

Schriftliche Abschlussarbeit
der Ausbildung in
Körperorientierter Psychotherapie und Atemheilarbeit

bei Claus Kostka

Teil 1

Lebensmüde – was nun?

Umgang mit Suizidalität in der Therapie
unter besonderer Berücksichtigung körpertherapeutischer Möglichkeiten

Vorgelegt von:

Kathrin Mühleck

Jurastrasse 15

72072 Tübingen

Tübingen, 29. März 2015

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	3
2 Psychodynamik von Suizidalität	4
2.1 Das Präsuizidale Syndrom nach Ringel.....	5
2.2 Suizidale Entwicklung nach Pödingler	7
3 Die besondere Rolle der Scham	8
4 Umgang mit Suizidalität in der Therapie	10
4.1 Fehler im Umgang mit Suizidalität – was hilft nicht!.....	10
4.2 Was hilft und wo setzt es an?	13
5 Suizidalität in der Körpertherapie.....	16
6 Und ganz zum Schluss.....	20
7 Literaturverzeichnis.....	21

1 Einleitung

In meiner mündlichen Prüfung zur Heilpraktikerin nahm das Thema Suizidalität einen wichtigen Teil der Prüfungszeit ein. Wie ein unheilvolles Kaninchen wurde die alles entscheidende Frage aus dem Hut gezaubert: *Und wenn jemand Ihnen sagt, dass er nicht mehr leben will, WAS MACHEN SIE DANN??*

Die gewünschte Antwort war Folgende: „Ich werde alles versuchen, um den Klienten dazu zu bewegen, sich umgehend in psychiatrische Behandlung zu begeben und ihn auch dorthin begleiten bzw. einen Krankenwagen rufen. Falls er das nicht möchte und meine Praxis verlässt werde ich ihm folgen und per Handy die Polizei verständigen!“ Ich habe die Prüfung bestanden, weil ich genau das gesagt habe und damit bewies, dass ich sehr verantwortungsvoll mit diesem schrecklichen Thema umgehen kann und keinesfalls meine Kompetenz überschätze. Wie ein Klient, der sich mit Suizidgedanken trägt ein solches Vorgehen fände steht auf einem anderen Blatt.

Suizidalität wurde behandelt wie ein Schreckgespenst. Sobald es sich irgendwo zeigt muss sofort alles in panischen Aktionismus verfallen. Ähnlich sind auch meine Erfahrungen, die ich zu diesem Thema auf der interdisziplinären Intensivstation gemacht habe, auf der ich als Krankenschwester tätig war. Der Tod ist dort immernoch ein Tabu und der Umgang damit verkrampft und besetzt von Scheu und Bewertungen. Neben den Patienten, die wegen einer körperlichen Erkrankung zu uns kamen gab es auch immer wieder Menschen, die aufgrund eines Suizidversuchs, meist mit Medikamenten oder Drogen, zu uns gebracht wurden. Und auch bei schweren körperlichen Erkrankungen war Suizidalität ein Thema für die Betroffenen.

Die Reaktionen von Seiten des Personals auf suizidale Patienten habe ich als wenig empathisch und respektvoll empfunden. Ein Suizid war ein Unding, welches nicht geschehen durfte und dementsprechend begleitet von psychiatrischen Konsilen, Sitzwachen neben dem Bett und moralisierendem Aktionismus. Natürlich steht eine Klinik rechtlich in einer engen Verpflichtung gegenüber den Menschen, die sich in ihrer Obhut befinden. Doch in mir blieb der Verdacht, dass wir mit unseren Maßnahmen eher uns selbst zu schützen versuchten und dabei der Situation und den Bedürfnissen des Patienten nicht mehr gerecht wurden. Denn wer plötzlich überhaupt nichts mehr zu melden hatte war der unglückliche Patient bzw. Klient.

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland ca. 10.000 Menschen das Leben. Auf jeden vollzogenen Suizid kommt eine nur schwer schätzbare Dunkelziffer an Suizidversuchen. Gedanken daran, sich das Leben zu nehmen, sind für Außenstehende schwer fassbar. Ein Suizid hinterlässt große Verwirrung und oftmals auch Unverständnis. Und es bleiben die dringlichen Fragen: Wie konnte es dazu kommen? Und vor allem: Was kann man tun? Pathologisierung, Entmündigung und Zwangsmaßnahmen stellen nur einen möglichen Umgang damit dar.

Es gibt Studien, die belegen, dass über 60% der Menschen, die sich mit Suizidgedanken tragen, versuchen, sich mitzuteilen.¹ Die Frage, der ich in dieser Arbeit nachgehen möchte ist: Wie kann ein wertschätzender und an den Bedürfnissen des Klienten orientierter Umgang mit Suizidalität in einem therapeutischen Setting aussehen? Was ist hilfreich, was eher nicht? Was ist besonders in Bezug auf körpertherapeutische Interventionen zu beachten?

2 Psychodynamik von Suizidalität

Um suizidalen Klienten in der Therapie gerecht werden zu können ist es zunächst notwendig, zu verstehen, wie Suizidalität entsteht. Erst, wenn wir ein Bild davon haben, was in einem suizidalen Menschen vorsich geht kann man überlegen, wo welche Hilfe ansetzen kann.

Suizidalität ist ein hochkomplexes Geschehen. Es gibt unterschiedliche Modelle, die versuchen, sowohl Ursachen für die Entstehung von Suizidalität als auch deren innerpsychischen Ablauf zu erklären. Von Sigmund Freud bis Jürgen Kind gab es Bemühungen, das unfassbare Phänomen des Suizids zu ergründen. Und es zeigte sich, dass eine einheitliche Psychodynamik der Suizidalität nicht gefunden werden konnte. Suizidalität ist ein vielschichtiges und multifaktorielles Geschehen und kann niemals auf ein Modell herunter gebrochen werden². Trotzdem geben diese Erklärungsversuche wichtige Einblicke in das Phänomen Suizidalität und liefern wertvolle Orientierungshilfen für die Praxis. Wenn das Unfassbare greifbarer gemacht werden kann, dann erleichtert das auch die Hilfe.

Immernoch wegweisend für die ein Verständnis von Suizidalität und die Arbeit mit suizidalen Menschen sind zwei Modelle, zum einen das „Präsuizidale Syndrom“ nach Erwin Ringel und die „Stadien der suizidalen Entwicklung“ nach Pöldinger, welche ich beide deshalb

1 Vgl. Etzersdorfer/Becker in Zeitschrift Suizidprophylaxe 2003, Heft 4, S. 94.

2 Vgl. ebd., S. 93.

im Folgenden näher betrachten will. Ausgehend von diesen Modellen wird dann nach einem Exkurs zum Thema Scham und Moral eine Brücke zur praktischen Krisenintervention in der Therapie geschlagen. Ich möchte hierbei die wesentlichen Grundzüge der Krisenintervention dargestellt sowie hilfreiche und nicht hilfreiche Handlungsstrategien im Umgang mit suizidalen Menschen skizzieren, bevor ich speziell auf körpertherapeutische Interventionen eingehe.

2.1 Das Präsuizidale Syndrom nach Ringel

Das Präsuizidale Syndrom beschreibt psychische Merkmale, die bei fast allen von Ringel untersuchten Patienten nach einem Suizidversuch gefunden wurden und die die Entwicklung einer Suizidalität anschaulich beschreiben. Es gilt deshalb auch heute noch als charakteristisch für eine suizidale Entwicklung. Aus diesem Modell leiten sich viele Aspekte der Krisenintervention ab, weshalb ich es sehr ausführlich erläutern will. Es lässt sich in drei Elemente gliedern: Einengung, gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression und als letztes Suizidphantasien.

Einengung

Das erste und überaus wichtige Element ist nach Ringel die starke Einengung, die sich sowohl situativ als auch dynamisch und zwischenmenschlich vollzieht. Die situative Einengung, oft ausgelöst durch schicksalhafte Ereignisse „ist durch einen Verlust der Balance zwischen Lebensumständen und dem Gefühl der eigenen Möglichkeit gekennzeichnet. Die Situation wird als bedrohlich, umheimlich, [...] unbeeinflussbar, unüberwindbar erlebt, während die eigene Person als klein, hilflos, ausgeliefert und ohnmächtig empfunden wird. Auf diese Weise herrscht der Eindruck, von allen Seiten behindert und umzingelt zu sein, in einen Raum gepresst zu werden, der die eigenen Chancen immer mehr reduziert, das Licht wegnimmt, aber auch die Luft zum Atmen“³. Schicksalsschläge und große Krisen geben Menschen genau dieses Gefühl der Ausweglosigkeit. Sie sind überwältigt und haben den Eindruck, nichts tun zu können, um die Situation zu verbessern. Man kann in den Worten Ringels die Enge regelrecht spüren, die die Betroffenen umschließt.

Die dynamische Einengung folgt der situativen. Die Situation erscheint ausweglos, was zu einer einseitigen, nur um die problematische Situation kreisenden Wahrnehmung führt. Es wird alles wie durch eine graue Brille gesehen, das Bewusstsein, dass es noch etwas außerhalb der Krise gibt, geht verloren. „Die Zeit steht still und lässt neue Erfahrungen nicht

3 Ringel 1999, S. 48.

zu“⁴. In dieser weiteren Fokussierung auf die übermächtig erscheinende Situation geht nach Sonneck die Fähigkeit verloren, sich von den eigenen Problemen zu distanzieren, eine andere Perspektive einzunehmen. Damit ist auch der Blick für eventuelle Handlungsmöglichkeiten versperrt. Der Betroffene wird noch gelähmter, verliert seine affektive Schwingungsfähigkeit und entwickelt oft eine depressive, ängstliche Grundstimmung⁵.

Eine weitere Einengung vollzieht sich laut Ringel auch im Bereich der Wertewelt. Die Bedeutung der Umwelt, also Interesse und Freude an Dingen und Menschen gehen verloren, was dazu führt, dass man sich auch immer weniger um etwas bemüht. Das macht es zunehmend unmöglich, auch positive Erfahrungen zu machen, wodurch auch das eigene Selbstwertgefühl zunehmend verringert wird. Die Folge ist, dass Betroffene sich zurückziehen, Kontakt mit anderen vermeiden und somit zunehmend in Isolation geraten, was als Einengung auf zwischenmenschlicher Ebene durch mangelnde Impulse von Außen alle anderen Einengungen verstärkt⁶.

Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression

Ringel vergleicht die Psyche eines suizidalen Menschen mit einem Becken, welches aus zwei Gründen überläuft. Zum einen besteht ein starker Zufluss an Aggression, verursacht durch langanhaltende Frustration im Vorfeld. Diese kann aber nicht nach außen gerichtet werden, es besteht eine Aggressionshemmung, welche die Möglichkeit der Entlastung verhindert. Um im Bild des Beckens zu bleiben besteht also ein Abflusshindernis, was zu einer ungeheuren Potenzierung der Aggression führen kann. Es entsteht neben starker Selbstabwertung eine ohnmächtige Wut, welche sich aufgrund der Hemmung durch Gewissen und Moral nicht im Außen entladen kann. So bleibt als einziges Ventil die Entladung nach innen gegen das eigene Selbst gerichtet, praktisch eine Explosion nach innen. Ein Suizid ist der aggressivste Akt, den ein Mensch gegen sich selbst richten kann⁷.

Suizidphantasien

Der Gedanke, sich das Leben nehmen zu können, stellt nach Ringel für Menschen in Krisen eine Art Flucht weg dar. Man fühlt sich der Realität nicht mehr gewachsen, erträgt das eigene Leben nicht mehr und benützt die Phantasie, um sich in eine Welt zu flüchten, in der es die eigene Person und damit auch die eigene Not nicht mehr gibt und man endlich Frieden findet. Diese Gedanken werden zunächst aktiv intendiert und haben eine überaus

4 Ebd., S. 56.

5 Vgl. Sonneck 2000, S. 168 f.

6 Vgl. Ringel 1999, S. 56 ff.

7 Vgl. Ebd., S. 70 ff.

entlastende Wirkung auf die Betroffenen, da es einen letzten Ausweg gibt, wenn alle anderen Bemühungen scheitern. Leider bergen Suizidphantasien neben ihrer entlastenden Wirkung auch die Gefahr, sich zu verselbstständigen, vor allem, wenn die gewonnene Entlastung durch die Suizidphantasie verhindert, dass man sich aktiv in der Realität um eine Lösung der Situation bemüht. Ursprünglich als rettendes Gedankenspiel gedacht kann es geschehen, dass der Betroffene nach und nach die Kontrolle darüber verliert und sich die Gedanken an Suizid schließlich regelrecht aufdrängen. Diese Dynamik, gekoppelt mit Einengung auf den oben genannten Ebenen und einem Aggressionspotenzial, welches keine Möglichkeit hat, sich nach außen zu richten, weist für Ringel auf eine akute Suizidgefährdung hin. Es ist das unheilvolle Zusammenspiel der drei Elemente, welche sich wechselseitig weiter verstärken, die den Zustand des Betroffenen lebensgefährlich macht⁸.

Bedeutsam an dem Modell von Ringel ist für das Verstehen von Suizidalität vor allem die Einengung auf mehreren Ebenen. Man gewinnt einen spürbaren Eindruck davon, wie getrieben und bedrängt sich ein Mensch mit akuten Suizidgedanken fühlen mag und welche Aggression gegen die eigene Person vorhanden ist. Vor allem wird die Dynamik von Suizidalität deutlich, welche am Ende oft nichts mehr mit Freiwilligkeit zu tun hat. Sowohl Einengung als auch die Aggression gegen die eigene Person sind wichtige Punkte, an denen Hilfe ansetzen kann, worauf ich in Kapitel 4 näher eingehen werde.

2.2 Suizidale Entwicklung nach Pöldinger

Die Suizidale Entwicklung nach Pöldinger macht deutlich, dass ein Suizid normalerweise nicht einfach vom Himmel fällt, sondern ein längeres Vorspiel hat. Ein Mensch, der sich das Leben nehmen will, durchläuft nach Pöldinger in der Regel drei Stadien. Im ersten erwägt er den Suizid als Möglichkeit und erfährt dadurch Entlastung, wie bereits erläutert. Das zweite Stadium ist das der Abwägung. Der Suizid als letzter Ausweg ist zunehmend präsent und es kommt „zu einem Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörenden Kräften“⁹. Nach Pöldinger gilt dies nicht pauschal für alle Betroffenen, aber diese selbsterhaltenden Anteile vieler Menschen suchen in diesem Stadium nach Hilfe, entweder durch direkte und indirekte Suizidankündigungen, oftmals versteckt in einem scheinbaren Nebensatz, sowie auch unter Umständen durch konkretes Aufsuchen von professionellen Hilfemöglichkeiten. Diese Suche reicht auch noch bis in das dritte, das Entschlussstadium

⁸ Vgl. Ringel 1999, S. 75 ff.

⁹ Sonneck 2000, S. 167.

hinein, in welchem die Entscheidung für einen Suizid gefallen ist und konkrete Pläne gemacht und Vorbereitungen getroffen werden. Auch hier versuchen Betroffene oft noch, sich jemandem anzuvertrauen¹⁰.

Zentral an diesem Modell von Pöldinger ist für das Verständnis von Suizidalität, dass die meisten Suizide in irgendeiner Art und Weise angekündigt werden. Es gibt diese Ambivalenz zwischen Selbstzerstörung und Selbsterhalt und viele Betroffene hadern mit beiden Kräften, versuchen, sich mitzuteilen und sind in diesem Kampf immer wieder auch empfänglich für Hilfe, um den Suizid als scheinbar unvermeidlichen Schritt abzuwenden.

Darüber hinaus wird an diesem Modell deutlich, dass Suizidalität sehr unterschiedliche Ausprägungen und vor allem Gefährdungsgrade annehmen kann. Jemand, der sich in einer Krise hin und wieder mit dem Gedanken an Suizid entlastet, muß nicht zwangsläufig auf einen Suizidversuch zusteuern. Es gibt viele Abstufungen und Faktoren, die eine suizidale Entwicklung beeinflussen und auch wieder abwenden. Suizidalität ist nicht gleich Suizidalität, das muss hier in aller Deutlichkeit gesagt werden. Hilfe für suizidale Menschen muss also dem jeweiligen Gefährdungsgrad angemessen sein. Wenn ein Klient Suizidgedanken äußert ist es wichtig, offen nachzufragen, wie konkret diese denn sind. Ist es ein entlastendes Gedankenspiel oder gibt es bereits eine klare Vorstellung davon, wie derjenige sich das Leben nehmen möchte. Je konkreter diese Vorstellung ist, desto akuter ist die Gefährdung. Hat jemand sich beispielsweise schon Tabletten besorgt, studiert die Zugfahrpläne oder hat schon einen festen Zeitpunkt, an dem der Suizid geschehen soll, dann besteht eine akute Gefährdung. Auch sich aufdrängende Suizidgedanken, die der Betroffene nicht mehr kontrollieren kann, sind ein Signal für eine starke Gefährdung. Auf der anderen Seite ist jemanden, der sich in einer Krise hin und wieder mit dem Gedanken an einen Suizid entlastet, kein Fall für Notarzt und Polizei. In der Therapie ist es zunächst wichtig, sich ein genaues Bild davon zu machen, wie akut suizidal der Klient ist, da sich daran entscheidet, welche Unterstützung notwendig ist.

3 Die besondere Rolle der Scham

Neben dem Wissen über die Entstehung von Suizidalität erscheint es mir für den Umgang mit suizidalen Klienten äußerst wichtig, sich darüber klar zu sein, welche große Rolle Schamgefühle spielen. Es fällt Menschen in einer suizidalen Krise sehr sehr schwer, sich

¹⁰ Vgl. ebd., S. 167.

jemandem anzuvertrauen. Das eigene Leben nicht mehr im Griff zu haben erscheint als zutiefst beschämend.

Nach Caplan und Cullberg bedeute der Begriff Krise den Verlust des seelischen Gleichgewichts aufgrund von Ereignissen oder Lebensumständen, welche die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigen¹¹. Das ist bereits der Moment, wo Scham ins Spiel kommt. Die Normen unserer Gesellschaft sehen vor, dass Menschen erfolgreich, gesund, gutaussehend und gut gelaunt sind. Marks spricht in diesem Zusammenhang von Anpassungsscham, die empfunden wird, wenn man diesen Normen nicht genügt. Menschen in Lebenskrisen entsprechen diesem Bild normalerweise nicht. Sie sind verzweifelt und haben Schwierigkeiten, ihren Alltag zu meistern. Die Brücke zur Scham ist einfach. In unserer Gesellschaft wird erwartet, dass man das eigene Leben bejaht und mit ihm zurande kommt¹². Gelingt diese erwartete Bejahung nicht, erzeugt das ein sehr tiefes Gefühl von Unzulänglichkeit und Scham.

Darüber hinaus hat Scham die Eigenschaft, selbst weiterer Anlass für Scham zu sein. Es ist auch noch beschämend, sich zu schämen¹³. Ein Mensch in einer Lebenskrise hat also erstens mit der Scham über seine eigene Unzulänglichkeit und vermeintliche Schwäche zu kämpfen und zweitens dann auch noch mit der Scham, die er über die Anwesenheit genau dieser Scham empfindet. Wenn man Suizidalität als bedrohliches Misslingen der oben geforderten Lebensbejahung betrachtet, so erscheint es logisch, dass die damit verbundenen Schamgefühle imens sein müssen. Diese können nach Marks ein Ausmaß annehmen, das den Betroffenen überwältigt und nicht mehr zu ertragen ist. An dieser Stelle kann sich als Versuch, diese quälende Scham abzuwehren, selbstdestruktives Verhalten Bahn brechen. Diese Dynamik dockt in dem oben behandelten Modell von Ringel dort an, wo sich die Aggression gegen die eigene Person richtet. Die unerträgliche Scham muss abgewendet oder ausgelöscht werden. Die radikalste Form, dieses zu tun, ist der Suizid, die Vernichtung der eigene Person¹⁴.

Es wird deutlich, wie wichtig es in der Beratung von suizidalen Menschen ist, um diese große Scham mit ihrem selbstdestruktiven Potenzial zu wissen und im Umgang mit dem Betroffenen darauf zu achten, dass diese nicht verstärkt und damit die suizidale Dynamik weiter angetrieben wird. Deshalb gilt es, klassische Fehler zu vermeiden, auf welche im Kapitel 4.1 eingegangen wird.

11 Vgl. ebd., S.32

12 Vgl. Marks in Suizidprophylaxe Theorie und Praxis 2007, Heft 2 , S.85 ff.

13 Thiersch in ebd., S. 51

14 Vgl. Marks in ebd. S. 86 ff.

4 Umgang mit Suizidalität in der Therapie

Wie kann also, basierend auf der Psychodynamik von Suizidalität eine hilfreiche und stimmige Herangehensweise in der Therapie aussehen? Wo liegen klassische Fallstricke? Diesen Fragen wird im folgenden Kapitel nachgegangen.

4.1 Fehler im Umgang mit Suizidalität – was hilft nicht!

Suizidalität ist gesellschaftlich immernoch mit einem Tabu versehen, welches es sehr schwer macht, darüber zu sprechen. Geäußerte Gedanken an Suizid lösen im sozialen Umfeld oft starke Emotionen aus. Sonneck beschreibt, dass der Wunsch, nicht mehr zu leben, für Außenstehende etwas Befremdliches hat – er irritiert in hohem Maße, indem er einerseits an der eigenen Einstellung zu Leben und Sterben rührt, die eigene Krisenanfälligkeit vor Augen führt und andererseits auch die bestehende Beziehung mit dem Betroffenen massiv in Frage stellt¹⁵. Auch die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist davon nicht ausgenommen.

Diese Irritation läßt nachvollziehbarerweise heftige Gefühle der Ohnmacht, Angst, Schuld oder auch Aggression im Umfeld entstehen. Aus dem Versuch, diesen starken Emotionen, die den Angehörigen oder Helfern oft garnicht bewußt sind, irgendwie zu entkommen, entsteht nach Giernalczyk ein Umgang mit dem Thema Suizid, der nicht nur nicht hilfreich, sondern auch gefährlich sein kann. Giernalczyk beschreibt folgende Verhaltensweisen:

Bagatellisierung

Wenn nicht sein kann, was nicht sein darf! Die momentane Krise wird bagatellisiert. Dem Betroffenen wird vermittelt, dass es doch so schlimm garnicht ist und er nur ein bisschen positiver denken soll. Durch vorschnellen Trost und übereilte Ratschläge wird suggeriert, dass es doch ganz einfach wäre, die Krise zu überwinden. Beim Betroffenen kann dies schnell den Eindruck erwecken, dass er in seiner Not nicht gesehen wird – immerhin ist irgendetwas so schlimm, dass er über Suizid nachdenkt. Durch die vermeintliche Einfachheit der Lösung kann es geschehen, dass er sich für noch unfähiger hält als bisher, da er selbst noch keine Lösung zuwege gebracht hat, was die ohnehin ausgeprägte Selbstabwertung und Scham verstärkt.

Aktionismus und Dramatisierung

Eine andere Möglichkeit besteht darin, in Aktionismus zu fallen und alle möglichen Hebel in Bewegung zu setzten, um einen Suizid zu verhindern. Zwangsbegegnungen mit einem

¹⁵ Vgl. Sonneck 2000, S. 27 f.

Psychiater oder Körpertherapeutinnen, die einen mit dem Handy verfolgen, weil man erwähnt hat, dass einem das eigene Leben gerade sinnlos erscheint, gehören in diese Kategorie. Aktionismus gibt dem Helfenden zwar das Gefühl, etwas tun zu können und hilft, die drohenden Ohnmachtsgefühle abzuwehren, die er wahrscheinlich angesichts ausgesprochener Suizidgedanken erlebt. Jedoch besteht die große Gefahr, völlig am Betroffenen und seinen Bedürfnissen vorbeizugieren, ihn zu entmündigen und alles Mögliche zu tun, außer ihm richtig zuzuhören. Für einen Menschen in einer suizidalen Krise stellt diese Art von Aktionismus eine grenzüberschreitende Überforderung dar und es ist wahrscheinlich, dass er sich erschrocken zurückzieht und keinen weiteren Kontakt zulässt.

Aktionismus hat neben der Abwehr von Ohnmachtsgefühlen auf Seiten der Helfenden auch noch einen anderen Ursprung: Mitgefühl und der starke Wille, den Klienten zu retten. Im therapeutischen Kontext ist es notwendig, dass der Therapeut sich sehr klar darüber ist, was er denn an Unterstützung tatsächlich leisten kann. Das heißt, er muss sich klar darüber sein, ob er seine Angebote auch tatsächlich einhalten kann. Versprechen, jederzeit erreichbar zu sein, auch nachts, klingen zunächst ganz toll. Suizidale Krisen können aber eine Weile dauern und permanente Verfügbarkeit überfordert den Helfenden über kurz oder lang. Die Folge kann sein, dass der Klient, der sich in seiner Not sehr an dieses Angebot klammert, eine Enttäuschung erlebt, die ihn womöglich noch tiefer in die Krise bringt.

Moralisierendes Argumentieren

Auch eine häufige Art der Reaktion auf Suizidgedanken ist, den anderen zu ermahnen, moralisch zu argumentieren oder sogar autoritär zu werden. Aussagen wie „Soetwas dürfen Sie nicht denken“, „Wissen Sie eigentlich, was Sie Ihrer Familie damit antun“, „Sich das Leben zu nehmen ist egoistisch“ vermitteln dem Betroffenen, dass er moralisch im Unrecht ist und verhindert einen vertrauensvollen, achtsamen Kontakt. Moralisieren gibt, ähnlich wie beim Aktionismus, dem Helfer ein Gefühl von Macht, mit dem er seine Ohnmacht bekämpfen kann. Der Hilfesuchende wird durch Moral und Autorität eher entmündigt und abgewertet. Ähnliches gilt auch für die Annahme, dass jemand, der Suizidabsichten äußert, nur Aufmerksamkeit möchte oder dass derjenige, der darüber spricht, es sowieso nicht tun wird.

Analysieren

Als letztes benennt Giernalczyk die Gefahr des Analysierens und tiefen Nachforschens in der Geschichte des Betroffenen. Dies gilt zunächst vor allem bei akuter Suizidalität. Hier

ist es unbedingt notwendig, mit dem Betroffenen nach Möglichkeiten einer rasche Entlastung der angespannten psychischen Situation im Hier und Jetzt zu suchen, die Ursachenforschung und die Aufdeckung tiefer seelischer Themen ist kontraindiziert, da dadurch unter Umständen noch weitere Probleme auftauchen, welche im Augenblick der Krise vom Betroffene gar nicht bewältigt werden können. Überforderung und eine weitere Zuspitzung der Krise können die Folge sein¹⁶. Bei latenter oder auch chronischer Suizidalität ist die tiefere Bearbeitung von Ursachen und seelischen Konflikten neben stabilisierenden Interventionen durchaus angebracht, allerdings mit besonderer Achtsamkeit darauf, was für den Klienten momentan verkraftbar ist.

Abschließend kann man sagen, dass die oben beschriebenen Hilfeversuche eher den Helfer entlasten, als den Betroffenen. Letzterem schaden sie womöglich. Die so erzeugte Selbstabwertung und Scham kann sich negativ auf die Beziehungen im Außen auswirken, die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass der Betroffene sich beschämt zurückzieht und keine weiteren Versuch unternimmt, sich Hilfe zu holen. Dies führt zum einen zu einer weiteren Einengung der sozialen Bezüge und darüber hinaus verstärkt die wachsende Scham die Aggressionsumkehr im Modell von Ringel (siehe Kapitel 2.1). Beides trägt dazu bei, die suizidale Dynamik zu verstärken, anstatt zu verringern.

Autoritäre Interventionen und moralisierender Umgang mit dem Thema Suizid haben nach Giernalczyk neben der Entmündigung des Betroffenen noch eine weitere fatale Folge. Hierzu muss man sich nochmal vergegenwärtigen, dass der Gedanke an Suizid für die Betroffenen eine entlastende Funktion hat. Er ist eine Art letzter Ausweg, wenn alles andere scheitern sollte, was sowohl im Modell von Ringel als auch bei Pödlinger bereits erläutert wurde. Das ermöglicht dem Menschen in einer Krise, der sich ohnmächtig und auf allen Ebenen eingeengt fühlt, wieder eine gedankliche Handlungsfähigkeit, mit der er Ohnmacht und Einengung begegnen kann. Suizidgedanken haben deshalb neben ihrer Bedrohlichkeit als letzte Option durchaus auch eine entlastende Wirkung. Durch Nichtakzeptanz und Moral gegenüber diesen Gedanken werde dem Betroffenen diese Möglichkeit der Entlastung wieder genommen. Der Fluchtweg durch die Hintertür wird versperrt und der Betroffene ist noch eingeengter als vorher¹⁷. Auch hier wird deutlich, wie die Haltung des Beraters die suizidale Dynamik verstärken kann. Natürlich ist es nötig, zu versuchen, zusammen mit dem Klienten nach einer anderen Lösung als den Suizid zu suchen. Doch bis diese in

16 Vgl. Giernalczyk 1995, S. 87 ff.

17 Giernalczyk 1995, S.77 ff.

Sicht ist, kann es für den Klienten lebensnotwendig sein, seine Suizidgedanken „behalten“ zu dürfen.

4.2 Was hilft und wo setzt es an?

Hilfe in jeder Krise muß natürlich an die individuelle Situation angepasst werden. Es gibt kein Patentrezept. Krisenintervention ist ein komplexes Geschehen, es können hier nur die wesentlichen Grundzüge dargestellt werden.

Beziehung

Ein, wenn nicht sogar der Grundpfeiler der Krisenintervention ist nach Sonneck zunächst die „Beziehungsfördernde Grundhaltung“¹⁸ der Beratenden oder Therapeuten. Diese entsteht durch den Verzicht auf moralische Wertung und argumentierendes Diskutieren von Seiten des Beraters. Statt dessen bemüht sich dieser um eine empathische und respektierende Haltung, die den Klienten dort abholt, wo er sich befindet, ihn annimmt, wie er ist und sich an seinen Bedürfnissen orientiert. Objektivierende Distanz soll vermieden werden, was an den Berater, der im Prozess ja auch mit eigenen starken Gefühlen konfrontiert sein kann, eine große Herausforderung darstellt¹⁹. Es ist also auch notwendig, dass der Therapeut sich mit seinen Ängsten in Bezug auf Suizidalität, Tod und auch mit eigenen suizidalen Impulsen auseinandersetzt, damit diese nicht den Kontakt mit dem Klienten überschatten und einen urteilsfreien Kontakt mit dem Klienten ermöglichen.

Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung sowie der vorurteilsfreie Umgang mit dem Thema Suizid ist mehr als ein frommer Wunsch. Beides setzt innerhalb der Psychodynamik von Suizidalität an entscheidenden Punkten an, weshalb ihre Bedeutung für die Krisenintervention nicht oft genug betont werden kann.

Die wertschätzende Beziehung wirkt in entscheidender Weise der Einengung auf allen Ebenen entgegen. Nach Giernalczyk ist es eine Tatsache, dass „Suizid in der Isolation gedeiht“²⁰. Für viele Betroffene stellt es eine große Erleichterung dar, ihre Suizidgedanken endlich jemandem anvertrauen zu können, der sie nicht dafür verurteilt. Dadurch ist es möglich, eine vertrauensvolle Beziehungserfahrung ohne die befürchtete Scham zu erleben, was sich positiv auf das Selbstwertgefühl des Klienten auswirkt. Damit wird neben der gefährlichen Isolation auch der Aggression gegen die eigene Person etwas entgegen gestellt, was sich stabilisierend auf den Klienten auswirkt. Beziehung hat somit antisuizida-

18 Sonneck 2000, S. 179.

19 Vgl. ebd., S.179 f.

20 Giernalczyk 1995, S. 12.

le Wirkung, auch, wenn man sie nicht als Allheilmittel betrachten darf²¹. Darüber hinaus ist es in einem vorurteilsfreien, an Beziehung orientierten Gespräch am ehesten möglich, Näheres über konkrete Suizidpläne bzgl. Methode, Zeit und Ort zu erfahren und so einschätzen zu können, wie akut die Suizidalität ist.

Ambivalenz aushalten

Der Verzicht auf die eigenen Wertvorstellungen hat wie bereits unter 4.1 beschrieben noch eine andere zentrale Bedeutung für die Arbeit mit suizidalen Klienten. Suizid als eine letzte Option kann im Beratungsprozess zunächst einmal bestehen bleiben. Dies verschafft dem Klienten weiter gedanklich Entlastung und erhöht die Chance, dass er sich auf alternative Überlegungen einlässt. Sein letzter Fluchtweg bleibt offen, auch dies wirkt der situativen Einengung entgegen und erhält dem Klienten ein wichtiges Maß an Autonomie. Dadurch lässt sich Zeit gewinnen, an weiteren stabilisierenden Maßnahmen zu arbeiten. Je akuter die Gefährdung ist, desto engmaschiger sollten die Termine liegen. Giernalczyk ist darüber hinaus der Ansicht, dass die Erlaubnis, den eigene Todeswunsch spüren und aussprechen zu dürfen auch den Wunsch nach dem Leben wieder fühlbar machen kann. Bleibt dieser Ausdruck der eigenen Suizidalität jedoch tabuisiert, blockiert das gleichermaßen auch den Teil, der am Leben bleiben will²². Es geht also darum, die Ambivalenz, die der Klient dem Leben gegenüber empfindet, mit auszuhalten und ihm in seiner Suizidalität einen gehaltenen Raum zu geben, in dem er letztlich vielleicht sogar dadurch seinen Lebenswunsch wiederfinden und sich in Freiheit für das Leben entscheiden kann.

Netzwerk aktivieren

Weitere stabilisierende Maßnahmen sind nach Sonneck die Wiederherstellung entscheidender Beziehungen, sozusagen die schrittweise Reaktivierung des sozialen Netzes des Klienten, vor allem Familie und Freunde, um die Isolation weiter aufzubrechen. In einer akuten Krise ist es sehr wichtig, mehrere Menschen mit ins Boot zu holen, um Überforderung der Helfenden zu vermeiden. Suizidale brauchen stabile Beziehungsangebote, keine Aufopferung bis zum Ende der eigenen Kräfte! In akuten Krisen ist es notwendig, einen sehr engmaschigen Kontakt zum Klienten zu haben. Wie bereits gesagt, geht es dabei aber nicht um permanente Erreichbarkeit, sondern engmaschige Termine oder fest vereinbarte tägliche Telefonate. Um die übrige Zeit abzudecken, sind andere Anlaufstellen wichtig. Dies können Freunde oder Angehörige sein. Darüber hinaus muss der Klient darüber informiert sein, wo er sich hinwenden kann, wenn gerade niemand zur Stelle ist. Das sind

21 Vgl. ebd., S. 12 ff u. 76 ff.

22 Vgl. ebd., S. 77.

zum einen Angebote der Telefonseelsorge rund um die Uhr oder die Möglichkeit, sich jederzeit direkt an die nächste psychiatrische Klinik zu wenden, wenn Suizidgedanken beginnen, sich aufzudrängen. Es gibt gute Gründe, der Psychiatrie gegenüber skeptisch zu sein. Doch ich habe durchaus auch Positives von Klienten gehört, die sich freiwillig für ein paar Tage unterbringen haben lassen. Man wird weder auf unbestimmte Zeit weggesperrt, noch gezwungen, Medikamente zu nehmen, sondern wird einfach für einige Tage vor sich selbst geschützt – vorausgesetzt, die Bettenkapazität lässt das zu.

Erst, wenn ausreichend Stabilität vorhanden ist, kommt in einem nächsten Schritt die Bearbeitung misslungener Bewältigungsversuche und die gemeinsame Entwicklung alternativer Lösungsmöglichkeiten auch für die Zukunft ²³.

Verantwortung beim Klient lassen

Suizidalen Klienten in dieser Offenheit und Wertfreiheit zu begegnen setzt eine grundsätzlich Sache voraus: Die Verantwortung für sein Leben oder auch sein Sterben liegt beim Klienten selbst. Die Entscheidung, welchen Weg er wählt, trifft er und sie kann ihm auch nicht abgenommen werden. In der Therapie kann Beziehung und Hilfe nur angeboten werden. Ob er sie annimmt entscheidet der Klient. Und auch wenn der Tod als letzter Ausweg mit am Tisch sitzen darf, so ist es doch immer das Ziel, sich mit dem Teil des Klienten zu verbinden, welcher weiterleben möchte. Diese Verbindung gelingt jedoch nur auf der Grundlage einer tragfähigen und respektierenden Beziehung zum Klienten, welche ihm seine Autonomie und damit auch die Verantwortung für sein Leben zugesteht.

Es ist nicht möglich, jemanden zum Leben zu zwingen. Solche Versuche sind anmaßend und verletzen die Selbstbestimmung des anderen. Das ist nicht die Aufgabe einer Therapie. Doch auch die Selbstbestimmung des Klienten darf nicht inflationär benutzt werden. Es gibt sicherlich Menschen, die nach reiflicher Überlegung und im Reinen mit sich beschließen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Man spricht hier von einem Bilanzsuizid. Diese sind erstens kaum zu verhindern und zweitens muss man sich fragen, ob das denn überhaupt sinnvoll ist. Doch trotzdem darf man nicht aus den Augen verlieren, dass Suizidalität in vielen Fällen nichts mit rationaler Nüchternheit und Bilanzierung des eigenen Lebens zutun hat, sondern, wie in Kapitel 2 beschrieben, in einer starken Einengung und Isolation entsteht, in der ein Mensch unter imense Druck und Überforderung versucht, irgendwie zurecht zu kommen. Anstelle von Nüchternheit steht hier große Angst, Scham und Verzweiflung. Ein Mensch einem solchen Zustand verdient rasche Hilfe und keine De-

²³ Vgl. Sonneck 2000, S. 179 f.

batte über die Freiheit zu Sterben. Denn akut suizidale Menschen sind oft nicht frei, sondern befinden sich in größter innerer Not.

5 Suizidalität in der Körpertherapie

Ich habe Körpertherapie und auch die Atemheilarbeit zunächst als ein sehr aufdeckendes Verfahren kennengelernt, also etwas für Menschen, die psychisch stabil sind. Suizidale Klienten sind, je nach Akutheit der Suizidalität, zunehmend nicht stabil. Es ist gefährlich, solche Klienten durch das sehr tiefe Erleben, das zum Beispiel eine forcierte Tiefenatmung ermöglicht, zu überfordern, da diese bereits emotional am Rand ihrer Kapazität sind und solche Erfahrungen wahrscheinlich nicht bewältigen können.

Doch Körpertherapie bietet ja ein sehr breites Spektrum an Therapieansätzen. Sie kann einerseits genutzt werden, um tiefe seelische Themen aufzudecken und erlebbar zu machen, aber andererseits auch beruhigend und stabilisierend wirken. Für suizidale Menschen ist eher Zweiteres angebracht. Es ist notwendig, sehr achtsam zu prüfen, was der Klient im Moment aushalten kann.

Berührung

Generell bietet die Körpertherapie einen Vorzug, der in anderen Therapieformen zu kurz kommt bzw. garnicht vorhanden ist: Die Besonderheit des Kontakts. Das therapeutische Setting schließt auch Berührung mit ein, anstatt diese auf das Händeschütteln zu begrenzen. Suizidale Menschen sind in ihrer Not oft sehr einsam. Sie scheuen sich davor, ihre düsteren Gedanken an den eigenen Tod mitzuteilen und ziehen sich zurück. Und haben sie sich doch mitgeteilt passiert es ihnen, dass plötzlich keiner mehr mit ihnen normal umgehen kann, da das Umfeld oft mit massiver Verunsicherung reagiert. So bleiben sie isoliert, obwohl vertrauensvoller Kontakt für sie dringend notwendig ist. Achtsame Berührung oder sich an jemanden anlehnen zu dürfen vermittelt das Gefühl, nicht alleine zu sein nochmal ganz anders, als wenn es nur ausgesprochen wird. Der Therapeut muss allerdings darauf achten, dass er angesichts der oft großen Not des Klienten nicht überbehütend wird und noch die nötige Distanz wahrt, um nicht selber von der Verzweiflung des Klienten angesteckt zu werden. Auch muss der Kontakt natürlich sowohl für Therapeut als auch Klient stimmig sein. Und wenn das Thema Körperkontakt mit Problemen und Ängsten behaftet ist, ist bei suizidalen Klienten Zurückhaltung geboten, um nicht noch ein Fass aufzumachen.

Körpergefühl wiederherstellen

Viele Menschen in akuten Krisen sind mit ihrer Wahrnehmung fast nur bei ihren jagenden Gedanken und Befürchtungen. Sie stecken praktisch im Kopf fest, der sich anfühlt, als würde er gleich explodieren. Der restliche Körper ist wie abgeschnitten. Das Kopfkino für eine Weile verlassen zu können wirkt sich entlastend auf die Klienten aus. Es geht also darum, das Körpergefühl wieder zu verbessern. Eine Möglichkeit hierzu ist, den Klienten anzuweisen, Stück für Stück den eigenen Körper wahrzunehmen, vor allem den Boden unter den Füßen und dies ggf. durch Berührung (durch den Therapeut oder den Klienten selbst) zu unterstützen. Auch das einfache Wahrnehmen des Atems, ohne ihn irgendwie zu verändern, verbessert das Körpergefühl. Dies kann im Liegen geschehen, doch Klienten, die sehr unter Spannung stehen oder keine Erfahrung mit Körperwahrnehmung haben, fällt es meist leichter, sich im Sitzen darauf einzulassen. Der Klient entscheidet, ob er die Augen schließen oder lieber offenlassen will. Bei Menschen, die sehr aufgewühlt sind, empfiehlt es sich, die Augen offen zu lassen, da das die Gefahr verringert, von inneren Bildern überrannt zu werden.

Eine weitere Möglichkeit, den Körper wieder mehr fühlbar zu machen, ist, den Klienten zu fragen, wie er bestimmte Teile des Körpers gerade spürt, zum Beispiel bei sehr angespannter Körperhaltung zu fragen, wie sich denn die hochgezogenen Schultern anfühlen. Auch auf die Körpersprache einzugehen und den Klienten behutsam darauf aufmerksam zu machen, wie er gerade vor einem sitzt, beispielsweise mit den Armen eng um den Leib geschlungen oder sehr beherrscht mit zusammen gebissenen Zähnen, hilft, den Kopf für einen Moment zu verlassen und den Rest des Körpers anzusprechen. Auch Gefühlsinhalte können auf die körperliche Ebene geholt werden, zum Beispiel durch die Frage, wo im Körper der Klient die Angst, Verzweiflung oder Taubheit besonders spürt. Vertiefungen sind nur dann sinnvoll, wenn der Klient im Augenblick in der Verfassung ist, das auszuhalten. Ansonsten geht es erstmal nur darum, wahrzunehmen, was gerade ist und ggf. den Klienten anzuleiten, sich ein wenig Selbstfürsorge zu gönnen, indem er beispielsweise die Hände sanft auf die Stelle legt, wo die Verzweiflung o.ä. sitzt oder sich bewusst seine zusammengekrümmte Haltung erlaubt mit dem Satz: Ja, so geht es mir gerade.

Entlastungsmöglichkeiten

Entlastung ist ein wesentliches Element in der Krisenintervention, um einer weiteren Zuspitzung entgegen zu wirken. Neben der Entlastung im Außen ist es auch notwendig, dass der Klient bei sich wieder Ruhe finden kann. Möglichkeiten hierzu gibt es Verschiedene.

Klienten, die wenig Zugang zu ihrem inneren Erleben oder ihrem Körpergefühl haben können sich eher auf eine Methode wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson einlassen. Hier werden nacheinander verschiedene Körperregionen für einige Sekunden stark angespannt und dann wieder entspannt. Der Klient wird aufgefordert, dem Gefühl der Entspannung nachzugehen und durch den Kontrast zwischen Anspannung und Entspannung wird das eigene Empfinden für Entspannung gestärkt. Es ist eine Methode, die leicht erlernbar und unkompliziert auch für den Klient alleine durchführbar ist. Auch eignet sie sich, um sehr aufgewühlte Klienten überhaupt in die Lage zu versetzen, ein Gespräch zu führen.

Eine weitere Möglichkeit ist autogenes Training. Durch einfache kurze Sätze wird suggestiv eine Entspannung des Körpers hervorgerufen. Typische Suggestionen für Anfänger sind Wärme und Schwere der einzelnen Körperteile sowie ein gleichmäßig ruhiger Atem. Durch diese Suggestion stellt sich nach und nach tatsächlich eine tiefe Entspannung im Körper ein, welche sich dann wiederum auf die Psyche beruhigend auswirkt.

Für Klienten, die einen guten Zugang zu innerem Erleben haben und soweit stabil sind, dass sie nicht von Bildern überrannt werden, ist das Schaffen eines ruhigen und sicheren inneren Ortes ein guter Weg, Entlastung zu finden. Dabei wird der Klient zunächst in einen Zustand körperlicher Entspannung gebracht und dann angeleitet, sich einen Ort vorzustellen, an dem er sich sicher und geborgen fühlt. Dieser Ort wird mit allen Sinnen wahrgenommen, einschließlich des positiven Gefühls, das er vermittelt. Danach wird dieses positive Gefühl nochmal im Körper verankert, indem der Klient schildert, wo im Körper dieses Gefühl genau spürbar ist, wie es sich dort anfühlt, ob es eine Farbe, einen Ton, oder ein Bild gibt, das diese Gefühl begleitet. Je besser die Verankerung ist, desto leichter fällt es dem Klienten, in belastenden Momenten zum sicheren Ort und zu diesem positiven Gefühl zurück zu kehren und sich so Entlastung zu verschaffen.

Wenn es für Klient und Therapeut stimmig erscheint, können auch verschiedene Formen des Haltens durchgeführt werden. Menschen in Lebenskrisen fühlen sich oft erdrückt von einer großen Last, die Ihnen zuviel wird. Wenn sie einen Körperteil benennen können, in welchem sie diese Last besonders stark spüren, kann dieser vom Therapeut für einige Zeit gehalten werden. Oft ist es der Kopf oder die Schultern, aber es können auch andere Teile wie ein Arm oder Oberkörper ... sein. Ziel der Übung ist es, dass der Klient das Gewicht für eine Weile an den Therapeuten abgibt und dadurch Entlastung auch körperlich erfährt.

Hier noch ein kleines Beispiel aus der Praxis

Ich hatte eine Klientin, die immer wieder während körpertherapeutischer Übungen innerlich weggegangen ist. Sie war nicht wirklich suizidal, sondern es gab einfach eine starke Tendenz, sich zurückzuziehen, zu verschwinden und hin und wieder den Gedanken, dass es auch ok wäre, wenn man einfach tot wäre, ohne, dass dies irgendeine Suizidabsicht einschloss. Sie sah bei diesen Gelegenheiten auch fast wie tot aus, grau im Gesicht und mit kaum sichtbarem Atem. Das waren Momente, in denen ich mich zunächst erschreckt und reflexartig alles Mögliche getan habe, um sie wieder ins Hier und Jetzt zurück zu holen. Angeregt durch eine Supervision änderte ich meine Perspektive und auch mein Handeln. Mir wurde klar, dass mir da etwas Angst macht, obwohl für den Klient vielleicht alles ok ist. Beim nächsten Mal ließ ich diesen totenähnlichen Zustand zu, sprach eine Erlaubnis aus, dass es ok sei, soweit wegzugehen, wie man will und dass sie nicht wegen mir hierbleiben müsse. Das Ergebnis war verblüffend. Nach langer Zeit beschrieb sie, dass sie sich an einer Art Wegkreuzung befindet und dort wählen kann zwischen Schwere und Leichtigkeit.

Auch ich selbst habe positive Erfahrungen mit dieser Erlaubnis, wegzugehen und einfach nicht mehr dasein zu wollen. Ich habe in diesen Momenten erlebt, wie dadurch, dass man endlich den Zwang zum Hiersein aufgeben darf, auch plötzlich der Lebenswille wieder stärker zurückkommt. Auch wenn ich nicht suizidal war decken sich diese Erfahrungen von der Dynamik her mit dem, was bereits unter 4.2 beschrieben wurde. Einen Todeswunsch fühlen und aussprechen zu dürfen macht auch den Wunsch nach dem Leben wieder spürbar. Die Erlaubnis, gehen zu dürfen, wenn man will, kann wie eine Reset-Taste wirken.

Abschließend

Wesentlich erscheint mir in Bezug auf Körpertherapie und Suizidalität wie schon mehrfach angeklungen die sorgfältige Einschätzung der Stabilität des Klienten. Stabilisierung steht an erster Stelle. Ist diese (wieder) gegeben oder dreht es sich „nur“ um gelegentliche Gedanken, die keine konkrete Absicht beinhalten, dann kann auch in die tiefere Bearbeitung von seelischen Problemen eingestiegen werden. Hierzu bietet die Körpertherapie und im Besonderen die Atemheilarbeit eine Vielzahl an Möglichkeiten, die hier aber nicht mehr weiter erläutert werden sollen. Der Therapeut muss sich auch klar darüber sein, dass Suizidalität auch vorübergehen kann und der Klient nicht für den Rest seines Lebens ein rohes Ei bleibt. Man muss ihm wieder die Kompetenz zugestehen, selbst einzuschätzen, was er aushalten kann und was nicht, anstatt ihn ewig mit Samthandschuhen anzufassen.

6 Und ganz zum Schluss

Würde ein Klient mir ankündigen, dass er jetzt meine Praxis verlässt und sich vor der Tür vor den Bus wirft, dann würde ich ihm immernoch folgen, wenn er sich nicht von seinem Plan abbringen lässt. Auch eine akzeptierende Haltung gegenüber Suizidalität hat ihre Grenzen. Aber ich verfall nicht mehr in helle Aufregung, wenn mir jemand mitteilt, dass er Suizidgedanken hat. Ich habe eine ruhige innere Haltung zu diesem Thema gefunden und die vielen Erfahrungen mit suizidalen Menschen im Rahmen meiner Beratungstätigkeit beim Arbeitskreis Leben geben dieser Haltung Recht. Ein akzeptierender Umgang mit Suizidalität ist sicherlich auch kein Allheilmittel, das jeden Suizid verhindern kann. Aber er ist richtig. Und das nicht nur, weil sich diese Akzeptanz direkt aus der Psychodynamik von Suizidalität ableiten lässt, sondern weil sie sich im Kontakt richtig und stimmig anfühlt und genau das ermöglicht, was suizidale Menschen dringend brauchen: Beziehung!

Erforderlich ist unbestritten eine besondere Sorgfalt von Seiten des Therapeuten, was die Belastbarkeit des Klienten und auch die eigene angeht, sowie bei akuter Gefahr die Miteinbeziehung anderer Disziplinen wie zum Beispiel eines niedergelassenen Psychiaters oder einer Fachberatungsstelle. Doch was Suizidale aller Gefährdungsgrade nicht brauchen sind Helfende, die sie behandeln wie Aliens. Dazu gehört auch, den Körper in der Therapie nicht völlig auszuschließen und sich nur auf das vermeintlich sichere Gespräch zu konzentrieren. Denn der Körper gehört nun mal zu jedem Menschen und bietet viele Möglichkeiten, auch in einer akuten Krise stabilisierend und unterstützen zu wirken.

7 Literaturverzeichnis

Giernalczyk, T.: Lebensmüde – Hilfe bei Selbstmordgefährdung. Kösel-Verlag GmbH&Co München 1995.

Ringel, E.: Das Leben wegwerfen? Reflexionen über den Selbstmord. Wien 1999.

Sonneck, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2000.

Zeitschriften:

Etzersdorfer, E., Becker-Pfaff, J.: Psychodynamik der Suizidalität. Was fangen wir damit in der Praxis an? In: Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis. Jg. 30 (2003) Heft 4; Hg. Wedeler H., Wolfersdorf, M. u. a., S. 93 - 102.

Marks, S.: „Das Ziel der Scham ist das Verschwinden, am radikalsten durch den Suizid“ (Leon Wurmser). Traumatische Scham – gesunde Scham. In: Zeitschrift Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis. Jg.34 (2007) Heft 2; Hg. Wedeler H., Wolfersdorf, M. u. a. S. 85 - 89.

Thiersch, H.: Scham – eine Skizze. In: Zeitschrift Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis. Jg.34 (2007) Heft 2; Hg. Wedeler H., Wolfersdorf, M. u. a. S. 51 - 57.