

Bernd Kozel

better care

# Professionelle Pflege bei Suizidalität



Bernd Kozel  
Professionelle Pflege bei Suizidalität

Psychiatrie  
Verlag 



**Bernd Kozeł**, Master of Science in Nursing (MScN), Diplom-Pflege-  
wirt (FH), arbeitet in der Abteilung für Forschung und Entwicklung  
der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an  
den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern. Zu seinen  
Arbeitsschwerpunkten gehören die Pflege von suizidalen Men-  
schen und die Weiterentwicklung des Pflegeprozesses.

**Bernd Kozel**

# Professionelle Pflege bei Suizidalität

Bernd Koziel  
Professionelle Pflege bei Suizidalität

1. Auflage 2015  
better care 2  
ISBN Print 3-88414-578-4  
ISBN PDF 3-88414-861-7

Die Reihe »better care« wird herausgegeben von  
Manuela Grieser, Studienleiterin des Fachbereichs Gesundheit  
an der Berner Fachhochschule,  
Prof. Dr. Michael Schulz, Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrische  
Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld,  
Gianfranco Zuaboni, Pflegewissenschaftler und Leiter der  
Abteilung Pflegeentwicklung im Sanatorium Kilchberg, Zürich.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Erkrankungen  
unter: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de).

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet  
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2015  
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf  
ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert  
oder verbreitet werden.

Lektorat: Karin Koch, Köln  
Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln,  
unter Verwendung eines Fotos von DancehallCaballero / photocase.com  
Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein  
Druck und Bindung: Himmer AG, Augsburg



<b>Downloadmaterialien</b>	6
<b>Vorwort: »Den Weg im Dunkeln finden«</b>	7
<b>Einführung: Der suizidale Mensch</b>	11
Annäherung in Begriffen	13
Annäherung in Zahlen	16
<b>Der Pflegeprozess</b>	20
Pflegediagnose	21
Assessment: Beurteilung der Suizidgefährdung	22
Instrumente zur Einschätzung der Suizidgefährdung	25
Screening	28
Fokusassessment	38
Monitoring	56
Dokumentation	59
Übersicht: Einschätzung der Suizidgefährdung	63
<b>Zielformulierung</b>	63
<b>Interventionen</b>	66
Beziehung und Kommunikation	68
Notfall- und Krisenintervention	80
Therapeutisches Milieu: Risikominimierung versus Selbstbestimmungsrecht des Patienten	90
Wissen vermitteln	93
Bewältigungsstrategien entwickeln und üben	100
Übergangsbegleitung	115
Übersicht: Interventionen zur Suizidprävention	119
Nach einem Suizid	121
<b>Pflege von suizidalen Menschen – Schlussbetrachtung</b>	123
<b>Literatur</b>	125
<b>Anhang</b>	140
Organisationen	140
Zeitschriften	140
Webseiten	141

# Downloadmaterialien

## Einschätzungsinstrumente

- NGASR-Skala
- Anleitung für die Nutzung der NGASR-Skala
- Suicide Status Form (SSF) II
- Merkblatt zum SSF II
- Suicidal Patient Observation Chart (SPOC)
- Kurzanleitung zum SPOC

## Arbeitshilfen

- Checkliste für ein strukturiertes Gespräch über Suizidalität (und dessen Dokumentation)
- Validierend kommunizieren
- Richtlinie für den Umgang mit suizidalen Menschen der Aeschi-Arbeitsgruppe
- Anleitung zur Durchführung eines narrativen Interviews
- Das BELLA-Kriseninterventionskonzept
- Empfehlungen für den Umgang mit Nonsuizid-Verträgen
- Sicherheitsplan

## Lernhilfen

- Assessment: Übersicht der Instrumente zur Einschätzung der Suizidgefährdung
- Übersicht der Interventionen zur Suizidprävention

↓ signalisiert die Downloadmöglichkeit von Materialien  
Alle Downloadmaterialien finden Sie unter:  
<http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/professionelle-pflege-bei-suizidalitaet.html>

# Vorwort: »Den Weg im Dunkeln finden«

Die Suizidologie, ein eigenständiger Forschungszweig, der sich mit der Untersuchung des Suizids und mit suizidalen Menschen befasst, unterliegt einer relativ rasanten wissenschaftlichen Entwicklung. Der Beginn der offiziellen Untersuchung des Suizids wird meist mit Professor Ed Shneidmans wegweisender Arbeit und seiner Ernennung zum Direktor des Zentrums für Suizidprävention in Los Angeles im Jahr 1958 in Verbindung gebracht. Erste Beiträge erschienen jedoch bereits früher, so Durkheims bedeutende Studie »Le Suicide« von 1897.

Zwar haben Pflegefachpersonen von allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Disziplinen und Berufsgruppen den engsten Kontakt zu den Patienten, sie sind aber kaum wissenschaftlich tätig und können daher in der Pflege von suizidalen Menschen nur sehr beschränkt auf Pflgetheorien zurückgreifen.

Aus diesem Grund freut es mich besonders, das Vorwort zu dem vorliegenden, dringend benötigten Buch verfassen zu dürfen. Bernd Kozel hat das erste pflegefokussierte Fachbuch in deutscher Sprache vorgelegt, das sich mit der Pflege von suizidalen Menschen befasst. Sein Beitrag, der daher als »Meilenstein« gelten kann, weist eine Reihe von bedeutenden Eigenschaften auf:

Was in der Suizidologie und Literatur zur psychischen Gesundheit fehlt, sind Texte, die sich auf die tägliche, stündliche und minütliche Pflege von suizidalen Menschen beziehen und Pflegeinterventionen vorstellen, hinterfragen und entwickeln (CUTCLIFFE & STEVENSON 2007; CUTCLIFFE & SANTOS 2012). Tatsächlich stellt der Text, den ich 2007 mit Professor Chris Stevenson verfasste, den ersten Versuch dar, eine empirisch begründete Theorie zur Pflege von suizidalen Menschen zu erarbeiten und anderen zur Verfügung zu stellen (und hoffentlich voranzutreiben). Da dieser erste Beitrag in englischer Sprache verfasst wurde, ist der theoriebasierte Entwurf von Bernd Kozel zur psychiatrischen Pflege von suizidalen Menschen schon deshalb wertvoll, weil nun auch der deutschsprachige Raum mit einbezogen wird.



Der zweite Punkt betrifft die evidenzbasierte Praxis. Wie selbst eine wenig tiefgründige Recherche der aktuellen und relevanten Literatur zeigt, so ist die psychiatrische Pflege ein Gebiet, das sich der evidenzbasierten Praxis verschrieben hat. Es mag daher überraschen, dass sich gemäß verschiedenen Studien und Quellen nur schätzungsweise 15–50 % der psychiatrischen Pflegeinterventionen tatsächlich auf eine solide Evidenz berufen können.

So betont COOPER (2003), »obwohl die evidenzbasierte Pflege als rationale Basis für die psychiatrische Gesundheitsplanung in Großbritannien postuliert wird, [sind] ihre Beiträge zur Beurteilung von Pflegeleistungen bemerkenswert bescheiden [...]. Nur 10 % der klinischen Studien und Meta-Analysen untersuchen die Effektivität der Pflege, und viele Reviews erwiesen sich als nicht eindeutig.«

Das United States Department of Health and Human Services (2014) konstatiert, dass sich weniger als 50 % der gegenwärtigen Pflegehandlungen auf eine solide Evidenz berufen können. Andere einflussreichen Gruppen präsentieren noch beunruhigendere Befunde: So zeigt beispielsweise eine Studie der Nationalen Allianz für Psychische Erkrankungen (2009), dass lediglich 15 US-amerikanische Staaten in der Lage sind, angemessene und umfangreiche Informationen zur Verbreitung der evidenzbasierten Praxis vorzulegen.

Nach MARIS u. a. (2000) sind wissenschaftliche Untersuchungen zur Effektivität der Pflege von suizidalen Menschen schwierig und wurden selten gemacht. Historisch gesehen war die Pflege von suizidalen Menschen kein Praxisgebiet, das mit Autorität oder Glaubwürdigkeit behaupten konnte, sich auf solide, verlässliche evidenzbasierte Handlungsempfehlungen stützen zu können. Vielmehr mussten psychiatrische Pflegefachpersonen in ihrer hervorgehobenen Position als 24-Stunden-Betreuung von suizidalen Menschen sozusagen »ihren Weg im Dunkeln finden« – ein Zustand, der die evidenzbasierte Praxis, die in Bernd Kozels Fachbuch dargestellt und erklärt wird, dringend erforderlich macht.

Zu guter Letzt stellt Bernd Kozels Buch ein schönes Beispiel für die internationale translationale Forschung dar. Die unterschiedlichen Definitionen, die für den Begriff der translationalen Forschung existieren, beschreiben im Wesentlichen einen Korpus von wissenschaftlichen Arbeiten, die darauf abzielen, die Ergebnisse der Grundlagenforschung für die praktische Anwendung nutzbar zu machen, indem sie diese in

Empfehlungen zur Verbesserung von Prozessen und Ergebnissen der klinischen Praxis übersetzen.

Schon seit Langem schlägt sich das Gesundheitswesen mit der Frage herum, wie Wissen aus den Grundlagenwissenschaften in der Praxis angewendet werden kann. Dies ist zumindest teilweise auch auf ein Schubladendenken in den Wissenschaften zurückzuführen. So betont beispielsweise das Zentrum für Klinische und Translationale Wissenschaft (2014), dass Wissenschaftler generell nicht dafür ausgebildet sind, die Praxisanwendung ihrer Studien sicherzustellen, während Kliniker vielfach nicht mit der Formulierung von Forschungsstudien auf der Grundlage von klinischen Beobachtungen vertraut sind. Eine nahtlose Übersetzung erfordert daher mit wachsendem Wissensstand und komplizierteren Forschungsansätzen auch neue Herangehensweisen an grundlegende Gesundheitsproblematiken (<http://ccts.uth.tmc.edu/what-is-translational-research>).

Eine dieser neuen Herangehensweisen bezieht sich auf die Übersetzung von national erworbenen und klinisch bedeutsamen Ergebnissen aus der Praxis. Die Ergebnisse, die in einem Land gewonnen wurden, können auch eine wichtige Bedeutung, Anwendbarkeit und Nützlichkeit in einem anderen Land entfalten. Wie zuvor betont, befürwortet die Internationale Assoziation für Suizid solche Aktivitäten, und es wurden wiederholt größere internationale Forschungsanstrengungen in Bezug auf das Thema Suizid gefordert. So argumentiert beispielsweise die Nationale Akademie der Wissenschaften (2002) für eine »Erweiterung des zunehmend multidisziplinären Forschungsaufwandes in internationalen Bereichen, in denen kulturelle Unterschiede groß sind und sich neue Informationen ergeben könnten.«

Bernd Kozel hat sich in seinem Buch an den empirischen Ergebnissen aus verschiedenen Ländern orientiert und diese auf die klinische Praxis der Pflege von suizidalen Menschen im deutschsprachigen Raum übersetzt und angewendet. Sein Buch stellt daher einen wegweisenden und überzeugenden Beitrag zur internationalen translationalen Forschung der Suizidologie dar.

Alles in allem ist das vorliegende Buch eine sehr willkommene und dringend benötigte Ergänzung zur begrenzten Literatur über die Pflege von suizidalen Menschen. Es ist ein evidenzbasiertes Fachbuch sowie ein ausgezeichnetes und seltenes Beispiel der internationalen translationalen Forschung. Das Buch ist verständlich geschrieben und voller An-

regungen; ich möchte es allen Pflegefachpersonen, die mit suizidalen Menschen arbeiten, dringend zur Lektüre empfehlen. Die Zeit ist sinnvoll investiert!

*Prof. Dr. John Cutcliffe*

*Außerordentlicher Professor für Psychiatrische Gesundheits-  
und Krankenpflege der Universitäten Ottawa (Kanada),  
Coimbra (Portugal) und Malta*

## Beziehung und Kommunikation

Das zentrale Element in der Begegnung mit suizidalen Menschen ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung: »Wenn Patienten danach gefragt werden, was sie gebraucht hätten, damit sie vor ihrem Suizidversuch mit jemandem hätten darüber sprechen können, dann antworten sie häufig: ›Ich hätte jemanden gebraucht, der zuhören kann und nicht Angst vor einem Gespräch über Suizidgedanken hat« (MICHEL 2002, S. 730).

Eine tragfähige Beziehung ist die Basis, um Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung ihrer suizidalen Krise erfolgreich unterstützen zu können. Die Betroffenen benötigen während und nach der suizidalen Krise die Begegnung mit einem vertrauensvollen Menschen, um einen Weg zurück ins Leben und in die menschliche Gemeinschaft zu finden. Das Herstellen einer soliden Beziehung zum suizidalen Menschen ist so wichtig, dass dies gar nicht genug betont werden kann. Die besten therapeutischen Techniken sind wertlos, wenn vorher keine entsprechende Beziehung zum suizidalen Menschen aufgebaut werden konnte (RUDD 2006a, S. 19).

Ein Mensch erinnert sich nur dann an eine bedeutsame zwischenmenschliche Bindung, wenn er eine bedrohliche Situation erlebt hat, in der er sich auf eine »sichere Basis« verlassen konnte. Eine Pflegefachperson kann zu einer »sicheren Basis« für einen suizidalen Menschen werden, wenn dieser eine bedeutsame und lebensorientierte Beziehung zu dieser Person erlebt hat (BOWLBY 1998; GYSIN-MAILLART & MICHEL 2013).

SEAGER (2012, S. 333 f.) weist darauf hin, dass es letztlich um die Qualität der Beziehung und Bindung geht, die einem suizidalen Menschen die notwendige psychische Sicherheit vermittelt, um eine Krise zu bewältigen. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass der suizidale Mensch:

- weiß, dass es mindestens einen anderen Menschen gibt, dem er zumindest ein gewisses Grundvertrauen (Bindung) entgegenbringen kann, zu dem ein regelmäßiger Kontakt besteht und der in einer Situation großer Bedürftigkeit rasch Unterstützung anbietet, der an einen denkt und der empathisch ist.
- sich mit einem anderen Menschen sozial verbunden fühlt und in dieser Verbundenheit ein Gefühl der Zugehörigkeit, Identität, gemeinsam geteilter Bedeutungen und gemeinsamer Intentionen entwickelt.

**Eine solide und tragfähige Beziehung ist suizidpräventiv und stellt das wichtigste Element in der Begegnung mit einem suizidalen Menschen dar.**

Der Aufbau einer tragfähigen und helfenden Beziehung zum suizidalen Menschen gelingt, wenn die Pflegefachperson der Patientin, dem Patienten, die folgenden Erfahrungen ermöglicht (BASSLER u. a. 1995; MICHEL 2010):

- Der Patient bekommt ausreichend Raum, über sich selbst zu sprechen.
- Der Patient erlebt, dass die Pflegeperson ihm wertfrei zuhört und ihm zugewandt ist.
- Der Patient erfährt Offenheit und Interesse an seinem inneren Erleben.
- Der Patient spürt, dass er verstanden wird, und er glaubt, dass ihm geholfen wird.
- Der Patient spürt, dass er mit der Pflegeperson einen »Verbündeten« an seiner Seite hat.
- Der Patient hat das Gefühl, dass an seinen Gesundheitsproblemen gearbeitet wird.
- Der Patient hat das Gefühl, dass er sich auf die Pflegeperson verlassen kann.

Wie kann eine Pflegefachperson nun konkret vorgehen, um gezielt die Voraussetzungen für den Aufbau einer soliden und tragfähigen Beziehung zu schaffen, in der sich eine suizidpräventive Wirkung entfalten kann?

## **Grundhaltung**

Die Pflegefachperson fördert die zwischenmenschliche Beziehung zu einem suizidalen Menschen zunächst dadurch, dass sie eine beziehungs-fördernde Grundhaltung einnimmt (SONNECK 2000, S. 179). Diese zeigt sich zum Beispiel in den folgenden Aussagen:

- Ich nehme den anderen an, wie er ist.
- Ich fange dort an, wo der andere steht.
- Ich zeige, dass ich mit dem anderen Kontakt aufnehmen will.
- Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren.
- Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?).
- Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe.
- Ich orientiere mich an den Bedürfnissen des Patienten.
- Ich arbeite an einem partnerschaftlichen Arbeitsbündnis und vermeide objektivierende Distanz.

Im Gegensatz dazu sollten die folgenden Verhaltensweisen unbedingt vermieden werden, da sie den Beziehungsaufbau stören oder ganz verhindern (Kulesa 1985, zitiert nach SONNECK 2000, S. 178):

- vorschnelle Tröstung (»Sie kommen da schon wieder raus«);
- Ermahnung (»Das machen Sie aber nicht wieder, Sie haben doch noch Ihr ganzes Leben vor sich«);
- Verallgemeinerung (»Partnerschaftsprobleme hat doch jeder mal gehabt«);
- Ratschlag (»Ziehen Sie doch um«);
- Belehrung (»Hätten Sie nicht früher zu uns kommen können?«);
- Herunterspielen des Problems (»Sie finden schon wieder einen neuen Partner«);
- Beurteilen und Kommentieren (»Bei Ihrer Lebensweise wundert mich das nicht«);
- Nachforschen, Ausfragen, Analysieren (»Wie war eigentlich das Verhältnis zu Ihrem Vater? Kann es sein, dass ...«);
- vorschnelle Aktivitäten entwickeln (»Kommen Sie, ich rufe gleich mal Ihre Freundin an«).

## **Beziehungsfördernde Kommunikationsstrategien**

Eine respektvolle, partnerschaftliche Kommunikation zeigt sich nicht zuletzt in der Sprache. Im Folgenden werden einige Strategien beschrieben, die gelingende Kommunikation befördern. Dabei sind verschiedene Ansatzpunkte möglich, die Verständnis und Akzeptanz signalisieren, die Bereitschaft, zuzuhören, und dafür die Zeit zu haben, die nötig ist.

Die dazugehörigen Beispielsätze sollen die Richtung zeigen; es ist nicht notwendig, sie auswendig zu lernen. Was Sie sagen, sollten Sie auch meinen; Patienten merken, ob eine Pflegefachperson meint, was sie sagt, oder nicht. Es ist hilfreich, wenn Sie diese Technik vorher einmal in einer Fortbildung oder im Team ausprobieren und feststellen, wie sich durch die Art der Kommunikation ein Gespräch entwickeln lässt.

## **Die Sprache des suizidalen Menschen aufgreifen**

Der Psychotherapeut Wolfram DORRMANN (2012, S. 48f.) beschreibt beziehungsfördernde Kommunikationsstrategien, die er erfolgreich bei suizidalen Menschen anwendet. Dazu gehört das Angleichen des eigenen Sprachstils an das sprachliche Repräsentationssystem des Patien-

ten, der Patientin. Die Pflegeperson versucht, im Gespräch zu erkennen, mit welchem Repräsentationssystem der suizidale Mensch hauptsächlich kommuniziert, um dieses dann in den eigenen Formulierungen aufzugreifen. Wenn der Patient beispielsweise einen »visuellen« Begriff nutzt, verwendet die Pflegefachperson ebenfalls eine entsprechende Formulierung.

### Die Sprache des suizidalen Menschen aufgreifen

(nach DORRMANN 2012, S. 49)

Repräsentations- system	Äußerung des Patienten	Aufgreifen des Repräsentations- systems durch die Pflegeperson
Visuell	»Ich sehe keinen Sinn mehr.«	»Sie betrachten das als ...«
Auditiv	»Ich will einfach nur Ruhe.«	»Das klingt, als ob Sie ...«
Kinästhetisch	»Es ist unerträglich.« »Mich zieht das Wasser richtig an.«	»Sie sind da wohl wirklich in einer schwierigen Lage.« »Wann / wo spüren Sie dieses Ziehen?«
Olfaktorisch, gustativ	»Mir stinkt dieses Scheiß- leben einfach.«	»Es kann sein, dass einiges, was ich Ihnen jetzt sagen muss, nicht so ganz nach Ihrem Geschmack ist.«

Eine weitere Strategie kann darin bestehen, dass die Pflegefachperson ihren Sprachstil dem des suizidalen Menschen anpasst. Zum Beispiel kann er schnell oder langsam, überlegt oder spontan, flüssig oder abgehakt, monoton oder melodisch sprechen. Zusätzlich kann das non-verbale Verhalten des suizidalen Menschen beachtet und gespiegelt werden, indem die eigene Sitzhaltung und die eigenen Körperbewegungen angeglichen werden (DORRMANN 2012, S. 48 f.).

### Sich dem Interaktionsstil des suizidalen Menschen anzupassen, kann beziehungsfördernd sein.

Die Sprache des Patienten, der Patientin, aufzugreifen, kann auch ganz wörtlich und in einem erweiterten Sinn bedeuten, eine fremde Sprache oder einen Dialekt zu benutzen, wenn die Bezugspflegeperson dieser mächtig ist. Im besten Fall wird schon bei der Auswahl der Bezugspfle-



geperson darauf geachtet werden, ob ein Teammitglied »die gleiche Sprache spricht«.

### **Akzeptanz signalisieren**

Eine andere hilfreiche kommunikative Technik für den Beziehungsaufbau zu suizidalen Menschen stellen sogenannte akzeptanzorientierte Strategien dar. In der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) werden akzeptanzorientierte therapeutische Methoden als »Validierungsstrategien« bezeichnet.

Diese zielen darauf ab, dem Patienten zu vermitteln, dass seine Verhaltens- und Erlebensweisen aus seiner subjektiven Sicht heraus stimmig sind. Dadurch wird bei dem Patienten die Wahrnehmung verstärkt, dass die Pflegefachperson Verständnis für seine Situation aufbringt (»Die Bezugspflegeperson versteht mich, ich bin bei ihr gut aufgehoben«; BOHUS & WOLF 2011, S. 24).

### **Eine validierende Gesprächsführung führt zum Aufbau von Vertrauen und stärkt die Selbstachtung der Patientin, des Patienten.**

Validieren bedeutet nicht, dass die Meinungen und Sichtweisen der Patienten bedingungslos gutgeheißen oder übernommen werden müssen. »Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie einen Suizid in Ihrer Situation als die letzte mögliche Lösung betrachtet haben« bedeutet nicht, dass dies eine sinnvolle Sichtweise oder die einzig mögliche Einstellung ist (ebd., S. 315).

Validiert werden können Gedanken, Gefühle, Handlungen, Meinungen, Wünsche, Anstrengungen, Beziehungen und Situationen (von anderen und der eigenen Person). Wie kann validiert werden? Es geht darum, sich in die Situation des anderen zu versetzen, aufmerksam zuzuhören, nachzufragen, etwas zurückzumelden, eine angemessene Körpersprache zu zeigen und unterstützend zu sein (ebd.).

### Validierend kommunizieren ↓ (vgl. BOHUS & WOLF 2011, S. 316f.)

- Zeigen, dass man zuhört, ohne zu bewerten
- Sich selbst gegenüber aufmerksam sein
- Die Gefühle des anderen beschreiben, ohne zu bewerten
- Zusammenfassungen anbieten; klären, was gesagt worden ist
- Toleranz und Offenheit zeigen
- Ohne Vorurteile kommunizieren
- Achtsam sein und das Gegenüber beobachten
- Das Gegenüber als kompetent behandeln
- »Radikale Echtheit« zeigen

Beispiele:

**Gedanken** → »Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie dachten, Sie möchten nur noch tot sein ...«

**Gefühle** → »Ich sehe ein, dass Sie wütend sind, wenn Sie glauben, dass ...«

**Handlungen** → »Ich finde es verständlich, dass Sie in dieser für Sie schweren Situation Ihre ehemalige Freundin angerufen haben.«

**Meinungen** → »Ich kann gut verstehen, dass Sie die Meinung hatten, nur ein Suizid bleibt als Lösung, nachdem Sie erleben mussten, wie ...«

**Wünsche** → »Habe ich Sie richtig verstanden: Sie wären froh, wenn ich regelmäßig nach Ihnen schaue? Das gäbe Ihnen ein Gefühl von Sicherheit?«

**Anstrengungen** → »Ich finde, Sie haben sich bisher sehr bemüht, Ihren Impuls, Suizid zu begehen, zu kontrollieren. Vielleicht können Sie noch versuchen, sich etwas früher bei mir zu melden, bevor es Ihnen wieder so schlecht geht wie heute Vormittag.«

**Beziehung** → »Ich schätze sehr die gute Beziehung zu Ihnen, gerade deshalb möchte ich ...«

**Situation** → »Die Situation ist gerade ganz schön verfahren, vielleicht können wir später noch mal ...«

Das Gegenteil von Validieren ist Invalidieren. Damit ist ein Kommunikationsstil gemeint, bei dem das emotionale Erleben des anderen entwertet, nicht ernst genommen oder für falsch erklärt wird (»Das ist doch nicht so schlimm«; »Reiß dich mal zusammen«; »Was ist denn jetzt wieder los?«; »Wie können Sie nur so einen Quatsch machen?«). Weitere Beispiele für Invalidierung sind: Drohungen aussprechen, aggressiv sein, andere Personen ignorieren, Vorurteile und Kritik ausspre-

chen, Missverständnisse nicht klären, darauf beharren, dass man Recht hat und der andere nicht (BOHUS & WOLF 2011, S. 317).

Die DBT unterscheidet sechs spezifische Validierungstechniken (V1–V6), die auch für die Kommunikation mit suizidalen Menschen geeignet sind. V1, V2, V3 und V6 sind besonders für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung geeignet («Die Pflegeperson versteht mich, bei ihr bin ich richtig»). V4 etabliert eher die Pflegeperson in der Rolle des Experten, der einen Kontext zu persönlichen Erfahrungen, aktuellen Lebenssituationen oder einer Erkrankung herstellt («Sie haben Ihren Partner verloren, sind verschuldet und haben vor Kurzem einen Suizidversuch unternommen, das bedeutet aus meiner Sicht, dass Sie Gefahr laufen, einen Suizid als Lösung Ihrer Schwierigkeiten zu betrachten»). V5 ist eine Strategie zur Förderung der Einsicht in die persönliche Situation, dadurch wird unter Umständen eine Veränderung im Denken oder Verhalten herbeigeführt (ebd., S. 26).

### Die sechs Validierungsstrategien aus der DBT

(nach BOHUS & WOLF 2011, S. 25; LEIHENER 2012)

Strategie	Beispiel
(V1) Ich lasse dich spüren, dass mich das interessiert.	Pflegeperson: »Das kann ich nachvollziehen.«
(V2) Ich spiegle dir, was bei mir angekommen ist.	Patientin: »Ich wollte nur noch sterben.« Pflegeperson: »Sie hatten den Wunsch, tot zu sein.« Patientin: »Genau, mein Wunsch war, tot zu sein.«
(V3) Ich verbalisiere etwas, das ich empathisch wahrgenommen habe, du aber nicht ausgesprochen hast.	Patientin: »Ich wollte nur noch sterben.« Pflegeperson: »Sie konnten gar keinen anderen Gedanken mehr fassen.«
(V4) Ich zeige im Kontext deiner Erfahrungen, deiner aktuellen Lebenssituation oder deiner Erkrankung Verständnis für dein Verhalten.	Patientin: »Ich wollte nur noch sterben.« Pflegeperson: »Nachdem Sie schon einmal erlebt hatten, dass ..., ist das nachvollziehbar.«
(V5) Ich mache die deinem aktuellen Verhalten zugrunde liegende Annahme deutlich.	Patientin: »Ich wollte nur noch sterben.« Pflegeperson: »Nun, wenn Sie angenommen haben, es gibt überhaupt keine Möglichkeit mehr für ..., dann ist klar, dass Sie nur diesen Weg sahen.«
(V6) Ich vermittele dir, dass dein Verhalten und deine Gefühle »ganz normal« sind, und reagiere authentisch.	Patientin: »Ich wollte nur noch sterben.« Pflegeperson: »Das ist eigentlich sehr verständlich, das hätte mir genauso gehen können.«

## Dem suizidalen Menschen Raum geben

FREI u. a. (2012) haben mit einer Gesprächs- und Interaktionsanalyse von therapeutischen Gesprächen mit Menschen nach einem Suizidversuch herausgearbeitet, was einen gelingenden von einem misslingenden Beziehungsaufbau unterscheidet.

Ein wichtiges Kriterium war das Verhältnis der Redezeit der Therapeutin zur Redezeit der Patientin. Die als »schlecht« bewerteten Gespräche zeigten eine einseitige Gesprächsdominanz. Ungünstig war es sowohl, wenn die Therapeutin die meiste Redezeit beanspruchte, wie wenn sie sich passiv zurückzog und die Patientin fast die ganze Zeit reden ließ. Bei den Gesprächen mit einem gelingenden Beziehungsaufbau lag das Verhältnis der Redeanteile zwischen Therapeut und Patient ungefähr bei 2:5.

## Dem Patienten Raum für die Entfaltung seiner eigenen Geschichte zu geben fördert den Beziehungsaufbau.

Bei einem gelingenden Beziehungsaufbau zeigte sich die Therapeutin während des ganzen Gesprächs verbal wie nonverbal aufmerksam zugewandt und kooperativ. Auffällige Missverständnisse kamen nicht vor, das Gespräch verlief weitgehend störungsfrei und flüssig. Aufkommende Missverständnisse wurden gemeinsam und sofort geklärt. Die Therapeutin reagierte immer vorhersehbar, angemessen und einfühlsam auf ihr Gesprächsgegenüber und ließ ihm genügend Zeit und Raum, um seine Geschichte zu erzählen, ohne jedoch ihm die Gesprächsführung zu überlassen.

Die Patientin wurde als die Expertin ihrer eigenen Geschichte angesehen und auch so behandelt. Dadurch wurde etwas Wichtiges gemeinsam hergestellt: das geteilte Verständnis der Geschichte der Patientin. Der Wert des Lebens wurde durch einen guten und positiv bewerteten Beziehungsaufbau im Hier und Jetzt betont.

In misslingenden Gesprächen wurde der Geschichte der Patientin dagegen nur wenig Raum zur Entfaltung gelassen. Die Therapeutin war eher unaufmerksam, und es kam wiederholt zu Missverständnissen.

In diesen Gesprächen kommunizierte die Therapeutin autoritär, indem sie stets ihren Anspruch auf die Deutungshoheit der Geschichte der Patientin unterstrich. Es konnte somit nicht zu einem geteilten Verständ-

nis der Geschichte der Patientin kommen, weil sie zu wenig Vertrauen in die Fähigkeit ihres Gesprächsgegenübers hatte, seine Geschichte selbst zu entwickeln. Im Gegensatz dazu wurde in einem Gespräch mit gelungenem Beziehungsaufbau das Gespräch in Übereinstimmung und Rücksprache mit der Patientin gemeinsam entwickelt und organisiert.

## Beispiele gelingender und misslingender Interaktionsgestaltung

(nach FREI u. a. 2012)

### Positive Beispiele

»Mhm, das ist jetzt gerade das, wo ich noch ein wenig weiter fragen will ...«

»Ich versuche ein wenig herauszufinden, wie denn jemand dazu kommt, jetzt gerade das zu tun ...«

»Darf ich nur einmal noch auf den Samstag zurückkommen, Sie haben mit ...«

»Ich frage jetzt einfach etwas dumm, was hat diese Freundschaft für Sie bedeutet, warum war das wohl so eine Krise für Sie ...«

### Negative Beispiele

»Ich weiß nicht, wie weit Sie da schon vororientiert sind ...«

»Ich will mit Ihnen vor allem diese Episode ein wenig besprechen ...«

»Was mir jetzt auffällt, ...«

»Ich würde meinen, einfach von diesem Tag an ...«

»Ich glaube, es ist schon etwas Wichtiges, ...«

»Ich denke, dort kommt sehr viel von diesem Durcheinander her ...«

MICHEL u. a. (2004) konnten zeigen, dass suizidale Menschen die therapeutische Beziehung als signifikant besser beurteilten, wenn ein narrativer Ansatz gewählt wurde.

Mit dem narrativen Interview wird die Erzählung des suizidalen Menschen zu den Ereignissen und Umständen, die der suizidalen Krise vorausgegangen sind, genutzt, um ein gemeinsames Verständnis für seine Situation zu entwickeln. Dadurch dass die eigene Geschichte einem aufmerksamen Zuhörer erzählt wird, gibt der suizidale Mensch den Ereignissen eine Bedeutung, aus der eine kohärente Geschichte entstehen kann (MICHEL & VALACH 2010). Das Mitteilen der eigenen Geschichte kann eine therapeutische Wirkung entfalten. Beispielsweise kann die Erzählung zur eigenen suizidalen Krise statt mit dem Tod mit lebensorientierten Zielen enden.

Der narrative Ansatz wird als patientenorientiertes Modell in den Richtlinien zum Umgang mit suizidalen Menschen der Aeschi-Arbeitsgruppe (Internationales Austauschforum führender Experten der klinischen Suizidprävention) empfohlen.

### Richtlinie für den Umgang mit suizidalen Menschen der Aeschi-Arbeitsgruppe ↓ (MICHEL u. a. 2002)

- Im Gespräch mit dem suizidalen Menschen muss das Ziel des Therapeuten sein, ein gemeinsames Verständnis der Suizidalität zu finden.
- Der Therapeut sollte berücksichtigen, dass suizidale Menschen oft die Tendenz haben, sich zurückzuziehen. Sie sind aber bereit, sich zu öffnen, wenn der Therapeut, die Therapeutin, sich bemüht, das innere Erleben des Menschen zu verstehen und nachzuvollziehen.
- Die Haltung des Therapeuten muss empathisch und wertfrei sein. Dies zeigt sich darin, dass er dem Menschen gegenüber offen und bereit ist, zuzuhören. Menschen haben im Allgemeinen eine gute narrative Kompetenz.
- Eine suizidale Krise hat immer eine Vorgeschichte und einen biografischen Bezug.
- Auch ein erstes Gespräch sollte darauf ausgerichtet sein, eine therapeutische Beziehung herzustellen.

Das Ziel des narrativen Interviews ist es, dem suizidalen Menschen die Möglichkeit zu geben, seine eigene Perspektive und sein eigenes Erleben in einer zusammenhängenden Geschichte zu erzählen (GYSIN-MAILLART & MICHEL 2013, S. 56). Einerseits erleichtert dies den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen dem suizidalen Menschen und der Pflegefachperson, andererseits kann in der Analyse der Erzählung des suizidalen Menschen das individuelle Handlungsmuster sichtbar werden, das ihn in die »Sackgasse« der Suizidalität geführt hat. In einem zweiten Schritt geht es dann darum, gemeinsam mit dem Patienten alternative Handlungspläne zu entwickeln und einzuüben (MICHEL 2004).

Die Geschichte, die ein suizidaler Mensch während eines narrativen Interviews erzählt, kann auch einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung der Suizidgefährdung liefern (siehe Pflegediagnose, S. 21), weil wichtige Einschätzungselemente in einen größeren Kontext gestellt werden können (beispielsweise wird mit einer Patientin ein narratives Interview durchgeführt, die Suizidgedanken, Suizidabsichten und einen Suizidplan hat – damit ist sie grundsätzlich sehr suizidgefährdet. Während des narrativen Interviews wird jedoch deutlich, dass dies vor allem da-

mit zusammenhängt, dass sie dem tragischen Missverständnis unterliegt, an Demenz erkrankt zu sein).

Auch das Fokusassessment mit dem »Suicide Status Form II«-Bogen kann unter Umständen sehr gut im Anschluss an ein narratives Interview durchgeführt werden (siehe S. 46 ff.).

### **Anleitung zur Durchführung eines narrativen Interviews** ↓

1. Informieren Sie den Patienten, dass Sie mit ihm gern ein Interview durchführen möchten, in dem es nicht um ein Frage-Antwort-Gespräch geht. Sie möchten seine persönliche Geschichte hören und werden nur aufmerksam zuhören, ohne zu unterbrechen.

2. Informieren Sie den Patienten, die Patientin, dass Sie sich Notizen machen werden (oder das Gespräch aufzeichnen).

3. Wählen Sie eine Gesprächseröffnung, die die Wörter »Geschichte« oder »erzählen« enthält. Das narrative Interview kann im Stil der folgenden Beispiele eröffnet werden (MICHEL & VALACH 2010):

- »Als Erstes möchte ich von Ihnen selbst erzählt bekommen, wie es dazu kam, dass Sie sich selbst verletzten / mit Suizidgedanken zu uns in die Klinik kamen.«
- »Ich würde gerne von Ihnen die Geschichte hören, die zu Ihrer suizidalen Krise geführt hat.«
- »Können Sie mir erzählen, wie Sie an den Punkt kamen, Ihrem Leben ein Ende setzen zu wollen?«

4. Lassen Sie die den Patienten, die Patientin, so lange erzählen, bis die Erzählung erkennbar selbst beendet wird (z. B. durch entsprechende Äußerungen, Gesten oder durch Mimik).

Halten Sie mögliche Gesprächspausen der Patientin, des Patienten, aus, ohne vorschnell Nachfragen zu stellen. Achten Sie besonders darauf, dass Sie sich gute und umfangreiche Notizen zu der Geschichte machen (optimal wäre eine Aufzeichnung).

5. Fragen Sie bei Unklarheiten oder nicht angesprochenen Themen nach. Stellen Sie Verständnisfragen sparsam und am besten am Ende des narrativen Interviews (»Darf ich noch auf den Samstag zurückkommen, Sie haben mit ...«).

6. Machen Sie nach dem narrativen Interview einen Folgetermin mit dem Patienten ab. Fassen Sie das narrative Interview schriftlich zusammen und besprechen Sie die Zusammenfassung mit ihm am Folgetermin, um eventuelle Handlungsmuster zu identifizieren, das Verständnis für die Umstände der suizidalen Krise zu erweitern und gemeinsam Bewältigungsstrategien zu entwickeln.