

Wie verhalten Sie sich in einem psychiatrischen Notfall z. B. bei Suizidgefahr?

Grundlage hierfür ist das §16 des Niedersächsischen PsychKG (Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997):

Grund der Anwendung ist ausschließlich:

„Akute Fremd- oder Selbstgefährdung aufgrund einer seelischen Störung“

1. Informiert werden im Notfall, der Reihe nach: Rettungsleitstelle oder Polizei: 110 Polizeinotruf
2. Vorläufige Unterbringung bis zum Ablauf des darauffolgenden Tages ist möglich.
3. Es muss eine Begutachtung durch einen psychiatriee erfahrenen Arzt erfolgen.
4. Überstellung in die neurologische Ambulanz geschieht mit herbeigerufenem Hausarzt (oder Dienst habenden Notarzt), Polizeibeamten und einen Vollzugsbeamten des Rettungsdienstes.
5. Die neurologische Ambulanz (der anwesende Facharzt für Psychiatrie) entscheidet über die Vorläufige Unterbringung in eine stationäre psychiatrische Einrichtung bis zum Ablauf des darauf folgenden Tages.
6. Die Entscheidung ob eine Unterbringung über den Ablauf des auf die Einweisung folgenden Tages hinaus nötig ist, fällt das Vormundschaftsgericht.
7. Dazu findet eine Anhörung des Klienten und den begutachtenden Arzt durch einen Richter statt, um dann eine Entscheidung zu fällen.

Fallbeispiel

Ein Klient kommt in Ihre Praxis und erklärt Ihnen, dass seine Frau mit Kindern ihn verlassen habe und er nun endgültig keinen Sinn mehr im Leben sehe. Er habe sich entschlossen dieser Situation ein Ende zu bereiten und werde aus dem Leben scheiden. Wie verhalten Sie sich als Therapeut?

Suizidgefährdeter Klient in der Praxis

Dies ist eine Notfallsituation, diese Situation rechtfertigt die Verständigung eines Notarztes.

Die Äußerung des Klienten ist wichtig: Wie teilt er mir seine Suizidabsicht mit.

Wenn er mir dies ruhig und gelassen, während der Sprechstunde mitteilt, kann ich davon ausgehen, dass er wild entschlossen ist, mehr noch er ist kühl entschlossen.

Der Therapeut muss so schnell es geht, Kontakt zu seinem Klienten aufnehmen, z. B. in dem er ihn befragt oder auch indem er registriert was mit ihm ist und auf die dahinter liegenden Dinge eingehen.

Die Prüfungskommission muss erfahren, dass der zu Prüfende die kühle Entschlossenheit des Klienten registriert und versucht hat auf seine emotionale Lage einzugehen.

Diese emotionale Lage ist in dieser Situation erst einmal für den Therapeuten nicht zugänglich, da der Klient sich in seiner **Entschlussphase** befindet, er den Zugang zu seiner emotionalen Situation versperrt hat. Wie kann der Therapeut vorgehen?

- a. Befragung des Klienten:
- b. Was hat dazu geführt?
- c. Berichten sie.
- d. Wie fühlen sie sich jetzt?

Hier wäre eventuell der Fragenkatalog von Pöldinger anzuwenden:

Fragen an suizidale Patienten (nach W. PÖLDINGER, 1982)

Suizidalität	Haben Sie auch schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
Vorbereitung	Wie würden Sie es tun? Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen? (Je konkreter die Vorstellungen, desto größer das Risiko)
Zwangsgedanken	Denken Sie bewusst daran oder drängen sich derartige Gedanken, auch wenn Sie es nicht wollen, auf? (Sich passiv aufdrängende Gedanken sind gefährlicher)
Ankündigungen	Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemandem gesprochen? (Ankündigungen immer ernst nehmen)
Aggressionshemmung	Haben Sie gegen jemanden Aggressionen, die Sie unterdrücken müssen? (Aggressionen, die unterdrückt werden müssen, richten sich gegen die eigene Person)
Einengung	Haben Sie Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschlichen Kontakte gegenüber früher eingeschränkt und reduziert?

Der zu Prüfende könnte auch im Bezug auf den Fall antworten:

1. Es kann sein, dass der Klient auf die Frage: „Wie fühlen Sie sich jetzt?“ Eher abweisend, ablehnend, belanglos antwortet. Er hat den Kontakt zu seiner Emotionalität verloren.
2. Dadurch, dass der Psychologische Berater den Kontakt zu seinen Gefühlen herstellt, kann es gelingen, den Klienten an einer anderen Stelle zu erreichen, als die an der er sich gerade befindet.
3. Ich muss der Prüfungskommission vermitteln, dass ich in dieser Situation erst einmal versuche Zeit zu gewinnen, um Ruhe in diese Situation zu bringen.
4. „Was kann ich jetzt noch für Sie tun?“ Wäre eine gute Frage, um an die emotional Situation des Klienten zu Anschluss finden, um ihn zu erreichen.
5. Wir können als Berater den Klienten vielleicht mitteilen, dass uns die Situation betroffen und sogar hilflos macht.
6. Wir sollten in diesem Augenblick unsere Alternativen erkennen:

7. Entweder wir schaffen es, dem Klienten die Zusage zu entlocken, dass er den vorgesehenen Suizid nicht durchführen wird, bei der Entschlossenheit und Kühllheit ist dies nicht sehr wahrscheinlich.
8. Oder wir verhalten uns der Notsituation entsprechend, und werden, unter Kenntnissetzung des Klienten, einen Notarzt, d. h. im Landkreis Celle, das Sozialamt oder die Rettungsdienstleitstelle unterrichten.
9. Hier mag sich die Frage stellen, ob dies möglicher Weise nicht ein Verrat an den Klienten ist, und sie mag es auch subjektiv betrachtet sein, aber es geht hierbei um eine Abwägung der Risiken.
10. Das der Klient dies als Verrat betrachtet, ist abzusehen, auf der anderen Seite steht aber eindeutig die Notwendigkeit die Gefahr abzuwenden, und das Leben des Klienten zu erhalten.

Wie sind die Verlaufsphasen eines Suizids

1. Erwägungsphase:

Kennzeichen: Der Klient erwägt, ob der Suizid nicht ein Notausgang für seine Situation sein könnte. Es ist erst einmal ein Gedankenspiel. Der Klient entscheidet sich aber erst einmal gegen diese Erwägung.

2. Ambivalenzphase: > zeitweilige wilde Entschlossenheit

Kennzeichen: Danach und auch durch Lebenssituationen geprägt, gelangt der Klient in die Ambivalenzphase, d. h. die Entscheidung für die Fortsetzung des Lebens oder seine Beendigung haben ungefähr eine Gleichwertigkeit. In dieser Phase ist der Suizid nicht mehr die eindeutig schrecklichere Alternative. Beide Möglichkeiten werden gleichwertig, man kann es tun, man kann es lassen, ich lasse es noch, weiß aber nicht genau warum eigentlich.

3. Entschlussphase

Kennzeichen: Ich setze meinem Leben ein Ende, ist durch einen erheblichen Befindlichkeitswandel gekennzeichnet. Er wirkt nach außen hin sehr gelassen, kühl und sehr ruhig. Er verkündet diese Absicht nicht mehr unbedingt, Suizid begehen zu wollen. Außenstehende mögen denken, der ist über dem Berg. Dieses Missverständnis liegt in der Entschlussphase häufig vor, d. h. Beteiligte, Familie, Freund mögen denken, na so schlimm ist das jetzt ja nicht mehr. In der Entschlussphase wirkt der Klient für Außenstehende klar und könnte meinen: Der weiß genau was er tut.

Wissen tut er schon was er tut, aber er fühlt es nicht mehr, d. h. die Klarheit ist vorhanden, aber sie entspricht nicht mehr einer menschlichen Vollständigkeit. Die Klarheit, die Kühllheit, der Abstand die der Klient zu sich und seiner Umgebung zu bekommen zu haben scheint ist künstlich. Er fühlt seine Verzweiflung nicht mehr, er fühlt seinen Schmerz nicht mehr, er fühlt letztlich sich selbst nicht mehr.

Nennen Sie die Faktoren des präsuizidalen Syndrom nach E. RINGEL, 1969

Das präsuizidale Syndrom ist geprägt von drei Faktoren:

1. Die Einengung des seelischen Erlebens

(Phase der zunehmenden Einengung)

Ihn beschäftigt nur noch das, was für ihn Kränkung ist, ihn beschäftigt sein persönlicher Verlust, ihn beschäftigt das was ihn traurig macht. Einen großen Teil seines Tages, kreisen seine Gedanken und Gefühle um Gegenstand seiner persönlichen Niederlage. Er hat keine großen alternativen mehr, er ist auf die Verlust einleitende Situation fixiert.

2. Aggressionshemmung – Autoaggression

(Phase der Aggressionsumkehr)

Der Mensch kehrt seine Aggressionen, seine Verzweiflung, seine Wut nicht mehr nach außen. Er behält den Zorn für sich, er wendet sich nicht mehr gegen einen anderen Menschen, diese Wut wirkt jetzt im Inneren, d. h. aus dem Ausmaß der Aggressivität, deren Ausdruck gehemmt ist, wird ein umso größeres Ausmaß an Autoaggressivität, d. h. Aggressivität, die sich gegen den Menschen selbst richtet. Aus Rache und Zorn erfolgreich werden, aus Rache krank werden, aus Rache und Zorn mit niemand mehr sprechen und sich verweigern. Es gibt auch Menschen, die vor Wut in die dritte präsuizidale Phase hineintreten, den Todesphantasien.

3. Todesphantasie (Suizidphantasien)

Die Todesphantasien sind ernst zu nehmen, viele Gedanken kreisen um die Frage, wie wäre es tot zu sein. Es bekommt Tom-Sawyerhafte Züge, der Klient stellt sich vor, wie es ist, womöglich bei seiner eigenen Beerdigung dabei zu sein. Seine Freunde und Familie trauern und es tut ihnen Leid, aber jetzt ist es zu spät.

Kurzfassung: Das präsuizidale Syndrom (nach RINGEL, 1969)

- 1. Zunehmende Einengung:** Die Betroffenen erleben ihre Situation als ausweglos. Sie ziehen sich aus sozialen Kontakten zurück. Die seelischen Kräfte lassen nach.
- 2. Aggressionsumkehr:** Aggressionen können nicht ausgedrückt werden und richten sich zunehmend gegen die eigene Person.
- 3. Suizidphantasien:** zunächst aktiv heraufbeschworen, drängen sich Suizidgedanken später allein auf.

Wie können Sie eine Abschätzung der Suizidalität (nach Kielholz) vornehmen?

1. Eigene frühere Suizidversuche
2. Vorkommen von Suiziden in der Familie oder Umgebung
3. Selbstmordgedanken ohne konkreten Plan
4. Direkte oder indirekte Suiziddrohungen
5. Äußerung konkreter Vorstellung über Durchführbarkeit oder Vorbereitungshandlungen.