

Suizidalität

Das Leben beenden oder das Leiden beherrschen?

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Dr. Martin Plöderl

Eingereicht am 11. Oktober 2012
bei Dr. Anton Nindl und Mag. Renate Bukovski

Zusammenfassung Deutsch

Ein Suizid wird häufig als Versuch verstanden, unerträgliches psychisches Leiden zu beenden. Der eigene Tod erscheint dabei angesichts des Leidensdruckes sekundär. Nur ein geringer Anteil der "suizidalen" Patienten in der psychotherapeutischen Praxis stirbt jedoch durch eine Selbsttötung. Suizidalität umfasst dabei das ganze Spektrum von Ruhewunsch, Suizidgedanken bis hin zu Handlungen mit mehr oder weniger hoher Letalität. In dieser Arbeit soll auf zwei prototypische Formen eingegangen werden. Einerseits die "akute" Suizidalität als Ausdruck unerträglich gewordenen psychischen Schmerzes, andererseits "chronische" Suizidalität als paradox erscheinender Bewältigungsversuch im Sinne von "mich töten zu können ermöglicht mir das Leben". Die Unterscheidung beider Formen ist wichtig für die Risikoeinschätzung und therapeutische Haltung. Chronisch suizidale Patienten lösen bei Therapeuten häufig starke emotionale Reaktionen und Copingreaktionen aus, die eine besondere therapeutische Herausforderung darstellen. Verschiedene Fallbeispiele sollen dies verdeutlichen. Prinzipien der existenzanalytischen Hysterietherapie sind hier zentral. Zusätzliche hilfreiche Aspekte werden diskutiert. Am Ende erfolgt ein persönliches Resümee aus meiner siebenjährigen klinischen Erfahrung mit suizidalen Patienten.

Schlüsselwörter: Suizid, Suizidalität, chronische Suizidalität, Hysterie

Zusammenfassung Englisch

Suicide is often considered as an attempt to end unbearable psychological pain. One's own death is then perceived as secondary, given the immense suffering. However, only a small fraction of "suicidal" outpatients in psychotherapy actually dies by suicide. Suicidality covers a broad spectrum, starting from the wish to have a pause over suicide ideation to nonlethal or lethal acts. In this article two prototypical forms of suicidality are discussed; on the one hand, "acute" suicidality as sign of unbearable psychache, and on the other hand, "chronic" suicidality as seemingly paradoxical coping strategy, in the sense of "to kill me enables me to stay alive." Distinguishing acute from chronic suicidality is important for risk assessment and the therapeutic stance. Chronically suicidal patients often cause intense emotional reactions and coping reactions in therapists which are difficult to deal with. This is illustrated with case examples. Existential analytical principles for the therapy of hysteria are central in this respect, and I will discuss further helpful aspects. I close with a personal resume from my seven years of clinical practice with suicidal patients.

Key words: Suicide, suicidality, chronic suicidality, hysteria

Suizidalität - Begriffsklärung und Modelle

Suizidalität ist ein in der Praxis häufig verwendeter Begriff, der ein weites Spektrum umfasst: von passiven Ruhewünschen ohne Absicht zu sterben zu mehr oder weniger ernsthaften Suizidgedanken, Suizidplänen, bis hin zu suizidalen Handlungen mit nicht tödlichem Ausgang (Suizidversuch) oder tödlichem Ausgang (Suizid) (van Heeringen, 2001; Wolfersdorf, 2012). Eine aktuelle Definition aus dem deutschsprachigen Raum lautet: „Suizidalität ist die Summe aller Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf, 2012, S. 3). Der Begriff „Suizidalität“ wird unter US-Amerikanischen Suizidologen¹ eher abgelehnt, weil er zu unpräzise ist und mit eindeutigeren Begriffen ersetzt werden kann (Silverman, 2011), ich verwende ihn dennoch, um auf das ganze Spektrum suizidalen Denkens und Handelns zu verweisen und benutze, wenn nötig, präzisere Begriffe.

In der psychotherapeutischen Praxis ist es keine Frage ob, sondern wann das Phänomen Suizidalität auftaucht. Mit fast allen psychischen Störungen ist schon per Definition ein mehr oder weniger starker Leidensdruck verbunden. Erreicht dieser Leidensdruck ein zu großes Ausmaß, steigt die Wahrscheinlichkeit für Suizidgedanken, Suizidversuche, oder Suizide. Damit ist auch schon eine Theorie zum Suizid umrissen: Suizid als Beendigung unerträglichen psychischen Leides. Edwin Shneidman, einer der renommiertesten Suizidforscher des 20. Jahrhunderts, begründete die Theorie zum sogenannten „Psychache“. Mit Psychache (deutsch: psychischer Schmerz) ist ein Zustand enormen psychischen Leidens gemeint. Man könnte dies als eine extreme Form der Verzweiflung übersetzen. Es handelt sich dabei um einen Zustand, den sich glücklicherweise die meisten von uns kaum vorstellen können. Daher stellt sich die Frage, wie wir als Psychotherapeuten suizidale Menschen verstehen können, wenn uns dieses psychische Leiden nicht zugänglich ist. John Maltzberger, ein bedeutender analytisch orientierter Therapeut und Suizidforscher, äußerte dies in einer Konferenz (Aeschi 2011) sinngemäß so: „Rufen Sie sich den Moment größter Verzweiflung in ihrem Leben vor Augen. Und dann stellen Sie sich vor, dieser Zustand verschlimmert sich noch. Das ist dann eine Annäherung an das, was Menschen durchmachen, bevor sie sich das Leben nehmen“ (eigene Übers., Gedächtnisprotokoll). Auch in aktuellen Theorien zum Suizid ist psychischer Schmerz ein unumgängliches kausales Glied im suizidalen Prozess. Je nach Theorie kommen weitere Faktoren mit ins Spiel. Nach Shneidman kann ein Mensch zwar ein schier unerträgliches Maß an Psychache aushalten. Wenn aber dazu ein großes Ausmaß an „Perturbation“ (Spannung, Erregung) und „Press“ (Stress, Druck) hinzukommen, kann eine suizidale Handlung die Folge sein. Nach dem tiefen-

psychologischen Modell von Maltzberger (2004) hält ein Mensch psychischen Schmerz nur in Grenzen aus. Wird der Schmerz zuviel, fragmentiert das Selbst, bis hin zu einem dissoziativen Zustand, in dem eine suizidale Handlung gemacht werden kann, die von den Überlebenden als fremd erlebt wurde.

Aber was ist es, was zu solch großem psychischen Schmerz führt? Nach Shneidman sind es unerfüllte Bedürfnisse, die in verschiedenste Gefühlsqualitäten führen können (Scham, Schuld, Angst, usw.), bis hin zu einer Stärke, die als psychischer Schmerz erlebt wird. Menschen, die extreme Gefühlsintensitäten erlebten, haben in neueren empirischen Studien tatsächlich ein höheres Risiko für Suizide (Hendin, Maltzberger & Szanto, 2007) und Suizidversuche (Hendin, Al Jurdi, Houck, Hughes & Turner, 2010), selbst nach Kontrolle von anderen Risikofaktoren wie Depressivität oder Suizidgedanken. Nach Hendin u. a. (2007) war es vor allem das Gefühl der Verzweiflung (engl. desparation), die Suizidenten von anderen Patienten unterschied. Nach dem interpersonal-psychologischen Suizidmodell von Joiner (2005) gründet die Ursache des Psychache aber vor allem in fehlender Verbundenheit zu anderen (engl. connectedness) und dem Gefühl eine Last darzustellen (engl. burdensomeness). Nach Baumeister (1990), der den Suizid als „escape from self“ verstand, liegt die Natur des Psychache im Zurückfallen hinter Ansprüche, die man an sich selbst stellt. Andere Modelle betonen den Faktor Hoffnungslosigkeit (Mann, Wateraux, Haas & Malone, 1999; Wenzel & Beck, 2008), zusammen mit Depressivität, als Motivation zum Suizid. Eine aktuelle Studie findet die drei Faktoren extreme Hoffnungslosigkeit, überflutendes Grübeln und grenzpsychotisches Somatisieren im Zusammenhang mit akuter Suizidgefährdung (Yaseen, Gilmer, Modi, Cohen & Galynker, 2012). Die Intensität der belastenden Emotionen ist das, was die genannten Befunde vereint, und die Nähe zu den verschiedenen existenzanalytischen Grundmotivation ist offensichtlich. Nach meiner Erfahrung passen die genannten Erklärungsmodelle für einzelne Patienten unterschiedlich gut. Besser sollte für jeden Patienten ein eigenes Modell entworfen werden, wie dies in der idiografischen Systemmodellierung vorgeschlagen wird (Fartacek, In Druck; Schiepek, 2003). Dazu wird zunächst phänomenologisch, ähnlich wie in der existenzanalytischen Therapie, die suizidale Dynamik erfasst: Welche Faktoren (innere Zustände) führten bisher zu Suizidversuchen und wie stehen diese Faktoren in Wechselbeziehung? Dazu werden auch explizit Ressourcen (Schutzfaktoren) angefragt. Weil es Patienten oft schwer fällt, die geeigneten Begriffe für ihre inneren Zustände zu finden, werden zusätzlich aus der Suizidforschung bekannte Konstrukte angeboten (Hoffnungslosigkeit, psychischer Schmerz etc.). Trotz der Individualität der

¹In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit immer die männliche Form gewählt, es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

suizidalen Dynamiken gibt es nach Shneidman (1993) universelle Gemeinsamkeiten des Suizides, die unabhängig von den umrissenen Erklärungsmodellen gelten. Demnach ist der Zweck des Suizides, unerträgliches Leiden zu beenden. Ein Suizid wird daher von den Betroffenen als Lösung oder Ausweg erlebt. Aufgrund der schon von Ringel (1953/2005) beschriebenen Einengung (Tunnelblick), anders ausgedrückt, wegen der fehlenden Problemlösefähigkeit vor dem Suizid werden keine anderen Auswege mehr gesehen. Nach Suizidversuchen sind Menschen oft fassungslos, dass sie keinen anderen Ausweg mehr sahen, oder dass sie nicht mehr wahrgenommen hatten, wie viel sie für ihre Angehörigen bedeuten. Shneidmans These, dass es der Zweck des Suizides ist, unerträgliches Leiden zu beenden, ist ein Ergebnis phänomenologischer Suizidforschung. Hier ergibt sich ein wichtiger Anknüpfungspunkt zur existenzanalytischen Sichtweise des Suizides: „Die Suizidalität selbst ist daher keine Krankheit, sondern eine Entscheidung der Person angesichts der Krankheit. Diese Entscheidung, das durchzuführen, was er denkt und fühlt, also seiner psychischen Realität und seiner Überzeugung zu folgen, ist ein Akt, der ihm geradezu moralisch erscheint innerhalb seines Bezugsrahmens“ (Längle, 2004b, S. 21). Dieser Bezugsrahmen ist von Depression geprägt, welche nach Längle durch eine Grundwertstörung verursacht wird, also eine Störung der zweiten Grundmotivation (Leben mögen). Nindl (2004) erweitert die Pathogenese der Suizidalität auf alle vier Grundmotivationen und wird dadurch der Komplexität des suizidalen Prozesses gerecht. In der Existenzanalyse ist die moralisch ethische Haltung zum Suizid historisch nicht geradlinig, wie Bauer (2004) aufzeigt. Nach Frankl (2005, S. 100) ist das, worauf es ankommt: „festzustellen, daß wir in allen Fällen die Sinnwidrigkeit des Selbstmordes, die unbedingte Sinnhaftigkeit des Lebens, dem Lebensüberdrüssigen zu beweisen verpflichtet sind - in immanenter Kritik und mit sachlicher Argumentation, also mit Mitteln der Logotherapie. Vor allem wäre hierbei darauf hinzuweisen, daß seine Lebensmüdigkeit ein Gefühl ist, Gefühle aber niemals ein Argument darstellen“. Diese Haltung wird nach Bauer (2004, S. 56) in der aktuelleren existenzanalytischen Auffassung durch eine mehr phänomenologische Sichtweise erweitert, die sich mit Shneidmans „Psychache Theorie“ gut vereinbaren lässt: „Vor diesem Hintergrund ist es der Existenzanalyse möglich, dem Problem des Suizides ernsthaft phänomenologisch zu begegnen. Dem Menschen wird die Möglichkeit zuerkannt, sich auch dafür zu entscheiden, sich aus dem Leben in dieser Welt zurückzuziehen, weil das Leben sich abgewandt hat und sich ihm nur noch von seiner brutalen, grausamen Seite zeigt. Er ist letztlich also auch frei, den Tod zu wählen, weil er darin neues, besseres Leben erhofft“. Also nicht das Leben wird mehr als Wert erlebt, sondern das Beenden des Lebens, genauer gesagt, das Beenden des Leidens. Dies zieht sich wie ein Axiom durch die suizidologische Forschung. Es stellt sich

aber die Frage, inwieweit es suizidalen Menschen nicht auch darum geht, die Kontrolle bzw. die Autonomie zu bewahren, mehr als das Leiden aushalten zu müssen, ähnlich wie bei todkranken Menschen: „Although patients in my study often spoke of not wanting to suffer pain, in practice, control was more important and they sometimes chose to suffer pain and be in control rather than be pain free but drowsy from the morphine“ (Pool, 2004, S. 962). Es wird also eher das Leben beendet als die Personhaftigkeit aufgegeben. Nindl (pers. Komm.) stellt zur Diskussion, ob der Erhalt der Kontrolle personal ist oder nicht eher im Dienst des Ichs zum Wohl der psychischen narzisstischen Bedürfnisbefriedigung steht. Zwar ist der Kontrollaspekt krisenintervenitorisch zu nutzen, aber letztendlich geht es aber nicht um Kontrolle, sondern ums Lassen, ums Sich-Einlassen auf die Fragen des Lebens. Das weitet die Enge, nimmt den Druck. Hier ist noch viel qualitative Forschung nötig, um diesen Aspekt im Falle von Suizidalität genauer zu untersuchen.

Der suizidale Mensch steht also vor dem Suizid quasi vor einer Kreuzung: „Wenn ich weiterlebe, werde ich weiter leiden. Wenn ich mein Leiden beenden will, muss ich mich töten.“ Hier beginnt naturgemäß die philosophisch anthropologische Diskussion darüber, inwieweit ein Mensch in dieser Situation noch frei entscheiden kann, angesichts des enormen Leidensdruckes oder sogar eines dissoziativen Zustandes. Jean Amery (1976/2001) etwa versuchte den Suizid zu entpathologisieren und ihn als freie Entscheidung zu beschreiben. Dennoch findet sich in seinen illustrativen Beispielen immer ein gewisser Leidensdruck. Wie wir anhand der Existenzanalyse wissen, erschwert großer Leidensdruck personale Aktivitäten und Coping-Reaktionen geraten in den Vordergrund. Die Existenzanalyse hat diesbezüglich eine klare Position: Der Mensch kann potentiell immer frei entscheiden, wie Nindl (2004, S. 64) dies beschreibt: „Da der psychisch beeinträchtigte Mensch aus Sicht der Existenzanalyse allerdings wegen seiner fakultativen Freiheit immer mehr als ein desintegriertes psychisches Selbst ist, wird er in der suizidalen Krise zwar in seiner bedrohlichen Schwäche gesehen, aber auch in seiner potentiellen Stärke als Person angesprochen“.

In der Therapie der Suizidalität ist gemäß der neueren existenzanalytischen Sichtweise eine phänomenologische Haltung unumgänglich, weil sie ein therapeutischer Wirkfaktor ist, wie Bauer (2004, S. 56) erläutert: „Diese Freiheit [zum Suizid, Anm.] grundsätzlich zu respektieren und darüber hinaus die innere Motivation des Todeswilligen offen wahrzunehmen und zu verstehen, gebietet uns die Achtung vor der Person und ihrer letzten Selbstgehörigkeit. Diese Art des therapeutischen Zugangs kann den Betroffenen mit den innersten Quellen seiner personalen Existenz in Berührung bringen und ihm so möglicherweise wieder jene Offenheit vermitteln, die ihn auch in seiner jetzigen dunklen Situation zu einem neuen Versuch des Dialogs mit seinem Leben

ermutigt". Sich der Suizidalität des Patienten phänomenologisch zuzuwenden, was meines Erachtens bedeutet, mit dem Patienten wirklich in Beziehung zu treten, löst im Therapeuten natürlich viel Emotionalität und entsprechende Coping-Reaktionen aus, die die Offenheit und personale Aktivität gefährden können. Akute und chronisch suizidale Menschen werden von Therapeuten sehr unterschiedlich erlebt und erfordern einen grundsätzlich verschiedenen Umgang. Darauf soll nun eingegangen werden.

Akute Suizidalität

Fallbeispiel: Eine ca. 55-jährige Patientin kommt zur stationären Aufnahme, nachdem sie zuvor im geschlossenen Bereich der Psychiatrie war. Die Polizei hatte sie gerade noch rechtzeitig in der Wohnung von einem Suizid abhalten können, da der Abschiedsbrief, den sie an ihren Exmann schrieb, schneller ankam als erwartet und dieser sofort Alarm schlug. Sie hatte schon alles zum Erhängen vorbereitet und schon mehrmals die Schlinge um den Hals gehabt. Stundenlang verbrachte sie so in dieser Ambivalenz Leben-Sterben. Keiner ihrer Freunde wusste von ihrer schon länger andauernden Depression. Aus Scham wollte sie verheimlichen, dass sie mittlerweile bankrott war. Aufgrund der Antriebslosigkeit und Resignation hatte sie wichtige Termine bei der Krankenkasse nicht wahrgenommen und sie bekam kein Krankengeld mehr. Als schließlich der Überziehungsrahmen auf der Bank ausgeschöpft war, beschloss sie, sich zu erhängen. Mit dem letzten Geld kaufte sie Kerzen für ihre Angehörigen am Friedhof. Sie dachte sich: „Jetzt gehe ich zu denen“. Als sie später von ihren Freundinnen geschimpft wurde, warum sie nichts gesagt hatt, brach die Fassade zusammen, und sie konnte endlich weinen. Auf das Behandlungsteam im Krankenhaus wirkt sie freundlich, gut aufgelegt und bedankt sich für die Gespräche. Erst auf Nachfragen, wie es ihr denn wirklich gehe, kommt wieder die Schwere zum Vorschein. Die finanzielle Hilfe der Freunde anzunehmen ist enorm schwierig, da sie nicht zur Last fallen will.

In Seminaren verwende ich diesen Fall zur Demonstration prototypisch akuter Suizidalität. Es zeigen sich bei den Seminarteilnehmern quasi unisono folgende Phänomene: Berührung, Mitleiden, Ernsthaftigkeit, Beschäftigung mit dem Fall in die Pause hinein. In den Diskussionen will man sich der Patientin nähern. Der primäre Impuls ist ein „hin“ (und kein Abwenden), Fürsorge, mit dem Patientin arbeiten, in Beziehung kommen wollen. Der Fall geht einem nahe. Offensichtlich sind es die Copingreaktionen bzw. personalen Aktivitäten der zweiten Grundmotivation, die hier bei Therapeuten im Vordergrund stehen. Dies ist ein Indiz, dass bei akut suizidalen Patienten vor allem Defizite in der zweiten Grundmotivation zu finden sind, passend zum existenzanalytischen Modell der Suizidalität (Längle, 2004b). Vergleich-

bare Fälle sind es, auf welche Lehrbücher und die Regeln zum Umgang mit suizidalen Menschen abgestimmt sind: In Beziehung gehen, dem Leiden Raum geben, Sprechen über das Leid, die Emotionalität und den Ausdruck der Emotionalität ermöglichen. Und dies zurecht, denn akut suizidale Menschen erleben Gespräche mit dieser Haltung sehr hilfreich und sind dankbar dafür.

Der Suizidversuch wird meist bereut, mit der Hoffnung, dass so etwas nie wieder passieren soll. „Der Suizidversuch passt auch so gar nicht zu mir“ bzw. „ich will mich ja nicht umbringen“. Suizidalität ist demnach *ich-dyston*. Es handelt sich um den klassischen Fall akuter Suizidalität, meist im Zusammenhang mit Belastungsreaktionen (Anpassungsstörungen, akuten Belastungsreaktionen) oder mit depressiven Episoden ohne komorbider Persönlichkeitsstörungen. Meist kommt es hier im Laufe einer ambulanten oder stationären Therapie zu einer raschen Verbesserung der Suizidalität, in Behandlungsteams werden diese Patienten gerne gesehen, die Zufriedenheit mit der Behandlung ist meist gut, der Wunsch nach Entlassung kommt häufig von selbst, zu einem auch aus Sicht des Therapeuten günstigen Zeitpunkt, und die Organisation einer Nachbehandlung gestaltet sich einfach. Im Folgenden soll nun der akuten Suizidalität die chronische Suizidalität gegenübergestellt werden.

Chronische Suizidalität

Der Begriff der chronischen Suizidalität taucht in der Literatur immer wieder auf und wird zumeist im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert. Eine umfangreiche fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema ist das Buch „Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient“ von Joel Paris (2006). Chronische Suizidalität weist nach Paris folgende vier Merkmale auf:

Erstens dient Suizidalität der Bewältigung unerträglicher psychischer Zustände; sie ist demnach funktional und reguliert den psychischen Schmerz, im Sinne von „der Gedanke, mir das Leben jederzeit nehmen zu können, macht es erträglicher“, Suizidalität ist eher *ego-synton*. Bei akuter Suizidalität hingegen schämen sich Patienten häufig dafür, suizidal gewesen zu sein; Suizidalität passt nicht in das Selbstbild.

Zweitens sind bei chronisch suizidalen Menschen Leeregefühle charakteristisch: „Die Leere ist hier ein ausgeprägtes Gefühl, nicht verbunden zu sein sowie des Erlebens, in keiner sinnvollen Art zu existieren. Anders als bei der Depression ist das Gefühl der Leere verbunden mit dem Gedanken nie etwas gehabt zu haben und nie etwas haben werden [...] Der Unterschied ist die Prominenz der Einsamkeit und der Leere sowie der fehlenden Identität und fehlenden Aufgabe im Leben“ (S. 25, eigene Übersetzung). Bei der Depression geht es eher um das Gefühl, etwas verloren zu haben, verbunden mit Trauergefühlen.

Drittens haben chronisch suizidale Menschen eine sehr starke Hoffnungslosigkeit, die über das Maß depressiver

Menschen hinausgeht.

Schließlich vermittelt chronische Suizidalität das Gefühl von Kontrolle in der sonst als chaotisch erlebten Welt. „Suizidgedanken können eine aggressive Qualität annehmen, Rache an einer grausamen Welt durch 'aussteigen' aus dem Leben“ (S. 27, eigene Übers.). Dabei haben Suizidversuche die Funktion, das Leiden zu kommunizieren und so wieder mehr Nähe zu wichtigen anderen Personen herzustellen, wenn andere Wege der Kommunikation nicht reichen: „Patienten glauben, dass sie die Lautstärke erhöhen müssen, um gehört zu werden“ (S. 28f), oder wie Nock (2008) es ausdrückt: „Handlungen sprechen lauter als Worte.“

Meiner Erfahrung nach ist es das erste Kriterium, die *Ego-Syntonzität*, die chronische von akut suizidalen Menschen am deutlichsten unterscheidet. Andere Autoren verwenden einfachere Kriterien. So definiert etwa eine deutsche Arbeitsgruppe (Wolfersdorf u. a., 2000, S. 110) chronische Suizidalität als „kontinuierlich vorhandene (Para-)Suizidgedanken mit oder ohne (para-)suizidale Handlungen im Sinne häufiger (rezidivierender) Parasuizide“. Wolfersdorf (2008) warnt übrigens vor der Verwendung des Begriffes chronische Suizidalität, weil dies Unheilbarkeit suggeriert und zu problematischen juristische Konsequenzen führen könnte.

Wie anders sich chronische Suizidalität von der akuten Form unterscheidet, sei durch folgenden, zugegeben extremen, Fall verdeutlicht.

Ein ca. 25-jähriger Patient kommt zur erneuten stationären Aufnahme. Davor gab es mehrere Voraufenthalte in verschiedensten psychiatrischen Einrichtungen, verteilt über mehrere Jahre. Der Patient steht unter Druck, redet sehr schnell, und die Zeit wird, wie in fast allen Gesprächen während eines Voraufenthaltes bei uns, viel zu knapp. Er brach eine längere ambulante Psychotherapie ab, weil er aufgrund seiner Schlafstörung die Termine nicht mehr wahrnehmen konnte und nicht mehr wisse, was er noch erzählen sollte. Ein paar Sätze weiter im Gespräch meint er, dass ein Gespräch in der Woche ihm schon eine große Hilfe wäre (er ist sich des Gegensatzes nicht bewusst). Alkohol brauche er aktuell nicht mehr, nur alle paar Wochen trinke er sich einen Rausch an, außerdem nehme er Psychopax zur Beruhigung (von beiden Substanzen ist eine Abhängigkeit diagnostiziert worden). Frau Dr. X sei übrigens die einzige, die wirklich was von seiner Krankheit verstehe. Er sei ohnehin nicht gerne auf der Station, und es sei daher nicht richtig, dass ich ihm beim letzten Aufenthalt unterstellt hätte, er würde hospitalisieren. Der Aufnahmegrund sei kein freiwilliger, sondern durch die tiefen Schnitte musste er wiederholt in die Unfallchirurgie. Dort hätte man eine Zwangseinweisung veranlasst, wenn er nicht von sich aus in die Klinik gegangen wäre. Die Schnitte würden immer tiefer werden, und er habe Angst, dass er sich irreversibel verletzen würde oder sogar sterben könnte. Die Selbstverletzungen werden immer häufiger und heftiger. Er

macht davon Fotos und zeigt sie auf seinem Smartphone. Das Betrachten der Schnitte beruhige ihn. Auf die Frage, wie stark die Suizidgedanken sind:

P: Das sind Fragen, die sind sinnlos. Ich denke dauernd daran. Deswegen verstehe ich diese Mappe nicht. Ich kann Ihnen jetzt schon sagen, dass ich dauernd auf 10 bin [Anm: wir verwenden für bestimmte Patienten Elemente aus der Dialektischen Verhaltenstherapie, bei der auch die psychische Verfassung genau protokolliert wird, siehe Dinshob, Aistleitner, Plöderl und Fartacek (2010)].

T: Und wie sehen Ihre Suizidgedanken aus?

P: Das habe ich schon alles durchgeplant. Ich würde mich auf das Gleis legen, mit einer Plastiktüte um den Kopf. Da würde ich zwei Löcher hineinmachen, sodass ich atmen kann, aber den Zug nicht sehe. Ich würde den Hals auf die Schienen legen, damit es keine allzu große Sauerei macht.

T: Und wie hoch ist aktuell die Gefahr, dass Sie das umsetzen?

P: Jetzt gerade nicht, aber ich denke oft daran.

T: Beruhigt sie das?

P: Ja, das gibt mir Halt, dass ich es jederzeit tun könnte.

Am sechsten Tag der Behandlung (an einem Samstag) bricht der Patient diese ab. Bei einem ambulanten Kontrolltermin wirft er uns vor, dass man ohnehin nichts anderes wisse als Beruhigungsmittel auszugeben. Auch habe es ihn geärgert, dass nicht ich am Freitag mit ihm sprach, sondern eine Kollegin, und dies unangekündigt (Anm.: Wir kündigten dies sehr wohl schon zwei Tage vorher an).

Wie vermutlich schon beim Lesen der Fallbeschreibung hervorgeht, tauchen hier ganz andere Reaktionen auf als beim ersten Fall. Bei Seminaren und Supervisionen stellt sich ein eher genervter oder ruppiger Ton ein. Es kommen viele Bewertungen und Entwertungen, und die Gruppe gerät in Fahrt. Häufig findet eine Art Wettbewerb statt, wer den schwierigsten solcher Patienten behandelte, oder Äußerungen wie „na dann sollen sie sich halt umbringen, ist doch denen ihre Sache“. Der primäre Impuls ist hier ein „Weg“ anstelle eines „Hin“. Auf Therapeutenseite ist Ohnmacht ein dominierendes Gefühl, bis hin zum Ärger und Hass. Die Therapien verlaufen vielfach unrund, mit vielen Konflikten und Abbrüchen. Die Entlassung ist schwierig zu vereinbaren, die Zufriedenheit mit der Behandlung von beiden Seiten gering. In Teams ist zu hören „nicht der schon wieder“, oder „der manipuliert doch nur“, von Patienten „dort war ich eh schon, das bringt nichts“. Chronisch suizidale Patienten gehen weniger nahe. Das Leiden ist hier oft weniger spürbar, wie dies in der existenzanalytischen Hysteriebehandlung beschrieben ist (Längle, 2004a, S. 95). Passend dazu liegt häufig eine Persönlichkeitsstörung aus dem hysterischen Spektrum vor, d.h. in der DSM-Sprache eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung (Borderline, Narzisstisch, Histrionisch).

Dabei darf nicht vergessen werden: Chronisch suizidale

Menschen müssen mindestens das gleiche aushalten wie akut suizidale Menschen, denn häufig wird die chronische Suizidalität von rezidivierenden akuten Phasen überlagert. Suizidgedanken können hier aus Sicht der Patienten entlasten. Suizidalität verschwindet oft nicht, sondern wird auch für die Zukunft als Ausweg behalten. Sie ist *ich-synton*. Die gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Suizid ist eine Art Selbstberuhigung (engl. „soothing“) (Maltsberger, Ronningstam, Weinberg, Schechter & Goldblatt, 2010). Die Autoren zitieren Nietzsche, der sehr trefflich schrieb: „Der Gedanke an den Selbstmord ist ein starkes Trostmittel: mit ihm kommt man gut über manche böse Nacht hinweg“ (Jenseits von Gut und Böse, §151). Für chronisch suizidale Menschen ist es beruhigend zu wissen, dass sie jederzeit ihr Leben bzw. Leiden beenden können. Meines Erachtens durchbricht dies die Hoffnungslosigkeit (das Leiden hört einmal auf) und erhöht die Autonomie (ich kann bestimmen, wann das Leiden aufhört). Nindl (pers. Komm.) stellt hier dazu die existenzanalytische Frage, ob der Wert der Autonomie, das narzisstische „Ich bestimme, ob ich lebe oder nicht“ zwar eine Überlebensstrategie bedeutet, allerdings die Frage nach dem Wozu nicht wirklich beantwortet. Anders ausgedrückt, ist Beruhigung ein Wert, für den es sich zu leben und zu leiden lohnt? Nietzsche meint in „Der Wille zur Macht“ (§790): „Ist man über das ‚Warum?‘ seines Lebens mit sich im Reinen, so giebt man dessen Wie? leichten Kaufs dahin.“ Wer einen Sinn im Leben hat, der erträgt demnach auch großes Leiden. Ein Ziel im therapeutischen Prozess ist sicher, von der chronischen Suizidalität als Versuch, das Leiden zu beherrschen, auf den Sinn im Leben zu kommen, damit das Leiden besser aushaltbar wird. Wie schon oben erwähnt ist hier noch existenzanalytischer und suizidologischer Forschungsbedarf. In folgendem Fallbeispiel soll die Funktion chronischer Suizidalität im Umgang mit dem psychischen Leiden verdeutlicht werden.

Es handelt sich um eine ca. 30-jährige Patientin, die schon mehrere psychiatrische Aufenthalte hatte und schon häufig versucht hatte, sich das Leben zu nehmen. Biografisch finden sich bei der Patientin viele wahrscheinlich traumatische Ereignisse, unter anderem starke Geburtskomplikationen und Misshandlungen vom Vater. Schon als Kind äußerte sie „hättest ihr mich doch bei der Geburt sterben lassen“. Dann versuchte sie über die Schule Hilfe zu holen. Als jemand nach Hause kam wurde aber nicht von der familiären Gewalt aufgedeckt. Dieses Erlebnis war der Auslöser für den ersten Suizidversuch. Darauf folgte eine beachtliche berufliche Karriere und in dieser Zeit gab es keine Suizidversuche. Als ihr die berufliche Verantwortung über den Kopf wuchs, zusammen mit einem Ortswechsel und dem damit verbundenen Alleinsein folgten erneut Suizidversuche („habe schon aufgehört, sie zu zählen“), immer mit Medikamenten, unter anderem ein Suizidversuch mit stationärer Aufnahme

in der Notfallabteilung. Sehr klar schildert sie, dass sie schon lange und regelmäßig Suizidgedanken hat und dass es oft beruhigend ist, sich jederzeit das Leben nehmen zu können. Vor einem Suizidversuch aber verändert sich etwas, nämlich dass Leere, Angst und Verzweiflung dazukommen sowie ein (Handlungs)Druck (vgl. Modell von Shneidman). Medikamente zu horten und jederzeit das Leben beenden zu können wirkt für sie beruhigend. Mittlerweile hat sie eine sichere Methode angedacht, nämlich Springen und Erhängen gleichzeitig. Sie hat das schon geplant und dazu auch ihre Lebensversicherung gekündigt und darüber auch mit der Mutter gesprochen (der dies egal zu sein schien), und sogar noch das Wertvollste in ihrem Leben abgegeben, nämlich ihr Haustier, das sie sich in einer guten Phase vor einigen Monaten besorgt hatte. In dieser Zeit hatte sie keine Suizidgedanken. Durch eine Verschlechterung der Symptome (Depressivität) tauchten diese wieder auf. Die Patientin begann dann, abends viel Alkohol zu trinken, als Selbstmedikation und um den Suizid durchführen zu können. Zusätzlich fühlte sich die Patientin belastet durch Leeregefühle, Zukunftsängste und das Gefühl, dass sie jedem egal sei (sie postete auf ihrer Facebook-Seite die Frage, wer um sie trauern würde, und von 80 Freunden reagierten nur 2 auf diese Frage). Danach gab sie ihr Haustier ab (sie ist sehr berührt, als sie das erzählt). Weil sie keine Medikamente hatte, ging sie aber um Mitternacht in die Ambulanz der Psychiatrie und holte sich Medikamente. Dort wurde ihre schlechte Verfassung offensichtlich, auch aufgrund der geäußerten Suizidabsichten, und der Arzt verlangte, dass sie am Morgen wieder kommen sollte. In diesem Punkt wollte sie, dass auf sie Verlass ist, um niemandem mit ihrem Suizid Probleme zu bereiten. Am Tag des Interviews mit mir, und zwar am Ende des Interviews, kann sie sich nicht vorstellen, wie es weitergehen soll. Wäre sie Zuhause, hätte sie sicher etwas angestellt (Anm: Suizidversuch). Sie kann sich nicht vorstellen, was sich ändern könnte, damit sie weiterleben will. Es ist viel Ohnmacht spürbar und ich sage, dass ich ihre Hoffnungslosigkeit nicht ganz teilen kann und dass ich zuversichtlich bin, dass sich noch was ändern kann. Dies löst bei ihr eher Unverständnis und subtilen Ärger aus. Danach war hier meines Erachtens wichtig, einerseits die Ohnmacht anzunehmen, aber andererseits dranzubleiben bei dem, was für sie wichtig ist, damit es weitergehen kann. Dazu hat es mehrere Anläufe gebraucht. Erste Frage: „Was müsste sich ändern, damit es wieder weitergehen kann?“ Hier ist sie ratlos und spricht wieder über die Hoffnungslosigkeit und Erlebnisse des Scheiterns. Ich fragte: „Ich möchte sie dennoch fragen, was müsste wegfallen, damit sie wieder eine Zukunftsperspektive haben?“ Es erfolgt wieder eine ähnliche Reaktion. Ich spüre wie bei mir die Ohnmacht und der Ärger auftauchen, sowie die Angst, da nicht rauszukommen und das Gespräch in dieser Hoffnungslosigkeit beenden zu müssen. Ich nehme Stellung dazu und vertraue darauf, dass

wir doch fündig werden und frage: „Also dann frage ich anders: Was ist es, das momentan am schwierigsten für Sie auszuhalten ist?“. Sie: „Alles“. Ich: „Was taucht da als erstes auf, bei diesem Alles?“. Hier kommt es endlich zur Selbstzuwendung, und sie äußert, dass sie sich selbst hasst. Ich gebe ihr die Rückmeldung, dass es gut ist, dass sie so offen darüber redet, und dass sich genau hier schon viel verändert hat gegenüber dem früheren Aufenthalt. Sie meint „Ja das ist es ja eben, dass mir meine Fortschritte nicht bewusst sind. Das bekomme ich nicht mit“. So findet das Gespräch doch noch einen relativ guten Abschluss.

Dieses Beispiel chronischer Suizidalität löst auf Therapeutenseite vermutlich eher Angst aus, anders beim vorher geschilderten Fall. Angst, dass sich die Patientin zurückzieht. Bei ihr und bei ähnlichen Patienten habe ich erlebt, dass sie sich gerne zurückziehen, „zumachen“, verstummen, oder Termine nicht wahrnehmen, zu spät kommen usw., und zwar nicht in scheinbar manipulierender Weise, sondern eher aus einer Schwierigkeit heraus, in Beziehung zu bleiben.

Chronisch suizidale Menschen lösen, wie schon erwähnt, intensive emotionale Reaktionen auf Therapeutenseite aus, die eine therapeutische Herausforderung darstellen. Die folgende Gesprächssequenz mit der eben geschilderten Patientin soll dies verdeutlichen.

Die Patientin kommt zu einem ambulanten Termin, etwa zwei Wochen nach der Entlassung von einem früheren stationären Aufenthalt. Der Termin war schwierig zu vereinbaren. Ich musste mehrmals nachtelefonieren. Im Gespräch kommt heraus, dass die Patientin schon eine größere Menge Medikamente gehortet hatte. Gedächtnisprotokoll der Situation:

T: Es ist gut dass Sie da so offen darüber reden. Ich frage Sie [mit skeptischem Ausdruck]: Ist es gut dass Sie diese Medikamente schon verfügbar haben?

P: Ja, das beruhigt mich.

T: Dass Sie sich jederzeit das Leben nehmen können?

P: Genau!

T: Und wie nahe dran sind Sie zur Zeit, das zu tun?

P: Momentan nicht, nein.

T: Wie gesagt, es ist gut, dass Sie so offen darüber reden, nur so macht das Sinn. Aber Sie verstehen sicher auch, dass ich das in meiner Position als Therapeut nicht so einfach stehen lassen kann. Verstehen Sie das?

P: [schmunzelnd] sicher

T: Sie wissen ja selbst, dass es ein Risiko ist, wenn Suizidmethoden gleich verfügbar sind. Aus meiner Sicht wäre es daher ganz klar besser, wenn Sie die Medikamente entsorgen. Also, wie sollten wir jetzt mit dieser Situation umgehen?

P: [fest] Die Medikamente sind wichtig für mich. Die räume ich sicher nicht weg. Das beruhigt mich einfach, wenn ich

weiß, dass sie da sind.

T: Und wenn ich sie Ihnen wegnehmen lasse?

P: Pah, dann würde ich aber echt böse werden!

T: Warum?

P: Ich habe lange gebraucht, bis ich sie zusammen habe!

T: Ja aber das ist doch gefährlich.

P: Nein, das beruhigt mich!

T: Was genau beruhigt sie da?

P: Ja, dass ich jederzeit [Pause]

T: das Leben beenden können?

P: Genau.

T: Also aus meiner Sicht wäre es schon besser. Aber ich möchte mich jetzt nicht mit Ihnen auf so einen Kuhhandel einlassen. Ich würde Ihnen wünschen, dass Sie sich in Zukunft auch einmal so für Ihre Ziele im Leben einsetzen. Wir haben ja wiederholt vereinbart, dass Sie wieder zu uns kommen, wenn sich die Situation zuspitzt. So wie im Notfallplan niedergeschrieben. Haben Sie den Notfallplan noch?

P: Ja, der ist Zuhause.

T: Können Sie diesen Plan im Notfall einhalten? Können Sie sich rechtzeitig bei uns melden?

P: Ja, das kann ich [wirkt an dieser Stelle recht glaubhaft].

Anm: Wir vereinbarten wieder einen ambulanten Termin. Die Patientin konnte sich im weiteren Verlauf zwei Mal vor einer suizidalen Zuspitzung melden, aber es passierte auch ein neuerlicher Suizidversuch.

Wenn Patienten an ihrer Suizidalität zu hängen scheinen, löst das eine Verstrickung aus: Einerseits die Akzeptanz des Suizides, andererseits die Haltung, ein Vertreter des Lebens zu sein, bzw. auch die rechtliche Verpflichtung zu Maßnahmen bei Selbstgefährdung. Verständlich sind daher die vielfach heftigen emotionale Reaktionen und Copingreaktionen auf Therapeutenseite: Ohnmacht, Lähmung, Hass, Leisten, Wut, Zynismus usw. Für Bendit (2011) ist das der springende Punkt, denn chronisch suizidale Menschen reaktivieren bzw. reinszenieren in der Therapie alte Beziehungserlebnisse, nämlich die Ohnmacht der Bezugspersonen im Umgang mit den Gefühlen des Kindes. Dieses Gefühl ist implizit im Gedächtnis, demnach nicht bewusst zugänglich, allerdings durch kleine soziale Auslöser reaktivierbar. Laut Bendit ist es untherapeutisch, Suizidalität „wegzumachen“ zu wollen, sondern es ist das Eingehen darauf, was heilsam wirkt.

Die meisten Lehrbücher zu Suizidalität unterscheiden nicht zwischen akuter und chronischer Suizidalität. Dennoch ist diese Unterscheidung für die Praxis enorm wichtig, wie das aus den Fallbeispielen ersichtlich ist. Die bei chronisch suizidalen Menschen oft als manipulativ erpresserisch erlebte Suizidalität verschleiern das tatsächlich hohe Suizidrisiko. Prototypisch chronisch suizidale Patienten, nämlich jene mit einer Borderline-Störung, haben ein ähnlich hohes Suizidrisiko wie schwer depressive Patienten. Die Suizide erfolgen

aber nicht unbedingt in der Behandlungsphase, sondern häufig erst nach einer Kette von erfolglos erscheinenden Therapien (Paris, 2006, S. 77).

Von chronischer zur akuten Suizidalität

Für die Risikoeinschätzung ist es nötig zu beachten, dass chronische Suizidalität in eine akute umschlagen kann, etwa wenn durch Lebensereignisse (Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche usw.) zusätzliche Belastungen eintreten. So sind depressive Episoden typisch für chronisch suizidale Menschen. In der Depression kann sich ein enormer Psychache entwickeln, und Suizidgedanken nehmen eine ähnliche Form an wie bei der akuten Suizidalität. Leider gibt es derzeit kaum eine Forschung über diese qualitative Änderung und wie diese ersichtlich ist. Eine Ausnahme sind Maltsberger u. a. (2010), die beschreiben, dass der Wechsel meist durch ein äußeres Ereignis getriggert wird, das von beobachtbaren Veränderungen (Suizidandrohungen, Hass/Wut, Angst), verstärktem Alkohol- und Substanzmissbrauch, extremen Gefühlen von Hilflosigkeit, Selbsthass, Einsamkeit, Verlust der Affektkontrolle, kognitiver Einschränkung begleitet wird und schließlich zum Zusammenbruch des Selbst mit Verlust des Realitätsbezuges und Dissoziation führt.

Kind (2005) analysiert diesbezüglich die bei Therapeuten auftauchenden Gegenübertragungen hinsichtlich der Bedeutung für das Suizidrisiko. Dabei sind es nicht die extremen Gegenübertragungsgefühle wie Hass oder Wut, die mit dem höchsten Suizidrisiko einhergehen. Das Risiko ist eher dann hoch, wenn sich der Patient aus der Beziehung nimmt und man sich als Therapeut überflüssig, außenstehend erlebt. Kommt dazu noch, dass die Sorge um den Patienten aufhört und Erleichterung eintritt, kann dies ein Zeichen eines unmittelbar bevorstehenden Suizides sein. Die Annahme dahinter ist die, dass extreme Emotionen Ausdruck einer bestehenden Beziehung sind, das „Einschlafen“ jedoch ein Zeichen, dass der Patient aus der Beziehung geht, sich schon verabschiedet. Etzersdorfer (2012, S. 34) verweist auf die relevante psychoanalytische Literatur: „Dazu passt die Erfahrung, die immer wieder beschrieben wurde (z. B. Campbell 1995), dass bei Suizidversuchen, die in laufenden psychotherapeutischen Behandlungen unternommen wurden, der Therapeut typischerweise in den letzten Stunden vor der Suizidhandlung gerade weniger an eine davor präsente Suizidgefahr gedacht hat. Hier ist es häufig nicht einfach ein Vergessen oder ein Fehler, sondern das Wiedererleben dessen, was Federn beschrieben hat, in der therapeutischen Beziehung. Campbell beschreibt das an einem Fall sehr offen und meint im Rückblick, dass er selbst wie ein Wächter funktioniert hat, der auf seinem Posten einschläft“. Zur Illustration, wie sich chronische von akuter Suizidalität im Erleben von Patienten unterscheidet, dienen folgende Sequenzen eines Interviews mit einer Patientin (Transkript):

I: Und wie war das für Sie, die Medikamente jederzeit ver-

fügar zu haben?

P: Ja, also das war so, ähm, ein Gefühl, ein bisschen so wie eine Art Sicherheit, eine Versicherung irgendwo, also, so, wenn alles zuviel wird, dann hmm wäre das der Ausweg eventuell.

I: Sie sagen, es hat Ihnen eine gewisse Art von Sicherheit gegeben? Wie haben Sie das erlebt, wenn Sie an das gedacht haben, dass es da oben steht, das Medikament?

P: Hmm. Moment, da muss ich nachdenken [lacht verschämt]. Ahm, ja das war manchmal eigentlich kein schlechtes Gefühl. Manchmal war es auch beängstigend, weil es doch, weil ich gewusst habe, dass das, oder angenommen habe, dass das sicher wirkt.

...

I: Sehen Sie da einen Unterschied zwischen dieser Situation, in der es so gefährlich geworden ist und anderen Situationen, wo Sie an das Medikament gedacht haben?

P: Ahm, ja da ist schon ein Unterschied, weil, also grundsätzlich, wie soll ich sagen, also grundsätzlich ahm wollte ich mir im Grunde nichts antun, es war einfach nur so, ja ok, das ist jetzt da und ahm, ja, also, wenn alles zuviel wird, dann, ja hmm, dann nimmst Du es halt habe ich mir gedacht und ja

I: Und wie war der Gedanke? Grundsätzlich wollten Sie sich nichts antun, aber wenn es soweit ist, dann

P: (unterbricht) Ja es war die Option offen, einfach, ahm, einfach vielleicht in Zukunft, in näherer oder fernerer Zukunft einfach da eine Möglichkeit zur Verfügung zu haben.

I: Und wie hat sich das ausgewirkt auf Sie? Der Gedanke?

P: Ja, also teilweise beruhigend [Anm: sehr fest]. Also wie gesagt, teilweise beruhigend und in dem Moment, wo es so kritisch war, war es schon beängstigend auch, ja.

I: Äh, was war da beängstigend?

P: Ja, also, also dass ich es jetzt wirklich tun will also.

Auf die Frage, was sich vor dem abgebrochenen Suizidversuch geändert hatte:

P: Ahm, weil eben einfach, weil ich mir gedacht habe, das da halte ich nicht mehr aus und, und was auch vielleicht noch dazugekommen ist, genau, das war, dass die Beruhigungsmittel, die ich genommen habe, auch nichts mehr geholfen haben. Genau, das ist auch noch dazugekommen. Und dann, irgendwie für mich die, so der Moment da war dass eben gar nichts helfen kann, also niemand kann mir helfen, also niemand, also das ist schon einmal ganz schlimm und sonst auch nicht, also selber kann ich mir auch nicht helfen.

I: Manche sagen Hoffnungslosigkeit, trifft es das?

P: Ja, Aussichtslosigkeit.

I: Aussichtslosigkeit. Und Sie sagen „das halte ich jetzt nicht mehr aus“; und was war da nicht mehr auszuhalten?

P: Die Angst, also dieses ahm, also dieses erdrückende Gefühl, das man wahrscheinlich in einer Angstsituation hat dieses, und dann auch dieses so eingengt sein und eigentlich nur mehr noch sich selber ahm gefangen sein und so

...

I: Psychischer Schmerz, sagt Ihnen das was, oder ist das ein Begriff der auf das zutrifft?

P: Ja auf jeden Fall, ja. Ich meine, ich kenne psychischen Schmerz auch anders, aber ahm aber so ist das eben mit dieser Angst in Verbindung gewesen also, wie soll ich sagen so irgendwie körperlich so ahm ja irgendwie so das Gefühl keine Luft zu kriegen irgendwie so ja genau, genau und irgendwie so ein Druck da beim Sternum irgendwo so

I: Und wirklich so ein Schmerz da an der Brust?

P: Ja.

I: Und das ist ein anderer Schmerz als wie Sie ihn sonst kennen, oder?

P: Also psychischen Schmerz ohne Angst kenne ich ja auch, der ist anders. Also da ist, ich meine, das ist dann auch so, dass ich in mir gefangen bin und so, aber das ist dann nicht so, wie soll ich das beschreiben. Das, das ahm, ja das ist dann nicht so erdrückend, also nicht so, nicht so. Also ich stelle mir da so vor wie wenn, ja, weiß ich nicht, so eine Angst, wie wenn wer halt furchtbare Höhenangst hat oder so.

...

P: Ja, das ist dann einfach so ein weg sein wollen. Also, die die Überlegung sich jetzt das Leben, also manchmal ist es so, dass ich so zu der Überlegung gar nicht komme, dass jetzt das Leben weg ist, sondern einfach nur weg sein also

...

P: Weil da war die Umwelt gar nicht mehr wichtig. Also, das war in dem Moment, also, es war eigentlich nur ein Moment, also, oder, es war, oder wo es dann ganz geworden ist, das war so ein Moment, und da war die also der Bezug zur Umwelt war nicht nimmer, nimmer relevant.

Behandlungsaspekte

Eine Beschreibung der Behandlung chronisch suizidaler Menschen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und es sei auf Paris (2006) verwiesen oder auf Linehans Ansatz der Dialektischen Verhaltenstherapie, der explizit auf die Behandlung der chronischen Suizidalität bei Patienten mit einer Borderline Störung abzielt [vgl. Dinhobl u. a. (2010)]. Einige Merkmale sollen jedoch an dieser Stelle angeführt werden.

So kann es ein Behandlungsfehler sein, chronisch suizidale Menschen gleich am Behandlungsbeginn bezüglich ihres Leidensdruckes in die emotionale Berührung zu bringen, wie dies bei der Krisenintervention gefordert wird. Dabei wird ja unausgesprochen von akuter Suizidalität ausgegangen. Das Hysteriebehandlungskonzept der Existenzanalyse ist bei chronischer Suizidalität sehr hilfreich, da häufig eine Persönlichkeitsstörung aus dem hysterischen Bereich vorliegt. Zudem bekommt dieses Behandlungskonzept eine besondere Dringlichkeit, denn mit der Suizidalität spitzt sich die Hysteriedynamik zu, und somit die Wahrscheinlichkeit für ent-

sprechende Behandlungsfehler: „Für die Begegnung bestehe eine spezifische Gefahr, nämlich den Patienten in die Falle des Gefälligen zu bringen bzw. selbst dem Abstoßenden und nicht Ernst-Nehmenden zu erliegen“ (Längle, 2004a, S. 95). Das Ernstnehmen der als manipulativ erpresserisch erlebten Suizidalität eine wichtige therapeutische Haltung: „Jede Andeutung, Suizidandrohungen oder Suizidversuche als Aufmerksamkeitserregung zu verstehen, müssen peinlich genau vermieden werden“ (Paris, 2006, 141, eigene Übersetzung). Hier ist wieder die offensichtliche Brücke zur existenzanalytischen Therapie der Hysterie, nämlich, den Patienten unbedingt ernst zu nehmen.

Auch die anderen Grundhaltungen der Hysteriebehandlung werden wichtig: Klarheit, Verlässlichkeit, liebevolle Strenge, nüchternes Klima anstelle zu starker Affekte, Verlangsamung, Genauigkeit, Führung und Festigkeit (Längle, 1999, 2004a; Tutsch, 2004). Voraussetzung dafür ist das Erkennen der eigenen Copingreaktionen (Ärger, Distanzierung, Hass, Lähmung usw.), vergleichbar mit dem Erkennen der Gegenübertragungsreaktionen im psychoanalytischen Ansatz. Dazu ist es für den Therapeuten wichtig, bei sich zu bleiben, gut zu spüren was bei ihm selbst passiert. Die Kunst für den Therapeuten ist es, weiterhin das Basistheorem der Existenzanalyse („ich mit der Welt und ich mit mir“) aufrechtzuerhalten, sich nicht aus der personalen Mitte drängen zu lassen (Dinhobl, pers. Komm.). Das Bild des Therapeuten ist wie ein Anker, fest in seiner Mitte ruhend (Tutsch, 2004). Wie herausfordernd das sein kann wird durch folgende Situation ersichtlich.

Ein Patient mit mehreren, unter anderem beinahe letalen Suizidversuchen, ist in einem ambulanten Gespräch offensichtlich belastet, agitiert, und gibt an, starke Suizidgedanken zu haben. Er erzählt, wie immer, viel, ist ausufernd, sprunghaft und kaum zu bremsen. Auf die Frage, ob er sich in der nächsten Woche vor einem Suizidversuch schützen kann, kommt eine unklare Antwort. Die Gefährdung ist spürbar. Für mich ist eine ambulante Weiterbehandlung nicht vertretbar. Eine Krankenhauseinweisung lehnt der Patient aber ab, und wird dabei entwertend gegenüber dem Krankenhaus. Es kommt zu keiner Klärung und die Gesprächszeit läuft ab. Vor der Tür wartet der nächste Patient. Ich spüre den steigenden Druck und die steigende Ohnmacht, Ärger und Wut, weil ich mir den Raum für diese wichtige Klärung so erkämpfen muss, und der Wert eines Lebens am Spiel steht. Die Kunst war, das Gespräch zu führen und dabei den Ärger bzw. die Wut in Kraft zu übersetzen und nicht ungefiltert an den Patienten zu richten.

Laut Paris (2006, S. 149) ist in der geschilderten Situation gerne die Botschaft verpackt: „Ich glaube nicht, dass Sie mir helfen können, auch wenn wir jetzt zusammen sitzen. Und ich habe das Recht, mich zu töten, wenn sich meine Annahme als richtig herausstellt“ (Anm.: Eigene Übersetzung). In diesem Fall konnte ich einen Arzt einbinden, weil das ambu-

lante Gespräch im Krankenhaus selbst erfolgte. Für ambulante Psychotherapeuten ist es daher äußerst wichtig, einen klaren Umgang mit dem Notfall parat zu haben. Einerseits, um nicht erst im Notfall überlegen zu müssen, welche Möglichkeiten es gibt. Andererseits ist diese innere Klarheit, was im Notfall zu tun ist, Voraussetzung für die beschriebene Grundhaltung der Festigkeit und Führung. Damit können kritische Szenarien entschärft und Krankenhauseinweisungen vermieden werden, die bei chronisch suizidalen Menschen kontraproduktiv sein können, weil sie möglicherweise in die Regression führen (Paris, 2006). Dennoch ist es wichtig, seine eigene Sorge als Therapeut ernst zu nehmen und gut für sich zu sorgen. Paris (2006) fordert zwar, dass Therapeuten von chronisch suizidalen Menschen risikotolerant sind, aber meines Erachtens geht im Zweifelsfall das eigene Wohlbefinden vor. Ein guter Hinweis dafür ist, ob einem der Patient gedanklich und emotional „nachgeht“, eventuell bis in private Bereiche oder in den Schlaf. Dann ist es ratsam, eine Einweisung ins Krankenhaus zu veranlassen. Meine Erfahrung ist aber, dass Notfallszenarien bei zunehmender Sicherheit im Umgang mit chronischer Suizidalität immer besser entschärft werden können.

Die Wahrung und das Herausstreichen der Autonomie ist bei suizidalen Menschen mit einem hysterischen Grundkonflikt bzw. chronisch suizidalen Patienten zentral (Paris, 2006; Tutsch, 2004). Paris (2006, S. 135) exemplifiziert dies: „Sie müssen sich schrecklich fühlen, weil Sie Suizidgedanken haben, aber wir müssen verstehen, was ihre Probleme sind und daran arbeiten. Und ich glaube, dass Sie das auch können“ (Anm.: Eigene Übersetzung). Chronisch suizidale Patienten haben oft schon viel Erfahrung mit Institutionen und Therapieangeboten gemacht und sind darin quasi Experten. Außerdem leben sie schon lange mit dem Leiden, haben also Ressourcen entwickeln müssen. Ich habe es als wirksam erlebt, Patienten selbst bzw. gerade in der suizidalen Zuspitzung als Experten einzubinden. Etwa durch Rückfragen wie: „Welche Möglichkeiten haben Sie jetzt?“. „Sie kennen solche Situationen vermutlich. Was war für sie das Hilfreichste?“ Auch bei Diskrepanzen ist das gut anwendbar: „Ich kann verstehen, dass Sie aufgrund der Erfahrungen nicht mehr ins Krankenhaus wollen. Gleichzeitig höre ich von Ihnen, dass Sie die Situation nicht mehr ertragen. Ich finde es gut, dass Sie da so offen reden können. Ich denke, Sie sind erfahren genug und wissen, dass ich als Therapeut jetzt verpflichtet bin, über Notfallmaßnahmen zu reden, nicht?“, oder „Ich denke sie verstehen, dass ich Sie so jetzt nicht gehen lasse kann. Eigentlich bin ich verpflichtet, jetzt die Rettung zu holen. Welche Möglichkeiten haben wir jetzt?“ [siehe Beispiele in Paris (2006, Kap. 8) oder (Tutsch, 2004)]. Gerade bei narzisstischen Patienten erlebte ich das oft als fruchtbar in dem Sinne, dass sehr offen und sachlich über Zwangseinweisungen oder Alternativstrategien (z.B. kurzfristiger nächster Termin, telefonische Kontakte etc.) gesprochen werden kann. „Thera-

peutisch besteht ein schmaler Zugang durch grundsätzliches und deutlich gemachtes Respektieren seiner Fähigkeiten und seines Selbst“ (Längle, 1999, S. 17). Schließlich entspricht die Zumutung der Entscheidungsfähigkeit trotz Suizidrisiko der existenzanalytischen Grundhaltung (Nindl, 2004).

In folgender Sequenz eines Gespräches soll verdeutlicht werden, wie die Autonomie eines Patienten trotz hohen Risikos gewahrt werden kann, und wie dafür eine klare, haltgebende und begrenzende Position des Therapeuten nötig ist.

Dabei geht es um eine Patientin beim dritten Termin in meiner ambulanten Praxis. Sie lebt in einer verstrickten Beziehung mit einer Frau, aber eine Trennung steht im Raum.

P: Das wird sich ja klären, am Mittwoch. Da sagt mir dann meine Freundin, ob sie sich trennen will oder nicht. Wenn Sie bei mir bleibt, dann passt eh wieder alles.

I: Und was ist, wenn sie sich trennen wird?

P: Dann weiß ich schon, was ich zu tun habe.

I: Was meinen Sie damit?

... es dauert ein bisschen, bis sie offen redet

P: Ich habe da eine Kapsel zuhause, von der ich weiß, dass sie tödlich ist.

I: Und die werden Sie dann nehmen?

P: Ich habe Ihnen doch gesagt, dass ich weiß, was dann zu tun ist.

I: Dann schlage ich vor, dass wir einen telefonischen Kontakt vereinbaren, unmittelbar nach dem Gespräch mit ihrer Freundin.

P: Warum soll das dann nötig sein? Das geht Sie doch gar nichts an.

I: Natürlich geht es mich was an, wenn Sie mir sagen, dass Sie sich das Leben nehmen wollen.

P: Das ist ganz lieb von ihnen, aber nicht nötig.

I: Ich bin schon alleine in der Rolle als Therapeut verpflichtet, Ihnen zu helfen.

P: Also dann von mir aus, dann rufe ich halt an.

I: Und wir vereinbaren einen Termin kurz später.

P: Wenn Sie das wollen.

I: Werden Sie verlässlich anrufen?

P: Ja ja.

I: Wenn Sie nicht verlässlich anrufen, werde ich Ihnen die Rettung vorbeischieken.

P: [sichtlich erstaunt und etwas verärgert] Was? Nein bitte nicht. Nein, das wäre mir peinlich. Also meinerwegen, ich werde mich ganz sicher bei Ihnen melden, weil ich möchte mir ersparen dass da die Rettung kommt. Und den Termin machen wir auch.

Anmerkung: Die Vereinbarungen funktionierten, die Paarsituation war vorerst nicht kritisch. Durch die Konfrontation konnte ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden und sie wirkte meines Erachtens haltgebend und beziehungsstiftend. Die Patientin brach die Therapie nach ca. 10 Stunden ab. Ein Grund war meines Erachtens, dass ihr in der Therapie die

eigentlich unstimmige Lebens- und Partnerschaftssituation bewusst wurde, sie dies aber (noch) nicht wahrnehmen wollte. Etwa zwei Monate später kam sie nach einem Suizidversuch in die Psychiatrie, die Beziehung ging in die Brüche. Es war danach besser möglich, therapeutisch mit der Patientin zu arbeiten.

Die Copingreaktionen, auf Patienten- und Therapeuten-seite, zeigen an, welche personalen Aktivitäten vor allem zu beachten sind. Die Kunst ist, trotz der eher neutralen Haltung das Leiden im Auge zu behalten und ernst zu nehmen, unter anderem um die vielen Entwertungen durch manche Patienten besser auszuhalten zu können. Gemein in den Ansätzen zur Behandlung chronischer Suizidalität ist die Strukturiertheit, die personale Verfügbarkeit des Therapeuten bei hoher Kontrolle des eigenen Copingreaktionen bzw. Gegenübertragungen, das nüchterne Reden über Suizidalität, der Einsatz von Behandlungsverträgen und der Haltung, den Patienten als Experten für seine Suizidalität zu betrachten (Paris, 2006).

Chronisch suizidale Patienten schrecken ab und füllen viele Supervisionsstunden. Bei längeren Behandlungen ist es aber realistisch, dass Copingreaktionen der Patienten abklingen und sich die Qualität des oben geschilderten akut suizidalen Patienten einstellt. Das hinter der Hysterie stehende Leid wird spürbarer. Umgekehrt habe ich es bei akut suizidalen Patienten ohne offensichtlicher Persönlichkeitsstörung erlebt, dass die schwierige Phase erst im Laufe der Therapie kommt, und sich ähnliche, wenn auch nicht so schwerwiegende Herausforderungen wie bei chronisch suizidalen Menschen stellen.

Abklären des Suizidrisikos

Für beide Formen der Suizidalität ist es unumgänglich, überhaupt offen über Suizidalität sprechen zu können. Dies erscheint banal, ist es aber nicht. Eine bemerkenswerte Untersuchung von Mishara u. a. (2007), in der Telefonate von Krisenhotlines im Wissen von Anrufer und Berater abgehört wurden, hat ergeben, dass in hohem Ausmaß Suizidalität nicht thematisiert wurde, obwohl dies klar in den Leitlinien vorgesehen war. Vielfach wurde selbst dann nicht nach Suizidplänen oder gar Ausführungstendenzen gefragt, wenn der Anrufer von sich aus Suizidgedanken äußerte. Bei meinen Fortbildungsveranstaltungen mache ich daher auf diesen Umstand bewusst und übe das Abklären der Suizidalität in Rollenspielen. Trotz des vorgegebenen Ziels des Rollenspiels fällt es sogar erfahrenen Therapeuten manchmal schwer, den Patienten direkt auf Suizidgedanken anzusprechen. Meist wird als Grund angegeben, dass dies als grenzüberschreitend, „invasiv“, zu nahe tretend, unzumutbar oder zu direkt erlebt wird. In den Rollenspielen wird aber schnell klar, dass dies Patienten nicht so erleben. Dies geht übrigens auch aus wissenschaftlichen Forschungen hervor, nach der

keine iatrogenen Effekte bei der Abklärung von Suizidalität, sondern eher positive Effekte gefunden wurden (Biddle u. a., 2012; Crawford u. a., 2011; Gould u. a., 2005). Das Argument, dass das Reden über Suizidalität diese erst hervorrufen kann („schlafende Hunde wecken“) entbehrt wissenschaftlicher Grundlage. Aufgrund der Studie von Mishara u. a. (2007) muss davon ausgegangen werden, dass Suizidalität sehr häufig nicht angesprochen wird. Hier versuchen viele Suizidpräventionskampagnen und Fortbildungen entgegenzuwirken.

Persönliche Bemerkungen

Die therapeutische Arbeit mit suizidalen Patienten wirkt abschreckend und beängstigend. Oft höre ich Äußerungen wie „diesen Job könnte ich nicht machen“ oder „zieht Dich das nicht runter?“ Meiner Erfahrung nach ist die Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen tatsächlich schwer, belastend und ermüdend, denn viel Leid muss ausgehalten bzw. toleriert werden. Dementsprechend viel (Zeit)Ausgleich ist nötig. Bei einer Häufung von Patientensuiziden wäre die Arbeit vermutlich nicht auszuhalten, aber Gott sei Dank kommen diese relativ selten vor. Die Gefahr, sich selbst zu verlieren (Hysterie), ist durchaus gegeben, individuell und als Team, vor allem in der Arbeit mit chronisch suizidalen Menschen. Im Team witzeln wir immer wieder einmal über unsere eigene Hysterie, die im Lauf der Woche zunimmt. Die Arbeit ist eine ständige Auseinandersetzung und Entwicklung, vielleicht noch stärker als bei weniger akuten Fällen in der psychotherapeutischen Praxis. Nach sieben Jahren habe ich wesentlich mehr Sicherheit im Umgang mit chronisch suizidalen Patienten, die sehr häufig eine schwere Persönlichkeitsstörung haben. Dies hilft mir in kritischen Situationen in der freien Praxis. Es wäre eine Anmaßung zu glauben, dass Psychotherapie alle Suizide verhindern könnte, und doch erlebe ich immer wieder, wie das therapeutische Angebot geschätzt wird und sich die mühsame Arbeit lohnt. Die Begegnung erfolgt meist in der suizidalen Krise und somit an einem Tiefpunkt einer Entwicklung. Zu erleben, wie sich Menschen trotz der erlebten Hoffnungslosigkeit weiterentwickeln und wachsen, und die Erfahrung, als Therapeut einen Beitrag leisten zu können, ist sehr erfüllend. Hier erlebe ich die stellvertretende Hoffnung enorm wichtig, und bisher erlebte ich es noch nie, dass mich die Hoffnung verließ, und das ist eine schöne Erfahrung. Die Grundwertfrage stellt sich bei suizidalen Menschen naturgemäß und immer wieder erlebe ich, wie der Grundwert in der Behandlung erlebbar wird, etwa wenn ein Patient nach einem Suizidversuch erstmals spürt, wie wertvoll er seinen Angehörigen ist. Diese berührenden Momente sind es, die mir Kraft geben, auch weiterhin mit suizidgefährdeten Menschen arbeiten zu wollen.

Literatur

- Amery, J. (1976/2001). *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bauer, E. (2004). Moralphilosophische Überlegungen zu Suizid und Suizidprävention und deren existenzanalytische Verortung. *Existenzanalyse*, 21, 44–57.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
- Bendit, N. (2011). Chronic suicidal thoughts and implicit memory: Hypothesis and practical implications. *Australas Psychiatry*, 19, 25–29. doi:10.3109/10398562.2010.526717
- Biddle, L., Cooper, J., Owen-Smith, A., Klineberg, E., Bennewith, O., Hawton, K., ... Gunnell, D. (2012). Qualitative interviewing with vulnerable populations: individuals' experiences of participating in suicide and self-harm based research. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2012.08.024
- Crawford, M. J., Thana, L., Methuen, C., Ghosh, P., Stanley, S. V., Ross, J., ... Bajaj, P. (2011). Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 379–384. doi:10.1192/bjp.bp.110.083592
- Dinhobl, R., Aistleitner, U., Plöderl, M. & Fartacek, C. (2010). Existenzanalytische Anwendung dialektischer Verhaltenstherapieelemente. Erfahrungen in der stationären Krisenintervention mit suizidalen Borderline Patienten. *Existenzanalyse*, 26, 81–86.
- Etzersdorfer, E. (2012). Der therapeutische Umgang mit Suizidalität. Was kann die Psychoanalyse beitragen? *Psychotherapie im Dialog*, 13, 31–35.
- Fartacek, C. (In Druck). *Das idiographische Systemmonitoring in der Suizidprävention. Die Erfassung individueller Dynamiken und ihr therapeutischer Nutzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Frankl, V. (2005). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Zehn Thesen über die Person* (11. Aufl.). Deuticke.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 1635–1643. doi:10.1001/jama.293.13.1635
- Hendin, H., Maltzberger, J. T. & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 363–368. doi:10.1097/NMD.0b013e318052264d
- Hendin, H., Al Jurdi, R. K., Houck, P. R., Hughes, S. & Turner, J. B. (2010). Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 220–225. doi:10.1097/NMD.0b013e3181d13d14
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kind, J. (2005). *Suizidal. Psychoökonomie einer Suche*. (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Längle, A. (1999). Die Spaltung des Selbst. Eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen der histrionischen Gruppe. *Existenzanalyse*, 2, 15–18.
- Längle, A. (2004a). Die hysterische Persönlichkeitsstörung. In A. Längle (Hrsg.), *Hysterie* (S. 85–101). Facultas.
- Längle, A. (2004b). Überblick über die existenzanalytische Psychotherapie bei depressiven Störungen. *Existenzanalyse*, 21, 18–23.
- Maltzberger, J. T., Ronningstam, E., Weinberg, I., Schechter, M. & Goldblatt, M. J. (2010). Suicide fantasy as a life-sustaining recourse. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(4), 611–623. doi:10.1521/jaap.2010.38.4.611
- Maltzberger, J. (2004). The descent into suicide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 653–668.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181–189.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., ... Berman, A. (2007). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 291–307. doi:10.1521/suli.2007.37.3.291
- Nindl, A. (2004). 'Wenn das Leben keinen Sinn mehr hat...' Existenzanalytische Überlegungen zu Suizidalität und Suizidprophylaxe. *Existenzanalyse*, 21, 63–66.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159–168. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Paris, J. (2006). Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient. *Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum*.
- Pool, R. (2004). 'You're not going to dehydrate mom, are you?' Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 58, 955–966.
- Ringel, E. (1953/2005). *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Wien: Verlag Dietmar Klotz.
- Schiepek, G. (2003). A dynamic systems approach to clinical case formulation. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 175–184.

- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Silverman, M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Hrsg.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (S. 9–25). Chichester: Wiley.
- Tutsch, L. (2004). Alles (k)ein Problem. Praxis, Theorie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. In A. Laengle (Hrsg.), *Hysterie* (S. 59–84). Facultas.
- van Heeringen, K. (2001) In K. van Heeringen (Hrsg.), *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention* (S. 136–159). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Wenzel, A. & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201.
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Nervenarzt*, 79, 1319–1336.
- Wolfersdorf, M. (2012). Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 13, 2–7.
- Wolfersdorf, M., Felber, W., Ahrens, B., Bronisch, T., Cording, C., Giernalczyk, T., ... Vogel, R. (2000). 'Chronische Suizidalität' - Versuch einer Begriffsbestimmung. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 110.
- Yaseen, Z. S., Gilmer, E., Modi, J., Cohen, L. J. & Galynker, I. I. (2012). Emergency room validation of the revised suicide trigger scale (STS-3). A measure of a hypothesized suicide trigger state. *PLoS One*, 7, e45157. doi:10.1371/journal.pone.0045157