

Hesselbacher Colloquium 2012

Hypnotherapie in der Suizidprophylaxe

Hypnotherapeutische Gesprächsführung
bei Patienten/innen in suizidalen Krisen.
Formulierungsbeispiele
für hypnotherapeutische Kommunikationsmuster

Wolfram Dorrman

Auch wenn hypnotherapeutische Techniken in ihrer Wirksamkeit oft als „magisch“ oder als „machtvoll“ überschätzt werden, sollte man ihre kurzfristigen Wirkmechanismen nicht unterschätzen. Insbesondere bei außergewöhnlichen Problemen, bei denen schnelle Veränderungen notwendig sind. Hier steht ja auch manchmal viel auf dem Spiel. Die folgenden Ausführungen stellen eine Sammlung möglicher hypnotherapeutischer Interventionen bei Patienten in suizidalen Krisen dar. Es geht dabei also nicht um einen Therapieerfolg sondern um eine Beendigung der akuten Krise. Es geht um Leben und Tod. Dies ist eine Situation, die sich im psychotherapeutischen Alltag nur selten so stellt, wenn man von Patienten absieht, die harte Drogen konsumieren oder von essgestörten Patienten, die sich ebenfalls manchmal in akuter Lebensgefahr befinden.

Die hier vorgestellten Beispiele für Krisengespräche mit suizidalen Patienten sind aus dem Kontext gerissen. Viele finden sich, anders systematisiert, bei Dorrman (2012) und neuerdings auch bei Dorrman & Teismann (2013). Hier sollen sie nur als Anregung dienen, aber keinen Ersatz darstellen für eine grundlegende Vorbereitung auf krisenhafte Entwicklungen in der psychotherapeutischen Tätigkeit. Jede/r Therapeut/in sollte sie ggf. in das eigene Konzept und in den ganz persönlichen Gesprächsstil übersetzen und sich auch motiviert fühlen, die eigene Kreativität für mögliche Weiterentwicklungen zu nutzen.

Eine Grundlage für die Entwicklung solcher Kommunikationsmuster ist die Analyse der Sprache, wie sie Bandler und Grinder (1981) in Anlehnung an die Transformationsgrammatik des Linguisten Noam Chomsky durchgeführt haben. Die drei

Wolfram Dorrman

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS), Fürth

Hypnotherapie in der Suizidprophylaxe: Hypnotherapeutische Gesprächsführung bei Patienten/innen in suizidalen Krisen. Formulierungsbeispiele für hypnotherapeutische Kommunikationsmuster

Nach der Darstellung von aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen für psychotherapeutische Interaktionen werden die gängigen hypnotherapeutischen Kommunikationsmuster auf psychotherapeutische Gespräche mit suizidalen Patienten angewandt. Hierbei werden die spezifischen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung aber auch die konkreten Möglichkeiten zur Veränderung der suizidalen Motivlage des Patienten vorgestellt.

Schlüsselwörter: Suizid, Psychotherapie, Hypnotherapie, Kommunikationsmuster

Hypnotherapy in preventing suicide: Hypnotherapeutic interview techniques with suicidal patients. Examples of hypnotherapeutic communication patterns

On the basis of current scientific knowledge of psychotherapeutic interactions common hypnotherapeutic communication patterns for psychotherapeutic interviews with suicidal patients are described. Specific techniques of relational design and concrete options for changing patient's suicidal motives are presented.

Key words: Suicide, psychotherapy, hypnotherapy, communication pattern

Dr. Wolfram Dorrman.

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS),

Rudolf-Breitscheid-Str. 43

90762 Fürth

dorrman.wolfram@ivs-nuernberg.de

grundlegenden Prozesse bei der Umsetzung von Erlebnissen in Sprache, nämlich *Tilgung*, *Verzerrung* und *Generalisierung* können eine gute Hilfe sein, um die erlebte Wirklichkeit des Patienten zu dekonstruieren und sie realistischer oder optimistischer zu sehen. Oder man nutzt das aus diesem Konzept abgeleitete *Milton-Modell*, um Patienten eine neue Interpretation nahe zu bringen oder sogar zu suggerieren. So ermöglichen uns *Tilgungen* z. B. die Konzentration auf das Wesentliche, *Verzerrungen* helfen uns, z. B. aus gewohnten Denkmustern auszusteigen und neue Lösungen geistig vorzubereiten, während *Generalisierungen* z.B. nötig sind, um Ordnung ins Chaos des Lebens zu bringen und ähnliche Erfahrungen zusammenfassen zu können. Bei den folgenden Beispielen werde ich an geeigneten Stellen auf diese Zusammenhänge hinweisen. Zunächst möchte ich jedoch auf die Rolle des Rapports bei Gesprächen mit

suizidalen Patienten eingehen.

Für das Gelingen eines guten Rapports, also für die Entwicklung einer möglichst emotionalen Beziehung zum Patienten kann in diesem Zusammenhang auf das *Ähnlichkeits-Attraktions-Paradigma* der sozialpsychologischen Forschung (Byrne, 1997) zurückgegriffen werden. Seine Umsetzung lässt sich in der Psychotherapie in den Begriffen wie *Pacing*, *Joining* oder *strukturelle Koppelung* wieder finden. Auch das Phänomen von spontaner nonverbaler Synchronizität wird durch die in den als „Flirtstudien“ bekannt gewordenen Forschungen am Max-Planck-Institut (Grammer, 1995) belegt. Diese Erkenntnisse wurden in den letzten Jahren auch von der Psychotherapieforschung näher untersucht (Ramseyer, 2010; Tschacher & Storch, 2010). Hier zeigten sich die synchronen nonverbalen Interaktionen in Therapiegesprächen einhergehend mit einer parallelen positiven Entwicklung der gegenseitigen Wertschätzung und der positiven Therapieeffekte. Man muss sich wundern, wie diese Forschung der schon lange als erfahrungsbasierten psychotherapeutischen Praxis hinterherhinkte, denn die Bedeutsamkeit der nonverbalen und paraverbalen Interaktionen ist schon lange bekannt. Die klassische Studie von Mehrabian und Ferris (1967), bei der sich der Gesamteindruck einer Person nur zu 7% mit dem Inhalt eines Gesprächs, aber zu 38% mit dem Tonfall und zu 55% mit der Mimik des Gesprächspartners erklären ließ, wurde auch in den populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen sehr häufig zitiert und gehörte schon fast zum Allgemeinwissen nicht nur der Kommunikationstrainer. Mittlerweile kennen wir auch wichtige neurobiologischen Grundlagen von Einfühlung und Intuition. Mit der Entdeckung der *Spiegelneurone*, die manchmal auch als „Empathie Neurone“ bezeichnet werden, fand man unter anderem im Broca-Areal einen Bereich, der für diese gespiegelten Wahrnehmungen und Erfahrungen anderer Menschen zuständig ist (vgl. Bauer 2005; Rizzolatti et al. 1996). Die mit diesen Erkenntnissen verbundenen therapeutischen Techniken beziehen sich auf mehrere Ebenen der Kommunikation, die zunächst, in a) bis c) dargestellt werden sollen.

a) Das nonverbale Spiegeln

Dies ist eine sehr subtile Technik, da die Reize hier, wie so oft in der hypnotherapeutischen Arbeit, vom Patienten nur unterschwellig wahrgenommen werden. So wird in der Hypnotherapieausbildung unter anderem gelernt, den eigenen Sprechrhythmus an den Atemrhythmus des Patienten anzupassen und überhaupt auf möglichst vielen Ebenen mit dem Patienten mitzuschwingen (Revenstorf & Peter, 2009).

Suizidale Menschen sind oft schon länger auf sozialem Rückzug und vermeiden dann häufig den Blickkontakt. Auch das versuche ich zu spiegeln. Dies bedeutet, ich schaue ebenfalls mehr in den Raum als auf die Person selbst. Auch die Anspannung des Patienten in meinem Muskeltonus zu übernehmen, hilft mir, mich in seine schwierige Lage einzufühlen und ihn besser zu verstehen.

b) Das paraverbale Spiegeln

(1) Sprachstil

Entsprechend sollte man den Patienten, die einen Dialekt sprechen, mit dem eigenen Dialekt begegnen (sofern man einen hat). Es ist auch sinnvoll, sich dem oft sehr zögerlichen oder sogar stockenden Sprachduktus von akut suizidalen Patienten anzupassen.

Häufig sind suizidale Patienten wenig mitteilend, oder schweigen gar über längere Strecken. Das auszuhalten und zu spiegeln erfordert vor allem von Therapeuten, die Probleme mit Schweigepausen haben, ein hohes Maß an Selbstkontrolle.

(2) Repräsentationssysteme

Hier geht es darum, bei bestimmten Patienten eine Angleichung der Sprache an deren individuelle Repräsentationssysteme vorzunehmen. Die meisten Menschen haben ihre Erinnerungen natürlich visuell abgespeichert. Allerdings ist es mir bei Patienten aus bestimmten Berufsgruppen, wie z.B. einem Musiklehrer aufgefallen, dass dieser seine Vorstellungsbilder als Erstes mit auditiven Elementen aufgebaut hat. Die Tabelle 1 zeigt solche Angleichungen auf den verschiedenen Wahrnehmungsebenen, wenn Patienten ihr Problem in wahrnehmungsspezifischen Metaphern beschreiben.

Tabelle 1: Angleichung an die Repräsentationssysteme

Repräsentationssystem	Patienten-äußerungen	angeglichene Therapeutenformulierungen
visuell:	"Ich <i>sehe</i> keinen Sinn mehr"	→ "Sie <i>betrachten</i> das als ..."
auditiv:	"Ich will einfach nur <i>Ruhe</i> "	→ "Das <i>klings</i> t als ob Sie ..."
kinästhetisch:	"Es ist <i>unerträglich</i> "	→ "Sie sind da wohl wirklich sehr <i>belastet</i> ."
olfaktorisch/ gustativ:	"Mir <i>stinkt</i> dieses Scheißleben einfach"	→ "Es kann sein, dass einiges, was ich Ihnen jetzt sagen muss, nicht so nach Ihrem <i>Geschmack</i> ist, aber..."

c) Das inhaltliche Spiegeln

Dass man, im Sinne des inhaltlichen Spiegeln, nicht etwa auch das persönliche Weltbild (Religion, Lebensphilosophie etc.) teilen muss, dürfte klar sein. Wichtig ist dabei nur, dass ich mich (zunächst) nicht entgegengesetzt zu den Werten des Patienten äußern oder verhalten sollte. Die bekannteste Form dieser prinzipiellen Idee lässt sich in der nondirektiven Therapie als *Reformulierung* (vorzugsweise) *der emotionalen Erlebnisinhalte* finden. Solche, den Patienten spiegelnden Interventionen, helfen diesem, eine tendenzielle *Ja-Haltung* (Yes-Set) dem Therapeuten gegenüber zu entwickeln.

In Ausnahmefällen sollte ich mich auch selbst als Person anbieten. Wenn ich ähnliche Lebenssituationen kenne oder gleiche Hobbys pflege, wie der Patient, so erwähne ich dies, allerdings mehr eingestreut im Nebensatz. „*Da wird von Kindern heute auch sehr viel gefordert, bei meinem Sohn habe ich das auch so erlebt.*“

Patienten, die sich dem Therapeuten in ihrer Not anvertrauen und dessen Mitgefühl wahrnehmen, werden sich mehr angenommen fühlen. Dennoch sollten sie merken, dass der Therapeut dieser Not und Verzweiflung, in der sie sich befinden, nicht fassungslos gegenübersteht. Auch hier werden bekannte erfahrungsbasierte psychotherapeutische Regeln bestätigt:

<i>Hole den Patienten da ab, wo er steht!</i>	=	<i>Stelle seine Entscheidung zum Suizid nicht in Frage!</i>
<i>Begegne dem Patienten in seiner Welt!</i>	=	<i>Sprich mit ihm über seine ver zweifelte Lage ohne zu beschönigen oder zu beschwichtigen!</i>
<i>Spiel mit ihm das Beziehungsspiel, das ihm vertraut ist!</i>	=	<i>Lasse Dich auch auf das „Erpresserspiel“ ein, wenn dem Patienten kein anderes Beziehungsspiel möglich ist!</i>
<i>Zeige ihm bald, dass es im Leben viel schönere Spiele gibt, die Menschen miteinander spielen können!</i>	=	<i>Zum Beispiel, dass es mehr Spaß macht, wenn Menschen aus freien Stücken zusammen bleiben als auf Grund von Zwang und Abhängigkeit.</i>

Wenn ich den Patienten im Sinne eines guten *Pacing* dort abhole, wo er steht, darf ich auch keine Hemmungen haben, seine Begrifflichkeiten zu verwenden. Ich vermeide möglichst den Fachbegriff Suizid oder auch den negativ konnotierten Begriff Selbstmord, außer der Patient benützt ihn selbst. Das heißt, ich spreche dann auch mit den Worten des Patienten von „*sterben wollen*“ von „*sich umbringen*“ oder benenne auch angstfrei seine konkreten Ansichten: „*sich erhängen*“, „*sich vergiften*“ oder „*sich erschießen*“.

d) Stärkung des Selbstwertgefühls und der therapeutischen Beziehung

Das bei suizidalen Patienten sehr wichtige Ziel des emotionalen Rapports sollte möglichst auch mit dem Einsatz von *positiven Konnotationen* und von *Komplimenten* unterstützt werden. Wenn sie authentisch kommuniziert werden können, wirken sie immer als Selbstwert steigernd:

- *"Sich selbst zu töten, finde ich persönlich eine sehr mutige Überlegung. Ich z.B. habe keine Vorstellung davon, was danach kommen könnte. Woher nehmen Sie diesen Mut?"*

Patienten bei denen man von einem sogenannten Bilanzsuizid ausgehen kann, sollte man folgendermaßen begegnen:

- *„Sie haben Ihre Situation ja schon sehr gut analysiert (gut durchschaut).“*
- *"Es ist gut, dass Sie das sagen. Das zeigt mir zum einen, dass Sie im Grunde jemand sind, der nicht bereit ist, zu schnell aufzugeben. Sie haben offensichtlich schon viel probiert und sich auch viele Gedanken gemacht. - An Dinge, die gar nichts genützt haben, sollte man dann auch nicht noch weitere Energien verschwenden. Zum anderen frage ich mich aber, ob Sie wirklich sagen können, Sie hätten schon alles probiert, wenn Sie bisher noch keine Therapie länger durchgehalten haben."*
- *"Wenn Sie wirklich so weit sind, dass Sie sterben können, dann sind Sie eigentlich weiter als viele andere Menschen. Die meisten scheuen sich, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen."*
- *"Es ist schon richtig, wie Du das siehst, es gibt wirklich viel Unrecht in unserer Gesellschaft, ich finde sogar, die ganze Welt ist ungerecht. Wenn Du Dich aus diesem Grund umbringst, bringst Du eigentlich einen Teil unserer Gesellschaft um, der etwas sehr Wesentliches erkannt hat. Das heißt, es gibt einen Menschen weniger, der vielleicht dagegen etwas tun würde."*
- *„Sie haben da wirklich sehr hohe moralische Maßstäbe, denn im Grunde sagen Sie, wer so etwas getan hat, der kann das nur mit dem Tod sühnen.“*
- *„Das heißt ja im Grunde, Sie nehmen alle Schuld an Ihrer Lage auf sich.“*
- *„Dass Sie anderen nicht mehr zur Last fallen wollen, zeigt doch, dass Sie ein sehr rücksichtsvoller Mensch sind.“*
- *„So wie ich Sie verstehe, möchten Sie eigentlich eine gerechte Welt für alle. Da haben Sie hohe Ideale, die sicher schwer zu erreichen sind.“*
- *"Es scheint mir, dass Sie sich einer sehr großen Aufgabe verschrieben haben. In der Geschichte gibt es viele Persönlichkeiten, die es z.B. auch nicht ertragen konnten, dass solche Ungerechtigkeiten in der Welt existieren. Vielleicht ist Ihr Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, eigentlich nichts anderes als ein Wunsch nach einer ewigen Gerechtigkeit oder nach Frieden?"*

e) Microsuggestionen, Implikationen und Einstreuungen (seeding)

Ist der Rapport gelungen oder auf einem guten Weg, können auch schon sogenannte Einstreuungen ein Leading, heraus aus der negativen Sicht, darstellen:

- *„Das alles sind Gründe, warum Sie keine Lust mehr am Leben haben.“*
Einstreuung: Lust
- *"Auch wenn Sie heute diese Selbstverpflichtung (= Non-Suizid-Vertrag) nur für Ihre Kinder eingehen, immerhin entsteht dadurch die Möglichkeit, dass Sie zumindest vielleicht irgendwann wieder für sich selbst leben wollen."*
Verzerrung (Nominalisierung): Selbstverpflichtung
Verzerrung (Vorannahme): Sie tun das jetzt auch schon für sich selbst!
- *"Wenn Sie sich umbringen, bringen Sie natürlich auch Ihre liebenswerten Anteile um."*
Verzerrung (Vorannahme): Sie haben liebenswerte Anteile. Oder: Jeder hat liebenswerte Anteile.
- *„Das Hauptproblem ist nicht, dass Sie sich umbringen wollen, sondern, dass Sie sich keine Zeit mehr nehmen wollen, noch mal darüber nachzudenken.“*
Einstreuung: Zeit nehmen

f) Deutungen

Die im psychoanalytischen Therapie- und Denkansatz getroffene Unterscheidung zwischen dem Anlass und der Ursache kann zur Entlastung des Patienten beitragen. So geht Henseler (1981) davon aus, dass man das bewusst angegebene Suizidmotiv, z.B. eine unglückliche Liebe, nicht als die eigentliche bzw. vollständige Begründung für die Suizidhandlung betrachten darf. Eine gängige Intervention ist die, dem Patienten den Suizid oder den Suizidversuch als einen Versuch für den Beweis der (in Zweifel gezogenen) Männlichkeit zu deuten.

g) Umdeutungen, Reframings

Hier gibt es mittlerweile wirklich eine große Vielfalt an Möglichkeiten. Begonnen hat diese Sammlung mit dem inzwischen unter Therapeuten leider auch schon mal als „reichlich abgedroschen“ abgewerteten Slogan:

- *„Jede Krise ist auch eine Chance“*

Es wäre unklug, diese Idee zu vernachlässigen, denn auch unsere gebildeteren Patienten wissen nicht alle, dass diese Umdeutung von einem chinesischen Schriftzeichen kommt, welches sowohl Krise als auch Chance bedeutet. Eine Krise kann ein Anzeichen für einen grundlegenden Wachstums- oder Entwicklungsprozess sein:

- *„Erst hinterher wissen wir wirklich, was wir in dieser schwierigen Zeit für unser weiteres Leben gelernt haben, welche Chancen uns so eine Krise bieten kann. Wissen Sie eigentlich, dass die Chinesen ein Schriftzeichen haben, welches beide Bedeutungen hat?“*

Suizidprophylaxe

Umdeutungen lassen sich häufig aus Tilgungen ableiten, welche eine eingeschränkte Sichtweise der Problematik erweitern sollen. Wenn zum Beispiel Patienten äußern, „Ich will einfach meine Ruhe!“, so stellt sich die Frage: Wovor? Vor wem? Wie lange? Ab wann? Die daraus zu entwickelbaren Umdeutungen machen die Tiefenstruktur bewusst und wecken das eigene Verständnis für die scheinbare Ausweglosigkeit der Situation:

- *Im Grunde wollen Sie ja gar nicht sterben, ...*
 - ... *Sie wollen Ihre Ruhe und vielleicht nur beurlaubt werden von diesem Leben.*“
 - ... *Sie haben das Bedürfnis nach einer Pause.*“
 - ... *Sie wollen den Himmel auf Erden.*“
 - ... *Sie wollen mal einen Platz nur ganz für sich allein haben.*“ (am Friedhof)
 - ... *Sie haben nur eine sehr große Angst vor dem Leben.*“
 - ... *Sie haben nur eine große Angst vor den Menschen.*“
- *„Das Hauptproblem ist ja nicht, dass Sie sterben wollen, sondern dass Sie sich gar keine Zeit mehr geben wollen, gründlich über diese Entscheidung nachzudenken.“*

Ernsthafte Selbsttötungsabsichten können auch manchmal als ein Zuwachs an Freiheit und Macht gedeutet werden:

- *„Eigentlich können Sie dann jetzt ja wirklich tun und lassen, was Sie wollen. Sie können Ihrem Chef endlich die Meinung sagen, ohne sich um die Konsequenzen kümmern zu müssen. Eigentlich sind Sie jetzt freier als kaum irgendjemand.“*
- *„Sie wollen sich das Leben nehmen. Wenn ich das wörtlich nehme, könnte darin ja was Wahres stecken. Sie nehmen einfach Ihr Leben wieder in die Hand.“*

Suizidabsichten können auch als starke Gefühle von Rache oder Schuld interpretiert werden:

- *„Im Grunde sind Sie der Meinung, dass Sie dafür bestraft werden müssen. Und offensichtlich sind Sie ja dann für die Todesstrafe.“*
- *„Möglicherweise wollten Sie in Ihrer Wut sich gar nicht selbst umbringen, aber Ihre moralischen Prinzipien haben Sie davon abgehalten, dass Sie Ihrer Frau was antun würden.“*

Die letztere Intervention, die (psychodynamische) Umdeutung der Autoaggression als Fremdaggression ist allerdings nicht in einer akuten Krise zu empfehlen, sondern erst, wenn sich die Situation wieder stabilisiert hat, und die Möglichkeit eines *erweiterten Suizids* ausgeschlossen werden kann.

Die Vergabe von Diagnosen war lange Zeit sehr umstritten, da man vermutete, dass eine solche „Etikettierung“ der Manifestation einer Erkrankung Vorschub leisten würde. Ich habe oft die Erfahrung gemacht, dass Patienten auch erleichtert sein können, wenn ihnen gesagt wird, „was sie haben“. Diese Nominalisierung macht einen unerträglichen Prozess, nämlich die Ambivalenz bei der Entscheidungsfindung, zu einem konkreten Etwas:

- *„Ihr Wunsch zu sterben ist nur ein Zeichen für eine schwere Depression, die behandelt werden muss.“* (Verzerrung, Nominalisierung: Depression)

Wenn der Patient noch oder wieder fähig ist, seine Gefühle auszudrücken und weint, ist es hilfreich, diese ihm ungewohnte Situation positiv zu deuten:

- „Ich muss mich bei Ihnen bedanken für das Vertrauen, dass Sie sich mir mit Ihren innersten Gefühlen zeigen können.“
- „Wenn Sie jetzt weinen, können sie auch spüren, wie Sie sich wieder öffnen. Im Grunde sind Sie jetzt viel lebendiger, das ist ein großer (therapeutischer) Fortschritt.“

Auch die schon besprochenen Komplimente können als Reframings verstanden werden.

- „Sie gehen da wirklich sehr streng mit sich ins Gericht. Eigentlich sind Sie dann in Ihrem Fall ja sogar für die Todesstrafe.“
- "Da haben Sie mit vielen, die sich umbringen wollen, eine Gemeinsamkeit: Sie wollen im Grunde den Himmel auf Erden erreichen, und das ist für sich genommen auf jeden Fall eine sehr anerkennenswerte Absicht."

Wenn ich dem Patienten den schriftlichen Non-Suizid-Vertrag überlasse und auch keine Kopie davon mache, zeigt er sich meist überrascht. Diese Emotion ist auch beabsichtigt und soll die Botschaft betonen, die damit verbunden ist. Nämlich, dass es mir nicht um meine Sicherheit geht, sondern um seine Sicherheit. Im Folgenden einige weitere Reframings, die solche Konfusion erzeugen können:

- "So wie Sie bisher gelebt haben, sollten Sie wirklich nicht weiterleben. Es ist sicher sinnvoll, wenn Sie dieses Leben beenden -, aber ob Sie es gleich mit dem Tod beenden müssen, ist die Frage."

Verzerrung (Vorannahme): Es gibt auch noch ein anderes Leben.

- „Wenn Sie sagen, dass Ihre gefühlte Sicherheit mit dieser schriftlichen Selbstverpflichtung bis zu Ihrem nächsten Termin bei mir nur bei 30 % liegt, das heißt ja dann, dass Sie zu 70% nächste Woche tot sind.“
- "Dann ist es im Moment ja gar nicht sinnvoll, jetzt noch weitere Termine zu vereinbaren, wenn Sie schon nächste Woche tot sein könnten ..."

Derartige durchaus provokativ wirkende Interventionen sind natürlich vom Setting und der therapeutischen Beziehung abhängig. In einem geschützten Rahmen und bei einer stabilen therapeutischen Beziehung kann ich in der Regel auch riskanter intervenieren.

h) positive Sprachmuster

- "Ich möchte nämlich, dass Sie Ihr Leben durch eine Selbstverpflichtung (Abmachung mit sich selbst) absichern bis zur nächsten Sitzung."
- „Im Grunde ist das nun wie ein Garantieschein für Ihr Leben zumindest bis zu unserem nächsten Gespräch“

An Stelle von: Anti- oder Non-Suizid-Vertrag

- "Ich werde bis zur nächsten Sitzung am am Leben bleiben"
- An Stelle von: "Ich werde mich nicht töten"

Suizidprophylaxe

- *"Das Gespräch heute soll eigentlich dazu dienen, dass Sie sich einen Rahmen schaffen, in dem Sie sich sicher fühlen können."*
An Stelle von: *"Ich will mich darum kümmern, dass Sie sich nichts antun!"*
- *"Ich erwarte, dass Sie sich genau dies nochmal bis zum nächsten Gespräch überlegen, nämlich ob Sie diesmal wirklich endgültig aufgeben wollen oder sich die Chance geben, nochmal eine ganz neue Art zu probieren, Ihr Leben zu verändern."*
An Stelle von: *"Ich will mich darum kümmern, dass Sie sich nichts antun!"*
- *"Und es tut gut, sich das einfach mal zu erlauben, schwach zu sein. Das ist auch ein wichtiger Teil von Menschsein"*
An Stelle von: *"Es ist nicht schlimm, wenn Sie weinen."*
- *"Eigentlich wissen Sie sehr gut, wie befreiend es sein kann, die Tränen einfach laufen zu lassen."*
An Stelle von: *"Das muss Ihnen nicht peinlich sein."*

i) Verwirrungen, Konfusion erzeugen

Wie oben schon erläutert, kann das Erzeugen von Konfusion zur Auflösung von verfestigten Denkstrukturen, von Sprechblockaden oder atmosphärischen Spannungen führen. Hierfür nutze ich manchmal auch folgende Interventionen:

- *"Was glauben Sie, ab welcher Höhe der Schulden sich ein Mensch in jedem Fall das Leben nehmen sollte?"*
Verzerrung (Performativ): Wer zu hohe Schulden hat, darf nicht mehr leben.
- Ein umgekehrtes Versprechen reflektieren: *"Sie könnten sich also eher eine Garantie für Ihren sicheren Tod in den nächsten Tagen geben?"*
Generalisierung (ungerechtfertigte Äquivalenz): Keine Selbstverpflichtung = sicherer Tod.

j) Selbstsuggestionen

- Den Vertragstext bei der Erarbeitung wiederholt laut lesen lassen!
- Effektive Selbstverbalisationen in den Vertrag aufnehmen lassen: *"Wenn es mir ganz schlecht geht, schütze ich mich, indem ich ..."* (individuelle Bewältigungstechnik einsetzen)
- Effektive Selbstverbalisationen in den Notfallplan aufnehmen: *„Diese Krise wird wie alle bisherigen vorübergehen.“*
Tilgung: Es ist nicht klar, wann und wie sie vorübergehen wird.

k) Neugier wecken

- *"Mir sind in unserem heutigen Gespräch einige Dinge klar geworden, die ich Ihnen gerne noch gesagt hätte. - Dafür reicht aber die Zeit jetzt gar nicht mehr..."*
Tilgungen: Die Art der Dinge. Die Zahl der Dinge.
- *"Ich bin überrascht, wie sicher Sie sich in Ihrer Entscheidung gegen eine solche*

Abmachung (Non-Suizid-Vertrag) sind. Wahrscheinlich haben Sie das sehr gut überlegt, denn eine Leiche kann man nicht mehr lebendig machen. Andererseits kann ich dann doch an manchen Punkten Ihrer Argumente Widersprüche erkennen. Würde es Sie interessieren, was mir dabei aufgefallen ist?"

Tilgung: Das Wesen der Widersprüche.

- Mit dem eigenen therapeutischen Optimismus, der sogenannten stellvertretenden Hoffnung Neugier auf eine sich anschließende Therapie erzeugen: *„Ich sehe überhaupt keinen Grund, warum Sie im Leben keine Perspektiven mehr haben sollten, im Gegenteil! Sie sind einer der Wenigen, der noch hier sitzt und die Möglichkeit hätte, sich behandeln zu lassen!“*

l) Schaukeln in Ambivalenzen

- *"Die eine Lösung wäre natürlich anstrengender, während die radikalere wiederum alles beendet, aber nicht löst. – Durch den Tod werden viele Probleme zwar beendet, aber sie sind deshalb noch nicht gelöst.*
Pro-&-Contra-Liste vorschlagen um dem chronischen Grübeln zu begegnen.
- *"Das scheint wie bei einer Waage zu sein: Es spricht genau so viel für das Sterben wie für das Leben. Und die Waage scheint so genau zu sein, dass ein kleiner Anlass genügen könnte, um den Zeiger auf die negative Seite zu bringen.*

Mit dieser Metapher lässt sich auch schon der nächste Punkt einleiten:

m) Metaphern

- *"Dieses Loch, das Sie da vor sich sehen, müsste also gefüllt werden."*
- *"Ein kleiner Anlass im Grunde, der aber das Fass zum Überlaufen gebracht hat."*
... *„Das Fass müsste also nicht ganz, sondern nur soweit geleert werden, dass ein kleiner Tropfen nicht wieder gleich eine Überschwemmung verursacht.“*
- *"Stimmt! Das ist wie eine Katze im Sack kaufen. Aber ich verspreche Ihnen, Sie gehen wirklich kein Risiko ein, denn Sie können dieses Papier (den Vertrag) hinterher auch wieder zerreißen, wenn Sie wollen. Insofern ist dies ganz sicher eine harmlose Katze. - Ich wundere mich aber über Ihre Vorsicht, weil Sie ja im Grunde bereit sind, eine noch größere und auch teurere Katze im Sack zu kaufen."*
- *"Wenn Sie sich genau erinnern, dann wissen Sie auch, dass es ganz normal ist, dass man in der Dunkelheit (oder: in diesem Festgefahresein) so einer Krise gar nicht sieht (oder: merkt), worin das rettende Licht bestehen könnte (oder: wie es weitergehen könnte). Erst hinterher wissen wir wirklich, was wir in dieser schwierigen Zeit für unser weiteres Leben gelernt haben, welche Chancen uns so eine Krise bieten kann."*
- *"Das ist, wie wenn ein Schiff auf hoher See einen Schaden hat und repariert werden müsste, dann ist es auch sinnvoller, einen Hafen anzulaufen, als zu versuchen, es draußen im Sturm wieder flott zu machen." (zur Einleitung einer nötigen Unterbringung)*

n) Utilisieren von Ressourcen

- *"Was hat Ihnen bisher geholfen, am Leben zu bleiben?"*
Verzerrung (Vorannahme): Es hat was geholfen.
- *"Wie haben Sie diese schwierigen Situationen immer wieder bewältigen können?"*
Verzerrung (Vorannahme): Der Pat. hat diese Situationen bewältigt.
- *"Was hatte Ihr Leben bisher sinnvoll gemacht?"*
Verzerrung (Vorannahme): Sein Leben war bisher sinnvoll.

o) Utilisieren von Werten

- *"Es mag ja richtig sein, dass Sie nicht gerne alt werden wollen. Sie müssen sich aber deshalb doch nicht gleich umbringen, es gibt auch andere Mittel, jung zu bleiben."*
- *"Es ist schon möglich, dass es als Zeichen von Männlichkeit gelten kann, wenn jemand bereit ist, die Konsequenzen für sein Verschulden zu tragen. Andererseits könnte es aber sein, dass jemand, der aus einer verfahrenen Situation das Beste macht, als noch männlicher eingeschätzt wird."*
- *"Für Ihre Kinder wollten Sie immer das Beste und Sie nehmen Ihnen nun die Mutter. - Ist das nicht ein riesiger Widerspruch?"*

p) Utilisieren der Weltsicht (Religion, Überzeugungen)

- *"Wenn Sie dann dort ankommen und Gott, an den Sie glauben, fragen würde, warum Sie denn schon so früh da sind, wie würden Sie ihm das erklären?"*
- *"Wenn dieser Gott, der ja alles weiß, jetzt auf Ihr Leben blicken würde, was meinen Sie: Wüsste er auch nur diese eine Lösungsmöglichkeit für Ihre Situation?"*
- *"Wenn es stimmt, dass wir alle immer wieder geboren werden, dann denke ich, ist es sehr unwahrscheinlich, wieder an einem Platz geboren zu werden, an dem es keinen Krieg, keine Hungersnöte oder Naturkatastrophen gibt. Die meisten Menschen sind gezwungen, jeden Tag um das nackte Überleben zu kämpfen."*

q) Utilisieren von sogenanntem "Widerstand"

- *Sie ärgern sich wirklich sehr über den Therapeuten, den Sie bisher hatten. Was glauben Sie, wie sehr würde es ihn erstaunen (treffen, beeindrucken), wenn Sie ihm zeigen würden, dass Sie ganz alleine den Weg aus Ihrer Krise gefunden haben?"*
- *"Was würde passieren, wenn Sie die gleiche Energie, mit der Sie Ihre Entscheidung zum Sterben verteidigen, - wenn Sie die gleiche Energie für die Suche nach Lösungen für ein Weiterleben einsetzen würden?"*

Patienten erleben es als peinlich oder haben sogar Angst vor schlimmen Folgen, wenn sie merken, dass sie ihre Gefühle nicht mehr unter Kontrolle haben könnten. Daher

versuchen sie sich möglichst zu beherrschen - Formulierungen, um das Gefühlserleben von Patienten zu fördern durch Verbalisierungen der inneren Vorgänge (bzw. Widerstände) des Patienten (= Externalisieren des Widerstands).

- *"Wie hindern Sie sich gerade, Ihren Schmerz wirklich ganz auszudrücken?"*
- *"... und es kostet viel Kraft, die Tränen zurückzuhalten."*
- *"Die Tränen in Ihren Augen zeigen wahrscheinlich nur einen ganz kleinen Teil von dem tiefen Schmerz, den Sie innerlich empfinden."*
- *"Wenn Sie lächeln, könnte man denken, dass es Ihnen eigentlich gar nicht so schlecht geht. Welche Gefühle würden entstehen, wenn Sie sich nicht zu diesem Lächeln zwingen würden?"*
- *"Menschen, die sich in einer ähnlich schwierigen Situation wie Sie befinden, merken oft, dass sie schon lange nicht mehr geweint haben und dass sie manchmal auch gar nicht wissen, ob sie solche Gefühle überhaupt noch haben. Das ist ganz normal."*

r) Zeitprojektion

- *In die nahe Zukunft: "Wenn Sie nun gehen und sich dann umbringen, wie werden Sie es tun?"*
- *"Wer soll Ihren Körper finden?" - "Was soll in Ihrem Abschiedsbrief stehen?"*
- *"Wenn Sie dann tot sind, wo möchten Sie beerdigt werden?"*
- *"Sollen Ihre Angehörigen Sie beerdigen oder möchten Sie eine Urnenbestattung?"*
- *"Wie viele Menschen, glauben Sie, werden zu Ihrer Beerdigung kommen?"*
- *"Möchten Sie, dass man Blumen und Kränze aufs Grab legt?"*
- *"Wer wird auf keinen Fall weinen, wenn er die Nachricht erhält?"*
- *"Was wird in der Zeitung über diesen Fall stehen?"*
- *"Welche Musikstücke werden bei Ihrer Beerdigung gespielt werden?"*
- *"Wer wird die Blumen auf Ihrem Grab gießen?"*
- *In die ferne Zukunft: "Wie wird Ihre Tochter reagieren, wenn Sie mal gefragt wird, warum ihr Vater so bald gestorben ist?"*
- *"Wie wird Ihre Frau 10 Jahre nach Ihrem Tod leben?"*
- *"Was werden Ihre Kinder ihren Freunden über ihren Vater erzählen?"*

s) positive Implikationen

Implikationen sind im Sinne der Transformationsgrammatik Verzerrungen, die sich als indirekt kommunizierte Vorannahmen formulieren lassen:

- *"Ich würde Ihnen nichts Gutes tun, wenn ich Ihnen das nicht so deutlich sagen würde!"*
Verzerrung (Vorannahme): Ich möchte Ihnen was Gutes tun
- *"Ich glaube, wenn ich Sie jetzt einfach so gehen lassen würde, müsste ich mir ganz schön Sorgen um Sie machen."*

Suizidprophylaxe

- Verzerrung (Vorannahme): Ich würde mir Sorgen machen.
- *"Das heißt, Sie sind wirklich wunschlos unglücklich!"*
- Verzerrung (Vorannahme): Ohne Wünsche kann man auch glücklich sein.
- *"Wer hat Ihnen das beigebracht, zu glauben, dass Sie unfähig sind"*
- Verzerrung (Vorannahme): Das ist nicht angeboren.
- *"Ich würde gerne mit Ihnen zusammen Ihr Problem lösbar machen. Aber ich mach mir Sorgen, dass Sie vielleicht bald gar nicht mehr am Leben sind, das beschäftigt mich jetzt gerade viel mehr."*
- Verzerrung (Vorannahme): Mir liegt etwas am Patienten.
- *"Der Tod löst keine Probleme, er beendet sie nur"*
- Verzerrung (Vorannahme): Probleme sollten gelöst werden.
- *"Wenn Ihr bester Freund in Ihrer Lage wäre, würden Sie dann für ihn auch die Todesstrafe aussuchen?"*
- Verzerrung (Vorannahme): Der Patient sollte sich so behandeln, wie er seinen besten Freund behandelt.
- *"Dass Du nicht freiwillig gekommen bist, zeigt, dass es noch einen Teil in Dir gibt, der meint, dass Deine Schwester recht haben könnte. Das könnte der Teil sein, der Dir noch eine Chance geben will. Den würdest Du dann auch mit umbringen."*
- Verzerrung (Vorannahme): Du hast lebensbejahende Anteile.

t) Suchprozesse auslösen

- *"Der Tod ist eine endgültige Lösung für ein Problem, das vorübergehen wird."*
- *"Ich möchte, dass Sie bis zur nächsten Sitzung etwas machen, was Ihnen möglicherweise schwer fallen wird. Ich möchte, dass Sie ...
... mindestens einmal in die Natur aufs Land gehen, einen Ameisenhaufen suchen und diesen mindestens eine halbe Stunde lang beobachten.
... eine mehrstündige Wanderung durchs Paradiestal (ein schönes Tal in der Nähe der Stadt, in der ich arbeite) machen.
... ein Buch lesen, das ich Ihnen dann noch vorschlagen werde." (z.B. Love P.: Wenn Kinder unter Liebe leiden. od. Quinnet P.: Warum mit dem Leben Schluss machen?).*
- *„Ich bin sicher, Sie können, wenn Sie das wirklich tun, eine ganz wichtige Erfahrung machen, die auch eine ganz besondere Bedeutung für Ihr Problem hat. --- Wann können Sie das denn tun?“*

u) Indirekte Aufforderungen

- *"Ich würde Ihnen nichts Gutes tun, wenn ich das für Sie übernehmen würde."*
Aufforderung: Übernehmen Sie das selbst!
- *"Können Sie diesem Teil (der Persönlichkeit), den Sie jetzt innerlich vor sich haben, den wichtigsten Grund nennen (oder: die drei wichtigsten Gründe auf-*

zählen), weshalb Sie sich umbringen wollen?"

Aufforderung: Setzen Sie sich mit diesem inneren Widerspruch auseinander!

- Vertragserstellung: *"Ich kann Ihnen ja erst mal ein Blatt geben, dann können Sie schreiben."*

Aufforderung: Schreiben Sie!

v) Wahlfreiheiten schaffen

- *"Sie können das Papier hinterher auch zerreißen, wenn Sie entschieden haben, dass dies keine Hilfe für Sie ist."*
- *"Sie können das auch gerne in Ihren eigenen Worten formulieren, damit es wirklich für Sie passt." (= Schwieriges verlangen, damit der Pat. bereiter ist, das Leichtere zu machen.)*
- *"Umbringen können Sie sich später immer noch, wenn Sie ihre Situation wirklich grundlegend durchdacht haben."*

w) direkte Rede

- *"Wenn jetzt also jemand käme und sagen würde: 'Ich mag dich!', dann würden Sie Ihre Entscheidung überdenken?"*
- *"Ein Mensch, dem Sie glauben könnten, dem Sie wirklich vertrauen, müsste Ihnen bestätigen: 'Das ist Dein Leben! Du darfst es also leben, wie Du es willst und nicht wie die anderen es wollen'"*

x) Humor

Es ist kein Zufall, dass dieser Punkt zum Schluss kommt. Mit Humor arbeiten, heißt in der Regel auch provokativ arbeiten. Dies kann ich jedoch nur, wenn sich der Rapport zu meinem Patienten wirklich positiv entwickelt und auch stabilisiert hat.

- *"Im Moment leben Sie. - Sie sitzen hier und wollen nicht mit mir darüber reden, warum Sie sich das Leben nehmen wollen. Andererseits glaube ich nicht, dass Sie wirklich mit mir darüber schweigen wollen." -- "Wie kann ich Ihnen helfen?"*
- *"Also nach dem Motto: Wenn alle Stricke reißen, häng' ich mich auf."*
- *"Wenn Marsbewohner auf die Erde kommen würden und zum ersten mal einen Menschen sehen würden und sich mit Ihnen unterhalten könnten, ich glaube, dann würden diese, wenn sie nur ein Fünkchen Verstand besäßen, über Ihre Aussage, dass Sie nichts wert sind, wahrscheinlich vor Lachen am Boden liegen und sich die Bäuche halten." (zit. nach Albert Ellis)*
- *"Wenn ich Ihnen das glauben könnte, würde ich sagen, dass Sie prophetische Eigenschaften haben. Und wenn Sie das glauben, dass Sie so gut in die Zukunft sehen können, sollten Sie sich überlegen, als Wahrsager aufzutreten, sie könnten bestimmt eine Menge Geld machen. - Zumindest ein Teil Ihrer Probleme wäre dann jedenfalls erstmals gelöst."*

Suizidprophylaxe

Generalisierung des Patienten (unbegründete Annahme über die Zukunft): Es wird nie besser.

- *"Jemand, der so fröhlich lachen kann wie Sie und gleichzeitig seinen Tod plant, hat wirklich Sinn für Humor! Schade, dass Sie nicht am Leben bleiben wollen, um ihn zu genießen!"* (zit. nach Albert Ellis)

Fast hätte das Alphabet für diese Aufzählung gar nicht gereicht. Aber aufmerksame Leser haben sicher gemerkt, dass es auch Wiederholungen im Text gab. Hier habe ich mich nur mehr oder weniger bewusst an einem weiteren hypnotherapeutischen Prinzip orientiert, welches auch für suizidale Patienten beherzigt werden sollte: Die Verwendung von Redundanzen. Manch eine Botschaft kommt nicht an, obwohl sie so entscheidend sein könnte. Der Patient bestimmt den Zeitpunkt, wann er offen dafür ist. Redundanzen sind somit nicht nur reine Wiederholung, sie helfen auch, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass der Patient über ein offenes Zeitfenster erreicht werden kann.

Literatur

- Byrne, D. (1997). An overview (and underview) of research and theory within the attraction paradigm. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 417–431.
- Bandler R. & Grinder J. (1981). *Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I*. Paderborn: Junfermann.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst - Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Dorrmann, W. (2012, 7. korr. Aufl.). *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dorrmann, W. & Teismann T. (2013). *Suizidalität. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grammer K. (1993). *Signale der Liebe – Die biologischen Gesetze der Partnerschaft*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Henseler, H. (1981). *Krisenintervention – Vom bewußten zum unbewußten Konflikt des Suizidanten*. In H. Henseler & C. Reimer (Hrsg.) *Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie* (113–135). Stuttgart: Frommann-Holzboog
- Mehrabian A. & Ferris S. (1967). Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels. *Journal of Counselling Psychology*, 31, 248-252.
- Ramseyer, F. (2010). Nonverbale Synchronisation in der Psychotherapie. *systeme*, 24, 5–27.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2009). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141.
- Tschacher, W. & Storch, M. (2010). *Embodiment und Körperpsychotherapie*- In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration* (S. 161–177) Heidelberg: Springer.