

---

# **Prüfungsarbeit**

ZUR

PSYCHOLOGISCHEN BERATERIN

---

**THEMA**

**SUIZID- UND KRISEN-  
INTERVENTION**



# Suizid- und Krisenintervention

---

Vorgelegt: Ausbildungsleitung Psychotherapie  
der Deutschen Paracelsus Schulen  
Herrn Prof. Dr. Ahlborn  
Lister Strasse 9, 30163 Hannover

Datum: 30.07.2002

Autorin: Andrea Zimmer  
Lütticher Strasse 7  
70374 Stuttgart

Matrikel Nr. 7306



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. VORWORT</b>	<b>1</b>
<b>2. SUIZID UND KRISENINTERVENTION</b>	<b>2</b>
2.1. Der Begriff „Suizid“	2
2.2. Der Begriff „Krisenintervention“	2
2.3. Krisentheorien	3
2.4. Formen des Suizid	4
2.5. Versuchte und vollendete Suizide	4
2.6. Risikofaktoren für Suizidhandlungen	5
2.7. Signale	7
<b>3. FALLBESCHREIBUNG (FALL 1)</b>	<b>9</b>
3.1. Identifikation	9
<b>4. ROLLE DES BERATERS</b>	<b>11</b>
<b>5. ANAMNESE</b>	<b>12</b>
5.1. Erstgespräch mit der Mutter	13
5.2. Erstgespräch mit Friedhelm	15
<b>6. ANALYSE</b>	<b>17</b>
<b>7. THERAPIEKONZEPT UND -PLANUNG</b>	<b>19</b>
7.1. Erklärung der Therapieformen	19
<b>8. ABSCHLUSSWORT</b>	<b>22</b>
<b>9. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>23</b>
<b>ANHANG A – Modell suizidaler Dynamik (Wolfersdorf)</b>	<b>24</b>
<b>ANHANG B – Konzept der Krisenintervention (Henseler)</b>	<b>25</b>
<b>ANHANG C – Suizidprävention</b>	<b>26</b>

# 1. Vorwort

*Wer sein Augenmerk zu sehr  
auf die Möglichkeiten richtet,  
die ihm von außen verbaut werden,  
verliert leicht den Blick  
für die Möglichkeiten,  
die er sich von innen  
freilegen könnte. (Hans Kruppa)*

Der Suizid ist bis zum heutigen Tag ein Tabu-Thema geblieben, obwohl jeder Mensch im Laufe seines Lebens irgendwann einmal mit Selbstmord oder einem Selbstmordversuch konfrontiert wird. Sei es durch Meldungen in den Medien, Szenen bzw. Darstellungen in Film und Literatur; oder aber durch Ereignisse im Freundes- und Bekanntenkreis oder der eigenen Familie.

Selbst in Theaterstücken, Dramen sowie unzähligen Gedichten wird das Thema „Selbsttötung“ behandelt und in antike Sagen und Mythen tritt der Suizid zumeist als Lösungsweg für scheinbar unüberwindbare, unerträglich gewordene Situationen, als Erfüllung eines „Schicksalsverlaufs“ oder gar als religiöse Handlung auf.

Seit jeher begleitet uns dieses Thema und hat zu allen Zeiten die Menschheit in ihrer Auseinandersetzung mit dem Leben und dem Tod beschäftigt.

Die Vorstellung, wie wir leben wollen und welche Ziele, Pläne und Hoffnungen wir für unser Leben wünschen und erreichen möchten, begleitet uns alle. Wir sind stolz, wenn wir Anerkennung erhalten und fühlen uns zuweilen kraft- und hoffnungslos, wenn wir „scheitern“, etwas Wichtiges nicht erreicht haben oder mit dem Verlust eines geliebten Menschen konfrontiert werden. Diese Kraft- und Hoffnungslosigkeit kann zuweilen den Gedanken aufwerfen, nicht mehr leben zu wollen, dem Leben ein Ende zu setzen und der „Sinnlosigkeit“ oder Einsamkeit zu entfliehen.

Menschen, die sich mit dem Gedanken tragen, ihrem Leben ein Ende zu setzen, schwanken meist zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben. Sie sind sich sicher, „dieses Leben nicht mehr weiterleben zu können“ und sehen zeitweilig keinen Weg für ein Weiterleben.

## 2. Suizid und Krisenintervention

### 2.1. Der Begriff „Suizid“

Definition des Begriffs „Suizid“:

*Drang und vorbereitende Handlungen zur absichtlichen Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang.*

Selbstmord – Selbsttötung – Freitod – Sich das Leben nehmen – Tod durch die eigene Hand ... Alle diese Bezeichnungen geben ein und dieselbe Handlung zum Ausdruck: die beabsichtigte und (zumeist) angedrohte/angekündigte Vernichtung des eigenen Lebens (beispielsweise durch Erhängen, Vergiften, Ertränken, Erschießen oder Öffnen der Pulsadern).

Dies geschieht aus scheinbar freiem Entschluss aufgrund einer ausweglos erscheinenden Situation bzw. einer Überzeugung, dass das weitere Leben von „Sinnlosigkeit“ geprägt ist oder aber als krankhafte Zwangshandlung, welche aus Depressionen und Psychosen hervorgehen kann.

(siehe hierzu auch Anhang A.)

### 2.2. Der Begriff „Krisenintervention“

Definition des Begriffs „Krisenintervention“:

*Notfallbehandlung bei akuter psychischer Störung. Krisengespräch.*

Als „Krisenintervention“ wird eine kurzfristige Unterstützung bei akuten psychischen Krisen bezeichnet. Dieser psychotherapeutische Beistand kann z.B. im Fall einer Katastrophe, nach einem Suizidversuch oder bei Suizidalität sowohl als kurzfristige ambulante oder stationäre Hilfe erfolgen und dient der Verhinderung von ungünstigen Folgen der Krise. Gleichmaßen dient sie als Einleitung zu einer kurzfristigen und über die Krise hinausgehenden Psychotherapie als auch der „Ersten Hilfe“ vor Ort, wenn eine psychische Ausnahmesituation vorliegt.

Die Krisenintervention konzentriert sich auf die momentanen Probleme und soll der betroffenen Person verdeutlichen, dass sie zu jeder Zeit zu einer neuen inneren Veränderung fähig ist und eine passende Hilfe diesen Prozess fördern kann.

Im Mittelpunkt steht hierbei die Herstellung einer hilfreichen Beziehung. Sie umfasst neben Schutz und Fürsorge auch Einfühlungsvermögen, offene Zuwendung und Verständnis. Wichtig ist hierbei, dass der Mensch ernst genommen wird (sogar ernster, als er es selbst tut).



Die Ursache der Krise sollte keinesfalls ferngehalten werden - vielmehr muss hier die Konzentration auf die Probleme gelenkt werden, welche die Krise ausgelöst haben. Der Auslöser ist von der Person selbst herauszufinden, denn besonders hier ist es wichtig, dass keine Fremdbestimmung erfolgt. Erst dann kann gemeinsam die Krise besprochen und bearbeitet werden.

Bedürfnisse und Wünsche müssen besprochen werden und Lösungsmöglichkeiten sollten gemeinsam entwickelt werden. Die gilt auch für bereits gescheiterte Bewältigungsversuche.

Wichtig ist zu erkennen, dass eine Krise (nach einem Suizidversuch oder bei Suizidalität) ein Notsignal darstellt.

(siehe hierzu auch Anhang B.)

## 2.3. Krisentheorien

Vorweg ist zu sagen, dass Krisentheorien nicht auf den Einzelfall passen, jedoch für das Verstehen der gesamten Suizidthematik recht hilfreich sind.

### Soziologische Theorie

Nach Auffassung des Soziologen Dürkheimer kommt es zum Suizid, sobald ein Mensch sich nicht in der Gesellschaft zurecht findet – bedingt durch zu viel oder zu wenig Distanz zu gesellschaftlichen Werten und Normen (z.B. der Fanatikertod).

### Biologische Theorie

Aufgrund psychischer Störungen besteht die Neigung zum Suizid. Mögliche Ursachen können in familiär bedingten Depressionen oder dem Nachahmungseffekt liegen. Stimmungsschwankungen (Theorie der Stoffwechselstörung im Gehirn), wie z.B. bei einer Depression, erhöhen die Tendenz zum Suizid.

### Psychoanalytische Theorie

Der Verlust eines Menschen, zu dem eine enge Bindung besteht (sei es aus Liebe oder Hass) richtet den Selbsterstörungstrieb gegen sich selbst. Der Mensch zerstört sich selbst und schont damit den geliebten/gehassten Menschen, der so wichtig für sein Überleben ist und war.

### Narzisstische Theorie

Jegliche Kritik und/oder Angriff wird als Katastrophe von dem meist leicht zu kränkenden Menschen erlebt. Geringes Selbstwertgefühl wird durch Überheblichkeit, Stolz und übermäßiger Selbstsicherheit überspielt – außerstande, entstehende Aggressionen gegenüber anderen Personen zu äußern, richtet der Mensch diese gegen sich selbst. Ein Wechselspiel von Minderwertigkeitsgefühlen und Größenwahn begünstigen den Todeswunsch, welcher oftmals einen mythischen Charakter aufweist. Der Tod wird nicht real wahrgenommen, sondern fließt vielmehr in die Phantasie des Menschen ein.

### Lerntheoretische sozialpsychologische Theorie

Ungewohnt neue, seltene und fremde Situationen und welche, die sich zu schmerzhaft und schwer darstellen, rufen eine Krise hervor. Die betroffene Person kann diesen Situationen ihre bisher erworbenen Kenntnisse und Verhaltensweisen nicht entgegensetzen und empfindet sein Wissen als unbrauchbar. Der Suizid erscheint als einzige Lösungsmöglichkeit.

## 2.4. Formen des Suizid

### Suizid

Eine absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang.

### Suizidversuch

Eine absichtliche Selbstschädigung, bei der die Aussicht auf einen tödlichen Ausgang besteht.

### Suizidabsicht

Die Absicht der Selbsttötung.

### Suizidgedanke

Der Gedanke an Selbsttötung.

### Todeswunsch

Der Wunsch nicht mehr leben zu wollen bzw. der Wunsch nach Veränderung und „Loswerden“ der belastenden Lebenssituation.

### Erweiterter Suizid

Das Einbeziehen von Menschen in den Suizid, zu denen ein enge Beziehung besteht, welche jedoch nicht zwangsläufig Auslöser der Tat sind. (Beispiel: Eine Mutter tötet ihre Kinder und dann sich selbst.)

### Massensuizid

Die Selbsttötung der Personen findet in einer großen Gemeinschaft statt (eher selten).

### Doppelsuizid

Zwei Menschen beschließen gemeinsam in den Tod zu gehen.

### Bilanzsuizid

Die Selbsttötung aufgrund qualvoller körperlicher Erkrankungen, deren Folgen zum Tod führen (z.B. Krebspatienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium).

## 2.5. Versuchte und vollendete Suizide

Bei einer Gegenüberstellung von Suiziden ist die Unterscheidung zwischen vollendetem und versuchtem Suizid notwendig, da nicht jeder Suizid mit der Idee verbunden ist, sich endgültig das Leben zu nehmen.

Von einer parasuizidalen Geste spricht man, wenn der Suizid als Appell an die Umwelt geplant und bewusst so ausgeführt wird, dass er scheitert. Die Suizidmethoden hierbei werden als „weich“ bezeichnet und meinen damit die Einnahme von Tabletten/Drogen oder Ritzen an den Handgelenken.

Im Grenzbereich liegt die parasuizidale Pause, die einer Zäsur nach einem einschneidenden Erlebnis des Suizidenten gleichkommt. Der Wunsch, „einfach mal abzuschalten“ ist die primäre Motivation zur Suizid-Ausführung.

Liegt jedoch die eindeutige Intention, zu sterben, vor, spricht man von einer parasuizidalen Handlung mit ausgesprochener Autoaggression. Meist

wird eine entsprechend „sichere“ (harte) Methode gewählt, wie z.B. Erschiessen, oder Erhängen.

Bei einer Unterscheidung zwischen Suizid und Suizidversuch treten immer wieder die Fragen in den Vordergrund, mit welcher Ernsthaftigkeit der Suizidversuch beurteilt werden kann und wie stark die Absicht zu sterben war.

Wichtige Indikatoren zu diesen Fragen bilden hierbei:

#### Suizidintention

Wie ausgeprägt war der Wunsch zu sterben?

#### Suizidarrangement

Wie stark machte der Suizident ein rasches Auffinden seiner Person nach dem Suizidversuch möglich?

#### Suizidmethode

Wie wahrscheinlich war der tödliche Ausgang?

Des Weiteren haben Gegenüberstellungen von versuchten und vollendeten Suiziden zu erkennen gegeben, dass die Mehrheit der Suizidversuche dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden kann. Vollendete Suizide sind jedoch überwiegend auf der männlichen Seite zu verzeichnen.

Ebenso treten die meisten Selbsttötungsversuche mehrheitlich bei jungen Menschen auf, wobei das Risiko zur Vollendung des Selbstmordes mit zunehmendem Alter steigt.

Die in überwiegender Zahl herbeigeführten Suizidversuche mittels Medikamenten oder Schneiden (z.B. Durchtrennen der Pulsadern) sind als dominanter Affekt in einer Depression mit hohem Wutanteil zu sehen. Der Suizidversuch ist in den meisten Fällen als Hilferuf zu verstehen und wird mit dem Wunsch zur Veränderung der belastenden Situation vom Suizidanten durchgeführt.

Hier kann in Betracht gezogen werden, dass bei geeigneter Therapie (bzw. klinischer Betreuung und Therapie) eine schnelle Besserung beim Klienten/Patienten eintritt. Zumeist ist dies gefolgt von einer Erleichterung, den Suizidversuch überlebt zu haben und eine Wiederholung als nicht erstrebenswert geäußert wird.

## **2.6. Risikofaktoren für Suizidhandlungen**

Neue An- und Herausforderungen, veränderte Lebensbedingungen und ungelöste Probleme können eine Lebenskrise herbeiführen, die von dem betroffenen Menschen nicht als Chance der Weiterentwicklung gewertet, sondern vielmehr als Einengung und überwindbare Verzweiflung empfunden wird.

Verschiedene Lebensumstände wirken sich auf die Suizidgefahr aus:

#### Psychische Störungen

z.B. Depressionen, Schizophrenie

#### Beziehungsprobleme

z.B. Ehekrisen, Liebeskummer, Liebesenttäuschungen

Extreme Stresssituationen

Gefühl der Überforderung mit Wunsch nach dem „ewigen Schlaf“; Straftäter (besonders nach einer Tat); Menschen, die an Verkehrsunfällen beteiligt sind

Schwerer sozialer Notstand

z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, des Lebensraumes oder sozialer Kontakte

Persönlichkeitsstörungen

z.B. narzisstische Persönlichkeiten

Nachahmungsverhalten

z.B. in Filmen

Krisensituationen

z.B. bei bereits früheren Suizidversuchen

Gesellschaftliche Isolation

z.B. bei Flüchtlingen, Umsiedlern bzw. Einwanderern (aufgrund eines möglichen Verlustes von religiöser, ethnischen oder kultureller Einbettung)

Chronische bzw. unheilbare Krankheiten

Der Selbstmord eines Menschen hinterlässt – wie keine andere Todesart – bei den Hinterbliebenen in Familie, Freundes- und Bekanntenkreis derart andauernde Gefühle von Verwirrung und Verstörung. Der Schmerz, Schuldgefühle und Scham lassen die Hinterbliebenen zudem selbst zu potentielle Opfer werden - die Sterblichkeitsziffer unter ihnen ist besonders hoch.

Aber auch Menschen, die sich „selbsterstörerisch“ verhalten, sind als suizidal zu bezeichnen.

Hierzu zählen u. a. folgende Personenkreise:

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige

die trotz ihres Wissen um die eigene Gesundheit Hilfe ablehnen.

Personen mit Essstörungen

welche die Nahrungsaufnahme verweigern (Anorexia nervosa) oder aufgenommene (übermäßige) Nahrung mittels zwanghaft herbeigeführtem Erbrechen wieder von sich geben (Bulimia nervosa) oder aber Personen, die mittels übermäßiger Nahrungsaufnahme ihren Körper mit Übergewicht belasten (Adipositas).

Raucher

die trotz ihres Wissens um lebensgefährdende Erkrankungen weiterhin Tabak konsumieren.

Diabetiker

die sich beispielsweise über Diätvorschriften hinwegsetzen und/oder Nachlässig in der Dosierung ihres Insulins sind.

Alle o.g. Punkte sind mögliche Risikofaktoren, wobei weiterhin zu bedenken ist, dass diese alleine nicht ausreichen, um einen Menschen als suizidgefährdet anzusehen.

Das Risiko wird zudem aus der bisherigen Lebensgeschichte begünstigt, welche z.B. Kontaktschwierigkeiten erkennen lassen, die sich in früheren Zeiten „schon immer“ als recht gering, oder aber wenig tiefgehend oder flüchtig darstellten.

## 2.7. Signale

Suizid kommt in allen Bevölkerungsschichten vor und geht aus einem „Netz von Gedanken“ hervor, welches sich aus unerfüllten Wünschen, verletzten Gefühlen und „nicht mehr funktionierenden“ Verarbeitungs- und Verhaltensweisen zusammensetzt.

Es ist falsch zu behaupten, dass ein Suizid ohne Vorzeichen geschieht. Immer wieder lehren uns Beobachtungen, dass Menschen mit der Absicht zum Suizid unmissverständliche Zeichen geben oder ihre Handlung ankündigen. Es geht sogar soweit, dass acht von zehn Menschen über ihre Absicht sprechen.

Mögliche Anzeichen für eine suizidales Verhalten können sein:

- Resignation, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen;
- Wunsch der Flucht aus der aktuellen belastenden Situation;
- Sühne, Selbstbestrafung;
- Rache, Vergeltung;
- Realisierung einer bereits emotional eingetretenen „Tatsache“ („tot“ zu sein);
- Wiedervereinigung mit einer bereits verstorbenen Bezugsperson;
- Wunsch nach Symbiose („Wenn er/sie nicht mehr da ist, möchte ich nicht mehr da sein“)
- Autoaggression (gegen sich selbst gerichtete Aggression).
- Rückzug aus der Gemeinschaft oder dem gewohnten Umfeld;
- Verändertes Verhalten z.B. in Form von plötzlich auftretendem Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Aggressivität oder ungewöhnlicher Ruhe und Gelassenheit, verminderter Antrieb;
- Negative Äußerungen zu angebotener Hilfe („Ich habe die Nase voll ...“, „Niemand kann mir helfen – auch Du nicht...“, oder ähnliches – auch aus vermeintlich „spaßiger“ Situation heraus.);
- Unbegründete Selbstvorwürfe und Schuldgefühle;
- Denk- und Konzentrationsstörungen;
- Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl;
- Angstzustände (z.B. Zukunftsängste; Gefühl, unerwünscht zu sein, nicht geliebt oder akzeptiert zu werden);

Doch nicht jeder Mensch, der das eine oder andere Merkmal erkennen lässt, ist zwangsläufig suizidgefährdet. Wir Menschen besitzen die Fähigkeit, über den eigenen Tod nachzudenken und uns diesen vorzustellen.

Jeder Mensch verspürt gelegentlich im Leben einmal den Wunsch nach Ruhe oder einer Pause und im Laufe des Lebens hat jeder Mensch auch einmal Selbstmordgedanken.

Ist die belastende bzw. Krisensituation überstanden, lösen wir unsere Gedanken wieder aus dem „trüben Netz“ und empfinden wieder Lebensfreude für das „normale Leben“.

Viele Menschen schaffen es jedoch nicht, sich aus dem Gedankennetz zu befreien und sehen nur noch im Tod die (Er-)Lösung.

Wichtig ist zu erkennen, dass der Suizid ein Notsignal darstellt, welches als solches erkannt werden muss.

## 3. Fallbeschreibung (Fall 1)

Der 22jährige Friedhelm hat zwei Selbstmordversuche hinter sich. Beim ersten Mal, mit 16 Jahren, schnitt er sich die Pulsadern auf und wurde in lebensbedrohlichem Zustand zufällig (?) in einem städtischen Park entdeckt. Das zweite Mal, im Alter von 19 Jahren, kletterte er auf einen Hochspannungsmasten und wollte sich durch einen Stromschlag töten. Er stürzte aber schon vorher ab, brach sich beide Beine und zog sich eine Gehirnerschütterung zu. Er hatte zwei Freunde vorher von seiner Absicht benachrichtigt; sie waren ihm nachgefahren, wussten aber nicht, wo sie ihn suchen sollten.

Das alles berichtet die Mutter in der Praxis. Sie könne sich den Grund für „all das“ nicht erklären. Ihr Mann, ein Rechtsanwalt, sei vor einem Jahr gestorben. Sie lebe nun mit Friedhelm, ihrem einzigen Kind, in einem viel zu großen Haus. Friedhelm sei selten daheim; sie wisse nicht einmal, ob er noch studiere, denn sie redeten kaum miteinander. Auch früher sei das nicht viel anders gewesen. Friedhelm war immer verschlossen, eigenbrötlerisch, ein Einzelgänger. Nach dem Tod des Vaters habe sich Friedhelm einige Zeit liebevoll um sie gekümmert, ihr das Frühstück ans Bett gebracht und Einkäufe besorgt. Dann sei er wieder zu seinem Einzelgängerleben zurückgekehrt, offenbar ohne Freund oder Freundin – genau wisse sie das nicht. Er habe schon immer alle Zärtlichkeiten der Mutter abgelehnt. Mit dem Vater habe er sich nicht verstanden, da der ihn immer wieder „mit Nachdruck“ zu einem „normalen“ Leben bringen wollte. Das sei auch Gegenstand verschiedener Konflikte innerhalb der nicht sehr harmonischen Ehe gewesen. Sie selbst empfindet sich seit Jahren depressiv, und gerade wegen des Mangels an partnerschaftlicher Zärtlichkeit brauche sie Friedhelm. Doch der sei sehr sensibel und verletzbar, er leide unter dem Egoismus und dem brutalen Materialismus der „Zeit“ und sei offenbar außerstande, sich mit seinen Problemen zu öffnen. Dennoch habe er jetzt einer „psychologischen Beratung zwecks Berufsfindung“ (ihre Formulierung) zugestimmt, und sie setze nun alle Hoffnung in die therapeutische Intervention.

### 3.1. Identifikation

Die Mutter berichtet in der Praxis folgendes über ihren Sohn Friedhelm:

Der 22jährige Friedhelm hat zwei Selbstmordversuche hinter sich.

Der erste Selbstmordversuch geschah im Alter von 16 Jahren durch Aufschneiden der Pulsadern und wurde in lebensbedrohlichem Zustand im städtischen Park entdeckt.

Der zweite Selbstmordversuch ereignete sich im Alter von 19 Jahren, mit dem Ziel, sich durch den Stromschlag einer Hochspannungsleitung zu töten. Er stürzt aber schon vorher ab, brach sich dabei beide Beine und zog sich eine Gehirnerschütterung zu.



Von seiner Selbsttötungsabsicht benachrichtigte Friedhelm zwei Freunde, welche aber nicht wussten, wo sie ihn suchen sollten.

Friedhelms Vater verstarb vor einem Jahr und seither leben Mutter und Sohn allein in einem viel zu großen Haus. Friedhelm ist Einzelkind.

Friedhelm ist selten daheim.

Mutter und Sohn reden kaum miteinander. Dies sei auch schon früher nicht anders gewesen.

Friedhelm war immer verschlossen, eigenbrötlerisch, ein Einzelgänger.

Nach dem Tod des Vaters habe sich Friedhelm einige Zeit liebevoll um seine Mutter gekümmert, sei aber dann wieder zu seinem Einzelgängerleben zurückgekehrt, offenbar (so die Aussage der Mutter) ohne Freund oder Freundin.

Friedhelm habe schon immer alle Zärtlichkeiten der Mutter abgelehnt.

Mit dem Vater habe er sich nicht verstanden. Dieser wollte ihn „mit Nachdruck“ zu einem „normalen“ Leben bringen.

Friedhelm sei sehr sensibel und verletzbar. Er leide unter dem Egoismus und dem brutalen Materialismus der „Zeit“. Er sei offenbar außerstande, sich mit seinen Problemen zu öffnen.

Friedhelm habe jetzt einer „psychologischen Beratung zwecks Berufsfindung“ (Formulierung der Mutter) zugestimmt.

Über sich selbst berichtet die Mutter folgendes:

Sie könne sich den Grund für „all das“ nicht erklären.

Ihr Mann verstarb vor einem Jahr. Sie lebt seither mit Friedhelm in einem viel zu großen Haus allein. Friedhelm ist ihr einziges Kind.

Mutter und Sohn reden kaum miteinander. Dies sei auch schon früher nicht anders gewesen.

Nach dem Tod des Vaters habe sich Friedhelm einige Zeit liebevoll um seine Mutter gekümmert, sei aber dann wieder zu seinem Einzelgängerleben zurückgekehrt, offenbar (so die Aussage der Mutter) ohne Freund oder Freundin.

Der Vater wollte Friedhelm „mit Nachdruck“ zu einem „normalen“ Leben bringen. Dies sei Gegenstand verschiedener Konflikte innerhalb der nicht sehr harmonischen Ehe gewesen.

Die Mutter empfindet sich selbst seit Jahren depressiv.

Wegen des Mangels an partnerschaftlicher Zärtlichkeit brauche sie Friedhelm.

Friedhelm habe jetzt einer „psychologischen Beratung zwecks Berufsfindung“ (Formulierung der Mutter) zugestimmt. Sie setze nun alle Hoffnung in die therapeutische Intervention.

## 4. Rolle des Beraters

Bezogen auf den hier vorliegenden Fall sollte sich der Berater zunächst über seine eigene Suizidalität im Klaren sein. Dies beinhaltet neben der Frage zur eigenen Angst vor dem Thema Tod und Selbsttötung auch die Frage, inwieweit der Berater selbst schon einmal den Gedanken der Selbsttötung hatte. In diesem Zusammenhang sollte der Berater sich darüber bewusst sein, dass der suizidale Klient oft ein sehr sensibles Gespür für die Ängste des Beraters hat. Folglich sollte der Berater für sich selbst analysiert haben, ob er sich fachlich sowie persönlich in der Lage fühlt, mit suizidalen Klienten zu arbeiten.

Weiterhin sollte sich der Berater bewusst sein, dass er bei eigener Überforderung im Falle akuter Suizidalität zusätzliche Hilfe (z.B. in Form von Supervision) oder die Weitervermittlung des Klienten an eine andere fachlich geeignete Institution (z.B. Kollegen, Seelsorge – unter Abwägung aller Umstände und in letzter Instanz ggf. eine Klinik) in Anspruch nehmen wird.

Der Berater sollte sich selbst gut kennen, da neben seiner fachlichen Qualifikation auch seine Persönlichkeit ein wichtiges Instrument darstellt. Ferner sollte der Berater generell darauf achten, dass die Gespräche mit seinen Klienten ungestört bleiben. Somit sind z.B. Störungen durch Telefon, Türklingel oder eventuelle Besucher usw. möglichst zu vermeiden.

Im Gespräch sollte der Berater den direkten Kontakt mit dem Klienten herstellen. Dies beinhaltet neben aktivem Zuhören (Blickkontakt, Nicken usw.) auch eine offene, themenbezogene Fragestellung. Zudem sollte auch Gesagtes mit den eigenen Worten wiederholt werden, welches auch das Paraphrasieren (Umformulieren) beinhalten kann. Der Berater sollte stets ehrlich und freundlich bleiben und eine positive Gesprächssituation (Rapport) herstellen. Ebenso vermittelt das Spiegeln (Pacem) von Körpersprache, Stimme und Wortwahl eine angenehme Atmosphäre der Geborgenheit, Wärme und des Verstanden-werdens für den Klienten.

Wichtig ist jedoch, dass die Verantwortung beim Klienten bleibt. Der Berater sollte sich keinesfalls emotional mitziehen lassen oder die Verzweiflung und Ausweglosigkeit vom Klienten übernehmen. Vorschnelles Trösten, Belehrungen oder gar Ermahnungen sind zu vermeiden. Dies gilt auch für Schlussfolgerungen oder Partei ergreifen.

Regelmäßige Supervision mit Kollegen und stetige Weiterbildung sollten eine Selbstverständlichkeit für den Berater darstellen.

## 5. Anamnese

Die Anamnese dient dazu, grundlegende Informationen vom Klienten zu erhalten.

Den Mittelweg zwischen einer aktiven und passiven Haltung des Therapeuten im Erstgespräch beschreibt Dührssen als semistrukturiert.

Dies bedeutet, dass der Berater mittels strukturierter Fragen ein differenziertes Bild von der biographischen und aktuellen Lebenssituation sowie den neurotischen Symptomen des Klienten erhält. Die gesammelten Daten und Fakten sowie der kommunikative Aspekt zwischen Klient und Therapeut ergeben ein erstes Gesamtbild, welches sich aus dem Gegenwartskonflikt sowie seiner Vorgeschichte ergeben.

Diese Vorgehensweise ermöglicht nicht nur die Aufnahme bzw. Sichtung der intrapsychischen Konflikte, sondern ermöglicht auch die Findung eines gemeinsamen Kommunikationsweges.

Im Erstgespräch sollte der Berater zunächst einmal für sich selbst folgende Fragen abklären:

Was will ich wissen?

Wie will ich vorgehen?

Wovon hängt es ab, ob ich dem Patienten eine Therapie bei mir anbiete oder nicht?

Um ein möglichst differenziertes Bild vom Klienten zu erhalten, sollten im Erstgespräch daher die wichtigsten Daten lokalisiert werden. Diese beziehen sich u.a. auf

die aktuelle Symptomatik, z.B.

- Welche Beziehungen/Bindungen hat der Klient und wie ist er mit ihnen zufrieden?
- Wie sieht sich der Klient zum aktuellen Zeitpunkt selbst? (Mag er sich? Bedauert er sich? Hasst er sich?)
- In welcher beruflichen Situation befindet sich der Klient und wie ist er mit ihr zufrieden?
- Wie bilanziert der Klient sein Leben zum aktuellen Zeitpunkt? (Was ist gut? Was kann er? Was stört und belastet ihn?)
- Inwieweit sieht sich der Klient an seinen aktuellen Konflikten und Symptomen selbst beteiligt?

die Persönlichkeitsentwicklung des Klienten und daraus ableitbare Störungen

Hierzu liefert die Lebensgeschichte des Klienten weitere Indizien, wie z.B.:

- Wie sah das Familiegefüge zum Zeitpunkt seiner Geburt aus und wer kümmerte sich überwiegend um den Klienten.
- Wie schaute die Entwicklung des Klienten im Vorschulalter aus? Mit welchen Werten wurde er erzogen? Gab es Verände-

rungen innerhalb der Familie (Trennungen, Verluste, mögliche Traumata)?

- Wie verlief die Entwicklung bis und während der Pubertät? Welche Erfahrungen wurden vom Klienten gesammelt? Wie erlebte er soziale Kontakte sowie erste sexuelle Erfahrungen? Wie stellte sich der Ablösungsprozess aus dem Elternhaus dar?
- Welche Weiterentwicklungen erfuhr der Klient bis zum aktuellen Zeitpunkt? Wie hat der Klient frühere Symptome weiterentwickelt? Sind neue Symptome aufgetreten? Ist er wichtige Beziehungen oder Bindungen eingegangen? Wie stellt sich die Entwicklung oder ggf. Veränderung im beruflichen Bereich dar? Ebenso die Entwicklung seiner Lebenszufriedenheit bzw. – unzufriedenheit im Hinblick auf seine „ideale“ Lebensplanung?

die Familienanamnese, wie z.B. folgende Punkte

- Sind neurotische Symptome in der Familiengeschichte vorhanden?
- Sind psychische Erkrankungen aufgetreten?
- Sind Suizide und Suizidversuche bekannt?
- Wie schauen Suchtkonstellationen aus?
- Bestehen typische (überlieferte) Familienkonflikte?
- Wie ist das Bindungs- bzw. Trennungsverhalten?

den Gesundheitszustand (aktuell), sowie z.B.

- Vorerkrankungen des Klienten?
- Bestehen mögliche Zusammenhänge zur aktuellen Symptomatik?
- Liegen ggf. psychosomatische Konstellationen vor?

Suchterkrankungen, wie z.B.

- Inwieweit konsumiert der Klient Alkohol, Medikamente, Nikotin oder andere Substanzen?
- Bestehen mögliche Zusammenhänge zur aktuellen Symptomatik?
- Liegen ggf. psychosomatische Konstellationen vor?

## 5.1. Erstgespräch mit der Mutter

Zum Gespräch wird die Mutter in einer räumlich warmen und angenehmen Atmosphäre vom Berater empfangen und wird durch ein positives und freundliches Verhalten von Seiten des Beraters unterstrichen. Entsprechendes Pacing während des Gesprächs vermittelt zusätzliche Sicherheit. Zudem ermöglicht es ein ruhiges Zugehen auf die Problematik, aufgrund derer die Mutter die Praxis aufgesucht hat.

Auf die einleitende Frage „Was kann ich für Sie tun?“ berichtet die Mutter über ihren 22-jährigen Sohn Friedhelm.

Friedhelm hat zwei Selbstmordversuche hinter sich.

Der erste Selbstmordversuch geschah im Alter von 16 Jahren durch Aufschneiden der Pulsadern. Friedhelm wurde in lebensbedrohlichem Zustand im städtischen Park entdeckt.

Der zweite Selbstmordversuch ereignete sich im Alter von 19 Jahren, mit dem Ziel, sich durch den Stromschlag einer Hochspannungsleitung zu töten. Er stürzt aber schon vorher ab, brach sich dabei beide Beine und zog sich eine Gehirnerschütterung zu.

Von seiner Selbsttötungsabsicht benachrichtigte Friedhelm zwei Freunde, welche aber nicht wussten, wo sie ihn suchen sollten.

Friedhelms Vater verstarb vor einem Jahr und seither leben Mutter und Sohn allein in einem viel zu großen Haus. Friedhelm ist Einzelkind.

Friedhelm ist selten daheim.

Mutter und Sohn reden kaum miteinander. Dies sei auch schon früher nicht anders gewesen.

Friedhelm war immer verschlossen, eigenbrötlerisch, ein Einzelgänger.

Nach dem Tod des Vaters habe sich Friedhelm einige Zeit liebevoll um seine Mutter gekümmert, sei aber dann wieder zu seinem Einzelgängerleben zurückgekehrt, offenbar (so die Aussage der Mutter) ohne Freund oder Freundin.

Friedhelm habe schon immer alle Zärtlichkeiten der Mutter abgelehnt.

Mit dem Vater habe er sich nicht verstanden. Dieser wollte ihn „mit Nachdruck“ zu einem „normalen“ Leben bringen.

Friedhelm sei sehr sensibel und verletzbar. Er leide unter dem Egoismus und dem brutalen Materialismus der „Zeit“. Er sei offenbar außerstande, sich mit seinen Problemen zu öffnen.

Mit den o.g. Aussagen gibt die Mutter Auskunft zur Lebensgeschichte von Friedhelm zum Zeitpunkt der Adoleszenz / junger Erwachsener / (noch) aktueller Zeitpunkt.

Während des Gesprächs gibt die Mutter noch weitere Informationen – nämlich zu sich selbst sowie auch zur Familienanamnese (wie nachfolgend aufgezeigt).

Sie könne sich den Grund für „all das“ nicht erklären.

Ihr Mann verstarb vor einem Jahr. Sie lebt seither mit Friedhelm in einem viel zu großen Haus allein. Friedhelm ist ihr einziges Kind.

Mutter und Sohn reden kaum miteinander. Dies sei auch schon früher nicht anders gewesen.

Nach dem Tod des Vaters habe sich Friedhelm einige Zeit liebevoll um seine Mutter gekümmert, sei aber dann wieder zu seinem Einzelgängerleben zurückgekehrt, offenbar (so die Aussage der Mutter) ohne Freund oder Freundin.

Der Vater wollte Friedhelm „mit Nachdruck“ zu einem „normalen“ Leben bringen. Dies sei Gegenstand verschiedener Konflikte innerhalb der nicht sehr harmonischen Ehe gewesen.

Die Mutter empfindet sich selbst seit Jahren depressiv.

Wegen des Mangels an partnerschaftlicher Zärtlichkeit brauche sie Friedhelm.

Friedhelm habe jetzt einer „psychologischen Beratung zwecks Berufsfindung“ (Formulierung der Mutter) zugestimmt. Sie setze nun alle Hoffnung in die therapeutische Intervention.

In dem hier vorliegenden Fall und davon ausgehend, dass die Mutter „für“ ihren Sohn in die Praxis gekommen ist, bittet der Berater sie, den Sohn über das eben geführte Gespräch zu informieren und ihn zu fragen, ob er zu einem Gespräch mit dem Berater bereit wäre.

Abschließend bespricht der Berater mit der Mutter die weitere Vorgehensweise, rechtliche/gesetzliche Angelegenheiten sowie die Kosten der Beratung.

*(Hinsichtlich der Erzählungen der Mutter (zu sich selbst) und dem Hinweis, dass sie sich selbst seit Jahren depressiv empfindet, wird der Berater – sollte dies im Verlauf des Gesprächs irgendwann Gegenstand gewesen sein – gerne Empfehlungen und Hinweise zu anderen Kollegen bzw. berufsspezifischen Einrichtungen geben.)*

## 5.2. Erstgespräch mit Friedhelm

Friedhelm kommt aufgrund des Gesprächs mit seiner Mutter die in Praxis. Wie alle Klienten wird auch er in einer räumlich warmen und angenehmen Atmosphäre sowie durch ein positives und freundliches Verhalten vom Berater empfangen. Durch entsprechendes Pacing wird auch hier während des Gesprächs zusätzliche Sicherheit vermittelt, welches ein ruhiges Zugehen auf die Problematik ermöglicht.

Im einleitenden Gespräch wird zwar angesprochen, dass die Mutter bereits in der Praxis war. Aber da es hier jedoch um Friedhelm geht, bittet ihn der Berater um Schilderung der Problematik aus seiner eigenen Sicht.

Im nun folgenden Gespräch sollte der Berater eine angenehme Atmosphäre schaffen und sich offen zeigen. Ebenso sollte er Friedhelm vermitteln, dass er ernst genommen wird, wobei er darauf achten sollte, dass jegliche Form von Beschönigungen, Verharmlosungen und Dramatisierungen zu vermeiden sind. Inhaltliches Reframing (Interventionsstrategie aus dem Bereich NLP) von Seiten des Beraters unterstützt Friedhelm dabei, seine Reaktions- und Verhaltensweisen aus einem anderen Blickwinkel wahrnehmen zu können.

Einen wesentlichen Gesprächsinhalt stellen Fragen nach bestehenden oder früheren Bindungen, wie beispielsweise in Bezug auf Familie, Freunde oder ggf. Partnerschaft, in Friedhelms Leben dar. Ebenso sollte Friedhelm auf die eigene Wertigkeit angesprochen werden. Welche Hoffnungen hat er? Welche Möglichkeiten sieht er für sich? Welche Chancen kann er für sich entdecken?

Im Fortgang des Gesprächs sollte der Gesundheitszustand des Klienten angesprochen werden, um organische Krankheiten weitgehend ausschließen zu können (z.B. können Diabetes oder Schilddrüsenunterfunktion erheblichen Einfluss auf die Stimmungslage des Klienten nehmen).

Zum Ende des Erstgesprächs sollte der Berater mit Friedhelm einen möglichen weiteren Verlauf der Therapie besprechen und einen Therapieplan festlegen. Hierin ist die Vereinbarung des nächsten Gesprächstermins sowie rechtliche/gesetzliche Angelegenheiten und die Kosten der Beratung enthalten.

Als „Hausaufgabe“ kann der Berater mit Friedhelm vereinbaren, dass dieser bis zum nächsten Gesprächstermin Gefühle, Gedanken, Wünsche, Ängste usw. notiert, die dann gemeinsam bearbeitet werden können.

## 6. Analyse

Aufgrund der Vorgeschichte Friedhelms - im Hinblick auf die geschilderte Lebensgeschichte – ist durchaus in Betracht zu ziehen, dass Friedhelm suizidgefährdet ist und erneute Selbsttötungsabsichten in Erwägung ziehen könnte.

Vordergründig stellt sich Friedhelms Problematik jedoch vorerst als Krisenproblematik dar, welche in ihren Aussagen durchaus Hinweise für ein hohes Suizidrisiko enthalten. Diese finden sich in seinen vorangegangenen Suizidversuchen sowie dem Tod des Vaters, welcher ebenfalls eine besondere Belastung darstellt, da dies eine gravierende Lebensveränderung mit sich gebracht hat. Ferner lassen sich aufgrund der Schilderungen fehlende Lebensperspektiven im sozialen (beruflichen) und persönlichen Bereich (leidet unter dem Egoismus und brutalem Materialismus der „Zeit“) erkennen.

Wie vordringlich bzw. akut jedoch etwaige erneute Selbsttötungsabsichten bei Friedhelm vorliegen, werden sich erst im Verlauf weiterer Gespräche zeigen. Auf jeden Fall ist eine hochaufmerksame Wahrnehmung von Seiten des Beraters erforderlich, welche – sollte es notwendig werden – ein koordiniertes und zügiges Handeln gewährleistet. In diesem Fall sollte der Berater mit Ruhe und Besonnenheit auf den Klienten zugehen, sich Zeit nehmen, mögliche Unterbrechungen in der Kontaktaufnahme zum Klienten vermeiden sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen verständlich erklären.

Die momentan erkennbaren möglichen Ursachen für Friedhelms Problematik (Krisenproblematik mit Suizidgefährdung) liegen mit hoher Wahrscheinlichkeit bei Problemen in Schule und/oder Berufswahl, dem Tod des Vaters vor einem Jahr (Todesursache dem Berater derzeit noch unbekannt) sowie der Beziehung zu seiner Mutter, welche u.a. zusätzlich durch den Tod des Vaters geprägt ist.

Friedhelm hat sich nach dem Tod des Vaters einige Zeit liebevoll um seine Mutter gekümmert. Er ist jedoch dann wieder zu seinem Einzelgängerleben zurückgekehrt. Dies könnte damit im Zusammenhang stehen, dass die Mutter – wie sie selbst berichtet – Friedhelm gerade wegen des Mangels an partnerschaftlicher Zärtlichkeit brauche (ggf. bestehen hier weitere ursächliche Zusammenhänge zu ihrer depressiven Empfindlichkeit). Durch den Tod des Vaters und der emotional hohen Brisanz der Situation vor einem Jahr, dürfte sich dies verstärkt geäußert haben.

Die familiäre Situation aus seiner früheren Lebensgeschichte trägt einen weiteren Anteil dazu bei. Dies zeigt sich in den Aussagen, dass sich Friedhelm und sein Vater nicht verstanden haben und der Vater ihn immer wieder „mit Nachdruck“ zu einem „normalen“ Leben bringen wollte. Auch ist zu vermuten, dass die diesbezüglichen Konflikte seiner Eltern ihm nicht verborgen blieben, da Friedhelm auch als sensibel und verletzlich beschrieben wird.



Ein weiterer Anhaltspunkt ist die Aussage, dass Friedhelm auch früher kaum mit seiner Mutter geredet hat und verschlossen, eigenbrötlerisch und ein Einzelgänger war.

Gleichermaßen ist zu erfassen, dass Friedhelm bereits im Alter von 16 und 19 Jahren zwei Selbsttötungsversuche hatte. Bei jungen Menschen in diesem Alter bringt beispielsweise das Verlassen der Kindheit und der damit verbundene Eintritt in die Erwachsenenwelt ein intensives (Nach-)Denken mit sich. Es beginnt eine Suche und ein Entdecken von Wünschen, Idealen und Lebenszielen. Der Versuch, einen Platz in der Gesellschaft zu finden und den „Sinn des Lebens“ zu entdecken, bringt Verwirrung und Verunsicherung mit sich, denn dies ist eine Zeit der Veränderung und des Abschiednehmens. Abschied von der Gefühlswelt, die nicht mehr zu ihm/ihr passt (Verlassen der Kindheit) und die Entdeckung einer Gefühlswelt, die noch nicht so recht „passen will“ (Eintritt in das Erwachsensein).

Auslöser für einen Suizidversuch sind meist nur der letzte Tropfen, der das „Fass zum überlaufen“ bringt, woraus sich dann eine unüberlegte Handlung ergeben kann.

In Friedhelms Fall könnten mangelndes Geborgenheitsgefühl und das Gefühl angenommen zu sein (im Hinblick auf den Vater) eine Rolle gespielt haben. Eventuell sind in Friedhelm Schuldgefühle, ein schlechtes Gewissen oder das Gefühl, nicht respektiert zu werden entstanden, da sein Vater ihn stetig zu einem „normalen“ Leben bringen wollte.

Der Blick auf die familiäre Situation - und unter Beachtung der ihn als sensibel und verletzlich darstellenden Aussagen – könnten bei Friedhelm traurige bis hin zu depressiven Stimmungen vorgelegen haben, die sich evtl. durch seinen Rückzug von der Mutter geäußert haben könnten. Mangelndes Selbstwertgefühl (aufgrund der stetigen „Ermahnungen“ des Vaters) und noch nicht entdeckter Zukunftsperspektiven könnten weiteren Anteil an Friedhelms Situation haben.

Weiterführend könnten diese Empfindungen dazu beigetragen haben, dass Friedhelm zum aktuellen Zeitpunkt unter „dem Egoismus und dem brutalen Materialismus der Zeit“ leidet. Dieses lässt auf ein Grau-in-Grau-Denken vermuten, welches bei jungen Menschen oftmals den Tod als eine Erlösung erscheinen lässt, weil das „nicht schlimmer als das Leben sein kann“.

## 7. Therapiekonzept und -planung

Das Therapiekonzept sollte auf den Klienten abgestimmt sein, wobei der Berater gewissenhaft abwägen und mehrere mögliche Therapieansätze in Erwägung ziehen sollte.

Wie bereits erwähnt, zeigt sich im Fall von Friedhelm zum Zeitpunkt des Erstgesprächs zweifellos eine hohe Suizidgefährdung, welche jedoch anhand der bisherigen Hinweise nicht aktuell akut zu sein scheint.

Vorerst sollte daher eine Therapieform aus dem Bereich der Krisenintervention im Rahmen der Sekundärprävention (s. Anhang C) gewählt werden – wohl wissend, dass im Verlauf der Therapie eine Akutsituation zur Suizidalität eintreten kann.

Aufgrund der Hinweise, welche Friedhelm als einen verschlossenen jungen Mann darstellen, dem es offenbar schwer fällt, sich mit seinen Problemen zu öffnen, wäre dennoch die Klientenzentrierte Gesprächstherapie (Rogers), ggf. unter Einbeziehung der Transaktionsanalyse, für den Anfang bzw. als Einstieg durchaus angebracht. Zu gegebener Zeit könnten als ergänzende Therapie die Musik- und/oder die Familientherapie hinzugezogen werden.

Die Verordnung von Vitamin- und Mineralstoffen könnte zudem die Therapie positiv unterstützen. Dies sollte dann unter Einbezug eines Arztes (z.B. Hausarzt) erfolgen.

Eventuell vorliegende Mangelerscheinungen beeinträchtigen zumeist das allgemeine körperliche Wohlbefinden und wirken sich größtenteils auch negativ auf die psychische Befindlichkeit des Klienten aus. Alternativ wäre auch hier eine auf den Klienten abgestimmte Bachblütentherapie möglich.

Sollte im Verlauf der Therapie dennoch eine medikamentöse Unterstützung (z.B. in Form von sedierenden Antidepressiva) zwingend notwendig werden, müsste dies (unter Einbezug eines Arztes) sorgsam überdacht werden. Bei einer Medikation ist immer zu bedenken, dass jedes verschriebene Mittel potentiell als Suizidmittel missbraucht werden kann.

### 7.1. Erklärung der Therapieformen

#### Klientenzentrierte Gesprächstherapie (Rogers)

Die Gesprächstherapie zeichnet sich durch die Grundhaltung des Beraters aus, welche auf Echtheit (Authentizität), Akzeptanz bzw. Wertschätzung des Klienten und einführendes Verstehen (Empathie) basiert. Mittels dieser Grundhaltung wird der Klient in nicht direkter Weise aufgefordert, (emotionale) Erlebnisse frei zu verbalisieren und damit zusammenhängende Gedanken und Vorstellungen

mitzuteilen. Im Gespräch werden Widersprüche (Inkongruenzen) zudem aufgedeckt, mit welchen der Klient konfrontiert wird

Das Ziel der Gesprächstherapie ist die Auflösung bestehender Inkongruenzen, wodurch sich beim Klienten u.a. über die Stärkung der Fähigkeit zur Selbstreflexion bzw. durch die eigenständige Lösung von Problemen ein zunehmendes Selbstwertgefühl entwickelt.

Die Therapieziele werden dadurch erreicht, dass der Klient mit Hilfe des Beraters neue Lösungsmöglichkeiten für sich erarbeitet. Der Berater übernimmt hierbei nicht die Rolle eines Experten, sondern unterstützt alle Bemühungen des Klienten um Selbständigkeit bei der Lösung seiner Probleme. Ziel der Behandlung ist es, dem Klienten eine Klärung seiner eigenen Gefühle, Wünsche und Wertvorstellungen zu ermöglichen.

### Transaktionsanalyse

Die Transaktionsanalyse ist ein Training, welches aus der Tiefenpsychologie, der Kommunikationswissenschaft und verhaltenstherapeutischen Elementen abgeleitet ist.

Das Ziel der Transaktionsanalyse besteht in der Selbstverantwortlichkeit und Autonomie des Klienten. Regeln sozialer Beziehungen werden zum Gegenstand entsprechender Analysen, z.B.:

- Kommunikationsprozesse;
- das spezifische Umgehen mit Gefühlen;
- die Erhellung der Ich-Zustände, d.h. dass aus Wahrnehmung und Reflektion dieser Vorgänge das „Erwachsenen-Ich“ resultieren soll und der Klient zu einer angemessenen und realistischen Wahrnehmung und Verhaltensweisen gelangt;
- Rückführung von destruktiven „Skripts“ auf die Prägungen in der frühen Kindheit (fehlende Zuwendung, Missachtung, Vermeidung oder Enttäuschung);
- der individuelle Lebensplan (zur Aufdeckung krankmachender, unbewusster Lebenspläne und daraus resultierender Transaktionen);

### Musiktherapie

Die Musiktherapie dient unter systematischer und gezielter Anwendung von Musik und künstlerischer Tätigkeit der positiven Beeinflussung psychischer Störungen.

Das Ziel der Musiktherapie ist die Förderung von Kreativität, Spontaneität, Affektabfuhr und Ich-Stärkung. Ebenso zielt sie auf die Aktivierung von Phantasie und Emotionen sowie der Bearbeitung von Konflikten ab.

Durch diese Maßnahme kann das Selbstvertrauen des Klienten gesteigert werden. Isolation wird abgebaut und dem Klienten kann ein Gefühl für erhaltene und gesunde Anteile seiner Persönlichkeit vermittelt werden.

### Familientherapie

Die Familientherapie entwickelte sich aus der psychoanalytischen Entwicklungslehre, Sozialwissenschaften sowie der Lern- und Kommunikationstheorie. Der Behandlungsgegenstand ist das familiäre Beziehungssystem des Klienten.

Die Familie wird als therapeutische Einheit angesehen. Eine Bestandsaufnahme und Bearbeitung der globalen Konfliktsituationen (z.B. Generationskonflikte, Partnerschaftsprobleme, soziale Belastungen, familiäre Spannungen, aggressive Reaktionen usw.) sollen zu einer zufriedenstellenden Stabilisierung der Familie führen.

## 8. Abschlusswort

Jede Lebensgeschichte ist anders und dennoch haben alle Suizidanten eine Gemeinsamkeit: Sie hatten– so seltsam es klingen mag – den Wunsch, endlich einmal frei zu leben.

Auf der einen Seite bestand der Wunsch, tot zu sein – der Sehnsucht nach dem Ende aller Anstrengungen, Schmerzen und Leiden, nach Ruhe und Geborgenheit.

Auf der anderen Seite zielte ihre Handlung aber immer auch auf das Leben und auf die Lebenden ab.

Ob nun krank oder gesund - jeder suizidale Mensch verdient Achtung, Anteilnahme, Mitgefühl und Hilfe statt Verachtung, Ablehnung, Bestrafung und Gleichgültigkeit.

## 9. Literaturverzeichnis

Davison / Neale

**Klinische Psychologie**

Beltz Verlag / 5. aktualisierte Auflage

Dormann, W.

**Suizid – Therapeutische Intervention bei Selbsttötungsabsichten**

Klett-Cotta / 4. Auflage

Faust, V.

**Schwermut – Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern**

Hirzel Verlag

Reimer, Eckert, Hautzinger, Wilke

**Kurzlehrbuch Psychiatrie GK3**

Urban & Fischer Verlag / 4. Auflage

Brunnhuber, S. / Lieb, K.

**Narzisstische Krisen**

Westdeutscher Verlag / 4. aktualisierte Auflage

Henseler, H.

**Narzisstische Krisen**

Westdeutscher Verlag / 4. aktualisierte Auflage

Wolfersdorf, M.

**Der suizidale Patient in Klinik und Praxis**

WVG Verlag

Payk, T.

**Checkliste – Psychiatrie und Psychotherapie**

Thieme Verlag / 3. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage

Klinisches Wörterbuch

**Psyhyrembel**

AKL – Arbeitskreis Leben, Stuttgart

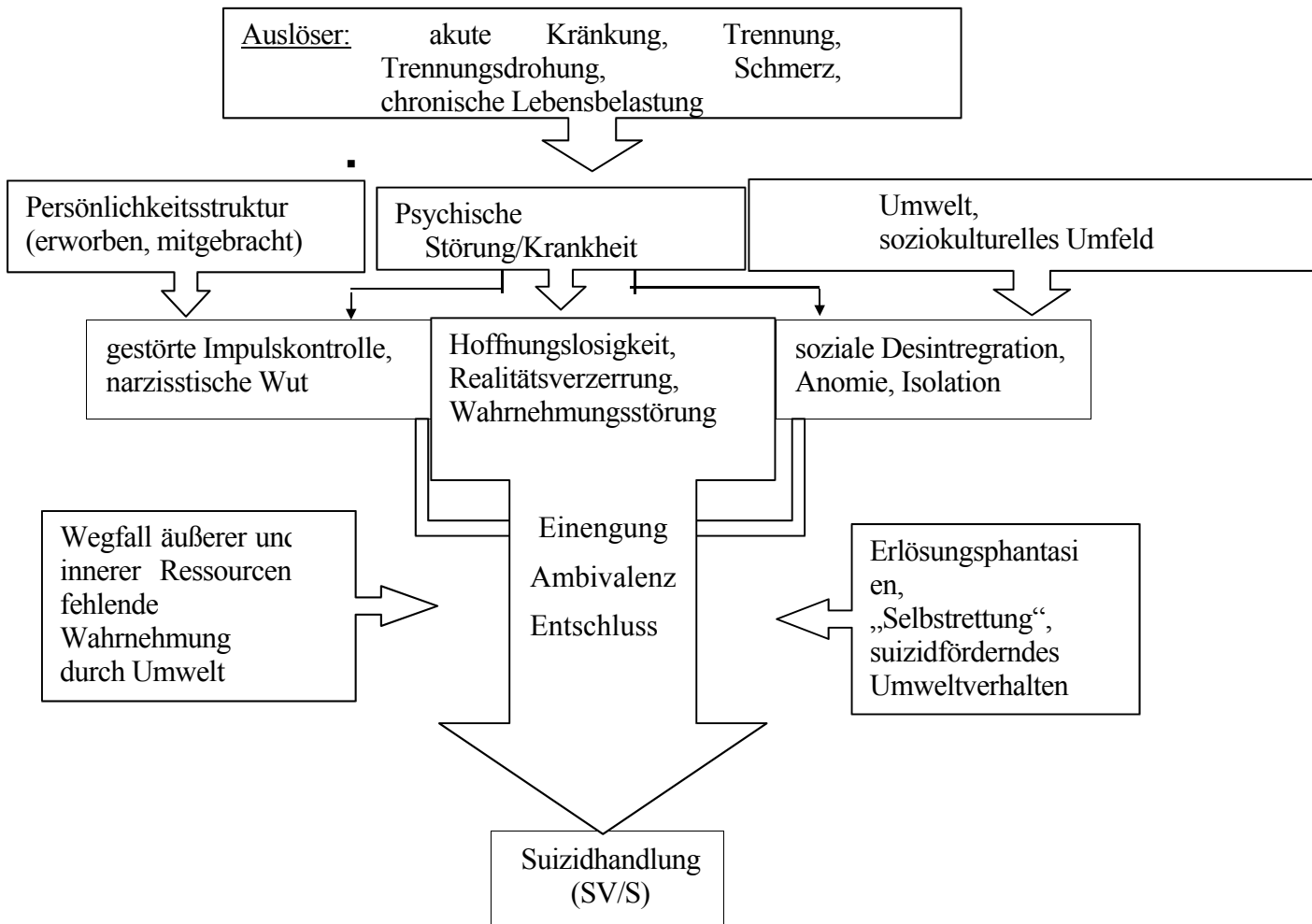
**Broschüre „Suizid“**

Informationen aus dem Internet

Informationen aus Gesprächen mit Hinterbliebenen und Betroffenen

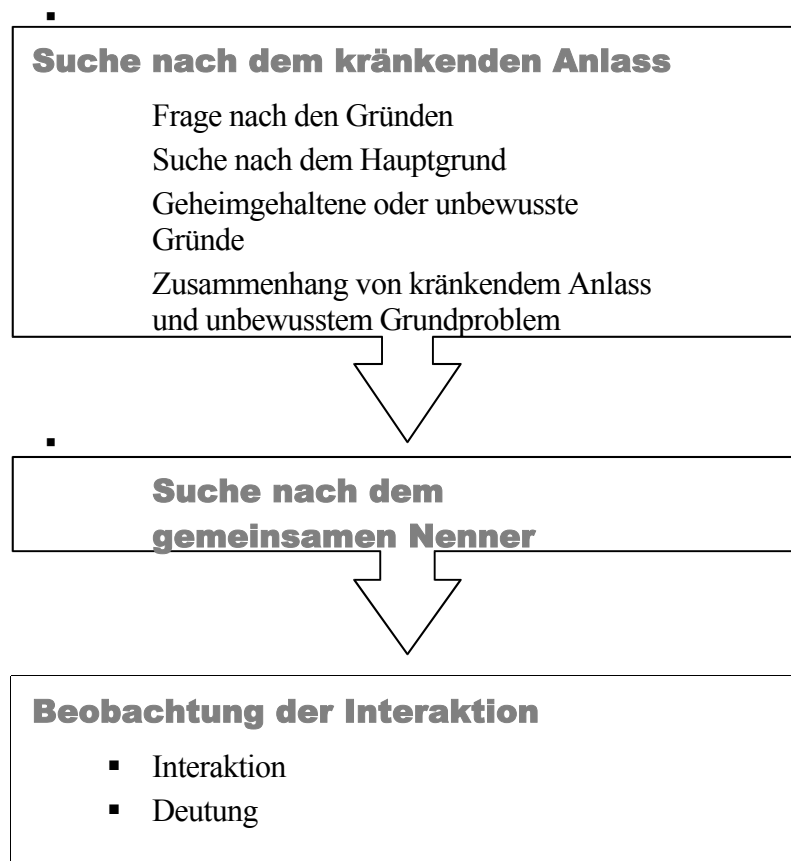
# Anhang A

## Modell suizidaler Dynamik (Wolfersdorf)



## Anhang B

### Konzept der Krisenintervention (nach Henseler)





## Anhang C - Suizidprävention

<b>Pri- mär- prä- ven- tion</b>	<p>⇒ <b>Vorsorge</b>  <b>Reduktion der Inzidenz (Neuerkrankungsfälle) von Krankheit, Fehlentwicklung; Früherkennung</b></p> <p>Bemühungen, welche die Entwicklung von psychischen Störungen verhindern, wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychohygiene (nach Durkheim anti-anomisches Klima einer Gesellschaft: Ordnung ohne Zwang und Individuation)</li> <li>▪ Gesundheitsvorsorge</li> <li>▪ Politisch-gesetzgeberische Maßnahmen (Waffengesetze, Verfügbarkeit von Suizidmethoden; Arzneimittel-Verschreibungspraxis)</li> <li>▪ Verzicht auf Medien-Wirksamkeit von Suiziden</li> <li>▪ Verbesserung von Ausbildung in Psychologie, Psychotherapie, Medizin</li> <li>▪ Enttabuisierung, Entstigmatisierung von psychischer Krankheit, Suizidalität, Leid, Behinderung</li> </ul>
<b>Se- kun- där- prä- ven- tion</b>	<p>⇒ <b>Wissen um Risikogruppen</b>  <b>Früherkennung; Diagnostik und Therapie Erkrankter; Rehabilitation</b></p> <p>Behandlung von bereits bestehenden Erkrankungen zur Vermeidung von Verschlechterungen und Chronifizierungen, wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychisch Kranke: Depression, Panikstörung, Sucht, Schizophrenie</li> <li>▪ Körperlich Kranke mit Krise/Belastung/Anpassungsforderung: Behinderung, Verlust von Lebensqualität, Diagnosestellung und Behandlung bei bestimmten Krankheiten</li> <li>▪ Lebensabschnittsbedingungen: Alte, junge Erwachsene; Berentung, biologische Veränderung, Verwitwung</li> <li>▪ Lebenssituation: Chronische Arbeitslosigkeit; Scheidung, Trennung, Asylanten- und Aussiedlersituation; Kriminalität; nach Unfall</li> </ul>
<b>Diag- nos- tik / Be- hand- lung</b>	<p><b>von Krisen mit Suizidgefahr und psychischen bzw. körperlichen Erkrankungen mit Suizidgefahr (Entwicklungs-, traumatische Krisen, Selbstwertkrisen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telefonseelsorge, „Hotlines“</li> <li>▪ Allgemeinärzte/Internisten („Hausarzt“), Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen</li> <li>▪ Seelsorger/Pfarrer</li> <li>▪ Kriseninterventionseinrichtungen (amb./stat.), Beratungsstellen</li> <li>▪ Psychiatr. Kliniken/Abteilungen/Ambulanzen</li> <li>▪ Psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsangebote</li> <li>▪ Angehörigenarbeit</li> </ul>
<b>Ter- tiär- prä- ven- tion</b>	<p>⇒ <b>Nachsorge</b>  <b>Rezidiv- und Verschlechterungsprophylaxe; medizinische und soziale Rehabilitation; Langzeittherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychiatrischer Erkrankung (Psychotherapie, Pharmaka)</li> <li>▪ Suchtbehandlung (Entwöhnung)</li> <li>▪ Längerfristige Psycho- und Soziotherapie</li> </ul>