

Trauma und Suizid- Suizid und Trauma

Die Entschleierung des Grabtuchs von Trauma
und Suizid: Revitalisierung von Wachstum und
Gedeihen

Woltemade Hartman Ph.D

Leiter des Milton H. Erickson Instituts Südafrika

President: Ego State Therapy International

Mein heutiger
Vortrag beginnt mit
einer Fallstudie

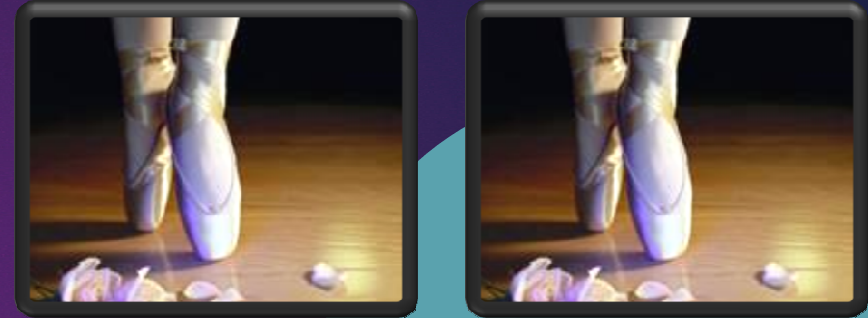
Der Fall Louise



Biografie und Hintergrundinformationen

3

Die Tragödie



- Großartige Frau, Schönheitskönigin und Ballettlehrerin
- 31 Jahre alt
- 2 Kinder: ein Junge, 9 Jahre alt und ein Mädchen, 5 Jahre alt
- Zum 2. Mal verheiratet (13 Jahre älterer Partner)
- Erschoß sich unter tragischen Umständen

Biografie und Hintergrundinformationen

4

Ihre Stärken.....

- Externe Ressourcen
 - Stabile frühe Kindheit, bis zum Alter von 15 Jahren
 - Stabiles Elternhaus, glückliche Ehe
 - Erfolgreiche Karriere
 - Fürsorgliche Eltern
 - Gute Geschwisterbeziehungen
 - Gute Freunde



Biografie und Hintergrundinformationen

5

- Interne Ressourcen
 - Äußerst intelligent
 - Kreativität
 - Künstlerische Begabung
 - Teilnahme an Tanz, Theater, Schauspiel und Gesangsveranstaltungen auf nationaler und internationaler Ebene
 - Religiösität



Biografie und Hintergrundinformationen

6

Louises Vorgeschichte

- Das dritte von vier Kindern: 2 Jungen und 2 Mädchen
- Moderate depressive Verstimmung und unsicheres, unausgewogenes Verhalten im Alter von 16 Jahren
- Traditionelle und religiöse Familie, aber nicht übermäßig religiös
- Rebellierte gegen die Regeln des Vaters. Keine realitätsfremden Regeln
- Erster Suizidversuch mit 17 Jahren, nahm eine Überdosis Medikamente nach einem Streit mit dem Vater



Biografie und Hintergrundinformationen

7

- Intelligent, sehr gut bestandenes Abitur
- Begann zu arbeiten und wurde selbstständig
- Drei Beziehungen, jeweils nur von kurzer Dauer
- Mit 21 Jahren wurde sie schwanger
- Zog Abtreibung in Betracht, entschied sich aber letztendlich auf Grund religiöser Motive dagegen
- Louise und ihr Partner entschlossen sich, das Kind zu behalten; die darauffolgende Ehe hielt 4 Jahre lang

Biografie und Hintergrundinformationen

8

- Hitzige Beziehung mit viel Streit
- Ehemann hat außereheliches Verhältnis
- Zweiter Suizidversuch, Überdosis Medikamente
- Scheidung, vollständige Erholung und Unabhängigkeit
- Balletlehrerin mit eigener Ballettschule – finanziell abgesichert
- Erneute Heirat nach 2 Jahren
- Zweiter Ehemann adoptiert ihre beiden Kinder



Biografie und Hintergrundinformationen

9

- Erneut hitzige Beziehung mit dem zweiten Ehemann
- Ehemann hat außereheliches Verhältnis
- Hauptproblem: Louise verdient wesentlich mehr als ihr Ehemann
- Heftige Auseinandersetzungen mit Suizidandrohungen
- Nimmt Medikamente gegen depressive Stimmung
- Beziehung verschlechtert sich weiter
- Etliche Suizidversuche, z.B. Erhängen, Überdosis, droht sich zu erschießen etc.
- Ältester Sohn wird Zeuge einiger Suizidversuche



Biografie und Hintergrundinformationen

10

- Ältester Bruder ist klinischer Psychologe und unterstützt die Familie
- Ehemann verweigert psychotherapeutische Interventionen für seine Frau
- Stetige Bitte der eigenen Familie an den Ehemann, die Waffe aus dem Haus zu beseitigen; dieselbe Empfehlung des Psychiaters
- Konsultiert Psychiater und Einnahme von Antidepressiva



Biografie und Hintergrundinformationen

11

- Klagt beim Psychiater über :
 - Episoden des Abdriftens und “Verschwindens
 - Extreme Wutanfälle
 - Panikattacken
 - Depression
 - Impulsivität
 - Nicht “klar denken” können
 - Desorientiertheit



Biografie und Hintergrundinformationen

12

- Kontrollverlust
 - Gefühl der Leere
 - Kein Ich-Erleben / Falsches Ich-Erleben
 - Keine Zielstrebigkeit, sieht keinen Sinn im Leben
 - Ehemann hat eine Affäre
-
- Ruft Ehemann auf dessen Arbeitsstelle an und kündigt an, sich erschießen zu wollen
 - Begeht letzten Endes Selbstmord, indem sie sich erschießt

Biografie und Hintergrundinformationen

13

Selbstmord voller Wut

Ehemann zutiefst bestürzt, aber Aufrechterhaltung der Affäre

Ehemann verspricht Kindern, dass sie bei ihm bleiben werden

Ein Jahr nach Louises Tod erneute Heirat des Ehemannes

Kinder leben zusammen mit ihm und der neuen Frau

Neue Frau lehnt Kinder ab

Sie kontaktieren den Bruder von Louise (Psychologe) und sagen, dass sie sich nicht länger um die Kinder kümmern wollen

Adoption der Kinder durch den Bruder



Die Frage stellt sich.....

14

In welchem Ausmaß hat traumatischer Stress eine Rolle bei Louises Suizid gespielt?

Und:

Wie wurden die Kinder durch den Selbstmord beeinträchtigt? Was lernen wir von diesem Fall, bezüglich effektiver Prävention in solchen Fällen für die Zukunft?



**Entscheiden Sie selbst angesichts der
folgenden Informationen.....**

Ein “Einfach-zu-verstehendes Modell” von Suizidalität.....

(Rudd, Joiner and Rajab, 2004; Rudd, 2012)

Die folgende Darstellung zeigt die ursprünglichen Entwicklungsstufen, welche “natürliche Vulnerabilitäten” oder Prädispositionen für suizidales Verhalten als Bewältigungsstrategien bei erheblicher Traumatisierung und Belastung erzeugen

Prädisposition für Selbstmord

Genetische Faktoren
Biologische Faktoren
Vorgeschichte von Trauma/
traumatischem Stress,
Misshandlung
Impulsivität
Aggressivität
vorherige Suizidalität
Psychiatrische Vorgeschichte /
Erkrankung

Trigger (interne und externe)

Verlust der Arbeitsstelle
Beziehungsprobleme
Juristische Probleme
Trauma / Akuter traumatischer
Stress
Weitere Stressoren

**Suizidales
Glaubenssystem**
Gründe fürs Leben
Gründe fürs Sterben
Hoffnungslosigkeit

Dysfunktionales Bewältigungsverhalten

Suizidversuche
Selbstverletzendes Verhalten
Drogenmissbrauch
Vorbereitung auf den Tod
Sozialer Rückzug

Emotionale Reaktion

Panik,
Depression, Wut,
Scham, Schuld

Physiologische und weitere psychologische Reaktionen

Schlafstörungen
Unruhe,
Geminderte kognitive /
exekutive Funktionen

Synchron

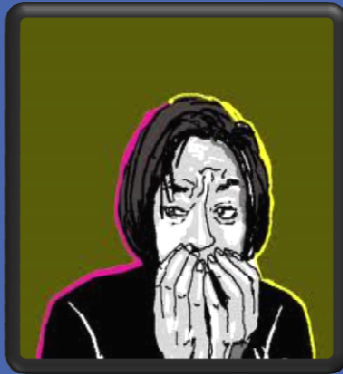
**The Suicidal Mode For
BCBT**
(Rudd, 2012)

Eine Anmerkung.....



Natürlich können wir über die Diagnosen von Louise und ihren Kindern diskutieren, aber lassen sie uns doch einmal für gewöhnlich weniger beachtete Faktoren betrachten, welche sehr wohl mit Trauma sowie traumatischem Stress und den bestehenden Verbindungen zum Phänomen Suizid verknüpft sind

Trauma und traumatischer Stress



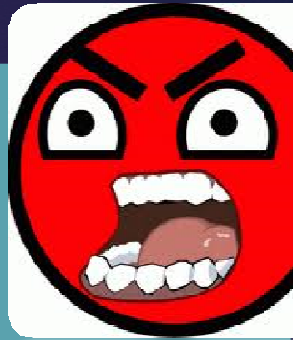
Was ist Trauma?

Trauma ist eine überwältigende Stresssituation, ein toxischer Zustand, der mit Gefühlen von Ohnmacht, Todesangst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und mit Dissoziation einhergehen kann (Peichl, 2007)

Jede Erfahrung, welche eine Prägung hinterlässt und negative Effekte und Wiederholungen aus einem oder mehreren der sensorischen, emotionalen oder kognitiven Systeme aufsteigen lässt, ist ein Trauma. Ein Ereignis war traumatisch, wenn die betroffene Person es als traumatisch empfindet.

Es sind eher die andauernden, schädlichen Effekte eines Erlebnisses, welche ein Trauma ausmachen, als die Art des Ereignisses selbst. Hier sind die längerfristigen psychischen Folgewirkungen gemeint.

Traumatischer Stress



Zeigte Louise einige oder mehrere der folgenden Symptome von traumatischem Stress?

- Überaktivierung des SNS: Überregung, Einengung
 - Physisch: Muskelanspannung, übersteigerte Schreckreaktion
 - Mental / emotional: Tendenz zu Angst oder Panikattacken, Wutanfällen, rasenden Gedanken, Sorgen

Traumatischer Stress



Zeigte Louise einige oder mehrere der folgenden Symptome von traumatischem Stress?

- Überaktivierung des PNS: Abschalten, Dissoziation
 - Physisch: Wenig Energie, Erschöpfung, Taubheitsgefühl, schwaches Immunsystem
 - Mental / Emotional: Depression, Dissoziation, Apathie, Beziehungsabbruch, verlangsamte Reaktionen

Traumatischer Stress



Zeigte Louise einige oder mehrere der folgenden Symptome von traumatischem Stress?

- Doppelte Überaktivierung:

Beide Zweige des ANS sind gleichzeitig überaktiviert: Unter der Depression verbirgt sich Panik

Traumatischer Stress und Gehirn



Was können wir über Louises exekutive Funktionen sagen?



Exekutive Funktionen des präfrontalen Kortex

27

Funktionen, die es uns erlauben.....

unsere Aufmerksamkeit auf Wichtiges zu richten

Moralische Werte und Ziele zu erinnern

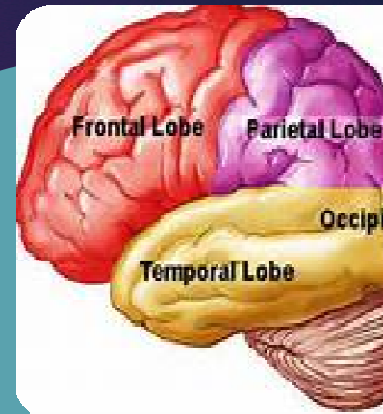
Die eigenen Kapazitäten für Vernunft und Imagination
auszuschöpfen

Über Emotionen, Intensionen, Motive und Verhalten zu
reflektieren

Automatische und gewohnte Reaktionsmuster zu hemmen

Trotz gegebener Schwierigkeiten in Einklang mit unseren

Werten und Einsichten zu denken und zu handeln



Exekutive Funktionen des präfrontalen Kortex

28

- Selektive Aufmerksamkeit, Fähigkeit zur Konzentration
- Funktionierendes Gedächtnis: Nachdenken über Alternativen aus der Vergangenheit bis hin zur Gegenwart
- Selbstbeobachtung: Introspektion und Reflektion bezüglich eigener Gedanken, Emotionen, Motive und Impulse
- Reaktionshemmung: Fähigkeit Gedanken, Gefühle, Motive, Impulse und Verhaltensweisen zu hemmen oder auszublenden

Die Vorgeschichte von Louise zeigt die Einschränkung ihrer exekutiven Funktionen deutlich



Starke Erregung beeinträchtigt die Funktion des präfrontalen Kortex

29

Traumatischer Stress verursacht die Freisetzung von Neuromodulatoren in das Periphere und Zentrale Nervensystem

Vorbereitung unseres Körpers auf Kampf oder Flucht

Im Gehirn ist der präfrontale Kortex “ausgeschaltet”. Folglich kann eine Person ihre Aufmerksamkeit nicht lenken, Werte oder Ziele geistig verfolgen, logisch denken, automatische Reaktionen hemmen oder sich Alternativen ausmalen

‘Primitive’ subkortikale Strukturen kontrollieren das Verhalten und installieren vorprogrammierte oder gewohnte Reaktionen, wie beispielsweise Suizid-Besessenheit



Starke Erregung beeinträchtigt die Funktion des präfrontalen Kortex

30

Das Ergebnis.....



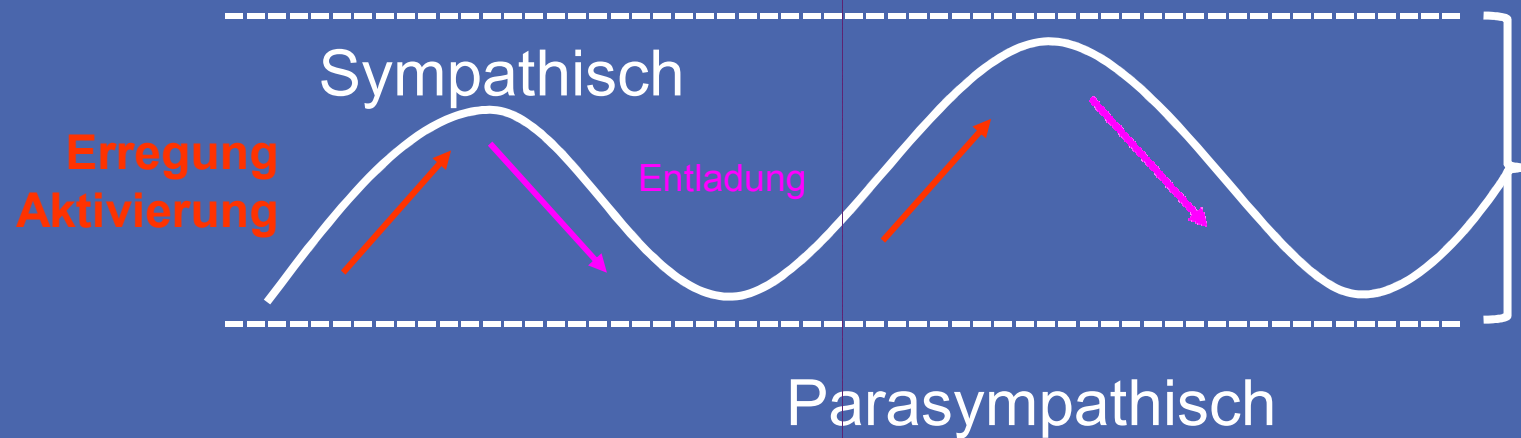
Traumatische, wütende und andere heftige emotionale Erfahrungen werden in unser Gehirn “eingebrannt”

Defensivreaktionen (Kognitive Starre, Verweigerung, Unterwerfung Selbstmordgedanken etc.), werden verstärkt

Die Person beginnt sich außerhalb der eigenen Toleranzzone zu bewegen

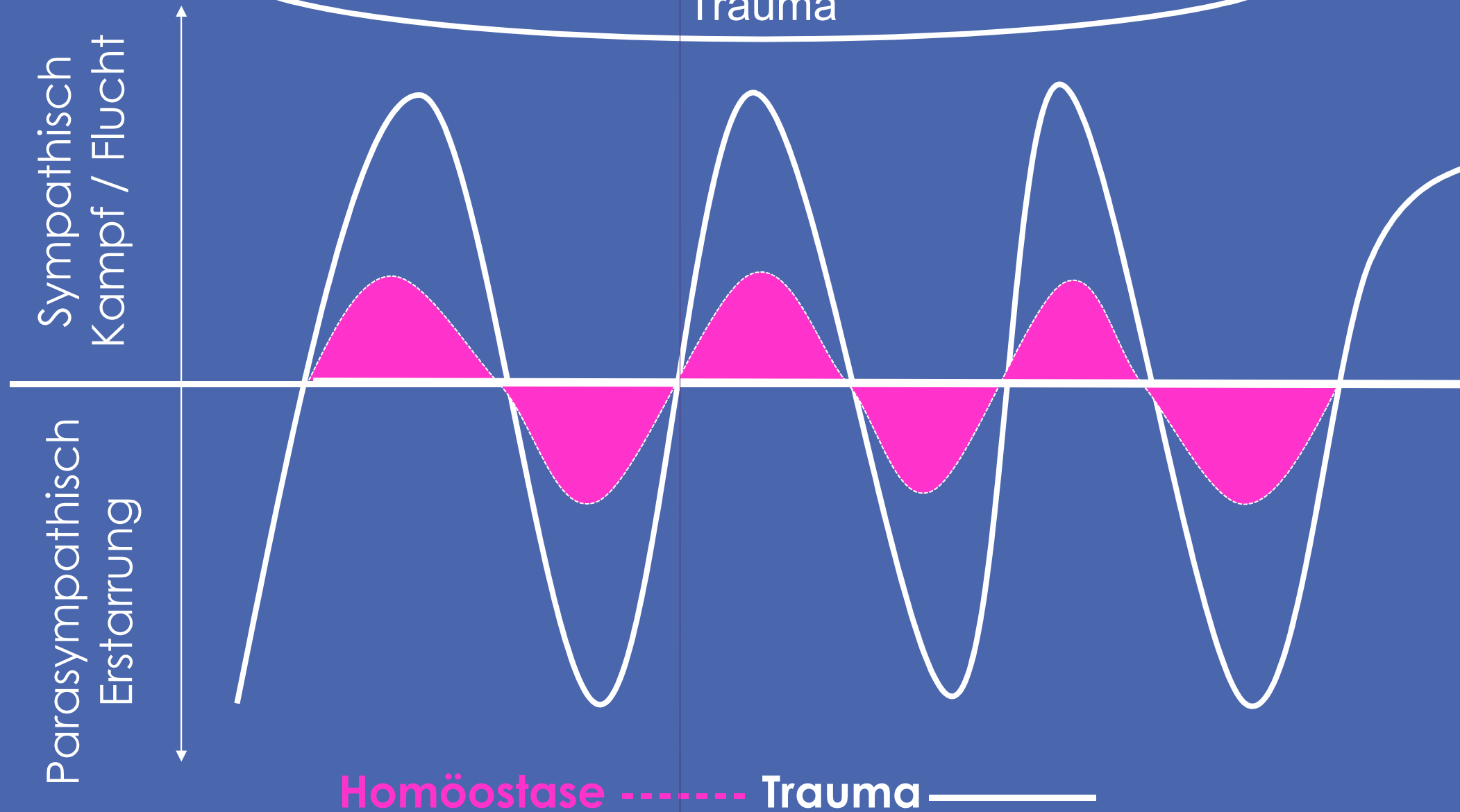
Es ist leicht ersichtlich, dass Louise sich außerhalb ihrer Toleranzzone bewegt hat und ihre exekutiven Funktionen eingeschränkt waren

Ein gesundes autonomes Nervensystem



Normale Bandweite der Erregung

Das Autonome Nervensystem im Trauma



Traumatische Erinnerungen und das Phänomen Dissoziation



Pierre Janet über traumatische Erinnerungen

“Ich erkannte bei vielen Patienten die Funktion von Ereignissen, welche von heftigen Emotionen begleitet wurden. Das Scheitern, diese intensiven Emotionen zu bewältigen, bewog sie, auf Stress unverhältnismäßig und dysfunktional zu reagieren (“automatisms”) (1889)

“Die Erinnerung an diese Ereignisse nahm eine erhebliches Ausmass an Energie in Anspruch und spielte eine Schlüsselrolle in der andauerenden Schwächung des Selbst” (1894)



Pierre Janet über traumatische Erinnerungen

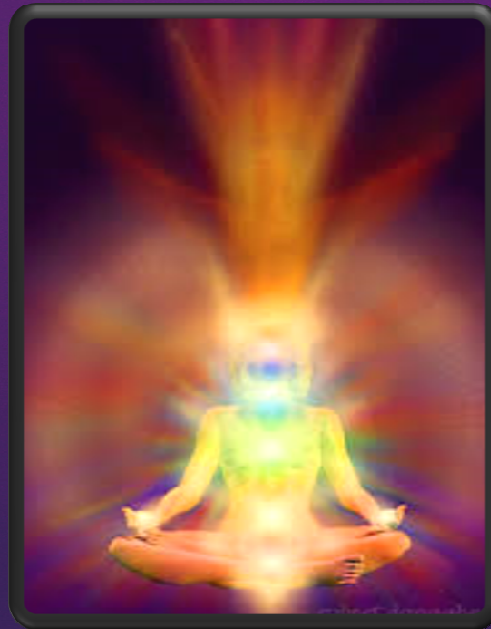
Wenn Menschen zu bestürzt und aufgebracht sind, um ihre Erfahrungen in Worte zu fassen, dann können diese Erinnerungen nicht in neutrale Erzählungen und Geschichten umgewandelt werden: “Eine Person ist eines neutralen Vortrags, welches wir “narratives Gedächtnis” nennen, nicht fähig und schon verharret sie konfrontiert mit der schwierigen Situation” (1919, p661)

“Dies resultiert in einer Phobie des Gedächtnisses, welche die Integration (Synthese) der traumatischen Ereignisse verhindert und die traumatischen Erinnerungen vom gewöhnlichen Gedächtnis abspaltet” (1894) - demnach also: Dissoziation

Pierre Janet über traumatische Erinnerungen

36

“Sind Personen nicht in der Lage, die traumatischen Erinnerungen zu integrieren, dann kehren Fragmente der Erinnerung, Abdrücke des Traumas als Abbildungen, Körperempfindungen und unbedeutende Verhaltensweisen wieder” (1889)



Traumatische Erinnerungen: Kurzzeitgedächtnis versus Langzeitgedächtnis



Trauma gelangt nicht ins Langzeitgedächtnis

Trauma bleibt im Kurzzeitgedächtnis.

Man kann es rasch abrufen. Es ist, als sei es erst gestern passiert

Nach der Behandlung: Das Trauma ist integriert und kodiert, wird verarbeitet und gelangt ins Langzeitgedächtnis

Traumatische Erinnerungen: Fixierung auf das Trauma

38

zeigte Louise Zeichen gesteigerter mentaler Rigidität?

„Unfähig die traumatischen Erinnerungen zu integrieren, scheint es, als hätten sie auch die Fähigkeit verloren, andere Erfahrungen zu integrieren“ (Janet, 1919)

„Es scheint, als wäre ihre Persönlichkeitsentwicklung an einem gewissen Punkt angehalten worden und könnte nicht fortfahren sich durch die Assimilation neuer Erfahrungen auszudehnen“ (Janet, 1911)

Was ist Dissoziation?

39

- Dissoziation beschreibt eine Veränderung des Bewusstseins, welche die Wahrnehmung, das Denken, das Verhalten, Gedächtnismanifestationen, den emotionalen Ausdruck und die Neurophysiologie beeinflusst (Van der Kolk, 1994; Shirar, 1996)
- Dissoziation ist eine Form der “Abschaltung”, der Trennung, der Unterbrechung des Zusammenhangs (Peichl, 2007)
- Dissoziation ist der teilweise oder völlige Verlust der integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, personeller Identität und der Selbst- und Umweltwahrnehmung (Peichl, 2007)
- Dissoziation ist ein Notfallmechanismus des Gehirns bei überwältigendem Stress



Und was ist mit der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)?

Hat Louise typische Symptome für eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung gezeigt?

Ein psychisches Krankheitsbild, das sich infolge schwerer, oft über einen längeren Zeitraum andauernder Traumatisierung (z.B. Misshandlungen oder sexueller Missbrauch, physische und / oder emotionale Vernachlässigung, existenzbedrohende und schwerwiegende, lebensverändernde Ereignisse) entwickeln kann

PTBS

Die Symptomatik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Störungen der Affekt- und Impulsregulation

- Änderungen im Bezug auf das Selbst
- Umgang mit Wut und Ärger
- Suizidalität
- Selbstdestruktives Verhalten, wie etwa Drogenmissbrauch und Selbstverstümmelung
- Störung der Sexualität
- Exzessives Risikoverhalten



Die Symptomatik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Veränderung des Bewusstseins

- Amnesien
- Dissoziative Episoden
- Depersonalisation



Die Symptomatik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Veränderung der Selbstwahrnehmung

- Ineffektivität
- Schuldgefühle
- Scham
- Isolation



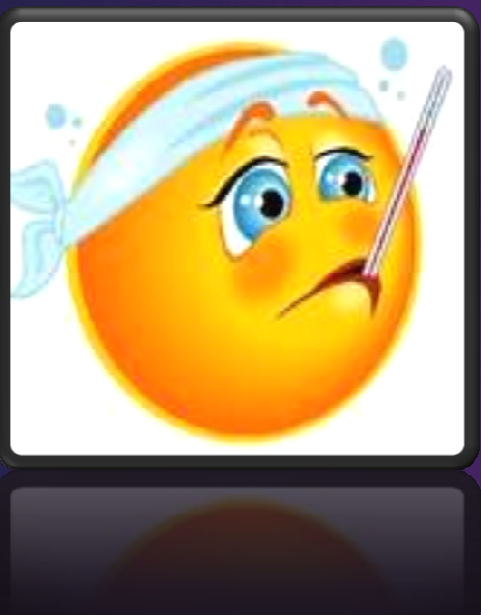
Die Symptomatik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Beziehungsregulation

- Probleme zu vertrauen
- Opferhaltung
- Viktimisierung anderer Personen
- Rasch wechselnde, instabile Beziehungen



Die Symptomatik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)



Somatisierung

- Chronische Schmerzen
- Konversionsstörungen
- Somatisierungsstörungen

Die Symptomatik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Veränderung der Weltsicht



- Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Verlust von Grundüberzeugungen ("basic beliefs")
- Verlust des Erkennens von Sinn und Zweckbestimmtheit des Lebens

Verlust des Sinns

47

Bestand für Louise weiterhin ein Sinn am Leben zu bleiben?

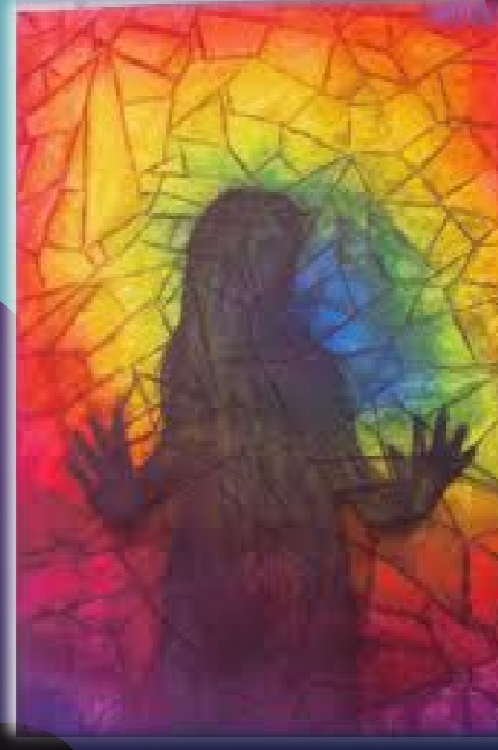
- Traumatisierte Personen verlieren häufig den Sinn ihres Lebens aus den Augen
- Bei der Traumatisierung handelt es sich um dissoziierte motorische Handlungen (z.B. physisches selbstverletzendes Verhalten), eingefrorene, starre Einstellungen und den Verlust von Sinnhaftigkeit



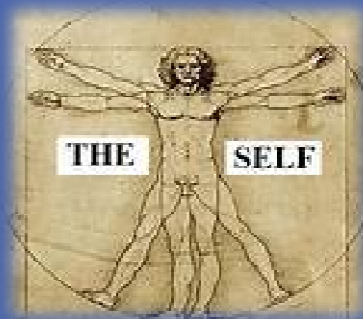
Verfälschtes Selbstempfinden und suizidales Verhalten

48

- Das Selbstempfinden suizidaler Personen ist getrennt von der lebensnotwendigen Verbindung zum Körper – folglich werden körperliche Empfindungen “ausgeschaltet”
- Mangelnde Wahrnehmung innerer Empfindungen
- Unfähigkeit den eigenen Körper wahrzunehmen und zu spüren



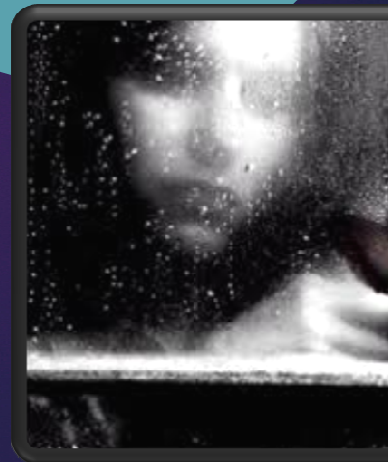
Traumatischer Stress und physische Wahrnehmung des Selbst



Angst vor dem Fühlen

50

- Traumatisierte, emotional vernachlässigte und suizidale Menschen fühlen sich ungemein alleine, sind überwältigt und bauen ihr Leben um ein Gerüst des “Nicht-Fühlens” herum auf
- Mit Panik, Hilflosigkeit, Schuld, Scham und Angst assoziierte Empfindungen werden ausgeblendet



Angst vor dem Fühlen und der Mangel an Einsicht

51

- Personen, deren Selbstwahrnehmung eingeschränkt ist, erleben den Körper als eine biologisch abgetrennte Welt
- Frage: Wie sinnvoll ist es psychische Vorgänge mit Hilfe von Psychotherapie zu thematisieren, während die Person eine eingeschränkte Verbindung zu inneren Erfahrungen, zum eigenen Körper und zum Selbst hat?

**Was wissen wir nun 15 Jahre danach
über die Kinder von Louise und was
können wir daraus schließen?**



Louises Sohn - Frank

53

Mutter starb als Frank 13 Jahre alt war

Zur Zeit 28 Jahre alt

Psychisch labil

Zwei Suizidversuche während seiner Jugend

Mögliche Persönlichkeitsstörung

Gerade so das Abitur bestanden

Instabile Berufslaufbahn

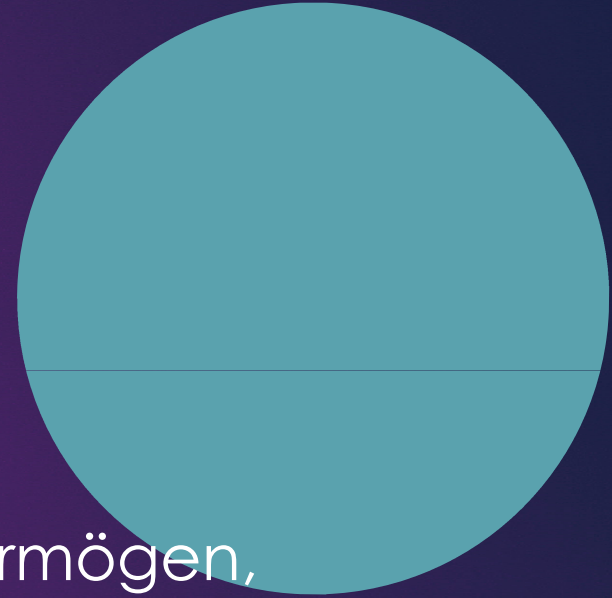
Ungenügende zwischenmenschliche Beziehungen

Drogenmissbrauch (Alkohol), mangelndes Urteilsvermögen,

Wutausbrüche und unbeständige Beziehung mit der Partnerin

Lehnt die Adoptiveltern ab

Verweigert jegliches Gespräch bezüglich seiner Vergangenheit und seiner leiblichen Mutter



Louises Sohn – Frank:

Einige Schlußfolgerungen

Wir wissen, dass der Sohn niemals Psychotherapie unterzog und diese auch bis zum heutigen Tag verweigert

Frank zeigt alle Anzeichen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit Dissoziation und eingeschränkten exekutiven Funktionen

Louises Tochter - Candice

Mutter starb als sie 8 Jahre alt war

Zur Zeit 23 Jahre alt

Intelligent, Hochschulabschluß: Master of Science

Arbeitet gegenwärtig an ihrer Promotion

In einer stabilen Partnerschaft

Motiviert und erfolgreich

Hat schon als Kind einer Psychotherapie zugestimmt

Gute Beziehung zu den Adoptiveltern

Hat sich vor kurzem mit ihrem biologischen Vater versöhnt



Louises Tochter - Candice: Einige Schlußfolgerungen

Wir wissen, dass die Tochter über einen längeren Zeitraum hinweg in Psychotherapie war und dies auch weiterhin ist. Die Auswirkungen jener tragischen Ereignisse wurden dadurch stark verringert. Dies wird in ihrer derzeitigen Lebenssituation und ihrer Funktionsfähigkeit deutlich

**Was haben wir von diesem Fall
über Suizid gelernt?**

Suizid beschreibt ein komplexes Ereignis.
Es gibt eine Vielzahl von Einflussfaktoren für
Gefährdung. Folglich erfordert die
Komplexität von Suizid eine gleichermassen
komplexe Reihe von Lösungen



Suizidgefahr ist mit einer Vielzahl von psychiatrischen/psychologischen Diagnosen, Symptomen, Konstellationen und einer womöglich verwirrenden Reihe von Faktoren verbunden

Deswegen müssen wir unsere anfänglichen Einschätzungsstrategien auch stetig überprüfen

Einschätzung: Worauf wir achten müssen



Das fünfstufige Suizid-Einschätzungsmodell The Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T) Model

Konzipiert vom The Suicide Prevention
Resource Center in den USA zusammen mit
der Screening for Mental Health Organization
(Jacobs, SMH Resource Guide)

SAFE-T

62

(Suizid-Einschätzung und Triage)

Identifizierung der Risikofaktoren und deren Gewichtung um das Risiko zu verringern

Identifizierung von Schutzfaktoren. Beachten Sie, dass diese erweitert werden können

Ermitteln sie Informationen bezüglich Suizid: Suizidaler Gedanken, pläne, -verhaltensweisen und -intentionen

Ermittlung der Höhe des Risikos und Auswahl geeigneter Interventionen zur Risikominimierung

Dokumentieren Sie die Einschätzung des Risikos, der Gründe für Suizid Interventionen und Follow-up- Anweisungen

Zugang zu Waffen

urteilen Sie den Zugang, den eine Person zu zum Tode führenden Gegenständen inklusive Waffen hat. Prüfen Sie, ob bereits ein Plan existiert. Sollte ein Patient einräumen Suizidgedanken zu haben, sollte eine spezielle Befragung zur Ermittlung des Vorhandenseins von Waffen zuhause oder am Arbeitsplatz stattfinden. Des Weiteren ist es hilfreich zu erfragen, ob es kürzlich Veränderungen beim Zugang zu Schusswaffen oder anderen Waffen ergeben haben, auch kürzliche Anschaffung oder veränderte Gesetze und Verordnungen bezüglich der Aufbewahrung sollten thematisiert werden (American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours, p 23.)



Was hilft Überlebenden
und
können wir mehr Prävention
leisten?



Wo stehen wir jetzt?

- In diesem modernen Zeitalter existiert weiterhin ein riesiger Mangel an empirisch belegten Interventionsstrategien sowie ein dringendes Bedürfnis an effektiveren Präventionsstrategien. Dieser Bedarf ist vor allem für suizidale Jugendliche besonders dringlich
- Es besteht eine dringende Notwendigkeit für empirisch belegte Psychotherapien für suizidale Patienten zur Prävention von wiederkehrendem suizidalem Verhalten, im Speziellen während akuter suizidaler Krisen

Was wird gebraucht?

- Ein kombinierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsplan
- Ein kompakter, zeitlich limitierter Interventions- und Behandlungsplan, welcher im speziellen, und unabhängig von der Diagnose auf Suizidalität abzielt (inklusive der Vielzahl von beteiligten Faktoren)
- Patienten sollten effektiveres Selbst-Management betreiben, um folglich besser andauernd an Psychotherapie teilnehmen zu können



Interventionen

Welche stellt die beste Wahl dar?



Evidenzbasierte kognitive verhaltenstherapeutische Interventionen

- Cognitive Behaviour Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP) (Stanley et al., 2009)
- Dialectic Behaviour Therapy (Linehan et al., 2007)
- 35 Years of Working with Suicidal Patients: Lessons Learned (Meichenbaum, D., 2006)
- Brief Cognitive Behavioural Therapy (BCBT) for Suicidality in Military Populations (Rudd, M.D., 2012)

Worin stimmen die meisten kognitiven Verhaltenstherapie-Modelle überein?



Analyse von Vulnerabilitätsfaktoren sowie von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen des Patienten
Sicherheitspläne um dem Patienten zu helfen, unversehrt zu bleiben und nicht in weitere suizidale Verhaltensweisen zu verfallen
Benennung von Gründen für das Leben und Hoffnung geben
Verhaltensbezogene und / oder kognitive Fertigkeiten trainieren, einzeln sowie im Familienkontext
Selbstmanagement und emotionale Regulation
Präventionsstrategien zur Rückfallvermeidung
Orientierung an der Zukunft und Vorwegnehmen schwieriger und / oder stressiger oder belastender zukünftiger Situationen und Rückschläge
Beachtung komorbider Störungen

Was fehlt in diesen Behandlungsplänen und was muss angesprochen werden?

Der Sicherheitsplan schliesst eine stufenweise Zunahme an Interventionen ein und zwar von internalen (“innerhalb des Selbst”) Bewältigungsstrategien hin zu externalen (“ausserhalb des Selbst”) Bewältigungsstrategien



Internale (“innerhalb des Selbst”) psychotherapeutische Bewältigungsstrategien

Psychotherapeutische Interventionen müssen dringend traumatische Dissoziationen auflösen, welche in Verbindung mit vergangenen Traumata und traumatischem Stress stehen, in dem sie vermehrt auf innere korrigierende Erfahrungen fokussieren. Dies kann erreicht werden

Indem man Klienten interne Sicherheits- und Stabilisierungstechniken - wie beispielsweise den Zugriff auf Ressourcen, Stärken, positive Emotionen etc. - beibringt. Dadurch wird es dem Klienten ermöglicht Emotionen tiefergehend wahrzunehmen und auch den natürlichen Verlauf zu erfahren, und zwar in Emotionen hinein und aus ihnen heraus. Hypnotische Interventionen in Kombination mit kognitiv verhaltensbezogenen Techniken sollten nicht unterschätzt werden und weitere evidenzbasierte Forschung in diesem Bereich ist notwendig

Internale (“innerhalb des Selbst”) psychotherapeutische Bewältigungsstrategien

72



Patienten sollten

- Lernen das Trauma im eigenen Körper zu entriegeln, dies ist möglich mit Hilfe von somatisch- experienziellen Übungen
- Die Aktivierung effektiver Kampf- / Flucht- Reaktionen mit Hilfe von selbstberuhigenden Körperübungen und Atemübungen erlernen
- Eine verbesserte, gesündere Beziehung und Verbindung zum eigenen Körper und dem Selbst aufbauen
- Aufmerksam für innere Gefühle und Empfindungen werden und innere Stärke, Koordination und Balance des inneren Systems erlernen. Dies kann mit Hilfe von Imaginations- und Selbsthypnose-Übungen erreicht werden
- Lernen in der eigenen Toleranzzone zu bleiben mit Hilfe somatischer und affektiver Selbstregulation unter Beachtung dessen, was die Klienten somatisch und affektiv tolerieren können

Internale (“innerhalb des Selbst”) psychotherapeutische Bewältigungsstrategien

73

Patienten sollten.....

- Verbesserte Affektregulations-Techniken lernen, welche eine Schlüsselrolle beim Wiedergewinn von Kontrolle spielen (anstatt Affekte mit Drogen zu hemmen)
- Lernen Empfindungen zu tolerieren, indem sie sich mit Hilfe von Selbsthypnose mit ihren inneren Erfahrungen anfreunden
- Auf Ressourcen und Stärken mit Hilfe von hypnotischen Interventionen zugreifen
- Die eigenen Selbstwahrnehmungsfähigkeiten verbessern, so dass die Funktionen des Körpers bewusst und kontrollierbar werden, was wiederum die exekutiven Funktionen verbessert

Externale (“ausserhalb des Selbst”) psychotherapeutische Bewältigungsstrategien

74

Patienten sollten.....

Selbstregulation des Körpers der Emotionen und des Verhaltens mit Hilfe von Atemübungen und vermehrter Bewegung und Aktivität erlernen

Zur gezielten Sensorischen - Integration gelangen. Dies ist möglich mit Hilfe von Yoga, Meditation auf Achtsamkeit basierender kognitiver Therapie, Karate, Tanz etc.

Ihre exekutiven Funktionen verbessern (Antizipation, Planung, Entscheidung etc.) Dies sollte in die generelle Verbesserung von kognitiven Verhaltensweisen und Fertigkeiten eingebettet werden

Externale (“ausserhalb des Selbst”) psychotherapeutische Bewältigungsstrategien

75

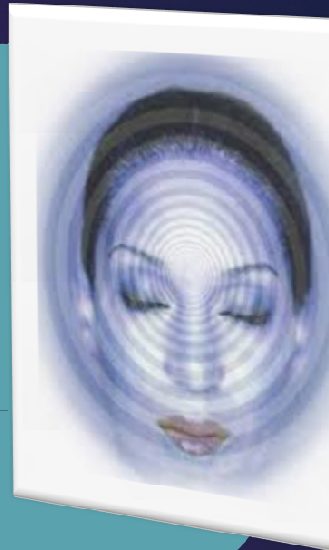
Patienten sollten.....

Den Zugriff auf positive Erinnerungen mit Hilfe von Trance und Selbsthypnose erlernen

Mehr über positive Affekte wie beispielsweise, Kreativität, Vergnügen, Glücklichein, Spass und Freude etc. erlernen

Mehr über zwischenmenschliche Beziehungen erlernen wie beispielsweise Aktivitäten in Bezugsgruppen, Mannschaftssport und auch andere freudige Aktivitäten

Mehr über Bindungsfähigkeiten lernen, beispielsweise was Liebe ist, Mitgefühl, Hingabe, Verpflichtung, Fürsorge etc.



Unterschätzen Sie nicht die Relevanz von Kultur und Religion im Umgang mit suizidalen Patienten und Präventionsprogrammen



- Goldston et al. (2008) betonen die Wichtigkeit dafür Interventionen kultur- und religionsspezifisch masszuschneiden
- Zunehmende Sekularisierung in Europa bedeutet nicht, dass die restliche Welt diesem Beispiel folgt
- Massenhafte Bevölkerungsintegration erfordert die Inklusion von Kultur, Religion und spirituellen Überzeugungen
- Wir können sicherlich von anderen Kulturen, spirituellen Überzeugungen und religiösen Konfessionen lernen
- Ignoriert man diese Aspekte, so ist dies ethisch nicht vertretbar und die Interventionen sind zum Scheitern verurteilt

interne und externe Bewältigungsstrategien in afrikanischen heilungsritualen



Meditation und Gebet als Fundament

Das Herz als physisches und symbolisches Zentrum des Selbst

Atemfluss und Emotionsfluss durch Bewegung und Tanz

Abwechselnde Konzentration auf Meditation und Selbsthypnose:

Einzel - und Gruppen - Tranceerfahrungen

Sammelnde, gießende, pflanzende Bewegungen beim Tanz in

Trance sind symbolisch für Versorgung und Sich-Kümmern

Sensorische Selbstberuhigung durch Geruch, Geräusche,

Berührung, Massagen etc. Symbolisch für Hegen, Pflegen und

Heilen

Nach oben gerichteter visueller Fokus: Internale Trance, spirituelle

Verarbeitung durch Gebet, Gesang und Kommunikation mit den

Verstorbenen und Vorfahren



Vielen Dank für Ihr Interesse!

Woltemade Hartman Ph.D
Senior Research Fellow bei der
Universität Johannesburg

info@meisa.co.za

www.meisa.biz

www.woltemadehartman.com

Welche Weise möchten auch Sie
etwas gegen die globale Erwärmung
tun?
Wie helfen Sie, die kostbaren Wale
dieser Erde zu retten!



**Bitte helfen Sie mit
die Nashörner
dieser Erde zu
beschützen!**