



Teismann • Wagner • Hofmann

Suizid in der Psychotherapie

Informationen und Unterstützung
für Behandelnde



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Apl.-Prof. Dr. Tobias Teismann
Ruhr-Universität Bochum
Massenbergstraße 9-13 | 44787 Bochum

Prof. Dr. Birgit Wagner
MSB Medical School Berlin
Rüdesheimer Straße 50 | 14197 Berlin

Dr. Laura Hofmann
MSB Medical School Berlin
Rüdesheimer Straße 50 | 14197 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29209-2 Print
ISBN 978-3-621-29210-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Blasius Erlinger (getty images)
Herstellung: Sonja Droste
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	9
I Grundlagen und Erfahrungen	
1 Grundlegendes zu Suizidalität	12
2 Betroffene berichten	28
II Praktische Hinweise zum Umgang mit erlebten Suiziden	
3 Emotionale Anforderungen	50
4 Äußere Anforderungen	77
5 Organisatorische Anforderungen	97
III Rechtliche Rahmenbedingungen	
6 Rechtslage	106
7 Therapeutische Erfordernisse	109
Anhang	
Hinweise zum Arbeitsmaterial	118
Literatur	143
Sachwortverzeichnis	149

Inhalt

Vorwort	9
----------------	----------

I Grundlagen und Erfahrungen

1 Grundlegendes zu Suizidalität	12
1.1 Suizide sind unvorhersehbar!	13
1.2 Kollaborative Risikoexploration und Behandlungsplanung	23
1.3 Vorsicht: Hindsight Bias	25
1.4 Reaktionen auf Patientensuizide: Blick auf die Empirie	26
2 Betroffene berichten	28
2.1 Suizid in der Ausbildung	28
2.2 Suizid im stationären Setting	31
2.3 Suizid im ambulanten Setting	34
2.4 Suizid eines Jugendlichen	37
2.5 Suizid einer Patientin mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung	39
2.6 Suizid nach vorangegangenen Suizidversuchen	42
2.7 Fazit	45

II Praktische Hinweise zum Umgang mit erlebten Suiziden

3 Emotionale Anforderungen	50
3.1 Schuldgefühle	50
3.2 Schamgefühle	59
3.3 Selbstkritik	61
3.4 Trauer	67
3.5 Sinnerleben	71
3.6 Selbstwirksamkeit	73
4 Äußere Anforderungen	77
4.1 Angehörige	77
4.2 Mitpatient:innen nach einem Suizid in der Klinik	90
4.3 Suizidkonferenzen	92
4.4 Polizei und Staatsanwaltschaft	95

5	Organisatorische Anforderungen	97
5.1	Rolle der Institution und Einrichtung	97
5.2	Beauftragte für Postvention	98
5.3	Handlungsempfehlungen für Klinikleitungen nach einem Patientensuizid	99
5.4	Supervision und Intervision	100
5.5	Suizidprävention und Weiterbildung	101
5.6	Postventionsangebote	102
5.7	Peer-Support	103

III Rechtliche Rahmenbedingungen

6	Rechtslage	106
7	Therapeutische Erfordernisse	109
7.1	Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens	109
7.2	Dokumentation	110
7.3	Interventionen und Schutzmaßnahmen	112
7.4	Ausblick	115

Anhang

	Hinweise zum Arbeitsmaterial	118
	Literatur	143
	Sachwortverzeichnis	149

Vorwort

Suizidales Erleben und Verhalten kommt in klinischen Populationen sehr häufig vor: 16 bis 67,5 % der Personen, die eine ambulante Psychotherapie beginnen, berichten, dass sie in der Woche vor Therapiebeginn unter Suizidgedanken gelitten haben (Teismann et al., 2024). Von denjenigen, die unter einer schweren psychischen Störung leiden, legen bis zu 34 % offen, dass sie schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen (Dong et al., 2019a, b). Von den Patient:innen, die unter einer Depression, einer Bipolaren Störung, einer Schizophrenie, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Alkoholabhängigkeit leiden, sterben 2 bis 8 % durch einen Suizid (Teismann & Claus, 2026). Zusammenfassend bedeutet dies, dass das Vorliegen einer psychischen Störung einen echten Risikofaktor für suizidales Erleben und Verhalten darstellt – und gleichzeitig, dass die allerwenigsten Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, durch einen Suizid sterben werden. Es bedeutet zudem, dass alle in der klinischen Praxis tätigen Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten konfrontiert sind und dass nicht wenige einen Patientensuizid werden verarbeiten müssen. In diesem Sinne wird geschätzt, dass mehr als ein Drittel der Psycholog:innen und etwa zwei Drittel der Psychiater:innen während ihrer beruflichen Laufbahn mit einem Patientensuizid konfrontiert werden (Séguin et al., 2014).

Der Patientensuizid stellt somit ein reales und gefürchtetes »Berufsrisiko« dar.

- ▶ Angst vor Schuldgefühlen / Selbstvorwürfen nach einem Suizidversuch / Suizid,
- ▶ Angst vor Fehleinschätzungen und den damit verbundenen Konsequenzen,
- ▶ Angst vor juristischen Konsequenzen,
- ▶ Angst vor Vorwürfen durch Angehörige und / oder Kolleg:innen

sind die häufigsten von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen genannten Befürchtungen in der therapeutischen Arbeit mit suizidalen Patient:innen (Conrad et al., 2021). Tatsächlich haben Patientensuizide mitunter erhebliche Auswirkungen auf die mentale Gesundheit, das berufliche Selbstverständnis und die Berufsausübung von betroffenen Behandler:innen: Schock, Trauer, Schuld- und Schamgefühle im unmittelbaren Nachgang der Todesnachricht werden von den allermeisten Betroffenen berichtet. Insuffizienzerleben, Kompetenzzweifel und ein deutlich vorsichtigerer Umgang mit anderen suizidalen Patient:innen stellen weitere Konsequenzen eines Patientensuizids dar (Sandford et al., 2021). Gerade dann, wenn die Suizidant:innen jung waren oder Kinder zurücklassen, sind die Auswirkungen auf Behandler:innen nicht selten gravierend. Wenn Sie unter entsprechenden Folgen eines Patient:innensuizids leiden, dann sind Sie hiermit also nicht allein! In Abschnitt 1.4 und in Kapitel 3 des Buches werden wir auf erwartbare Reaktionen auf einen Patientensuizid noch ausführlich eingehen. In Kapitel 2 werden darüber hinaus die Reaktionen und Umgangsweisen verschiedener Kolleg:innen,

die von einem Patient:innensuizid betroffen waren, im Rahmen von Fallvignetten beschrieben.

Zunächst wird es aber darum gehen, – unter Rückgriff auf die entsprechende Forschungslage – herauszuarbeiten, wofür wir in der Behandlung suizidaler Patient:innen Verantwortung haben und wofür wir keine Verantwortung übernehmen können. Im Kern geht es darum, zu verstehen, dass Suizide genauso wenig wie Suizidversuche vorhersehbar sind – durch nichts und durch niemanden:

- ▶ nicht durch Angehörige,
- ▶ nicht durch Behandler:innen,
- ▶ nicht durch Fragebögen,
- ▶ nicht durch Theorien und
- ▶ nicht durch künstliche Intelligenz.

Eine Risikoabschätzung in dem Sinne, dass wir als Behandler:innen sagen könnten, welche unserer Patient:innen in besonderem Maße gefährdet sind, suizidales Verhalten zu zeigen, gibt es nicht. Und dies liegt nicht daran, dass wir nicht gut genug ausgebildet wären oder uns nicht genug Mühe geben würden, sondern ausschließlich daran, dass wir vor einer unlösbaren Aufgabe stehen: Ereignisse, die selten auftreten, lassen sich nie sicher vorhersagen. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass wir nichts falsch gemacht haben müssen, wenn sich eine Patientin oder ein Patient von uns das Leben nimmt.

■ Wichtig

Natürlich setzen wir uns im Nachgang eines Suizids mit der Frage auseinander, ob wir unseren Patient:innen ein gutes therapeutisches Beziehungs- und Behandlungsangebot gemacht haben. Schützen wir uns aber davor, einen Patientensuizid per se als therapeutisches Versagen zu begreifen. Wir müssen uns zudem hüten, eine suizidale Entwicklung in der Rückschau als mehr oder weniger zwangsläufig zu erachten.

Mit Blick auf die Verantwortung, die wir unseren Patient:innen gegenüber haben, geht es in Teil III des Buches zudem noch um die speziellen rechtlichen Rahmenbedingungen, an die wir gebunden sind.

Wenn Sie dieses Buch in den Händen halten, dann sind Sie wahrscheinlich gerade betroffen von einem Patientensuizid, oder Sie begleiten jemanden, der einen Patientensuizid erlebt hat. So oder so wird die Situation eine schwierige sein. Wir hoffen, dass Ihnen dieses Buch dabei hilft, diese Situation zu meistern und weiterhin Freude an Ihrer therapeutischen Arbeit mit (suizidalen) Patient:innen zu empfinden.

Bochum und Berlin, im Oktober 2025

*Tobias Teismann
Birgit Wagner
Laura Hofmann*



Grundlagen und Erfahrungen

- 1 Grundlegendes zu Suizidalität
- 2 Betroffene berichten

1 Grundlegendes zu Suizidalität

- 1.1 Suizide sind unvorhersehbar!
- 1.2 Kollaborative Risikoexploration und Behandlungsplanung
- 1.3 Vorsicht: Hindsight Bias
- 1.4 Reaktionen auf Patientensuizide: Blick auf die Empirie

In der klinischen Praxis sind Behandler:innen dazu verpflichtet, bei Personen, bei denen der Verdacht auf suizidales Erleben besteht, eine Risikoexploration vorzunehmen und zu dokumentieren (s. Abschn. 1.2). In diversen Leitlinien und Manualen werden detaillierte Hinweise dazu gegeben, welche Risiko- und Schutzfaktoren im Einzelnen abgefragt werden sollten (Teismann & Friedrich, 2022). Es wird erläutert, unter welchen Bedingungen von einem geringen, einem moderaten, einem hohen oder einem extremen Suizidrisiko auszugehen ist (Chu et al., 2015). Leicht vermitteln entsprechende Publikationen den Eindruck, dass sich das Suizidrisiko einer Person objektiv, reliabel und valide erfassen lässt. Wäre dem tatsächlich so, dann würde ein Patientensuizid bedeuten, dass die Risikoabschätzung unzureichend durchgeführt wurde, dass also entweder nicht alle relevanten Informationen erhoben wurden oder dass sie nicht auf die richtige Art und Weise berücksichtigt und miteinander in Beziehung gesetzt wurden. Fehler und Verantwortung lägen in diesem Fall bei dem / der Behandler:in.

■ Wichtig

In der Realität ist die Reliabilität von Risikoabschätzungen bestenfalls moderat (Kolochofski et al., 2025) und die prädiktive Validität – d. h. die Vorhersage suizidalen Verhaltens – liegt gerade einmal auf Zufallsniveau (Franklin et al., 2017).

Dies sollte keineswegs zu der Schlussfolgerung verleiten, dass es eine Risikoexploration nicht braucht. Vielmehr liegt es in der Verantwortung von Behandler:innen, ein offenes Gespräch über suizidales Erleben und Verhalten zu ermöglichen, therapeutische Hilfestellungen im Umgang mit suizidalem Erleben und Verhalten anzubieten und unter Umständen einen stationären Aufenthalt nahezulegen oder vorzubereiten (s. Abschn. 1.2). Es liegt aber nicht in der Verantwortung und im Möglichkeitsraum von Behandler:innen, suizidales Verhalten vorherzusagen. Dementsprechend tragen Behandler:innen – wie bereits gesagt – im Normalfall nicht die Verantwortung für einen Patientensuizid.

Im Folgenden wird genauer erläutert, warum sich Suizide nicht sicher vorhersagen lassen und es werden Hinweise dazu gegeben, wie sich therapeutisch mit dieser Unsi-

cherheit umgehen lässt. Die Darstellung verfolgt dabei einerseits das Ziel, etwaige Schuldgefühle im Nachgang eines Patientensuizids zu relativieren, und andererseits soll die Darstellung dabei helfen, Haltung und Umgang mit suizidalen Patient:innen grundsätzlich zu überdenken.

1.1 Suizide sind unvorhersehbar!

Die Unvorhersagbarkeit von Suiziden ist keine neue Erkenntnis. Seit den 1950er-Jahren wird immer wieder auf dieses Faktum verwiesen (Rosen, 1954; Pokorny, 1983; Bryan, 2021), allerdings bislang ohne eine nennenswerte Resonanz in der klinischen Praxis und in Teilen der Forschungswelt. Und dies, obwohl die Befunde tatsächlich bemerkenswert sind: Franklin und Kolleg:innen (2017) gingen beispielsweise in einer vielzitierten Metaanalyse der Frage nach, welche Faktoren eine besondere Bedeutung für die Vorhersage von Suizidversuchen und Suiziden haben. Insgesamt berücksichtigten die Autor:innen 365 Längsschnittstudien und 16 Arten von Risikofaktoren – darunter alles, was in irgendeiner Form relevant erscheinen mag, u. a. demografische Merkmale, Psychopathologie, Vorgeschichte suizidalen Erlebens und Verhaltens, Krankengeschichte und Biomarker. Trotz des sehr umfangreichen Datenmaterials und der vielfältigen Analysen zeigte sich im Ergebnis, dass sich

- (1) die Vorhersage von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden in den vergangenen 50 Jahren – trotz eines immensen Zuwachses an diesbezüglicher Forschung – nicht verbessert hat;
- (2) bei der Betrachtung egal welchen Risikofaktors eine Vorhersage nur knapp besser als auf Zufallsniveau möglich ist.

In einem Zeitungsinterview fasste der Hauptautor der Studie, Joseph Franklin (2016), das Hauptergebnis der Studie auf folgende Weise zusammen:

»Mit anderen Worten: Ein Suizidexperte, der eine umfassende Risikoabschätzung vorgenommen hat, würde zukünftige Suizidgedanken und das suizidale Verhalten eines Patienten mit der gleichen Genauigkeit vorhersagen wie jemand, der den Patienten nicht kennt und seine Vorhersage auf der Grundlage eines Münzwurfs trifft.«

Klinisches Urteil. Es lässt sich einwenden, dass Behandler:innen im klinischen Alltag eine Risikoabschätzung nicht allein anhand von ein oder zwei Einzelfaktoren vornehmen. Natürlich fußt die Risikoabschätzung vielmehr auf einem komplexen klinischen Eindruck: Es wird eine Kombination aus vielen Risikofaktoren und deren Zusammenspiel mit potenziellen Protektivfaktoren herangezogen, um eine Risikoabschätzung vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund gingen Woodford und Kolleg:innen (2019) in einer weiteren Metaanalyse der Frage nach, inwieweit Kliniker:innen vorhersagen können, wer von ihren Patient:innen nach Entlassung aus stationärer Behandlung erneut suizidale und nicht-suizidale Selbstverletzungen vornehmen wird. Es zeigte sich, dass 70 Prozent derer, die nach einer Behandlung erneut Selbstverletzungen vorgenommen

haben, zuvor von ihren Behandler:innen als ungefährdet eingeschätzt wurden und dass etwa 80 Prozent derer, die als hochgefährdet eingeschätzt wurden, keine weiteren Selbstverletzungen vorgenommen haben. Zusammengenommen waren die Vorhersagen der Behandler:innen in dieser Metaanalyse im Resultat nur etwas besser als der Zufall. Eine bedeutsame Vorhersage von Suizidversuchen oder Suiziden durch Behandler:innen scheint somit nicht möglich zu sein.

Orientierung an theoretischen Modellen. Nun stellt sich die Frage, ob sich die Risikoabschätzung möglicherweise dadurch verbessern lässt, wenn Behandler:innen sich an theoretischen Modellen suizidalen Erlebens und Verhaltens orientieren. Immerhin sollte auf diese Weise der Blick unmittelbar auf Faktoren gelenkt werden, denen eine besondere Bedeutung zum Verständnis suizidalen Erlebens und Verhaltens zukommt. Metaanalysen zur Vorhersagekraft von zwei wichtigen theoretischen Modellen – der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner, 2005) und dem Integrativen Motivational-Volitionalen Modell suizidalen Verhaltens (O'Connor & Kirtley, 2018) – zeigen zwar theoriekonforme Ergebnisse, die Effekte sind jedoch von vergleichsweise geringer Größe (Chu et al., 2017; Souza et al., 2024) und übertreffen nicht die Vorhersagekraft der Variablen, die Franklin und Kolleg:innen (2017) in der oben erwähnten Metaanalyse gefunden haben. Eine bedeutsame Vorhersage von Suizidversuchen / Suiziden durch die Orientierung an theoretischen Modellen scheint somit auch nicht möglich zu sein.

Einsatz von Künstlicher Intelligenz. Zuletzt kam die Hoffnung auf, dass sich die Vorhersage suizidalen Verhaltens durch die Verwendung Künstlicher Intelligenz (KI) verbessern lässt. Ein Vorteil der KI gegenüber konventionellen statistischen Ansätzen besteht darin, dass Tausende von Einflussfaktoren sowie deren Wechselwirkung bei der Vorhersage interessierender Ereignisse gleichzeitig berücksichtigt werden können. Ein weiterer Vorteil der KI ist die Tatsache, dass es sich um ein selbstlernendes System handelt, d.h. es wird nicht a priori festgelegt, welche Variablen auf welche Weise berücksichtigt werden sollen. Der Algorithmus entwickelt vielmehr in einem fortschreitenden Prozess automatisch die Kriterien, die sich am besten zur Klassifikation eignen. Die Nutzung von KI-Modellen durchzieht mittlerweile sämtliche Lebensbereiche und findet zunehmend auch Berücksichtigung in der Suizidforschung. Erste Ergebnisse deuteten auf eine vergleichsweise hohe Genauigkeit der Risikoklassifizierung bei der Vorhersage von suizidalem Erleben und Verhalten hin (Walsh et al., 2017), mittlerweile haben sich die Erwartungen an die Möglichkeiten der Suizidvorhersage durch KI-Modelle jedoch wieder reduziert: Auch komplexe Modelle der Risikoabschätzung erlauben keine präzise Vorhersage von suizidalem Verhalten (Kirtley et al., 2022). Insbesondere erlauben sie keine Vorhersage des Zeitpunkts, zu dem suizidales Verhalten gezeigt wird. Eine klinisch bedeutsame Vorhersage von Suizidversuchen und Suiziden durch die Nutzung von KI-Modellen scheint nicht möglich zu sein.

Fazit

Es bleibt somit festzuhalten, dass weder Einzelvariablen noch das klinische Urteil, die Orientierung an einem Theoriemodell oder Künstliche Intelligenz eine sichere Risikoabschätzung erlauben. Vor dem Hintergrund der dargestellten Befunde spricht die englische NICE-Guideline zur Behandlung von selbstverletzendem Verhalten (2022) u. a. folgende Warnungen aus:

- ▶ Verwenden Sie keine globale Risikostratifizierung in niedriges, mittleres oder hohes Risiko, um zukünftige Suizide oder erneute Selbstverletzungen vorherzusagen.
- ▶ Verwenden Sie keine globale Risikostratifizierung in niedriges, mittleres oder hohes Risiko, um zu bestimmen, wem eine Behandlung angeboten werden sollte oder wer entlassen werden sollte.

In der deutschen Leitlinie zur Behandlung suizidaler Patient:innen finden sich vergleichbare, wenn auch etwas schwächer formulierte Empfehlungen.

Bezieht man den beschriebenen Sachverhalt nun auf die Situation nach einem Patientensuizid, dann dürfte deutlich geworden sein, dass es für niemanden – also auch nicht für Sie als Behandler:in – die Möglichkeit gab, den Suizid / Suizidversuch Ihres Patienten oder Ihrer Patientin sicher vorherzusehen. Es stellt sich die Frage: Warum ist dies so? Hierfür gibt es verschiedene Gründe, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Geringe Basisrate

Der zentrale Grund für die fehlende Möglichkeit, Suizide und Suizidversuche sicher vorherzusagen, besteht darin, dass suizidales Verhalten selten ist: Der amerikanische Suizidforscher Craig Bryan (2021) verdeutlicht dies an einer Modellrechnung basierend auf einer Studie, in der mehr als 80.000 Menschen über vier Jahre hinweg untersucht wurden (Simon et al., 2013). Alle Teilnehmenden der Studie füllten zu Studienbeginn einen Fragebogen aus, in dem sie gefragt wurden, ob sie in den letzten zwei Wochen Gedanken daran hatten, lieber tot sein zu wollen oder sich Leid zuzufügen. Es gab vier Antwortmöglichkeiten: *überhaupt nicht*, *an einzelnen Tagen*, *an mehr als der Hälfte der Tage* oder *beinahe jeden Tag*. Teilnehmer:innen, die in diesem Fragebogen angaben, *beinahe jeden Tag* unter Suizidgedanken zu leiden, hatten ein zehnfach höheres Risiko, im Untersuchungszeitraum durch einen Suizid zu sterben oder einen Suizidversuch zu unternehmen als Teilnehmer:innen, die angaben, *überhaupt nicht* an Suizid gedacht zu haben. Ein zehnfach erhöhtes Suizidrisiko klingt nun so, als ob hier tatsächlich ein hohes Suizidrisiko bestünde. Schaut man sich die Zahlen nun genauer an, so wird jedoch deutlich, dass dies mitnichten der Fall ist: Von den Personen, die angaben, *überhaupt nicht* an Suizid zu denken, starb 1 Person von 3000 im Untersuchungszeitraum durch einen Suizid. Von den Personen, die angaben, *beinahe jeden Tag* an Suizid zu denken, starben zehnmal so viele Personen, d.h. 10 Personen von 3000, im Untersuchungszeitraum durch einen Suizid. In der Gruppe von Personen ohne Suizidgedanken lag das Suizid-

risiko somit bei 0,03 %, in der Gruppe von Personen mit täglichen Suizidgedanken lag das Suizidrisiko bei 0,3 %. Natürlich handelt es sich hierbei um ein deutlich erhöhtes statistisches Risiko. Gleichzeitig bedeutet dies jedoch nicht, dass ein hohes Risiko besteht, denn 99,7 % der Personen mit täglichen Suizidgedanken sterben nicht durch Suizid! Ein statistisch erhöhtes Risiko ist – vor dem Hintergrund der niedrigen Basisrate von Suiziden – dementsprechend nicht mit einem hohen Risiko gleichzusetzen.

In der Konsequenz erlaubt das Wissen um statistisch bedeutsame Risikofaktoren – wie in den oben erwähnten Metaanalysen deutlich geworden ist – keine klinisch bedeutsame Vorhersage von Suiziden. Selbst dann, wenn man ein nahezu perfektes Instrument entwickeln könnte, das sowohl 99 von 100 Suizidant:innen als auch 99 von 100 Nicht-suizidant:innen korrekt identifizieren würde, dann würden – bei einer Suizidrate von 13 pro 100.000 Menschen – gerade einmal 1,3 % der Suizidanten korrekt identifiziert werden: Der »perfekte« Test läge daher nahezu immer falsch (Bryan, 2021). Eine präzise Vorhersage seltener Ereignisse ist somit schlicht unmöglich. Dies gilt nicht nur für Suizide, sondern genauso für andere seltene Ereignisse, etwa Tötungsdelikte, Terroranschläge oder tödliche Autounfälle. Risikofaktoren sind für alle diese Ereignisse bekannt, gleichzeitig verhilft das Wissen um Risikofaktoren – vor dem Hintergrund der niedrigen Basisraten – nicht zu einer präzisen Vorhersage der Ereignisse.

Nun stellt sich die Frage, warum wir in der klinischen Praxis nur selten merken, dass wir keine guten Vorhersagen treffen können. Dies liegt wiederum an der niedrigen Basisrate suizidalen Verhaltens: Da es in den allermeisten Fällen *nicht* zu einem Suizid kommt, können wir uns nahezu immer als gute und fachkundige Behandler:innen bestätigt fühlen: Dass ich diesem suizidalen Patienten erlaubt habe, über das Wochenende nach Hause zu gehen, war genau richtig, denn es ist ja nichts passiert. Dass ich diese suizidale Patientin in die Klinik habe einweisen lassen, war genau richtig, denn sie lebt ja noch.

Ein Patientensuizid legt in dieser Situation nunmehr auf bittere Weise offen, dass die Vorhersagbarkeit suizidalen Verhaltens eine Illusion ist.

■ Wichtig • Intuition

In verschiedenen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass Behandler:innen ihre eigenen emotionalen Reaktionen auf suizidale Patient:innen in die Risikoabschätzung einfließen lassen sollen (Barzilay et al., 2020). Tatsächlich sind Äußerungen wie »Ich hatte da irgendwie ein schlechtes Gefühl« in der klinischen Praxis nicht selten zu vernehmen und spielen mutmaßlich eine Rolle in der Risikoabschätzung. Vor dem Hintergrund der dargestellten Befunde sei jedoch davor gewarnt, persönliche emotionale Reaktionen als Intuition misszuverstehen.

Intuition lässt sich definieren als hochverdichtetes Erfahrungswissen, das eine schnelle eingebungsmäßige Einsicht ermöglicht. Damit sich intuitive Expertise entwickeln kann, braucht es jedoch zwei grundlegende Voraussetzungen:

- (1) Eine Umgebung, die hinreichend regelmäßig ist, um vorhersagbar zu sein, und
- (2) eine Gelegenheit, diese Regelmäßigkeit durch langjährige Übung zu erlernen (Kahneman, 2012).

Intuitive Expertise ließe sich in der Suizidprädiktion nur dann erwerben, wenn Behandler:innen sehr häufig mit Patient:innen Kontakt hätten, die sich im unmittelbaren Nachgang eines Gesprächs suizidieren (und die ein vergleichsweise homogenes Zustandsbild im Vorfeld der Suizidhandlung zum Ausdruck bringen).

Eine solche (Lern-)Situation gibt es im Umgang mit suizidalen Patient:innen nicht: Suizide sind selten und noch seltener treten sie im unmittelbaren Nachgang zu einem therapeutischen Gespräch auf. Demnach sollte nicht von der Möglichkeit einer intuitiven Risikoeinschätzung ausgegangen werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass man sich im Nachgang eines Patientensuizids nicht den Vorwurf machen sollte, dass man besser auf seine Intuition oder seine emotionale Reaktion hätte hören müssen. Intuitives Wissen um die Gefahr eines Suizids gibt es weder vor noch nach einem Suizid!

Die zentrale Ursache für die Unmöglichkeit, Suizide vorherzusagen, liegt somit in der geringen Basisrate von Suiziden. Die Risikoabschätzung wird aber noch durch weitere Aspekte erschwert, auf die im Folgenden eingegangen wird:

- Fluktuation und Dynamik
- Ambivalenz
- Kippunkte
- Non-Disclosure

Fluktuation und Dynamik

Suizidales Erleben unterliegt raschen Intensitätsschwankungen (Hallensleben et al., 2019; Kleiman et al., 2017). Dies konnte in Studien, in denen Betroffene wiederholt am Tag danach gefragt werden, wie intensiv ihr Wunsch, sich selbst zu töten, aktuell ist, wiederholt dokumentiert werden (s. Abb. 1.1). Die Fluktuation mag damit zusammenhängen, dass Betroffene zwischenzeitlich von Belastungsfaktoren und suizidalem Erleben abgelenkt sind, sie könnte aber auch Ausdruck eines zugrunde liegenden ambivalenten Erlebens sein, innerhalb dessen lebensbejahende und lebensverneinende Motive dynamisch an Bedeutung gewinnen bzw. verlieren (s. Abschn. »Ambivalenz«)

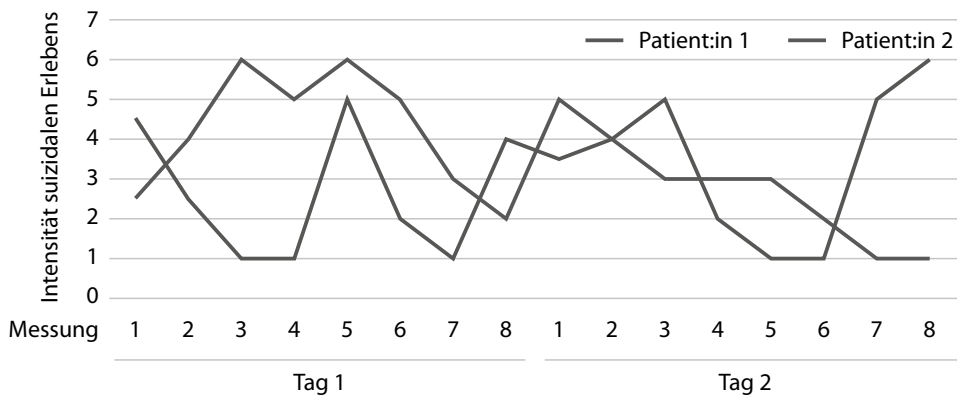


Abbildung 1.1 Beispielhafte Verdeutlichung der Fluktuation der Intensität suizidalen Erlebens

Aus der hohen Fluktuation suizidalen Erlebens ergibt sich nun, dass eine zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgenommene Risikoabschätzung unter Umständen nur eine sehr umgrenzte zeitliche Gültigkeit besitzt. Würde man beispielsweise an Tag 1 zu Messzeitpunkt 3 der in Abbildung 1.1 dargestellten Grafik eine Risikoabschätzung vornehmen, so käme man vermutlich zu dem Eindruck, dass suizidales Erleben bei Patient:in 2 maximal ausgeprägt ist, während bei Patient:in 1 suizidales Erleben zwar vorhanden, aber nicht besonders intensiv ist. Würde man die Risikoabschätzung nun einen Tag später zu Messzeitpunkt 8 vornehmen, dann käme man zu einem genau umgekehrten Eindruck (Bryan, 2021). Die Schwere suizidalen Erlebens entzieht sich somit vielfach einer klaren Bestimmbarkeit und es ist nicht auszuschließen, dass Betroffene selbst von dieser Dynamik überrascht werden können.

Letzteres gilt ganz besonders für die letzte Stufe einer suizidalen Eskalation, die Transition von Suizidgedanken zu suizidalem Verhalten. In einer eigenen Untersuchung haben wir Personen, die einen Suizidversuch überlebt haben, gefragt, wie viel Zeit zwischen ihrer Entscheidung zum Suizid und der tatsächlichen Suizidhandlung vergangen ist: 36 % gaben an, dass weniger als fünf Minuten zwischen Entscheidung und Umsetzung lagen, 44 % gaben an, dass weniger als zehn Minuten dazwischen lagen, und bei gerade einmal 22 % lagen mehr als drei Stunden zwischen Entscheidung und Umsetzung (Paashaus et al., 2021). Andere Forschende kommen zu vergleichbaren Ergebnissen: In einer Interviewstudie mit Personen nach einem Suizidversuch konnten beispielsweise Millner und Kolleg:innen (2017) zeigen, dass Betroffene typischerweise berichten, bereits Jahre vor der Suizidhandlung erstmals Suizidgedanken gehabt zu haben. Binnen zwei Wochen vor der Suizidhandlung habe sich die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eines Suizids dann intensiviert, und zur Umsetzung einer Suizidhandlung kam es dann zumeist in weniger als fünf Minuten nach der Entscheidung zum Suizid. Vergleichbare Befunde zum zeitlichen Verlauf suizidaler Krisen finden sich übrigens auch dann, wenn Betroffene aus einem nicht westlichen Kulturkreis untersucht werden (Wasserman et al., 2008).

Aus diesen Befunden ergeben sich zwei wichtige Schlussfolgerungen:

- (1) Es kann sein, dass sich eine betroffene Person am Vorabend bzw. am Tag des Suizids noch nicht darüber im Klaren war, dass sie sich am kommenden bzw. am selben Tag versuchen wird, sich das Leben zu nehmen.
- (2) Wenn Betroffene sich gegenüber einem/ einer Behandler:in von Umsetzungsabsichten klar distanziert haben, dann aber doch eine Suizidhandlung umsetzen, dann muss dies nicht bedeuten, dass Betroffene ihre Behandler:innen angelogen haben. Vielmehr kann die betroffene Person von der Heftigkeit aufwallender suizidaler Impulse selbst überrascht und überfordert worden sein.

Hot-Cold Empathy Gap

Grundsätzlich sind die meisten Menschen nicht gut darin, vorherzusagen, wie sie sich unter einer veränderten Gefühlslage verhalten werden. Unter dem Begriff »*hot-cold empathy gap*« publizierte Studien verweisen darauf, wie sich Entscheidungsprozesse in Abhängigkeit vom aktuellen emotionalen Zustand zum Teil erheblich – und für Betroffene nur schwer antizipierbar – verändern (Loewenstein, 2005): Sexuell erregte Personen bekunden beispielsweise wesentlich größeres Interesse an devianten und auch strafbaren Sexualpraktiken als Kontrollprobanden, die sich nicht in einem Zustand sexueller Erregung befinden (Ariely & Loewenstein, 2006). Es steht zu vermuten, dass suizidale Personen auch nur schwer antizipieren können, wie sie sich im Fall einer sich zuspitzenden emotionalen Krise entscheiden und verhalten werden.

Schlussendlich verweisen Studien zum Verlauf suizidaler Krisen darauf, dass eine nicht unbedeutende Anzahl an Betroffenen (11–17 %) berichtet, einen Suizidversuch unternommen zu haben, ohne im Vorfeld überhaupt irgendwelche Suizidgedanken gehabt zu haben (Bryan et al., 2023; Wastler et al., 2022). Das ist ein etwas kurioser Befund, und es ist derzeit unklar, wie genau solche Suizidversuche aussehen und zustande kommen. Es lässt sich mutmaßen, dass es sich hierbei um Suizidversuche handelt, die im Angesicht einer erheblichen oder existenziellen Stressbelastung (z.B. einer unerwarteten Trennungssituation oder einem Arbeitsplatzverlust) aus einem Moment heraus vollzogen werden. Es liegt auf der Hand, dass entsprechende Suizidhandlungen nicht vorhergesagt werden können.

Neben der geringen Basisrate begründet somit die erhebliche Dynamik suizidaler Entwicklungen, dass es nicht möglich ist, eine sichere Risikoabschätzung bei suizidalen Patient:innen vorzunehmen.

Ambivalenz

Die Dynamik suizidaler Krisen dürfte sich zu einem gewissen Grad aus dem Erleben suizidaler Ambivalenz speisen: Gründe zu leben und Gründe zu sterben werden gleichzeitig oder in rascher zeitlicher Aufeinanderfolge erlebt.

Wir alle kennen Ambivalenz aus Situationen, in denen wir mit schwierigen Entscheidungen konfrontiert sind – etwa, ob man sich von seiner Partnerin oder seinem Partner trennt, ob man seinen Job kündigt, ob man seine Mutter in ein Pflegeheim gibt oder in eine andere Stadt zieht. Es gibt wahrscheinlich keine Entscheidung, die bedeutsamer sein könnte als die, ob man sich töten sollte oder nicht. Es ist daher absolut erwartbar, dass Betroffene in eine Phase der Ambivalenz eintreten. Suizidale Ambivalenz setzt sich zumeist aus drei Bestimmungsstücken zusammen:

- **Gründe zu sterben** (Reasons for dying) umfassen beispielsweise den Eindruck,
 - eine Last für andere zu sein,
 - nirgendwo dazuzugehören,
 - dass alles hoffnungslos ist,
 - man selbst gefangen in einer unaushaltbaren, nicht lösbaren Situation ist,
 - dass man den (emotionalen) Schmerz keine Minute länger aushalten kann,
 - dass man es nicht verdient, zu leben,
 - dass man Schamerleben auf keine andere Weise begegnen kann.
- **Gründe zu leben** (Reasons for living) umfassen u. a. Themen wie
 - Familie / Freund:innen (»Ich will nicht, dass mein Mann denkt, ich hätte ihn nicht geliebt«),
 - Zukunftspläne (»Es stehen noch Dinge auf meiner Bucket-Liste«),
 - Dinge, die Freude machen (»Ich könnte nie mehr schwimmen gehen, wenn ich tot bin«),
 - Selbstbildannahmen (»Ich bin eigentlich niemand, der, wenn es schwierig wird, aus dem Feld geht«) und
 - Religiosität (»Meine Religion verbietet den Suizid«).
- **Gründe, nicht zu sterben** (Reasons not to die) umfassen u. a. Aspekte wie
 - Angst vor Schmerzen, Sterben und Tod oder
 - Angst davor, einen Selbsttötungsversuch mit körperlichen/geistigen Schäden zu überleben (»Ich wäre so gerne tot, aber ich traue mich nicht«).

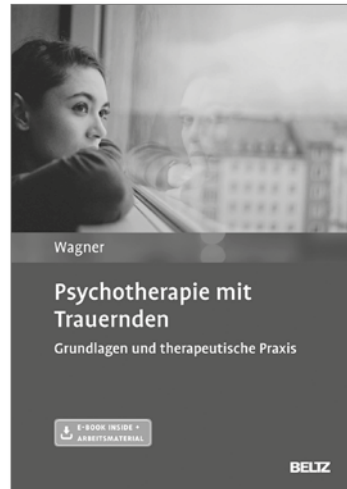
Das Bild einer Waage lässt sich gut nutzen, um sich das Pendeln auf die eine oder die andere Seite der Ambivalenz zu veranschaulichen. Studien verweisen darauf, dass die allermeisten Betroffenen einen Zustand suizidaler Ambivalenz kennen und durchlaufen (Teismann et al., 2024). Interessant ist zudem, dass ambivalentes Erleben den gesamten suizidalen Prozess zu begleiten scheint: In einer frühen Studie berichteten beispielsweise 50 % der Personen, die nach einem Suizidversuch interviewt wurden, dass sie noch bei der Umsetzung der Suizidhandlung ambivalent waren, ob sie tatsächlich sterben wollen oder nicht (Kovacs & Beck, 1977). Anders als durch Ambivalenz ließe sich auch nicht erklären, warum manche Betroffene zunächst eine Überdosis an Medikamenten einnehmen und dann selbst den Notdienst verständigen.

Ambivalenz ist im Kontext suizidalen Erlebens also erwartbar, normal und insofern positiv, als Ambivalenz immer bedeutet, dass eine Entscheidung zum Suizid (noch) nicht gefallen ist. Gleichzeitig ist es sehr anstrengend, sich in einem Zustand der Ambivalenz zu befinden. Ambivalenz erschwert außerdem die Risikoeinschätzung. Ein gän-

Trauernde professionell und einfühlsam begleiten

Das Thema Trauer kommt in Psychotherapie und Beratung häufig vor und gestaltet sich gleichermaßen vielfältig und herausfordernd. Wie können Betroffene in solch einer schwierigen Lebensphase professionell und doch empathisch begleitet werden?

Einführend stehen Grundlagen zu verschiedenen Trauerformen und deren diagnostischen Kriterien. Der Schwerpunkt des Buches liegt auf der Praxis: Themen sind u. a. Traueranamnese, Behandlungsplanung und therapeutische Beziehung mit Trauernden, Psychoedukation, Besonderheiten bei verschiedenen Hinterbliebenengruppen (Suizid, Geschwister, Verlust eines Kindes), Selbsterfahrung mit dem Thema Trauern. Stark fokussiert wird auf psychotherapeutische Techniken, die bei trauernden Klientinnen und Klienten angewendet werden können. Ausführliche Fallbeispiele beschreiben die jeweilige Methode und bieten eine praxisnahe Darstellung.



Wagner
Psychotherapie mit Trauernden
Grundlagen und therapeutische Praxis

Mit E-Book inside
und Arbeitsmaterial
2019. 185 Seiten. gebunden.
ISBN 978-3-621-28684-8
ISBN 978-3-621-28685-5 (PDF)

Helfen, einen anderen Ausweg zu finden

In Deutschland sterben jährlich mehr Menschen durch einen Suizid als durch Unfälle oder Drogen. Ein Großteil der Suizide wird dabei im Kontext psychischer Erkrankungen vollzogen – entsprechend ist die Auseinandersetzung mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden ein häufiges Thema therapeutischen Handelns.

Das Buch stellt knapp 90 Arbeits- und Informationsblätter für die Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psychotherapie suizidaler Patient*innen bereit. Dabei sind alle Übungen, Fragebögen und Checklisten direkt und unkompliziert in der Therapie und deren Vorbereitung einzusetzen. Hilfreiche Notfalladressen und nützliche Online-Ressourcen ergänzen die Materialiensammlung.

Aus dem Inhalt

Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen • Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung • Krisenintervention • Psychotherapie suizidaler Patient*innen • Vorgehen nach einem Patient*innensuizid



Teismann • Friedrich

Therapie-Tools Suizidalität und Krisenintervention

Mit Online-Material

2. Auflage 2024. 168 Seiten.

Broschiert.

ISBN 978-3-621-29190-3

ISBN 978-3-621-29191-0 (PDF)