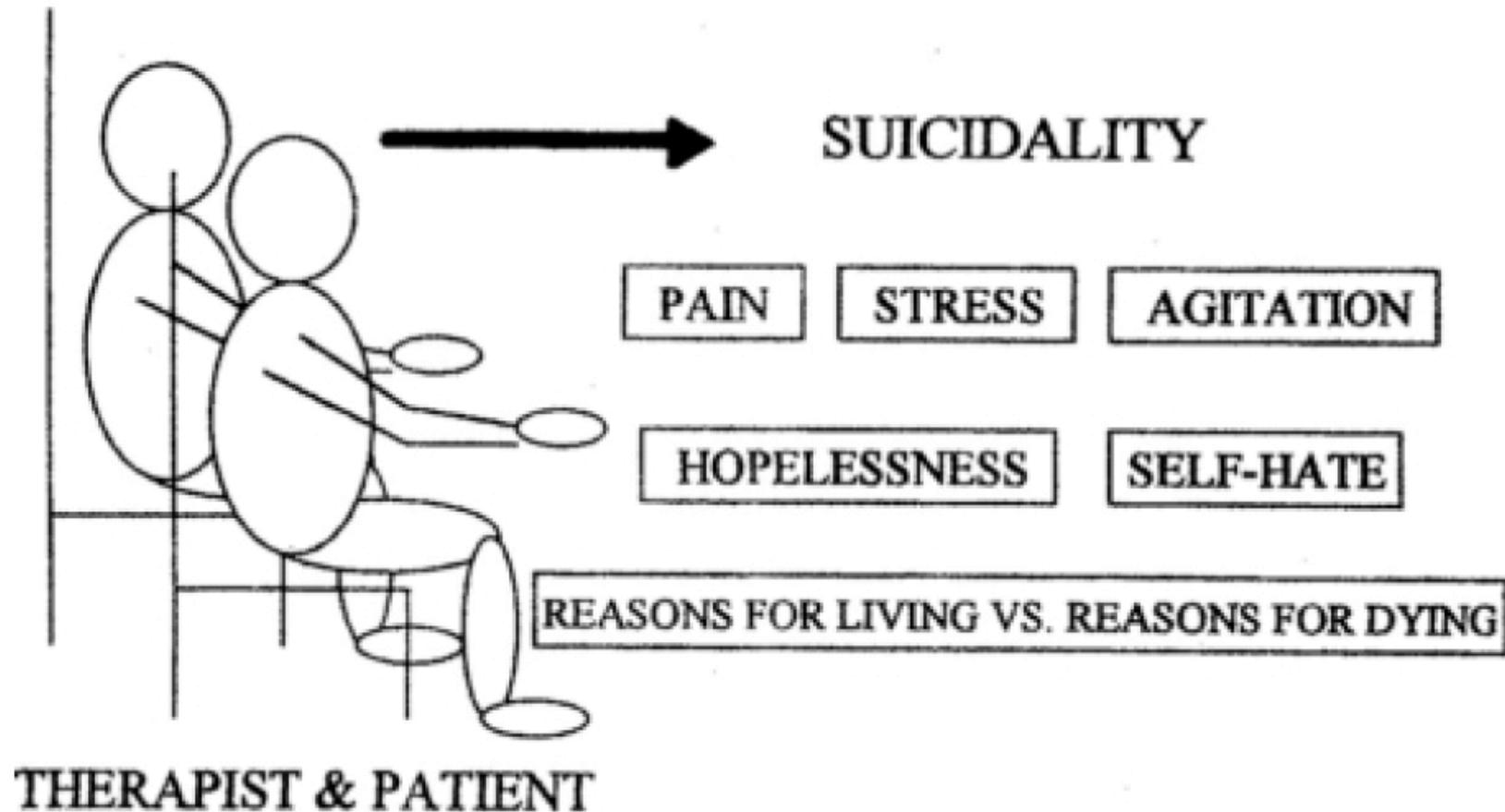
TRADITIONAL "MEDICAL" MODEL



Zitat eines Betroffenen

„Es ärgerte mich, dass sie mich andauernd fragten ob ich es wieder tun würde. Sie waren nicht wirklich an meinen Gefühlen interessiert. Das Leben besteht nicht nur aus Ja oder Nein, sondern ist viel komplexer. Ehrlich gesagt wusste ich selber nicht, ob ich es wieder versuchen würde. Was mir aber klar war, dass ich diesen Ärzten nicht genügend vertraute, um Ihnen zu erzählen wie es mir wirklich geht.“

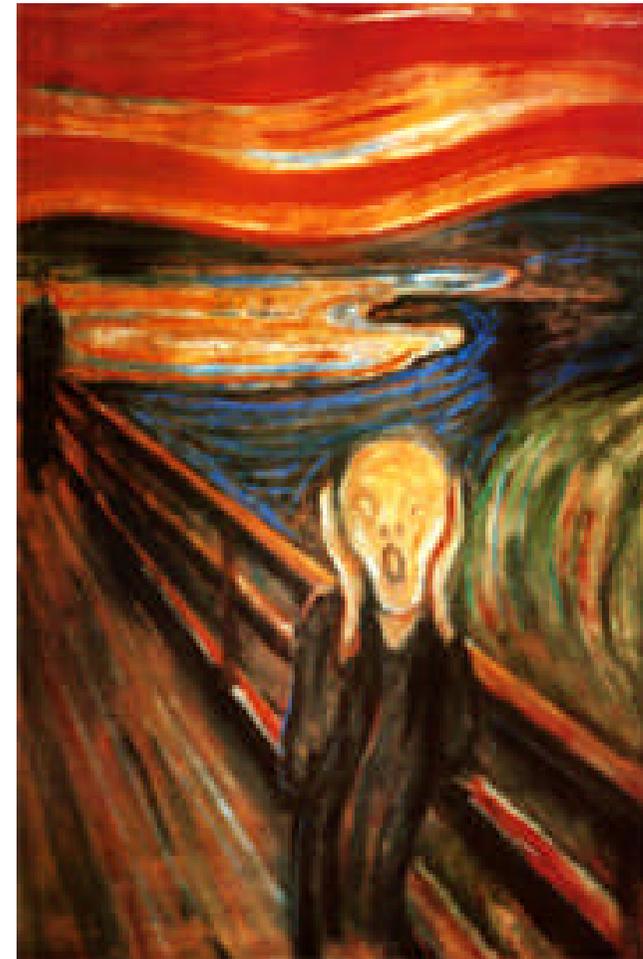
COLLABORATIVE APPROACH



"When we are able to formulate the right story, and it is heard in the right way by the right listener, we are able to deal more effectively with the experience".

„Mental Pain“

- unerträglicher Schmerz
- Gefühle der Minderwertigkeit, Hoffnungslosigkeit und Kontrollverlust
- Gefühl der Einsamkeit
- Innere Leere



Mythen und Fakten

Mythos 1

Suizid geschieht ohne Vorzeichen – deswegen kann man so wenig tun.

Fakt:

Viele Beobachtungen lehren, dass Menschen ihren Suizid meist durch unmissverständliche Zeichen oder Handlungen ankündigen

Mythos 2

Menschen, die über Suizidabsichten sprechen, begehen keinen Suizid.

Fakt:

Suizidversuche werden oft in irgendeiner Form angekündigt
→ Jede Suizidäusserung ist ernst zu nehmen.

Mythos 3

Verzweifelte Menschen soll man nicht auf Suizidgedanken ansprechen: „bloss keine schlafenden Hunde wecken“

Fakt:

Ein Gespräch über Suizidgedanken ist häufig entlastend.

Mythos 4

Wer Suizidabsichten hat oder einen Suizidversuch unternimmt, will wirklich sterben.

Fakt:

Der Suizidgefährdete steht Leben und Tod ambivalent gegenüber. Zunächst bedeuten Suizidabsichten einmal, **so** nicht mehr weiter leben zu wollen.

Mythos 5

Wer einmal einen Suizidversuch macht, wird es immer wieder tun.

Wer einmal einen Suizidversuch überlebt hat, wird es nie mehr tun.

Fakt:

Suizidale Menschen haben nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten.

Aber: 25% wiederholen später einen Suizidversuch

Praktische Tipps

Do's and Don'ts

Don't:

- abwarten und Krise aussitzen
- Motivierungsversuche und Durchhalteparolen
- einfache Lösungen präsentieren
- über Legitimation der Krise/Suizidgedanken diskutieren
- Aktionismus oder Paralyse
- sich unter Druck setzen lassen
- unrealistische Versprechungen machen

Do's and Don'ts

Do's:

- eigene Betroffenheit, resp. Grenzen vorgängig reflektieren
- Gespräch suchen, ruhig und aktiv zuhören, offene Fragen stellen, sich Zeit nehmen
- Orientierung geben und unterstützen
- nächste Schritte besprechen, Termin vereinbaren oder direkt begleiten
- Beratung / Therapie durch Fachperson empfehlen

Wirksamstes Mittel zur Suizidvermeidung ist eine vertrauensvolle Beziehung!

Die Verantwortung

kann für die Helfenden belastend sein:

- Angst etwas zu verpassen
- Angst (mit-)verantwortlich zu sein
- Angst vor juristischen Folgen

deshalb:

- Verantwortung wenn möglich teilen
- eigene Grenzen kennen
- Austausch, Supervision

Adressen Stadt Zürich

- Hausarzt, Psychiater oder Psychologe
- Interdisziplinäre Notfallstation UniversitätsSpital
Tel. 044 255 11 11
- Kriseninterventionszentrum PUK
Militärstr. 8, 8004 Zürich, Tel. 044 296 73 10
- www.therapievermittlung.ch
- Ärztefon 044 421 21 21 (Notfallpsychiater)
- Polizei 117, Sanität 144 (bei akuter Gefährdung)

Psychiatrische-psychologische Therapie

- individuell, je nach Zustand und Auslöser
- bio – psycho – sozial
- ambulant – teilstationär – stationär
- bei schwerer Selbstgefährdung stationäre Therapie auch gegen den Willen möglich: Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE)

危機

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. David Briner
Stv. Chefarzt Stadtärztlicher Dienst, Leiter PPD
david.briner@zuerich.ch

Walchestr. 31, Postfach, 8021 Zürich
Tel: 044 412 48 00

www.stadt-zuerich.ch/ppd



Stadt Zürich
Stadtärztlicher Dienst