

Der Patientensuizid

– Psychotherapeutische Haltungen und Psychohygiene –

Dr. Wolfram Dormann

Vortrag auf dem 8. Bayerischen Landespsychotherapeutentag

Psychotherapie in Grenzsituationen

19. Oktober 2019

München

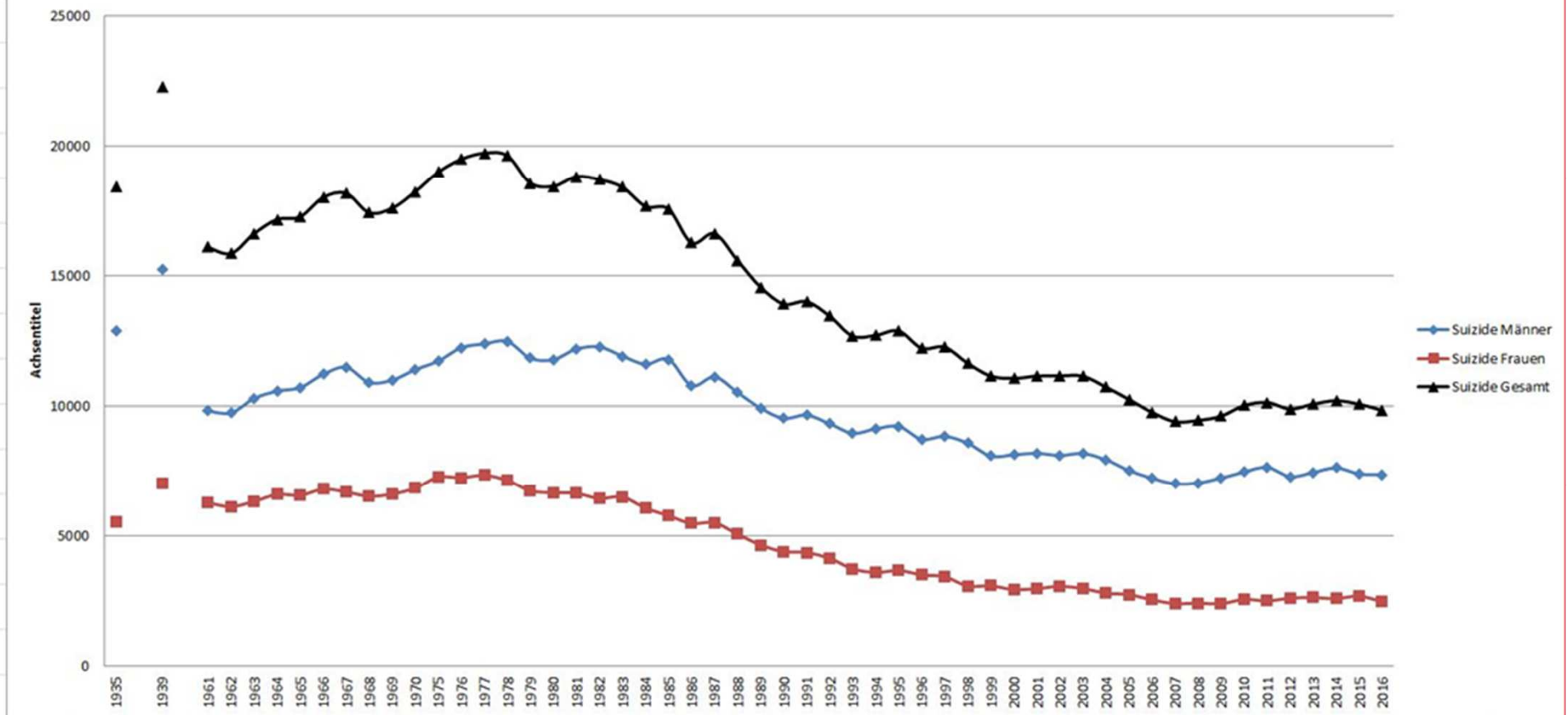


www.ivs-nuernberg.de

Wie hoch liegt derzeit die Zahl der Suizide in Deutschland pro Jahr? (Destatis: für 2017)

- a) 405 Tote durch Gewalt
- b) 1.272 Drogentote
- c) 3.180 Verkehrstote
- d) **9.241 Selbsttötungen**
- e) 74.000 Tod durch Alkoholmissbrauch
(Schätzungen; ohne Verkehrstote)

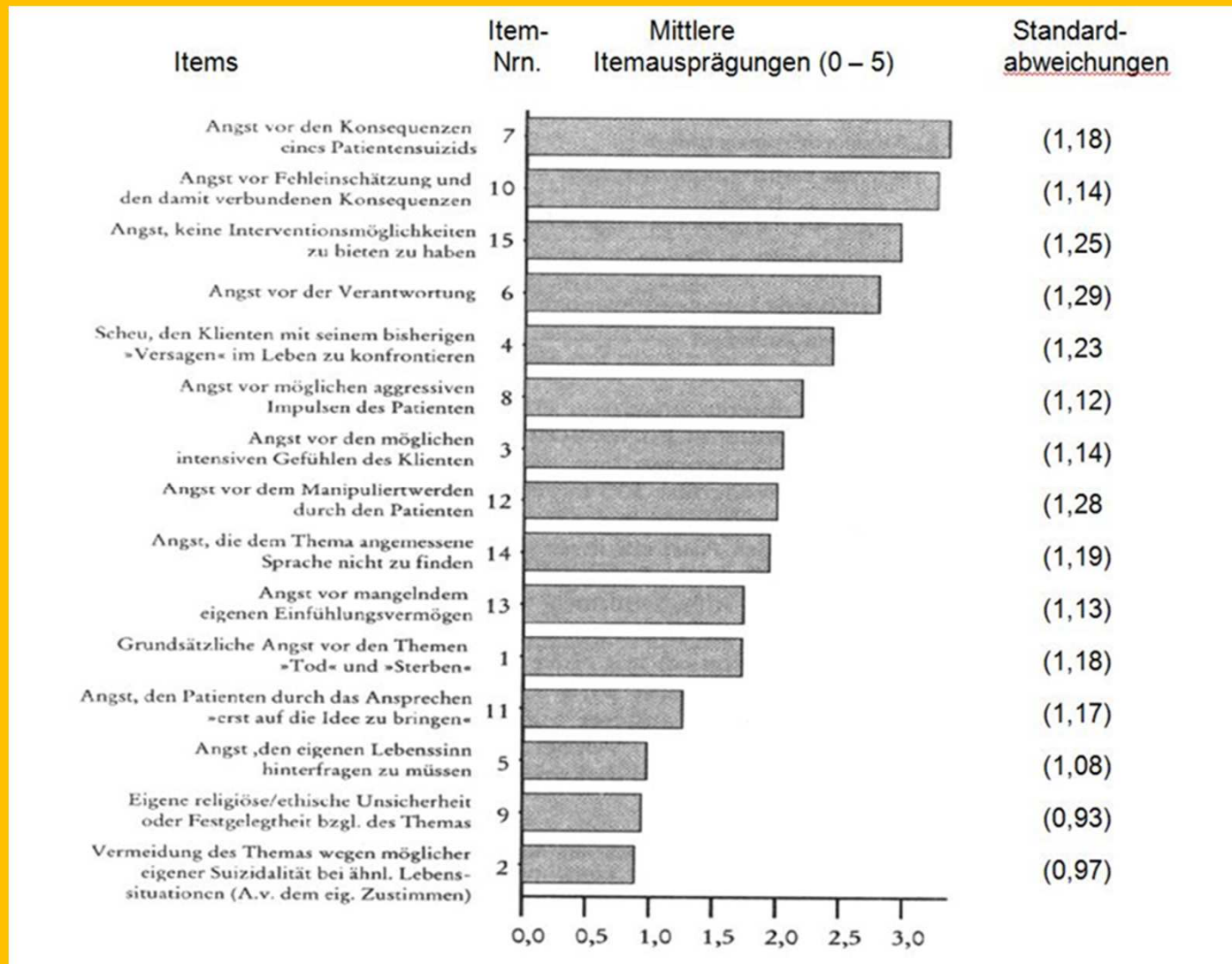
Suizide in Deutschland - Verlauf von 1961 bis 2016



Wie sind die Erfahrungen mit Patientensuiziden hier im Auditorium?

- a) Patientensuizid erlebt**
- b) Suizid eines eigenen Patienten während einer laufenden Behandlung**
- c) Schon öfter als einmal erlebt**
- d) Schon mal jemand gerichtliche Auseinandersetzungen wegen eines Patientensuizids**

Rangreihe der Ängste von PsychotherapeutInnen (N=289), die sie im Kontakt mit suizidalen PatientInnen empfinden (aus Dorrman 1996, S. 156).



Wie hoch ist der Anteil von Psychotherapeuten, die in ihrem Berufsleben mindestens einen Suizid erleben?

51% - 82% der Psychiater (Chemtob et al. 1988, Campbell & Fahy 20012)

Anfänger waren häufiger mit Patienten in suizidalen Krisen konfrontiert als die schon erfahreneren Kollegen

(Ruskin et al. 2004)

Wie hoch ist der Anteil von Psychotherapeuten, die in ihrem Berufsleben mindestens einen Suizid erleben?

51% - 82% der Psychiater (Chemtob et al. 1988, Campbell & Fahy 20012)

22% - 39% der Psychologen (Henry et al. 2003)

33% der Sozialpädagogen /-arbeiter (Jacobson et al. 2004)

55% der Pflegekräfte (Takashahi et al. 2011)

Nicht zu vergessen die vielen **Zeugen suizidaler Handlungen**,

- **Lokführer**
- **Notärzte und Rettungskräfte**
- **Polizisten und Feuerwehrleute**

Reaktionen von Psychotherapeuten auf Patientensuizide (I)

(Wurst et al. 2010; Farberow 2005; DeAngelis 2001; Chemtob et al. 1988)

Gefühle:

- Schock, Hilflosigkeitsgefühle, Versagensgefühle
- Trauer, Schuld
- Ärger, Wut
- Scham, Angst und Furcht
- Angst vor rechtlichen Konsequenzen
- Angst als professionell inkompetent zu erscheinen

Reaktionen von Psychotherapeuten auf Patientensuizide (I)

(Wurst et al. 2010; Farberow 2005; DeAngelis 2001; Hendin 2000)

Verhalten:

- Grübeln
- Schlaflosigkeit
- Vermeidung des Themas Suizid
- sozialer Rückzug
- Abbrechen von Beziehungen
- Suchtmittelmissbrauch
- Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen

Reaktionen von Psychotherapeuten auf Patientensuizide (I)

(Wurst et al. 2010; Farberow 2005; DeAngelis 2001; Hendin 2000)

Verhalten:

- Grübeln
- Schlaflosigkeit
- Vermeidung des Themas Suizid
- sozialer Rückzug
- Abbrechen von Beziehungen
- Suchtmittelmissbrauch
- Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen

Symptome:

- Intrusionen - Flashbacks – Albträume - Selbstwertprobleme

Reaktionen von Psychotherapeuten auf Patientensuizide (I)

(Wurst et al. 2010; Farberow 2005; DeAngelis 2001; Hendin 2000)

Verhalten:

- Grübeln
- Schlaflosigkeit
- Vermeidung des Themas Suizid
- sozialer Rückzug
- Abbrechen von Beziehungen
- Suchtmittelmissbrauch
- Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen

Symptome:

- Intrusionen - Flashbacks – Albträume - Selbstwertprobleme
- **Libidoverlust, sexuelle Erregungs- bzw. Erektionsstörungen**

Wie hoch ist die Zahl der Psychotherapeuten, die den Suizid als traumatisierend erlebt hat?

- **7-14%** zeigten PTSD-Symptome (Pieters et al. 2003, Takahashi et al. 2011)
- **57 %** der Psychiater berichteten PTSD-Symptome, die klinischen Gruppen vergleichbar waren (Chemtob et al. 1988)
- **Keine** langfristigen traumatischen Effekte bei Patientensuiziden während der Ausbildung von Psychologen (Kleespies P.M., Smith M.R. & B.R. Becker 1990)

Unterschiede in der subjektiven Belastung

- **Gefühle von Schuld und Trauer waren umso intensiver je besser die Qualität des Kontakts, die emotionale Nähe zum Patienten erlebt wurde**
(Hendin et al. 2004, Castelli et al 2013).
- **Anfänger waren stärker und auch länger belastet**
(Hendin et al. 2000, Wurst et al. 2010)
- **Weibliche Therapeuten beschrieben sich als stärker emotional belastet als männliche** (Hendin et al. 2004)
- **Keine Unterschiede zw. angestellten und Psychotherapeuten in Privatpraxen**
(Wurst et al. 2010; Ruskin et al. 2004)

Hilfreiche und verstörende Faktoren nach einem Patientensuizid

- + **Austausch mit den aktuellen Kollegen über ähnliche Erlebnisse**
(Hendin et al. 2000)
- + **Kontaktaufnahme mit dem früheren (Lehr-)therapeuten**
(Hendin et al. 2000)
- + **Kontaktaufnahme mit den Angehörigen** (Neimeier et al. 2001)

- +/- **Debriefings/ Psychologische Autopsien / Suizidkonferenzen / Fehleranalysen**
(Alexander et al. 2000, Kleespies P.M., Smith M.R. & B.R. Becker 1990)

- **Ein Aufschieben der Bewältigung der Trauer ist ungünstiger**
(Cleiren et al. 1994; Wurst et al. 2010).

Praktische Hinweise nach einem Patientensuizid (I)

- **Vermeide Aussagen über deine
Verantwortlichkeit für den Suizid!**

Unbedachte Aussagen werden oft ausgelöst aufgrund des aktuellen psychischen Ausnahmezustands

- durch eigene oft unreflektierte Schuldgefühle,
- um aus Mitleid die Schuldgefühle der Angehörigen zu reduzieren,
- wegen nachträglicher, übermäßig selbstkritischer Einschätzung des eigenen Verhaltens.

Praktische Hinweise nach einem Patientensuizid (II)

- Nimm umgehend mit den nahen Angehörigen oder Mitpatienten Kontakt auf (wegen deren in der Folge oft erhöhtem Suizidrisiko).
- Wenn du erfährst, dass Angehörige oder andere rechtliche Schritte einleiten wollen, wende dich umgehend an deine Berufshaftpflichtversicherung.
- Schütze den Privatbereich des verstorbenen Patienten. Verlange schriftliche Nachweise welche die Berechtigung der staatlichen Stellen belegen.

Praktische Hinweise nach einem Patientensuizid (III)

- Gehe das Sitzungsprotokoll der letzten Sitzung durch und höre dir ggf. die Audio-(Video-)aufzeichnung an. Mach dies am besten mit einer/m vertrauten Kollegen*in.
- Bemühe dich umgehend um Supervision, eine Suizidkonferenz
- Informelle Gespräche mit Freunden und befreundeten Kollegen können erste Entlastung bringen.
- Gehe zur Beerdigung oder Trauerfeier

Hinweise für ein Gespräch mit Angehörigen nach Suizid

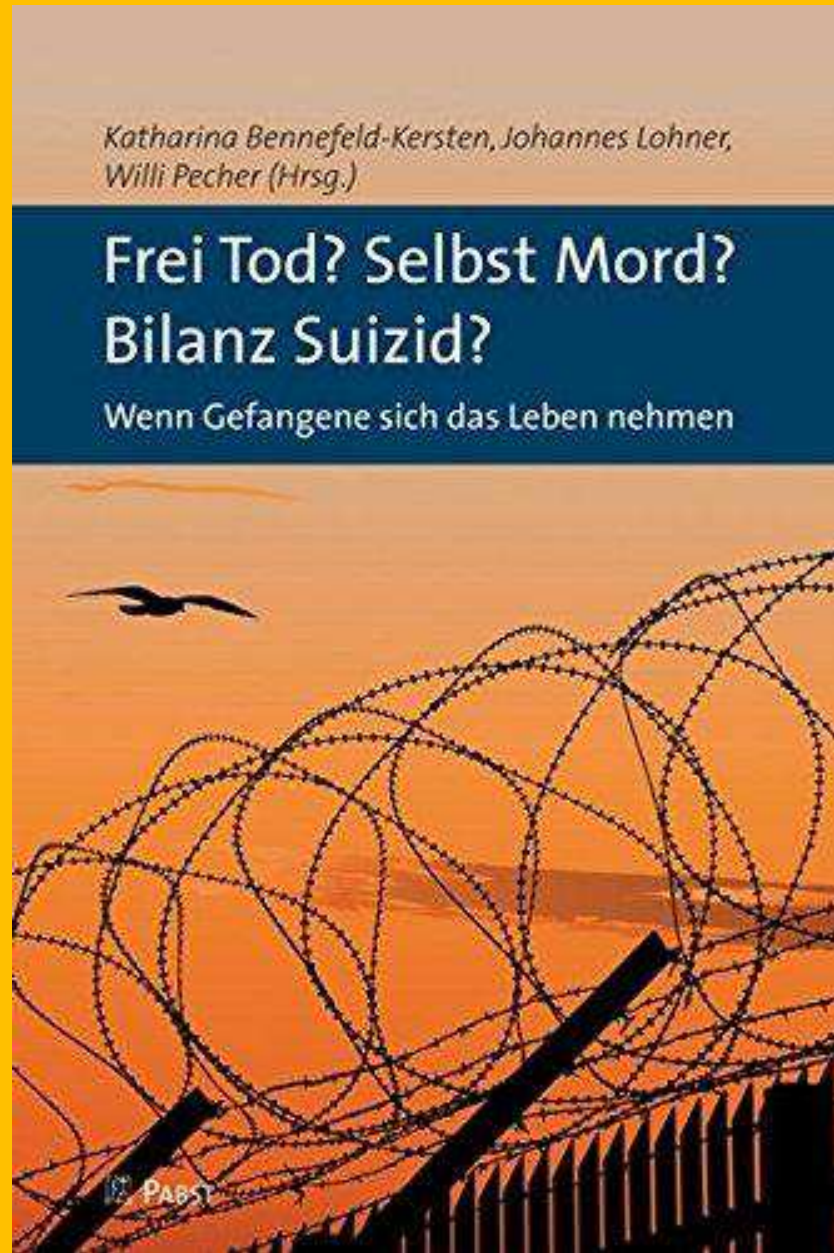
- Im Rahmen einer Institution sollte eine Führungsperson am Gespräch teilnehmen um den Angehörigen deutlich zu machen, wie bedeutsam und außergewöhnlich die Situation ist.



Illes F, Jendreyschak J, Armgart C, Juckel G (2014).

Suizide im beruflichen Kontext.
Bewältigungsstrategien für
Mitarbeiter im Gesundheitswesen
und Rettungsdienst.

Stuttgart: Schattauer



www.ivs-nuernberg.de

Benefeld-Kersten K, Lohner J,
Pecher W. (Hrsg.) (2015)

Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid?

Wenn Gefangene sich das Leben
nehmen; Einschätzung und
Prävention.

Lengerich: Pabst Science
Publishers

Dr. W. Dormann (Nürnberg/Fürth)

Hinweise für ein Gespräch mit Angehörigen nach Suizid

- Im Rahmen einer Institution sollte eine Führungsperson am Gespräch teilnehmen um den Angehörigen deutlich zu machen, wie bedeutsam und außergewöhnlich die Situation ist.
- Zeige deine Wertschätzung und deine Hilfsbereitschaft.
- Höre zu und reagiere vor allem auf die emotionalen Bedürfnisse der Trauernden.
- Richte die Aufmerksamkeit auf das traurige Geschehen, weniger auf die Details der Behandlung.
- Informiere die A. mehr allgemein über Selbsttötung und spreche weniger über die persönlichen Belange des Patienten.
- Erkläre die gesetzlich festgelegte Schweigepflicht.
- Zeige, dass du nichts zu verbergen hast.

Hinweise für ein Gespräch mit Angehörigen nach Suizid

- Gib Hinweise auf mögliche Beratung, Selbsthilfegruppen und Therapie.
- Händige eine Liste mit möglichen Adressen aus.
- Vermeide eine psychotherapeutische Arbeit mit Mitgliedern der Familie!

Ratschläge für trauernde Psychotherapeuten:

- „Bleiben Sie mit Ihren Gefühlen nicht allein. Teilen Sie sie mit, begeben Sie sich unter Menschen, und lassen Sie sich helfen.
- Tun Sie in Ihrer Freizeit möglichst Dinge, die nichts mit Ihrer Arbeit zu tun haben.
- Treiben Sie mehrmals pro Woche Sport.
- Essen Sie Nahrungsmittel, die Ihnen guttun, in vernünftigen Mengen.
- Schlafen Sie genügend.
- Versuchen Sie, sich abzulenken und zu entspannen.
- Legen Sie Pausen ein, nehmen Sie sich Auszeiten, machen Sie regelmäßig Urlaub.
- Verschaffen Sie sich Ruhe, indem Sie zum Beispiel Ihre Erreichbarkeit (per E-Mail, Handy, Internet) einschränken.
- Entlasten Sie sich, indem Sie Arbeit delegieren oder abgeben.
- Machen Sie sich realistische Vorstellungen von Ihren Ressourcen und Möglichkeiten.
- Akzeptieren Sie Ihre Grenzen.
- Vernachlässigen Sie den Glauben und die Spiritualität nicht.
- Beginnen Sie eine Psychotherapie, wenn Sie denken, dass es Ihnen helfen könnte.
- Verlieren Sie niemals die Hoffnung.“

(nach Kristin Webb 2011, vgl. Sonnenmoser M, 2011)

Anregungen für den Supervisionsprozess mit Kolleg*innen, die einen Patientensuizid reflektieren möchten:

Präsentierte Probleme:

- Schuldgefühle, den Suizid nicht verhindert zu haben
- Gedanken den Beruf aufzugeben
- Angst vor der Behandlung suizidaler Patient*innen
- Übervorsichtigkeit und Überreaktionen schon bei Suizidideen

Anregungen für den Supervisionsprozess mit Kolleg*innen, die einen Patientensuizid reflektieren möchten:

Mögliche Ziele der Supervision:

- Irrationale Schuldgefühle reduzieren und berechtigte Schuldgefühle aufarbeiten.
- Perspektiven aufbauen: Es gibt ein Weiterarbeiten nach diesem Ereignis
- Förderung von spezifischen Kompetenzen der Krisenintervention
- Bearbeitung der Risikobeurteilung von aktuell suizidalen Patienten in der Fallsupervision

Anregungen für den Supervisionsprozess mit Kolleg*innen, die einen Patientensuizid reflektieren möchten.

Warum bin ich
Psychotherapeut/in geworden?

**Die gängigsten Vorurteile
gegenüber Psychotherapeuten**

(1) Neugier auf Menschen und ihre Lebensgeschichten	☛ „Das sind doch alles nur Voyeure!“
(2) Anderen helfen wollen	☛ „... aber sich selbst können sie nicht helfen!“
(3) Sich selbst weiterentwickeln wollen	☛ „... alles selbsternannte Gurus!“
(4) Eigene psychische Probleme lösen wollen	☛ „Die haben doch selbst alle eine Meise!“
(5) Andere beeinflussen wollen	☛ „Vor denen muss man sich in Acht nehmen!“
(6) Weil ich es/nur das kann	☛ „Die leiden an Selbstüberschätzung!“

Motive von Psychotherapeuten für ihre Berufswahl in den verschiedenen Ausprägungen (nach Dormann, 1998, S. 37)

Dysfunktionale Motive und deren Risiken	Hilfreiche Motive (die gängigsten)	Professionelle Qualitäten und deren Spezifizierung
(1) Voyeurismus →	Neugier → auf Menschen	therapeutisch relevantes Interesse
(2) Helfersyndrom →	Helfen wollen →	Ethische Grundlagen
(3) Die Vorstellung und das Ziel einer "durchanalysierten" Persönlichkeit →	Bedürfnis nach Selbsterfahrung →	persönliche Weiterentwicklung durch lebenslanges Lernen
(4) Eigene psychische Probleme →	sich selbst helfen → (Eigentherapie)	Spezialist für bestimmte Störungen
(5) Machtbedürfnisse →	soziale Beeinflussung lernen →	Beeinflussung zum Wohle des Patienten
(6) Naturbegabung →	Selbsterfahrung →	Defizite und Ressourcen erkennen und nutzen bzw. bearbeiten

Motive von Psychotherapeuten für ihre Berufswahl in den verschiedenen Ausprägungen (nach Dormann, 1998, S. 37)

Dysfunktionale Motive und deren Risiken	Hilfreiche Motive (die gängigsten)	Professionelle Qualitäten und deren Spezifizierung
(1) Voyeurismus →	Neugier → auf Menschen	therapeutisch relevantes Interesse
(2) Helfersyndrom →	Helfen wollen →	Ethische Grundlagen
(3) Die Vorstellung und das Ziel einer "durchanalysierten" Persönlichkeit →	Bedürfnis nach Selbsterfahrung →	persönliche Weiterentwicklung durch lebenslanges Lernen
(4) Eigene psychische Probleme →	sich selbst helfen → (Eigentherapie)	Spezialist für bestimmte Störungen
(5) Machtbedürfnisse →	soziale Beeinflussung lernen →	Beeinflussung zum Wohle des Patienten
(6) Naturbegabung →	Selbsterfahrung →	Defizite und Ressourcen erkennen und nutzen bzw. bearbeiten

Motive von Psychotherapeuten für ihre Berufswahl in den verschiedenen Ausprägungen (nach Dormann, 1998, S. 37)

Dysfunktionale Motive und deren Risiken	Hilfreiche Motive (die gängigsten)	Professionelle Qualitäten und deren Spezifizierung
(1) Voyeurismus →	Neugier → auf Menschen	therapeutisch relevantes Interesse
(2) Helfersyndrom →	Helfen wollen →	Ethische Grundlagen
(3) Die Vorstellung und das Ziel einer "durchanalysierten" Persönlichkeit →	Bedürfnis nach Selbsterfahrung →	persönliche Weiterentwicklung durch lebenslanges Lernen
(4) Eigene psychische Probleme →	sich selbst helfen → (Eigentherapie)	Spezialist für bestimmte Störungen
(5) Machtbedürfnisse →	soziale Beeinflussung lernen →	Beeinflussung zum Wohle des Patienten
(6) Naturbegabung →	Selbsterfahrung →	Defizite und Ressourcen erkennen und nutzen bzw. bearbeiten

Motive von Psychotherapeuten für ihre Berufswahl in den verschiedenen Ausprägungen (nach Dormann, 1998, S. 37)

Dysfunktionale Motive und deren Risiken	Hilfreiche Motive (die gängigsten)	Professionelle Qualitäten und deren Spezifizierung
(1) Voyeurismus →	Neugier → auf Menschen	therapeutisch relevantes Interesse
(2) Helfersyndrom →	Helfen wollen →	Ethische Grundlagen
(3) Die Vorstellung und das Ziel einer "durchanalysierten" Persönlichkeit →	Bedürfnis nach Selbsterfahrung →	persönliche Weiterentwicklung durch lebenslanges Lernen
(4) Eigene psychische Probleme →	sich selbst helfen → (Eigentherapie)	Spezialist für bestimmte Störungen
(5) Machtbedürfnisse →	soziale Beeinflussung lernen →	Beeinflussung zum Wohle des Patienten
(6) Naturbegabung →	Selbsterfahrung →	Defizite und Ressourcen erkennen und nutzen bzw. bearbeiten

Entlastende Grundhaltungen nach einem Patientensuizid

1. Der Tod ein Mysterium und es ist schon schwer, allein befriedigende Antworten auf die Fragen nach den Gründen für einen natürlichen oder auch gewaltsamen Tod zu finden.
2. Befriedigende Antworten auf die Fragen nach einem Suizid zu finden, ist so gut wie unmöglich. Ein letztes Geheimnis wird immer bleiben.
3. Ich kann letztlich niemanden davon abhalten, sich das Leben zu nehmen.
4. Wenn der Patient mich mit seinen schauspielerischen Fähigkeiten beschwichtigen und beruhigen konnte, wollte er vielleicht nur fair sein und mir keine Probleme mit seiner Entscheidung machen.

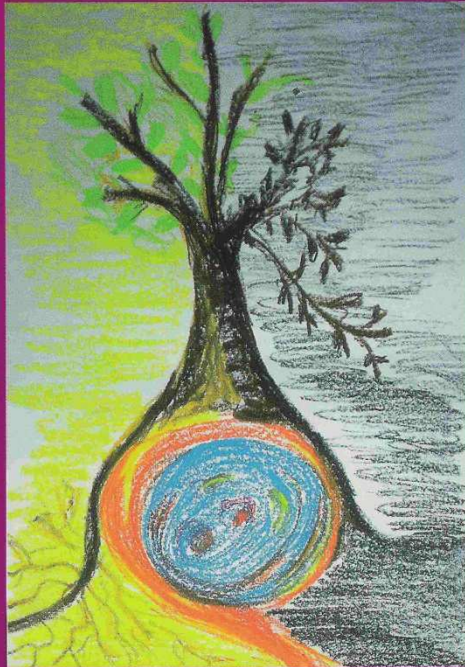
Entlastende Grundhaltungen nach einem Patientensuizid

5. Wer mich nicht an seiner Tat Anteil nehmen lässt und mich nicht in sein Vorhaben einweiht, will seine Entscheidung autonom und selbstbestimmt treffen.
6. Wenn ich in Diagnostik und bei den Interventionen nach meinem besten Wissen und Möglichkeiten gehandelt habe, werde ich mir nochmals klar machen, dass ich letztlich niemanden von einer Selbsttötung abhalten kann.
7. Ich bin nichts schuldig, außer für die Zukunft und für andere Patienten zu lernen.
8. Es gibt keine ausweglose Situationen, es gibt immer eine Lösung, meistens sogar drei!

Wolfram Dormann

Suizid

Therapeutische Interventionen
bei Selbsttötungsabsichten



Leben Lernen
Klett-Cotta

www.ivs-nuernberg.de

Dormann W.
(2018, 9. korr. Aufl.).

Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten.

Stuttgart: Klett-Cotta

Dr. W. Dormann (Nürnberg/Fürth)

Psychotherapie suizidaler Patienten

Tobias Teismann
Christoph Koban
Franciska Illes
Angela Oermann

Therapeutischer Umgang mit
Suizidgedanken, Suizidversuchen
und Suiziden

Therapeutische Praxis

 hogrefe

Teismann T., Koban C.,
Illes F. & A. Oermann (2017).

Psychotherapie suizidaler Patienten

Göttingen: Hogrefe

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

QUELLENHINWEISE:

- Alexander, D.A., Klein, S., Gray, N.M., Dewar, I.G. & Eagles, J.M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574
- Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Bauer, G., Kinney, B. & Torigoe, R.Y. (1988a). Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychotherapy*, 145, 224-228.
- Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Bauer, G., Torigoe, R.Y. & Kinney, B. (1988b). Patients' suicides: frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology*, 19, 416-420.
- Dorrman, W. (2018, 9. korr. Aufl.). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart: Klett-Cotta
- Dorrman, W. (2008). Menschen in suizidalen Krisen. In: M. Hermer & B. Röhrle, *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 2 – Spezieller Teil. Tübingen: dgvt-Verlag S. 1449-1476
- Finzen A: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn, Psychiatrie-Verlag mit Thieme-Verlag, 1997.
- Grad, O.T. (2009). Therapists as Survivors of Suicide Loss. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 609-613). Oxford UK: Oxford University Press.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J.T., Pollinger Haas, A. & Wyncoop, S. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychotherapy*, 161, 1442-1446.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J.T., Pollinger Haas, A. & Wyncoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 157, 2022-2027.
- Illes, F., Jendreschak, J., Armgart, C. & Juckel, G. (2014). Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Stuttgart: Schattauer.
- Kast V: Suizid - Eine letzte schöpferische Tat? Festvortrag zu XVI. Tagung der International Association for Suicideprevention (IASP) in Hamburg am 1.9.1991. *Suizidprophylaxe* 1992;19:161-71

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

QUELLENHINWEISE: (Fortsetzung)

- Kind J: Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1992.
- Kleespies, P.M., Becker, B.R. & Smith, M.R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: incidence, impact and recovery. Professional Psychology, 21, 257-263.
- Maltsberger, J. T. & Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch. Gen. Psychiat., 39, 625 –633
- Neimeyer, R.A., Fortner, B. & Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. Suicide and Life-Threatening Behavior, 31, 71-82.
- Pope, K.S. & Tabachnick, B.G. (1993). Therapists` anger, fear and sexual feelings: National Survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints and training. Professional Psychology, 24, 142-152.
- Rothés, I.A., Henriques, M.R., Leal, J.B. & Lemos, M.S. (2014). Facing a patient who seeks help after a suicide attempt. Crisis, 35, 110-122.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R.M., Dickens, S. & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. Academic Psychiatry, 28, 104–110.
- Schmidbauer, W. (1977). Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Hamburg: Rowohl
- Teismann T., Koban C., Illes F. & A. Oermann (2017). Psychotherapie suizidaler Patienten. Göttingen: Hogrefe
- Teismann, T. & W. Dorrman (2015). Suizidgefahr?: Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe
- Teismann, T. & W. Dorrman (2014). Suizidalität. Fortschritte d. Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Webb K: Care of others and self: A suicidal patient`s impact on the psychologist. Professional Psychology 2011; 42(3): 215–21.
- Wolfslast G: Zur Haftung für Suizide. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 1984;105:108
- Wurst, F.M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K.H., Vogel, R., Müller, S., Petitjean, S. & Thon, N. (2013). How therapists react to patient`s suicide: findings and consequences for health care professionals` wellbeing. General Hospital Psychiatry, 35, 565-570.
- Wurst, F.M., Mueller, S., Petitjean, S., Euler, S., Thon, N., Wiesbeck, G. & Wolfersdorf M (2010). Patient suicide: a survey of therapists` reactions. Suicide and Life-Threatening Behavior, 40, 328-336.