

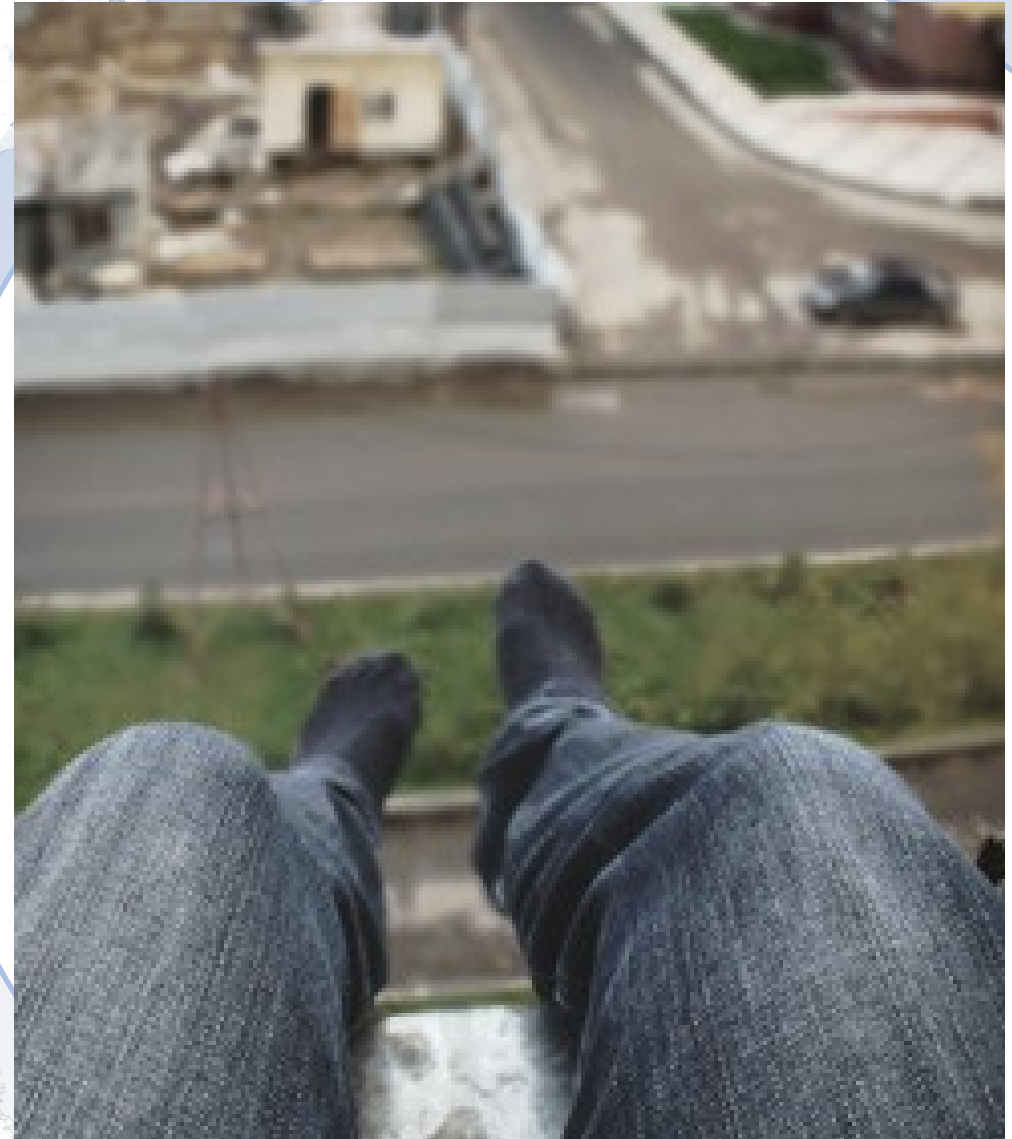
Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit suizidalen Klienten/-innen

WIFI

Mag. Petra Erasin
2025

Inhalt

- Verschiedenen Formen von Suizidalität
- Risikofaktoren und Warnsignale
- Interventionsformen (Beziehungsgestaltung, Gesprächsführung, Umgang)
- Selbstreflexion und eigener Umgang mit der Thematik



Wovon sprechen wir?

- **Suizid**: Vorsätzliche Selbsttötung, meist Ergebnis eines komplexen Wechselspiels aus psychischen, sozialen und biologischen Faktoren (WHO, 2021).
- **Suizidalität**: Umfasst alle Denk- und Verhaltensweisen, die auf eine mögliche Selbsttötung zusteuern. Unterteilt in passive Suizidgedanken (Wunsch zu sterben) und aktive Suizidgedanken (konkrete Pläne).
- **Suizidversuch**: Bewusste Selbstverletzung mit dem Ziel, das eigene Leben zu beenden, jedoch ohne tödlichen Ausgang (DGPPN, 2017).

Historischer Kontext

- Früher: Moralisch-religiöse Bewertung, teils strafrechtliche Konsequenzen.
 - In einigen ehemals britischen Kolonien galten lange die alten englischen Gesetze weiter, die Suizid und Suizidversuch unter Strafe stellten.
 - Singapur: Erst 2019 wurde ein Gesetz verabschiedet, das Suizidversuche entkriminalisierte. Davor drohten theoretisch Strafen für einen Suizidversuch (auch wenn sie in der Praxis selten vollzogen wurden).
 - Malaysia: Auch hier existierte lange eine Strafbestimmung für Suizidversuch (Section 309 des Strafgesetzbuches). Reformen sind (Stand Mitte der 2020er) in Diskussion, aber in Teilen noch nicht vollständig umgesetzt.
- Heute: Fokus auf psychische Gesundheit, Prävention, biopsychosoziale Modelle.

Zu Beginn: Warum dieses Thema?

- Wer erlebt Suizide:
- 51% - 82% der Psychiater (Chemtob et al. 1988, Campbell & Fahy 20012)
- 22% - 39% der Psychologen (Henry et al. 2003)
- 33% der Sozialpädagogen /-arbeiter (Jacobson et al. 2004)
- 55% der Pflegekräfte (Takashahi et al. 2011)
- Nicht zu vergessen die vielen Zeugen suizidaler Handlungen,
 - - Lokführer
 - - Notärzte und Rettungskräfte
 - - Polizisten und Feuerwehrleute

Wir mögen Statistiken ☺

(Quelle: Suizid und Suizidprävention in Österreich Bericht 2024)

Weltweit ca. 700.000 Suizide pro Jahr (WHO)

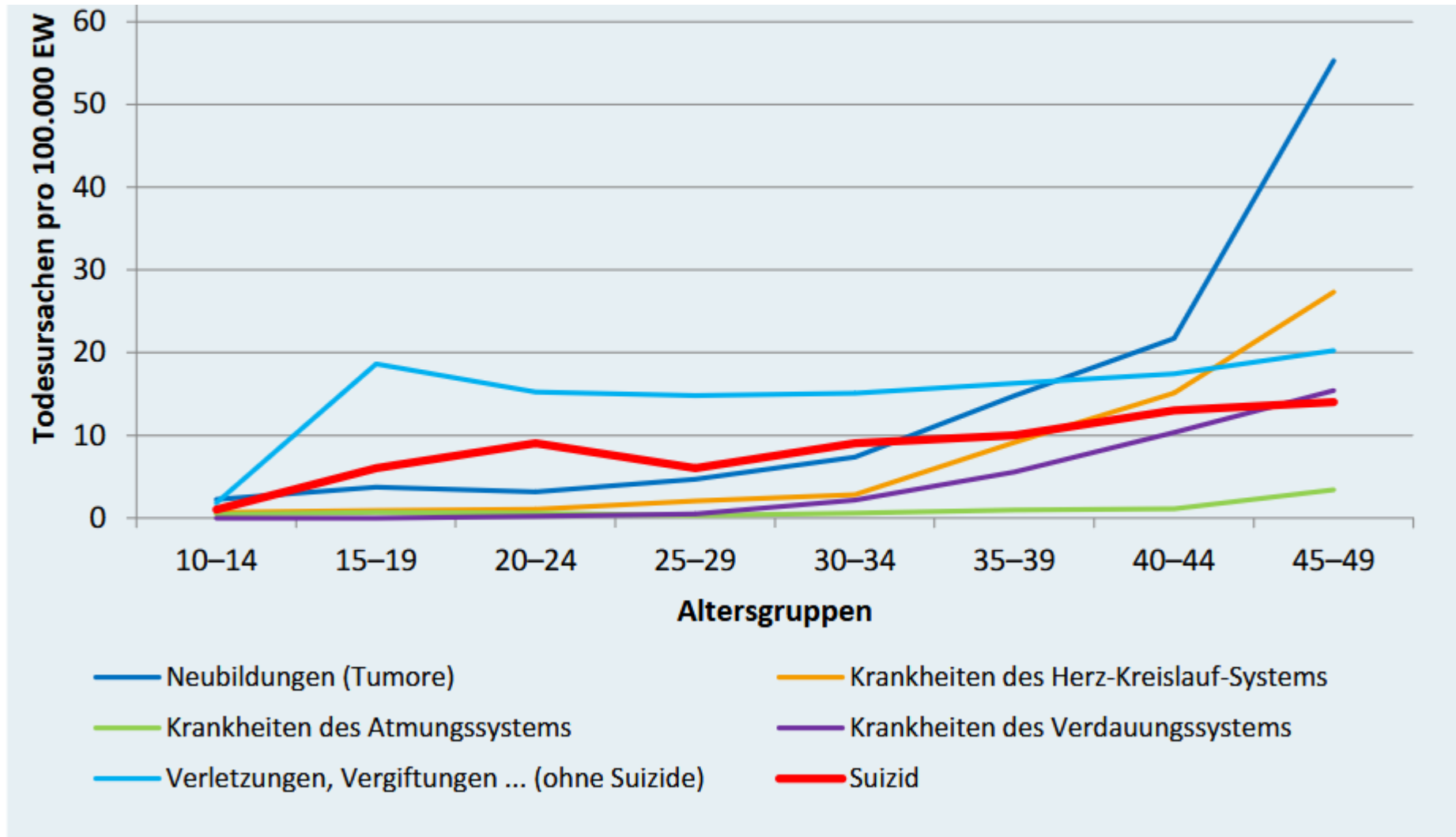
Im Jahr 2023 starben in Österreich 1212 Personen durch Suizid

→ Fast dreimal so viele wie im Straßenverkehr.

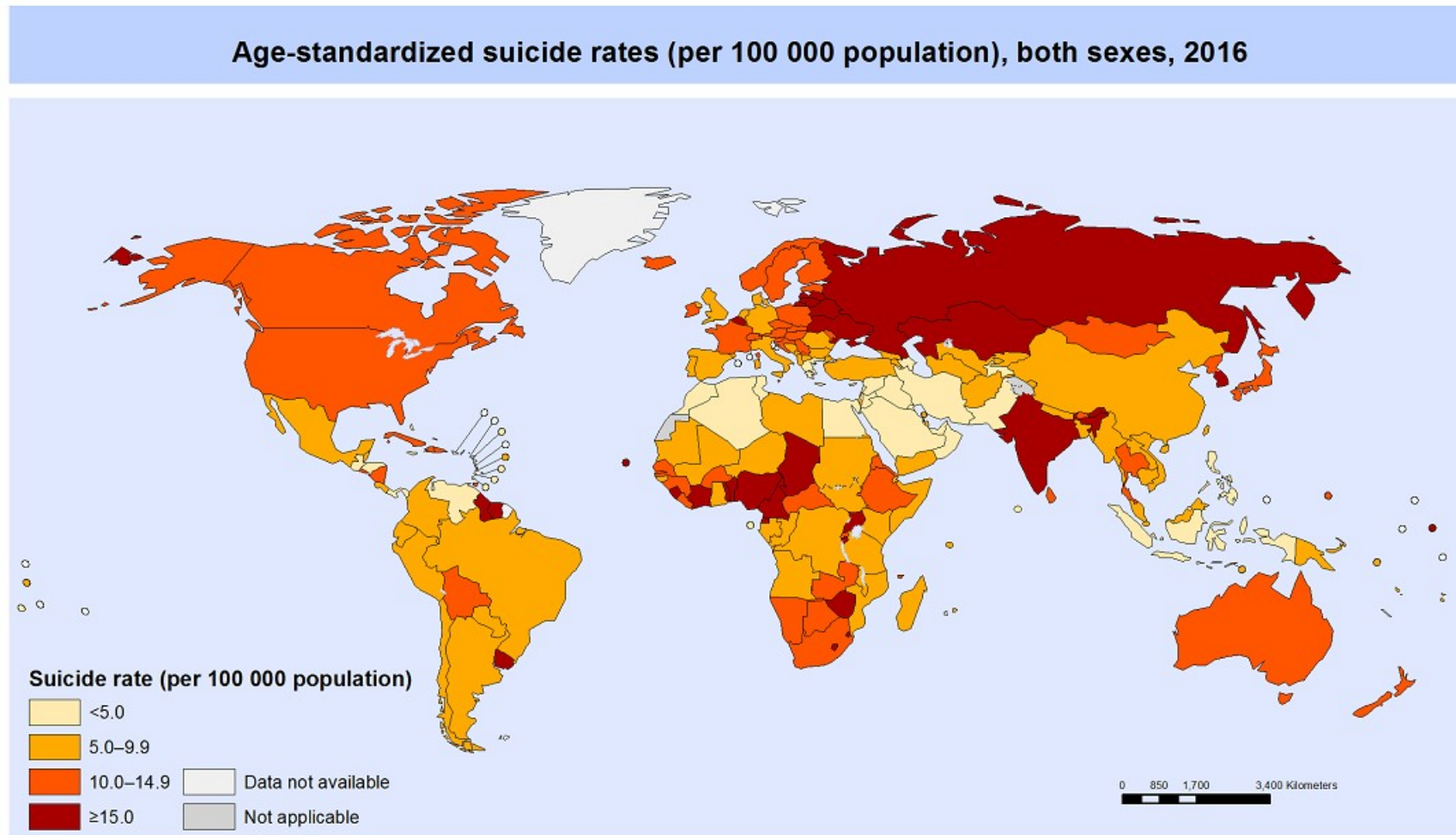
→ Suizidrate von 14 pro 100.000 Einwohner/-innen (Stand 2022: 13 pro 100.000)

- Suizidversuche 10- bis 30 mal höher.
- Demnach kann in Österreich von etwa 12.000 bis 36.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden.

Häufigkeit der Todesursachen



Suizide weltweit

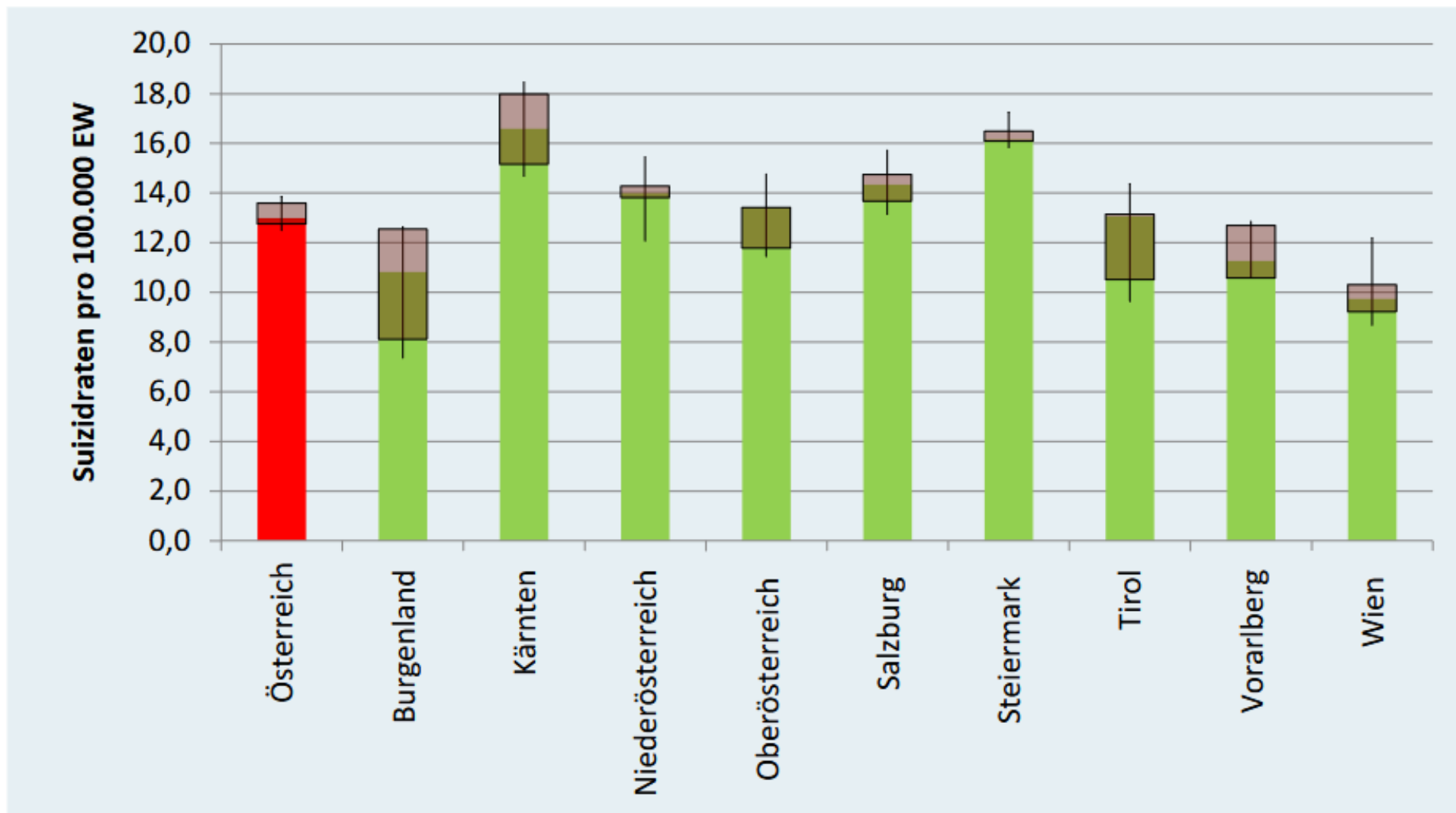


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

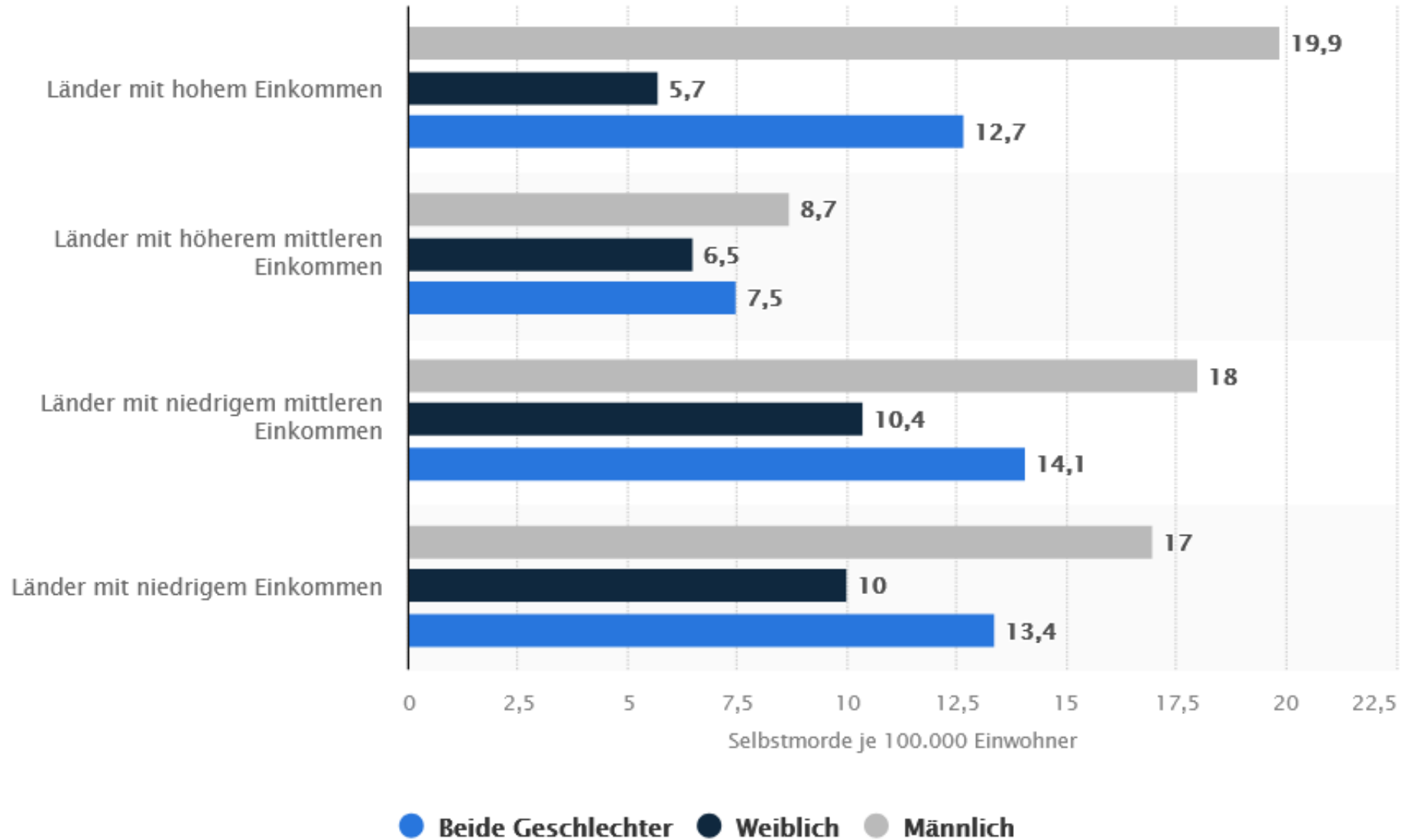
Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2018. All rights reserved.

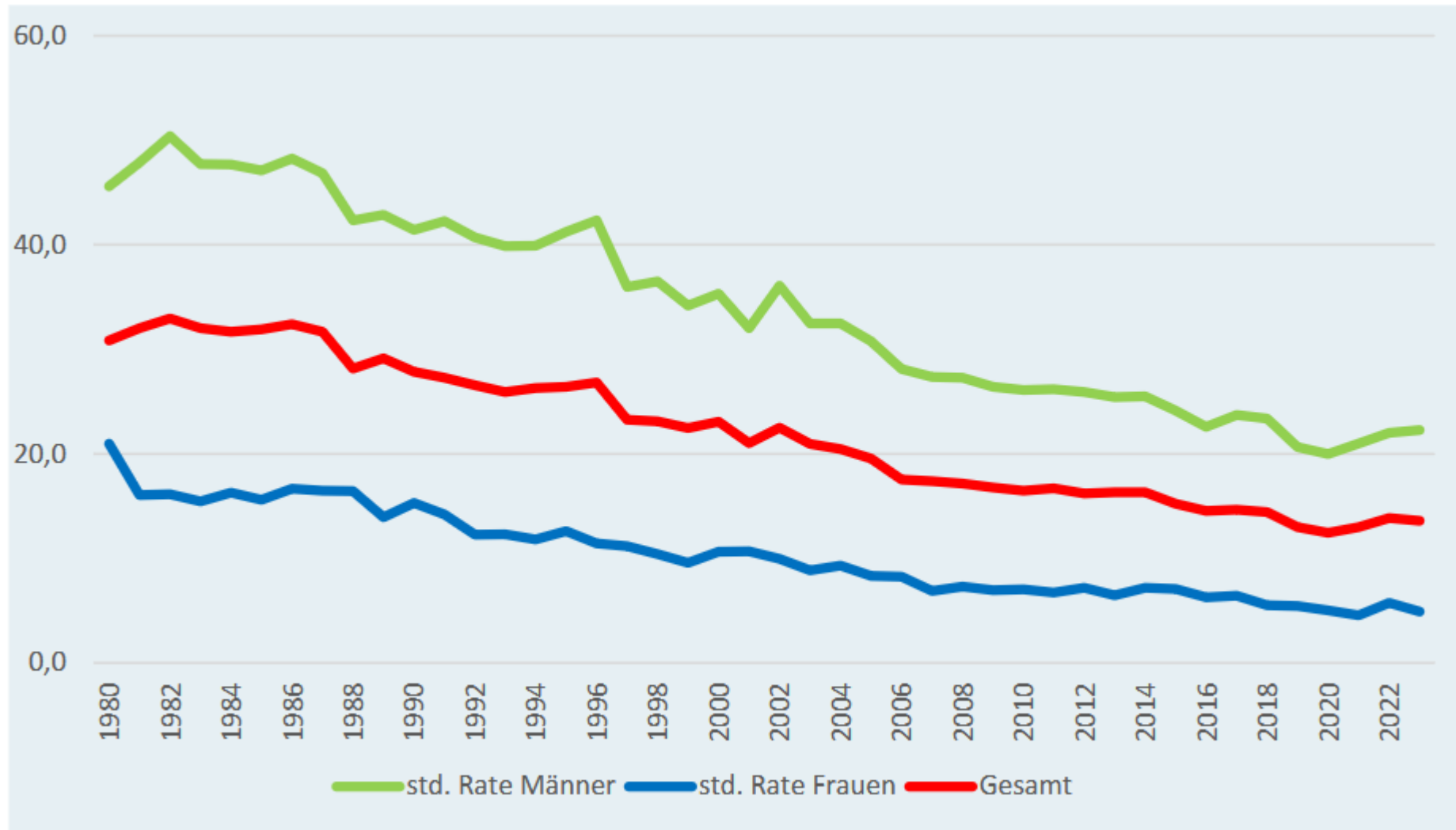
Suizide im Bundesländervergleich



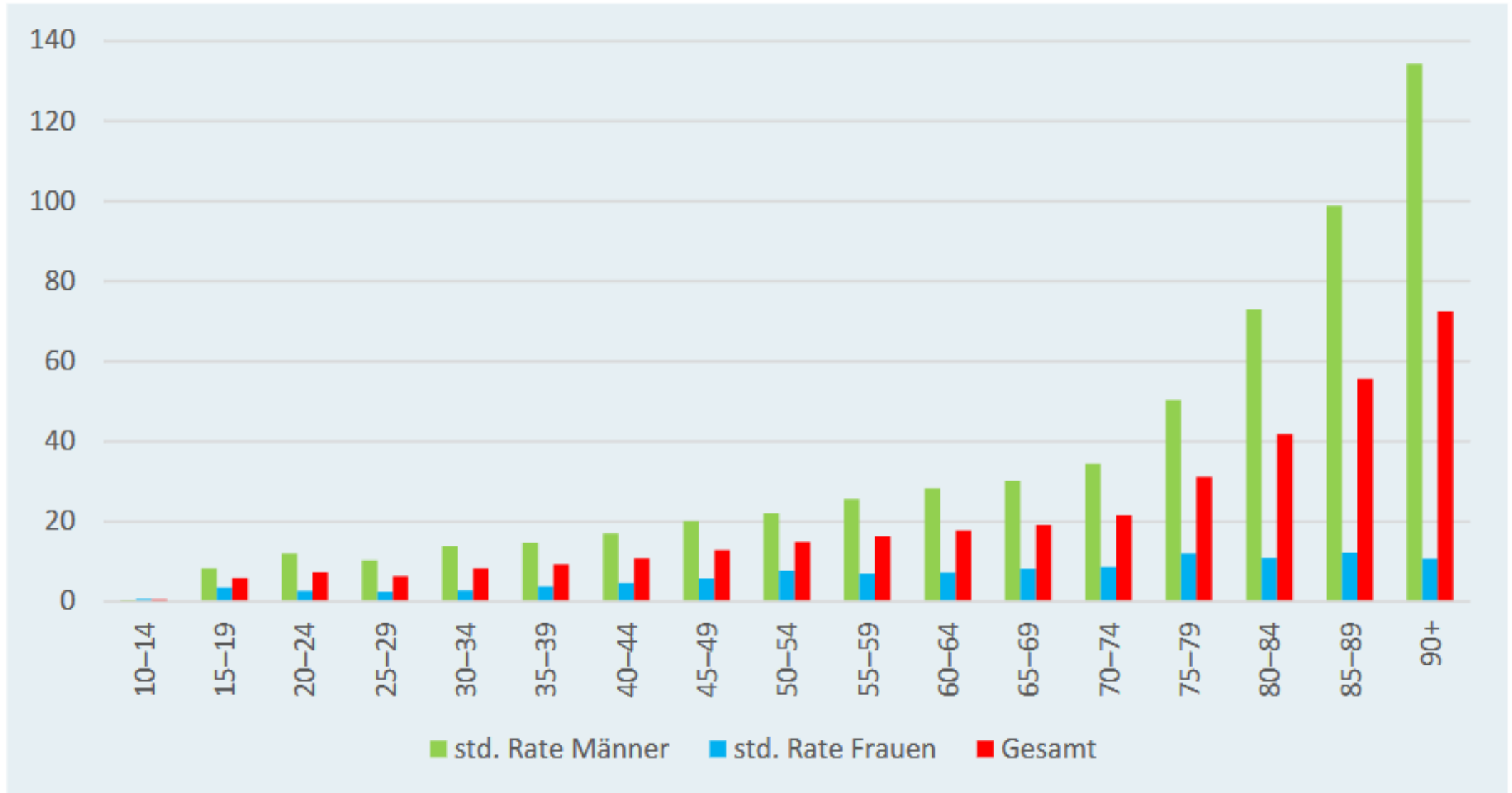
Suizide nach Einkommen weltweit



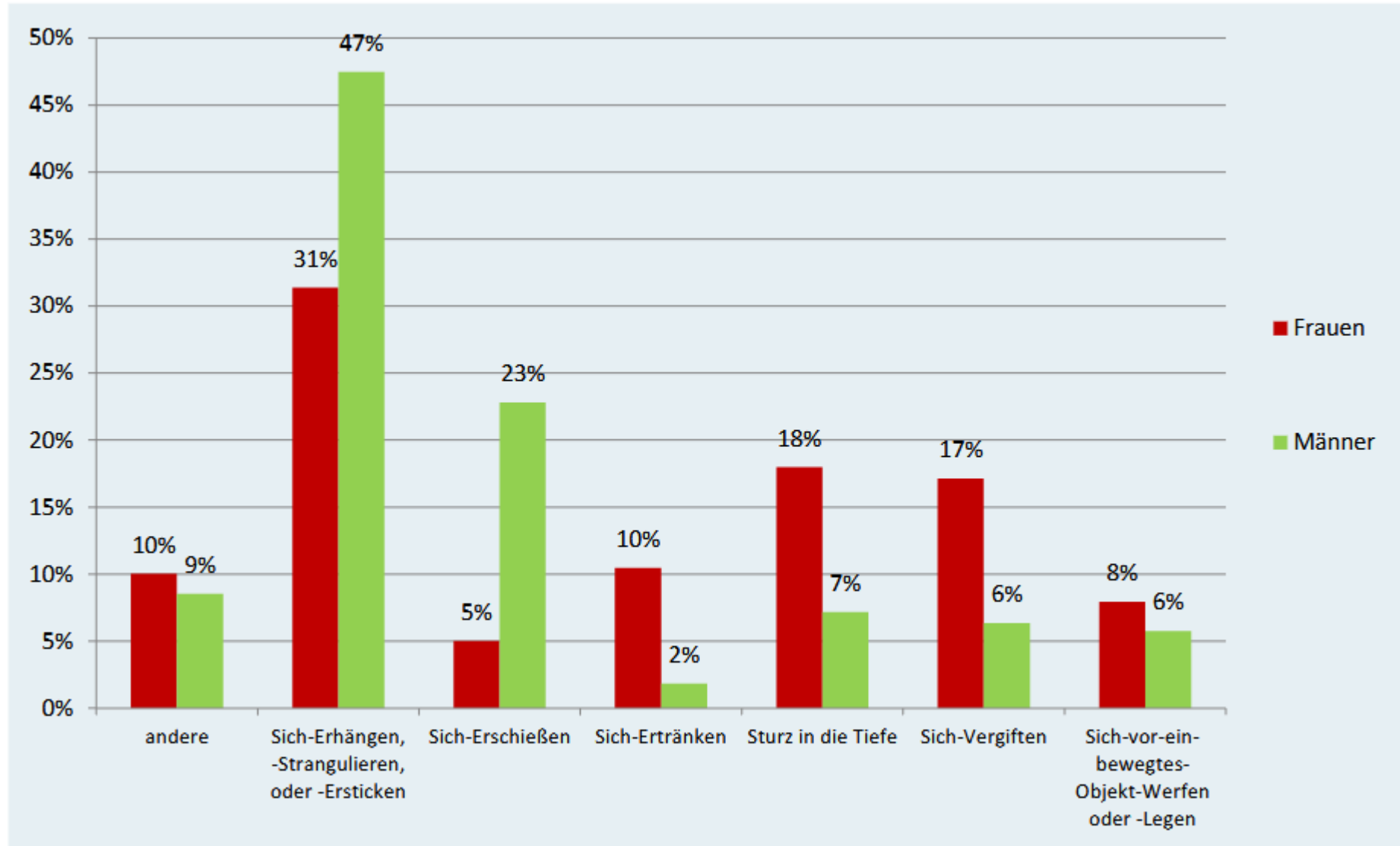
Suizide nach Geschlecht im Laufe der Jahre



Suizide nach Alter und Geschlecht



Todesarten



Psychische Krankheit und Suizidalität

- Depression (major depression): ~ 60 % aller Suizidfälle haben eine depressive Symptomatik (DGPPN, 2015).
- Sucht (v. a. Alkoholabhängigkeit): Erhöht das Suizidrisiko um das 6-fache (WHO, 2021).
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline, Narzisstisch): Wiederkehrende Krisen und hoher Anteil an Suizidversuchen.

Entwicklung der Suizidalität (nach Ringel, 1954)

Einengung

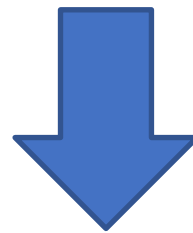
- Gefühl der Belastung
- Traurigkeit
- Isolation und Rückzug

Aggression

- Frust bringt Aggression mit sich
- Hemmung kehrt Aggression nach innen

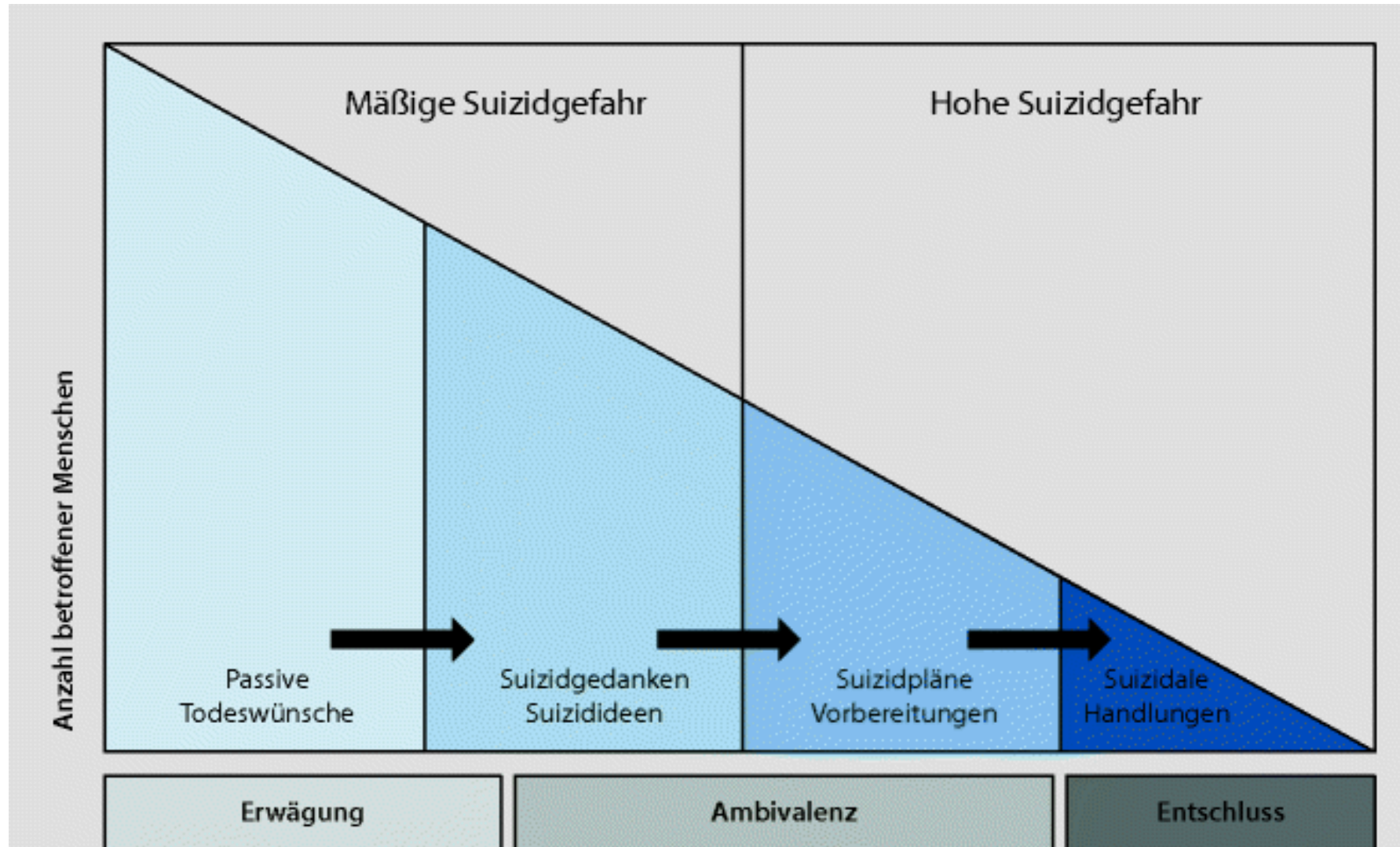
Suizidphantasien

- Gewöhnung an den Gedanken nicht mehr zu sein
- Planung
- Ankündigung



Präsuizidales Syndrom

Suizidale Entwicklung (nach Pöldinger, 1989)



Formen des Suizids

- **Appellativer** Suizid(-versuch): Auf etwas aufmerksam machen
- **Narzisstische** Krise: Soziale Aspekte, Selbstwert, Schuld etc.
- **Bilanz**suizid: kontroverser Begriff, rationale Entscheidung
- **Doppelsuizid**: Gemeinsamer Suizid eines Paares, oder Mutter mit Kind
- **Erweiterter** Suizid: Andere werden nicht um Einverständnis gefragt. Aber die Absicht sich selbst zu schaden ist größer als die anderen zu schaden!
- **Klinik**suizid: Suizid in einer med. Einrichtung
- **Assistierter** Suizid: Beihilfe zur Selbsttötung

Exkurs Assistierter Suizid



- Historische Rechtslage:
- Bis Ende 2021: Strafbarkeit der „Hilfeleistung zum Suizid“ nach § 78 StGB (Österreich).
- Verfassungsgerichtshof (VfGH) 2020: Urteil vom 11.12.2020 (G 139/2019): Verbot des assistierten Suizids wurde als verfassungswidrig eingestuft, da es das Recht auf Selbstbestimmung verletzt.
- Gesetzgeber musste bis 31.12.2021 eine Neuregelung schaffen.
- Inkrafttreten: Ab 1.1.2022: Sterbeverfügungsgesetz erlaubt unter bestimmten Bedingungen den assistierten Suizid.

Erste Erfahrungen

- Exakte offizielle Statistiken noch begrenzt, da das Gesetz erst seit 1.1.2022 gilt.
- Medien- und Ministeriumsberichte sprechen von einer niedrigen zweistelligen Zahl an Registrierungen im ersten Jahr.
- Genaue Daten zum tatsächlichen Vollzug (also tatsächlich erfolgten assistierten Suiziden) werden vom Gesundheitsministerium erfasst → Suizidbericht 2024
- 2023 wurden 98 assistierte Suizide gezählt, 54 bei Frauen und 44 bei Männern.
- Tendenzen:
- Anstieg der Anfragen bei Rechtsanwältinnen, Notarinnen und palliativmedizinischen Einrichtungen zur Information über das Prozedere.

Diskussion

- Befürworter/-innen: Stärkung der Selbstbestimmung, individuelle Autonomie bei unerträglichem Leid.
- Kritikerinnen: Gefahr der gesellschaftlichen Normalisierung von Suizid, Druck auf vulnerable Gruppen, Belastung für Ärztinnen (Ethik).
- **Herausforderungen:**
- Sicherstellung von palliativmedizinischer Versorgung für alle Betroffenen.
- Praktische Durchführung: Notwendigkeit einer leicht zugänglichen, aber dennoch rechtskonformen Prozessstruktur.
- Psychologische Begleitung: Rolle von Klinischen- und Gesundheitspsycholog*innen bei der Entscheidungsfindung und Trauerbegleitung.

Risikofaktoren

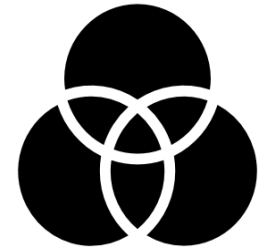
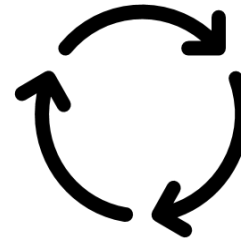
- Verlust von **Bindungen**
- Körperliche Erkrankungen
- Existentielle Veränderungen
 - Arbeitsplatzverlust
 - Veränderung der Lebenssituation (Umzug, Berentung, Auszug der Kinder)
- Genetische Faktoren (1,8% bei dizygoten, aber 11,3% bei monozygoten)
- **Positive!** Ereignisse (Hausbau, Geburt des Kindes, Heirat, Beförderung)

→ Oftmals akute Krisen oder

→ Gefühl die Krise bleibt Dauerzustand

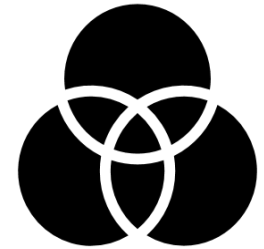
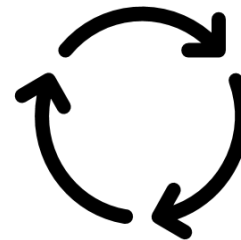
Risikofaktoren

- Suizidversuche in der Vorgeschichte oder in der Familie
- Männliches Geschlecht
- Allein lebend (getrennt, verwitwet, geschieden)
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Arbeitslosigkeit
- Höheres Alter
- Psychische Erkrankungen
- Wenig soziales Netzwerk



Schutzfaktoren

- Soziale Eingebundenheit
- Partnerschaft/Ehe
- Religiöse Zugehörigkeit
- Schwangerschaft/Kinder
- Pos. Attributionsstil
- Selbstwirksamkeit
- Problemlösefertigkeit



Einschätzung der Suizidalität

1. Hintergrundwissen sammeln!

- Vorgeschichte? Familiär? Bisherige Suizidversuche?
 - Ankündigungen? Planung?
 - Alter und Geschlecht?
 - Psychische Erkrankungen?
 - Life events?
 - Verfügbarkeit? Umsetzbarkeit?
- Daraus resultierend **Einschätzung der akuten Suizidalität!**



Einschätzung der Suizidalität

- **Wann erfolgt eine Einschätzung?**
- Erstkontakt
- Veränderung des Behandlungssettings
- Abrupter Wechsel des klinischen Erscheinungsbildes
- Ausbleibende Zustandsverbesserung
- Bedeutsamer Verlust oder psychosoziale Belastungsfaktoren
- Ausbruch einer körperliche Erkrankung

Hilfsmittel zur Einschätzung- Fragen (nach Pöldinger, 1989)

- Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen? Häufig?
- Denken Sie daran, oder müssen Sie daran denken? Drängen sich die Gedanken auf?
- Wie würden Sie es tun?
- Wann wollen Sie sich umbringen?
- Haben Sie mit anderen darüber gesprochen und wie haben diese reagiert?
- Welche Vorbereitungen haben Sie getroffen?
- Wissen Sie, wem Sie Abschiedsbriefe schreiben würden? Haben Sie einen geschrieben?
- Was hat Sie bisher gehindert, einen Suizidversuch zu machen?
- Haben Sie früher schon einen (mehrere) Suizidversuch(e) gemacht?
- Gibt es Suizide in der Familie?
- Leiden Sie unter schweren Schlafstörungen?
- Sind Sie alleine in Ihrer Wohnung?
- Haben Sie Freunde?

Hilfsmittel zur Einschätzung

Sad Person Scale

Acronym and reference domain		Score
Gender	(male)	0-1
Age	< 20 or > 45 years	0-1
Depression	present	0-1
Previous	previous attempted suicide	0-1
Ethanol	ethanol and drug abuse	0-1
Rational	rational thinking loss	0-1
Social	social support lacking	0-1
Organised	organised plan that used a lethal method	0-1
No spouse	separated, divorced, single	0-1
Sickness	debilitating, severe, painful illnesses	0-1
Total score		0-10

Suicide risk factors – The SAD PERSONS evaluation scale (after Patterson et al 1983)

Therapeutische Ansätze

Was tun in der akuten Krise?

- Beziehung herstellen
- Risikoabschätzung
- Zeit gewinnen/Reflexion anregen
- Selbstkontrolle fördern
- Konfrontation
- Setting bestimmen

Therapeutische Ansätze

Was tun?

- Suizidalität **aktiv** ansprechen
- Unbedingt **verbindliche** Kontakte
- Nahziel: Aufhebung der Einengung → Arbeit am Konkreten mit fassbaren Lösungen
- **Psychopharmakologische Einstellung** veranlassen oder optimieren
- Gesetzliche **Unterbringung** bei Zuspitzung oft unvermeidlich

Therapeutische Ansätze

Etwas konkreter:

- **Compliance** fördern durch Vertrauen und Autonomie
- Viel nonverbales **Spiegeln** (auch Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke etc.)
- **Reframing** („Sich selbst zu töten ist eine sehr mutige Überlegung“)
- Diszipliniertes persönliches **Einlassen** („Wenn Sie sich jetzt umbringen würden, wäre ich wahnsinnig frustriert und traurig“)

Therapeutische Ansätze

- **Neugierde fördern:** Vor allem, wenn die Entscheidung schon sehr klar wirkt. („Ich sehe keinen Grund warum Sie diese Krise nicht überstehen sollten“, „Große Entscheidungen sollte man nie alleine treffen – daher hat ein Pilot einen Copiloten“)
- **Entscheidungen für das Leben fördern:** Vergessene Gründe sichtbar machen („Gibt es einen Teil in Ihnen, der sich wünscht zu leben? Welche Gründe hat der Teil, der sich den Suizid wünscht?“ „Was möchten Sie Ihrem Sohn noch mitgeben?“)
- **Bearbeitung ungünstiger Annahmen:** Kognitive Methoden nicht zu früh einsetzen, Gefahr endlose Diskussionen. „Wenn jemand, den Sie lieben, sehr krank wäre und sich umbringen wollen würde, weil er Sie entlasten möchte – würden Sie erwarten, dass diese Person sich umbringt?“

Therapeutische Ansätze

- Verstehen der **Bedeutung** und Notwendigkeit dieses Notsignals
- Nicht „Anwalt des Lebens“!
- Bearbeitung der gescheiterten **Bewältigungsversuche**
- Aufbau einer tragfähigen **Beziehung**
- Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen
- Gemeinsame Entwicklung alternativer **Problemlösungen** für die aktuelle Krise – **Notfallkarte?**
- Erstellen eines **Hope-Kits** (Gründe für das Weiterleben sammeln)
- Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für künftige Krisen
- Kontaktangebote als Hilfe zur **Selbsthilfe**
- Einbeziehung von **Angehörigen** - (unter Berücksichtigung der individuellen Situation)

Für die Notfallkarte

- ⚡ Adrenalin & Noradrenalin
👉 Stresshormone, mobilisieren Energie, Fokus, Reaktion
Aktivierung durch:
 - 🏃 Körperliche Aktivität (z. B. Ausdauertraining, schnelles Gehen)
 - 💥 Aktion & Herausforderung (z. B. mutige Entscheidung, Adrenalin-Kick erleben)
 - 🥊 Aggressionsabbau durch Bewegung (z. B. Boxen, Trampolin, Powerwalk)
- 😊 Serotonin
👉 „Wohlfühlstoff“, reguliert Stimmung, Schlaf, Appetit
Aktivierung durch:
 - 🌞 Sonnenlicht & Natur (30–60 Minuten täglich = stabiler Serotoninspiegel)
 - 🍲 Tryptophanreiche Nahrung (z. B. Vollkorn, Nüsse, Bananen, Käse)
 - 🧘 Entspannung & Dankbarkeit (z. B. Achtsamkeit, Meditation, Dankbarkeitstagebuch)

Aktivierung von Hormonen

Dopamin

👉 Motivations- und Belohnungssystem, Antrieb, Lernfähigkeit

- Aktivierung durch:
- 🍫 Genuss & Belohnung (z. B. gutes Essen, Musik, angenehme Erlebnisse)
- 🎯 Ziele erreichen & abhaken (auch kleine!)
- 🧠 Neues lernen & Erfolg spüren (z. B. neue Fähigkeit, Flow-Erlebnis)
-

💖 Oxytocin

👉 Bindungs- & Vertrauenhormon („Kuschelhormon“), soziale Nähe

- Aktivierung durch:
- 🤗 Berührungen & Umarmungen (z. B. Nähe zu vertrauten Menschen, Haustierkontakt)
- 💬 Vertraute Gespräche & emotionaler Austausch
- 🎁 Hilfsbereitschaft & Fürsorge (z. B. freiwilliges Engagement, Geben macht glücklich)
-

Spezialfall: Chronisch suizidale Patienten

- Definition: Anhaltende Suizidgedanken über Monate/Jahre, immer wiederkehrend, teils mit Suizidversuchen (Linehan, 2015).
- Häufig assoziiert mit Persönlichkeitsstörungen, komplexen Traumafolgestörungen (APA, 2022).

Spezialfall: Chronisch suizidale Patienten

- **Langfristige** Betreuung: Notwendigkeit einer beständigen, tragfähigen therapeutischen Beziehung.
- **Multiprofessionelles** Team: Zusammenarbeit von Psychologinnen, Psychiaterinnen, Sozialarbeiter*innen.
- **Engmaschige** Terminvereinbarungen: Kurze Intervalle, bei Bedarf telefonische Erreichbarkeit.
- Stationäre vs. teilstationäre Betreuung: Abwägung je nach Schweregrad.

Fehler im Umgang mit suizidalen Patienten

- Suizidankündigungen **nicht ernst nehmen**
- Zu **frühes Ende** einer Betreuung
- **Nichtansprechen** von Suizidgedanken aus der Sorge heraus, solche zu provozieren
- **Fehleinschätzung** der „Ruhe vor dem Sturm“
- **Unverbindliche** Therapieempfehlung anstatt einer festen Terminabsprache
- **Einseitige** Betonung medikamentöser oder psychologischer Maßnahmen
- **Nichterkennen** von Bagatellisierungstendenzen des Patienten

Fehler im Umgang mit suizidalen Patienten

- **Übersehen** fremdanamnester Hinweise, die eine hohe Gefährdung anzeigen
- **Nichterkennen** depressiver oder wahnhafter Denkinhalte suizidaler Menschen
- Zeigen von **negativen Emotionen** gegenüber suizidalen Patienten
- Stationäre Einweisung verzögern / unterlassen
- **Mangelnde Exploration** der jetzigen und früheren Umstände, die zu Suizidalität geführt haben
- **Überhöhte Ansprüche** an die eigenen therapeutischen Fähigkeiten

Zusammenfassung des klinischen Bildes

- Patient/-in **distanziert sich nicht** von Suizidideen/Suizidversuch, auch nach einem ausführlichem Gespräch
- Patient/-in erlebt **drängende** Suizidgedanken
- Patient/-in wirkt ausgesprochen **hoffnungslos**
- Patient/-in hat **keine Zukunftsperspektive**
- Patient/-in ist **sozial isoliert**, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen
- Patient/-in hat **Konflikt**, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, nicht gelöst
- Ein **tragfähiger Kontakt** kommt **nicht** zustande
- Patient/-in hat schwere **depressive** Verstimmung, evtl. mit depressiven Wahnideen

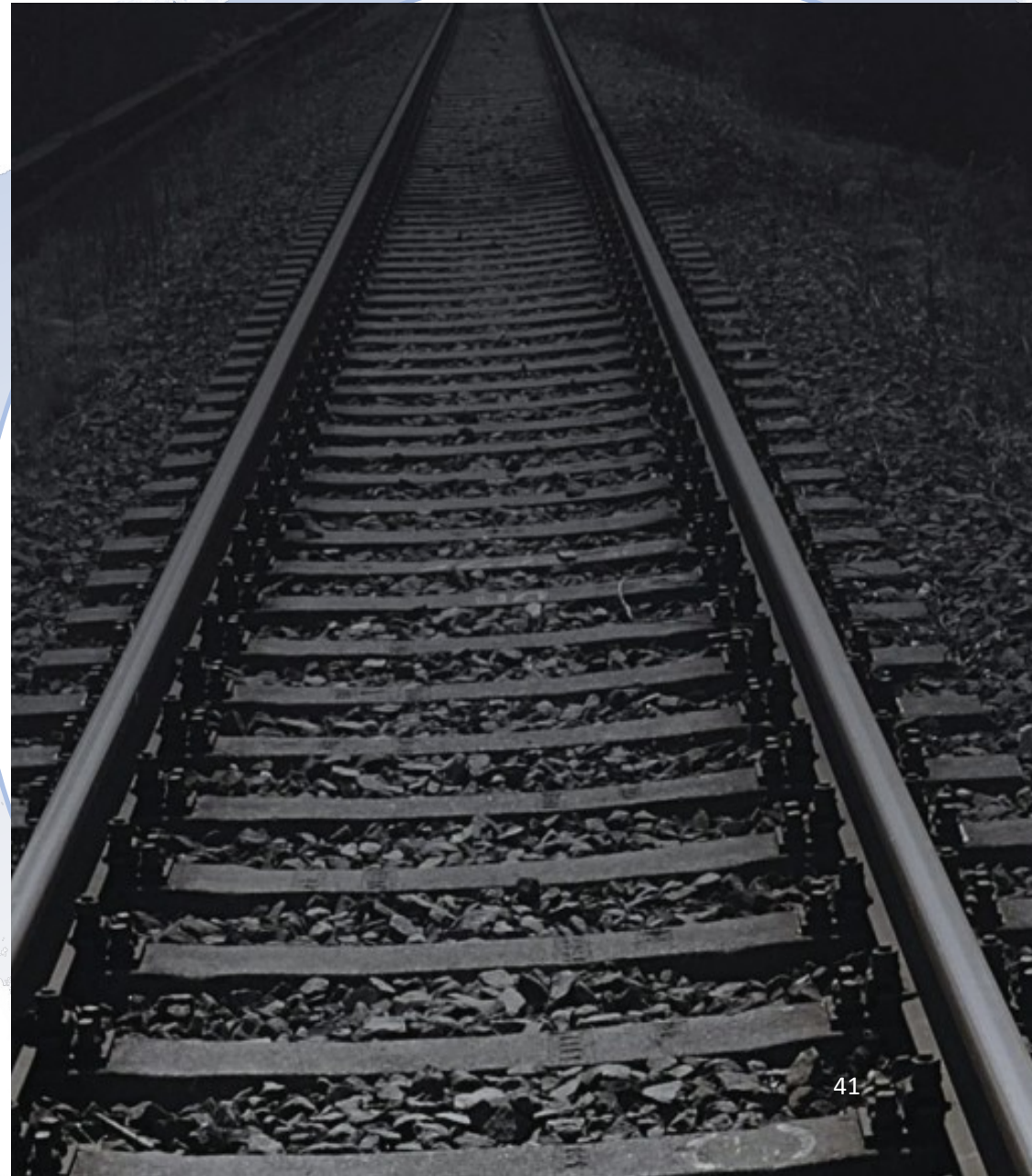


Zitatsammlung

- „Ich halte die Depression nicht mehr aus.“
- „Suizid ist die einzige Wahl die ich habe.“
- „Meiner Familie würde es ohne mich besser gehen.“
- „Niemanden kümmert es, ob ich lebe oder tot bin.“
- „Ich bin wertlos und verdiene es nicht zu leben.“
- „Ich hasse mich selbst.“
- „Es gibt keine Hoffnung für mich, ich habe alles verloren was mir wichtig war.“
- „Diejenigen, die mir wehgetan haben, werden darüber nachdenken.“

Nochmal kurz und knapp! Kritisch ist:

- ausgeprägte Suizidalität (konkrete Suizidpläne)
- fehlende soziale Integration
- fehlende ambulante Betreuung
- fehlende Bündnisfähigkeit des Patienten



Akutmaßnahmen (UBG, 1990)

In einer psychiatrischen Anstalt oder Abteilung dürfen Patienten nur untergebracht werden, wenn sie:

- an einer psychischen Krankheit leiden.
- im Zusammenhang damit eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt.
- wenn sie außerhalb einer Anstalt nicht ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden können (Subsidiarität).

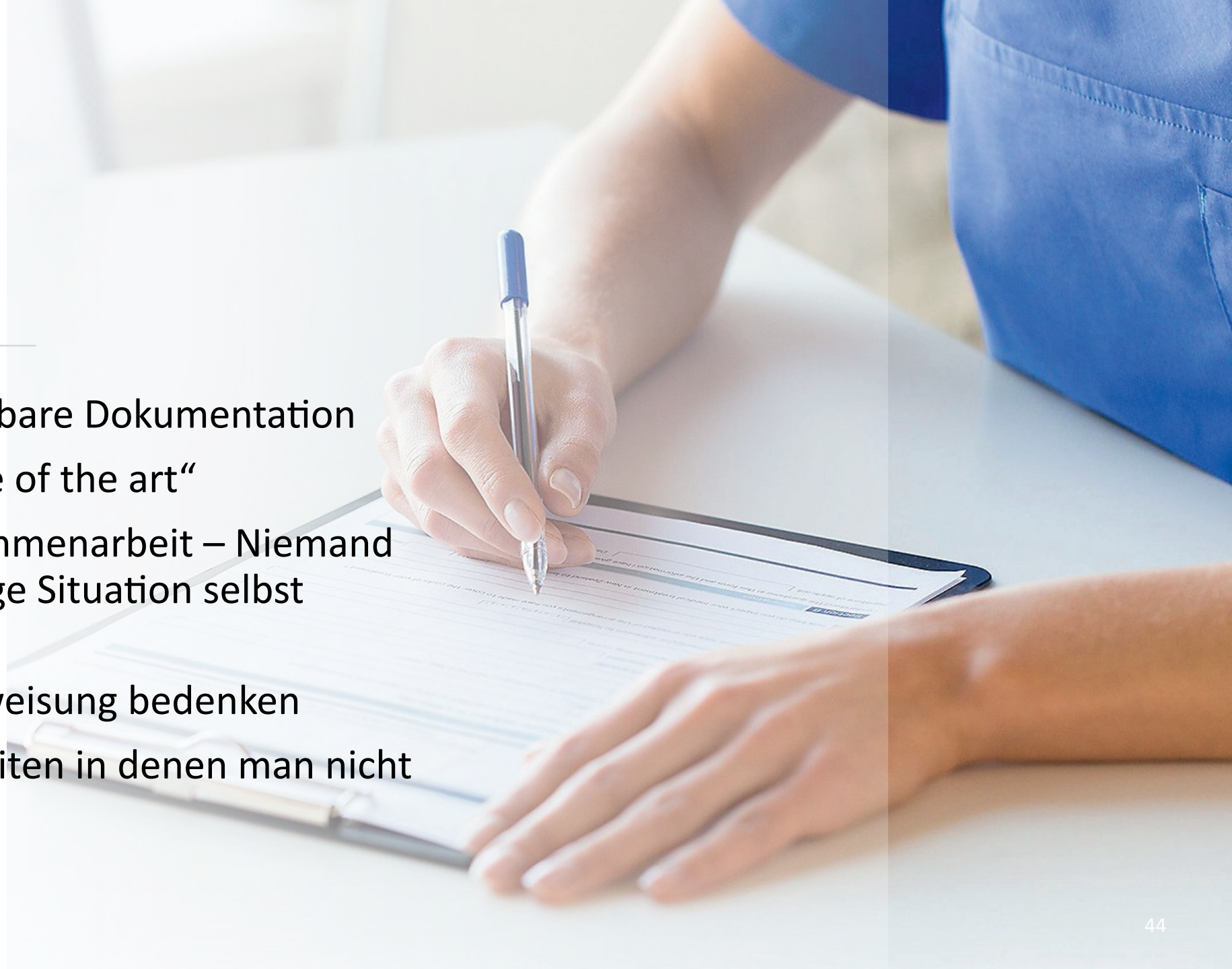
Unterbringung

Zwei Möglichkeiten der Unterbringung:

- Unterbringung auf Verlangen (kommt in der Praxis so gut wie nie vor; Müsste einsichts- und urteilsfähig sein)
- Unterbringung ohne Verlangen („Zwangseinweisung“)

Wichtig:

- Gute und nachvollziehbare Dokumentation
- Vorgehensweise „state of the art“
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Niemand muss so eine schwierige Situation selbst bewältigen
- Möglichkeit einer Einweisung bedenken
- Vereinbarungen für Zeiten in denen man nicht erreichbar ist



Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid



Hauptprobleme

- Offene Fragen
- Schuldgefühle, Wut und Scham
- Mangel an Unterstützung und Stigmatisierung

Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid

Postvention: Maßnahmen und Unterstützung, die Angehörigen nach einem Suizid helfen.

Warum ist Postvention wichtig?

- Angehörige sind in besonderem Maße belastet (Gefahr komplizierter Trauer).
- Verhinderung von Sekundärtraumatisierung.
- Förderung von Verarbeitung und Bewältigung.

Ziel: Stärkung von Resilienz und psychosozialer Stabilität in einer extremen Krisensituation.

Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid

Im Zentrum steht häufig die „**Warum**“ – Frage:

„Warum hat er/sie sich umgebracht?“

„Warum hat er/sie uns das angetan?“

Reaktion:

Ist nicht möglich zu beantworten

Eventuell Frage zum Thema machen



Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid

Angehörige lehnen häufig eine Verabschiedung ab, stellen jedoch gezielte Fragen nach dem Aussehen

Hintergrundinformationen einholen

„Wie“ – Fragen ehrlich beantworten

Häufige Emotionen bei Angehörigen sind Schuldgefühle und Wut.

Akute Krisenintervention

Präsenz zeigen: Eine einfühlsame und wertschätzende Haltung vermitteln, Raum für Trauer geben.

Information & Orientierung:

Aufklärung über erste Schritte (Formalitäten, Bestattung, Nachlass).

Unterstützung im Umgang mit Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft bei ungeklärter Todesursache).

Strukturelle Stabilisierung:

Eventuell Koordination mit Hausarzt/Hausärztin oder psychologischen Notdiensten.

Vernetzung mit Krisenhotlines oder Trauerbegleitungsstellen.

Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid

- Entstigmatisierung
- Normalisieren der Gefühle
- Klären der Beziehung → abgeschlossene Gestalt
- Verantwortung klären (alles getan, was getan werden konnte)
- Psychoedukation
- Vermittlung an Selbsthilfeangebote
- Wiederholungen zulassen/Zeit geben

Aufklärung

Aufklärung über Trauerprozesse: Jede Trauer ist individuell – es gibt Phasen (Schock, Verzweiflung, Suche nach Sinn), aber kein lineares Schema.

Besonderheit bei Suizid:

Schuld- und Schamgefühle können intensiver sein.

Häufige Frage: „Hätte ich es verhindern können?“

Ziel: Entpathologisieren normaler Trauerreaktionen, Information über mögliche Warnsignale für komplizierte Trauer oder Depression.

Umgang mit Schuldgefühlen

Validierung: Schuldempfinden als häufige, verständliche, aber nicht zwingend rationale Reaktion.

Selbstfürsorge fördern: Achtsamkeit, Stressbewältigungsstrategien, Alltag strukturieren.

Rituale und Abschied: Unterstützung bei symbolischen Handlungen (Gedenkfeiern, Briefe an die verstorbene Person).

Eventuelle Therapieangebote: Bei ausgeprägten Schuldgedanken oder massiver Selbstabwertung kann eine traumazentrierte oder tiefenpsychologisch fundierte Begleitung sinnvoll sein.

Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid-Kinder

- Ehrlich sein
- Bezugspersonen aufklären
- „Switchen“ erlauben
- Fragen zulassen
- gewohnte Tagesabläufe und Tätigkeiten beibehalten

Abschluss

Offene Fragen?

Weitere Themen?



Alles Gute und passen Sie auf sich auf!

