

Wenn ein Mensch daran denkt, sich das Leben zu nehmen - Was kann ich tun?

Ein Wegweiser zur Suizidprävention in der medizinischen und psychosozialen Primärversorgung.



Bild: © alko – sxc.hu

Für (Haus-)Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen,
Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen,
Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen,
Gesundheits- und
Krankenpfleger/ Gesundheits- und
Krankenpflegerinnen,
Therapeuten/Therapeutinnen in Praxen und Ambulanzen.

Inhalt

Wann sprechen wir von Suizidalität?	3
Wie kann Suizidalität entstehen? Wer ist betroffen?	3
Was verstehen wir unter einer seelischen Krise?	4
Depression und Suizidalität	6
Zeichen einer Depression.....	7
Von Suizidgedanken zum Suizid	8
Wie werde ich auf die seelische Not eines/einer Betroffenen aufmerksam?	9
Wie kann ich mögliche Suizidgedanken thematisieren bzw. besprechen?	10
Warnsignale für eine Suizidgefährdung/Suizidalität einschätzen	12
Warnsignale für eine Suizidgefährdung.....	13
Intervention im Gespräch	14
Können Medikamente helfen?	14
Kooperation ist entscheidend	15
Was mache ich, wenn ein/e Klient/in oder Patient/in sich das Leben genommen hat?	16
Anlaufstellen – Wo gibt es Hilfe?	17
Österreichweite Telefon- und Internet-Kontakte	17
Telefon- und Internet-Kontakte in den Bundesländern.....	18

In Österreich nehmen sich jährlich etwa 1.300 Menschen das Leben. Das sind 3 bis 4 Menschen an jedem Tag und deutlich mehr, als z. B. durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen. Ein Mensch, der den Gedanken hat, nicht mehr leben zu wollen, oder einen Suizidversuch unternimmt, befindet sich meist in einer schweren seelischen Krise und in großer innerer Not.

Wenn es Betroffenen gelingt, professionelle Hilfe aufzusuchen, wählen sie meist Angebote der medizinischen bzw. psychosozialen Primärversorgung. Das sind (Haus-)Arztpraxen, medizinische Zentren, Beratungsstellen zu unterschiedlichen sozialen oder psychosozialen Themen und psychologische bzw. psychotherapeutische Praxen. Aus Untersuchungen wissen wir, dass ein Großteil (mehr als zwei Drittel) der Betroffenen in der Zeit vor ihrem Suizid eine Hausarztpraxis zumindest einmal aufgesucht hat.

Wenn suizidgefährdete Menschen ein Versorgungsangebot, z. B. eine Beratungsstelle oder Hausarztpraxis, in Anspruch nehmen, bedeutet das allerdings nicht immer, dass sie ihre Suizidgedanken bzw. -absichten von sich aus ansprechen. Aber durch indirekte Ankündigungen oder bestimmte Warnsignale besteht für die beratenden bzw. behandelnden Personen die Möglichkeit, auf das Problem einer Suizidgefährdung aufmerksam zu werden.

Die vorliegende Broschüre soll Sie dabei unterstützen, in Ihrem Wirkungsbereich auf solche Not und Gefährdung eines/einer Einzelnen aufmerksam zu werden und der betroffenen Person eine angemessen erste Hilfestellung bieten zu können. Bereits wenn es Ihnen gelingt, durch ein offenes Gespräch einen Zugang zu diesem verzweifelte Menschen zu finden, ist dies ein wichtiger Schritt zur Bewältigung der Krise und eröffnet die Chance, einen Suizid zu verhindern.

Suizidale Absichten oder auch ein Suizidversuch stellen keinen unwiderruflichen Entschluss dar: **Hilfe ist möglich!**

Das Ziel dieser Broschüre ist, Ihnen mehr Sicherheit für den Umgang mit Menschen zu vermitteln, die für sich die Möglichkeit eines Suizids erwägen oder schon einen Suizidversuch unternommen haben. Folgende wichtige Fragen sollen beantwortet werden:

- In welchen Situationen kann der Gedanke entstehen, nicht mehr leben zu wollen?
- Wie kann ich eine Suizidabsicht oder -gefährdung bemerken bzw. erkennen?
- Wie kann ich adäquat Hilfe leisten?
- Wie und mit wem kann ich kooperieren?

Eine gute Vernetzung und Kooperation zwischen Betroffenen, Angehörigen, professionellen Berater-/Behandler/innen und spezialisierten Institutionen ist eine wichtige Säule in der Prävention von Suiziden.

Auf den letzten Seiten dieser Broschüre finden Sie die Adressen von Anlaufstellen in ganz Österreich, die Unterstützung für Betroffene bei Suizidalität und seelischen Krisen anbieten. Auch als professionelle Ansprechperson können Sie diese Stellen konsultieren, sei es bei Fragen in Zusammenhang mit Ihrem Kontakt mit Menschen in Krisen, sei es zur Unterstützung bei der eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Beschäftigung mit dem Thema Suizidalität kann belastend sein. Scheuen Sie daher nicht, diese Anlaufstellen selbst zu kontaktieren, wenn Sie Fragen haben.



Wann sprechen wir von Suizidalität?

Unter suizidalem Verhalten sind Suizidankündigungen (direkte oder indirekte Hinweise auf Suizidalität, Suiziddrohungen), Suizidversuche und Suizide zu verstehen. Früher sprach man auch von „Freitod“ oder „Selbstmord“. Beim Begriff „Freitod“ stellt sich die Frage, wie frei ein Mensch ist, der sehr verzweifelt und hoffnungslos ist. Ebenso wenig adäquat ist es, eine Selbsttötung in Zusammenhang mit dem verurteilenden und kriminalisierenden Begriff „Mord“ zu bringen.

Den meisten Suizidhandlungen gehen über kürzere oder längere Zeit Suizidgedanken und -vorstellungen voraus. Menschen, die Suizidabsichten haben, erleben einen inneren Kampf: Sie sehen einerseits aufgrund ihrer Belastung keinen anderen Ausweg und hoffen gleichzeitig darauf, die Situation möge sich zum Besseren wenden. Das heißt, dass zu einem Teil immer noch der Wunsch besteht, am Leben zu bleiben! Auf Grund dieser inneren Zerrissenheit teilen die meisten Betroffenen – entgegen anders lautenden Meinungen – ihre Selbsttötungsabsichten direkt oder indirekt mit. Ihr Bedürfnis ist groß, über die verzweifelte Situation zu sprechen. Dieser „Hilferuf“ sollte keinesfalls überhört werden, denn die Chancen, helfen zu können, sind groß.

Wie kann Suizidalität entstehen? Wer ist betroffen?

Suizidalität entwickelt sich immer aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Selten gibt es den „einen“ Grund, der erklärt, warum ein Mensch nicht mehr leben möchte.

Aktuelle Belastungen und Lebenskrisen spielen ebenso eine Rolle wie psychische Krankheiten. Auch die Erfahrungen, die man im Laufe seines Lebens gemacht hat, und die Art und Weise, wie man damit umgegangen ist, welche Bewältigungsstrategien man entwickelt hat, beeinflussen die Handlungen und Gedanken eines Menschen ebenso wie das Verhalten der ihm/ihr nahestehenden Menschen.

Die Suizidraten steigen mit dem Lebensalter an, doch es soll nicht übersehen werden, dass auch im jugendlichen Alter Suizide vorkommen. Suizide sind nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Suizidversuche sind bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen sogar häufiger.

Risikogruppen

- Menschen in akuten Krisensituationen
 - Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere depressive Menschen
 - Alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen
 - Alte, vereinsamte, isolierte Menschen
 - Personen, die einen Suizid ankündigen oder schon einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich haben
 - Personen, die durch einen Suizid in der Familie / im Umfeld belastet sind
 - Manche Menschen, die an schweren fortschreitenden Krankheiten leiden
-

Was verstehen wir unter einer seelischen Krise?

Psychosoziale Krisen gehören zum Leben. Jeder Mensch in jedem Lebensalter kann von einer Krise betroffen sein. Vieles kann eine Lebenskrise auslösen: der Verlust eines nahestehenden Menschen durch Tod, das Erleben von Trennungen, die Konfrontation mit der Diagnose einer schwerwiegenden Krankheit bei sich selbst oder bei nahen Angehörigen, der plötzliche Verlust des Arbeitsplatzes und vieles mehr. Auch langsam voranschreitende Krisenentwicklungen in Folge von bedeutsamen Lebensveränderungen kommen vor. Lebenskrisen sind keine Krankheit, sie sind normale Reaktionen auf außergewöhnliche Belastungen.

Charakteristisch für eine Krise ist, dass Menschen äußeren Belastungen ausgesetzt sind, die sie in diesem Moment nicht mit ihren üblichen Bewältigungsstrategien und Ressourcen meistern können. Es entsteht eine hohe emotionale Belastung und massiver innerer und äußerer Druck, den niemand über einen längeren Zeitraum ertragen kann. Dadurch kann die Krise einen bedrohlichen Charakter bekommen und jedenfalls einen deutlichen

Leidensdruck verursachen. Es entstehen Gefühle von Angst, Überforderung, Hilflosigkeit und Bedrohung. Betroffene haben das Gefühl, das eigene Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben.

In den internationalen Systemen psychologischer bzw. psychiatrischer Diagnostik sprechen wir bei entsprechend ausgeprägten Symptomen von „Belastungsreaktion“, „posttraumatischer Belastungsstörung“ oder „Anpassungsstörung“, abhängig von der Art der Entstehung und der weiteren Entwicklung der persönlichen Krise.

Betroffene versuchen zumeist mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln, diesen Zustand zu beenden und ihr Gleichgewicht wieder zu finden. Die Bewältigungsstrategien, die dabei zum Einsatz gelangen, können hilfreich sein und zu konstruktiven Lösungen führen, sie können aber auch gefährliche Entwicklungen auslösen. Das Gefühl der Einengung kann so groß sein, dass eine suizidale Handlung als einziger Ausweg erscheint. (Eine andere, ebenso gefährliche Entwicklung, die Gewaltanwendung gegen andere Menschen zur Folge hat, ist nicht das Thema dieser Broschüre.)

Natürlich können auch im Rahmen von länger bestehenden psychischen Problemen oder im Verlauf von psychischen Erkrankungen Lebenskrisen entstehen, die das seelische Gleichgewicht ins Wanken bringen und zu einer Suizidgefährdung führen. Die Anfälligkeit für Krisen durch äußere Belastungen ist bei Menschen mit chronischen Erkrankungen meist größer.



Depression und Suizidalität

Sehr häufig besteht im Vorfeld eines Suizids ein depressives Zustandsbild bzw. eine Depression. Das Risiko depressiver Menschen, an einem Suizid zu versterben, ist zwanzigmal höher als das einer vergleichbaren, aber nicht erkrankten Bevölkerungsgruppe. Bleibt die Depression unbehandelt, erhöht sich das Risiko auf das 60-fache.

Depression ist eine sehr häufige Erkrankung und kann in jedem Lebensalter auftreten. Sie kann sich auch aus einer Lebenskrise heraus entwickeln. Depressive Menschen erleben jegliche Aktivität als mühsam, manchmal können nicht einmal die täglichen Pflichten erfüllt werden. Das Interesse auch an früher geliebten Dingen und Tätigkeiten geht verloren und die Welt wird leer und freudlos. Depressive Menschen haben das Gefühl, nichts mehr wert zu sein, nicht mehr gebraucht zu werden und sich schuldig gemacht zu haben. Sie ziehen sich aus ihren Beziehungen zurück. Die Hoffnung auf Besserung geht verloren, oft wird die Selbsttötung als der einzige Ausweg gesehen, diesen quälenden Zustand zu beenden.

Besonders problematisch ist es, wenn zusätzlich zur Depression eine Alkoholabhängigkeit oder andere Suchterkrankung besteht oder Suchtmittel verwendet werden, um Schlaflosigkeit, Spannung oder quälendes Gedankenkreisen zu unterbrechen. Diese Substanzen mögen kurzfristig tatsächlich eine Linderung bewirken, mittelfristig verstärken sie jedoch die Symptome und Probleme.



Zeichen einer Depression

- Gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit
 - Gefühlsleere, Freudlosigkeit, tiefe Hoffnungslosigkeit
 - Verminderung von Antrieb und Interessen, geliebte Dinge und Aktivitäten werden gleichgültig
 - Rückzug aus sozialen Beziehungen
 - Verminderte Konzentrationsfähigkeit
 - Erschöpfung und ständige Müdigkeit, aber auch ausgeprägte innere Unruhe
 - Vermindert Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
 - Gefühl der Wertlosigkeit und irrationale Schuldgefühle
 - Große Sorge um die Zukunft
 - Ungewohnte Ängstlichkeit
 - Schlafstörungen besonders mit frühmorgendlichem Erwachen
 - Appetitlosigkeit
 - Gewichtsabnahme
 - Suizidgedanken
-

Von Suizidgedanken zum Suizid

Der Gedanke an Suizid alleine weist noch nicht auf eine unmittelbare Selbsttötungsabsicht hin. Jede Suizidankündigung ist allerdings unbedingt ernst zu nehmen. Besonders bedrohlich wird es dann, wenn die suizidale Handlung konkret geplant wird.

Die allermeisten Suizide werden nicht spontan ausgeführt, sondern es geht ihnen eine Entwicklung voraus. Zunächst erleben Betroffene Lebensüberdross und Gedanken der Sinnlosigkeit und schließlich auch den Wunsch, nicht mehr zu leben. Der Suizid wird dann als eine **mögliche** Problemlösung in Betracht gezogen. Oftmals beschäftigt sich der/die Betroffene ganz allgemein mit dem Thema. Hinweise auf eine Suizidgefahr bleiben noch sehr vage.

Sobald der Suizid als Problemlösung **konkret** in Betracht gezogen wird, entwickelt sich ein innerer Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Kräften. Dieser massive innere Konflikt erzeugt bei der/dem Betroffenen massiven Druck. Deswegen teilt sie/er den Menschen in ihrer/seiner Umgebung die Verzweiflung oft durch Suizidankündigung mit.

Diese Ankündigungen müssen wir als „Hilferufe“ verstehen. Zu diesem Zeitpunkt quälen sich Betroffene mit einem inneren Widerspruch. Sie sind einerseits so verzweifelt, dass sie überlegen, sich zu töten, und haben gleichzeitig die Hoffnung auf Hilfe noch nicht aufgegeben. **Ein solcher „Hilferuf“ darf keinesfalls überhört werden. Ein Beziehungs- und Gesprächsangebot kann einen neuen Weg weisen.**

Wenn ein Mensch, der zuvor konkrete Suizidabsichten geäußert hat, plötzlich entspannt wirkt, wenn sich seine Stimmungslage überraschend gebessert hat, obwohl die Belastungen unvermindert weiterbestehen, sollte an einen **feststehenden Suizidplan** gedacht werden. Menschen, die den Entschluss gefasst haben, sich das Leben zu nehmen, fühlen sich unter Umständen entlastet und haben das Gefühl, einen Ausweg für Ihre verzweifelte Situation gefunden zu haben. Der entschlossene Mensch spricht meist nicht mehr über seine Suizidabsicht. Umso erschütternder ist es, wenn sich dieser Mensch kurze Zeit darauf das Leben nimmt. Oft bringt er/sie Dinge noch in Ordnung, verfasst ein Testament oder verschenkt Gegenstände von persönlichem Wert.

Wie werde ich auf die seelische Not eines/ einer Betroffenen aufmerksam?

Die allermeisten Suizide werden direkt oder indirekt angekündigt, oft sogar mehrfach. Äußerungen wie „Ich will nicht mehr leben“, „Ich kann nicht mehr weiter“, „Wenn das nicht anders wird, passiert etwas“ müssen unbedingt ernstgenommen werden.

Wenn uns Betroffene – Patienten/Patientinnen, Klienten/Klientinnen – direkt auf ihr Leid, ihre Not ansprechen und um Hilfe ersuchen, ist die Situation verhältnismäßig klar: Das Wesentliche ist dann, diese Mitteilungen ernst zu nehmen und darauf im Gespräch einzugehen.

Viele Menschen tun sich aber schwer damit, von sich aus ihre seelische Beeinträchtigung oder Belastung mitzuteilen – selbst wenn sie den Weg zu Ihnen in die Beratungsstelle bzw. Praxis bereits gefunden haben. In diesem Fall können Sie nur indirekt auf eine Suizidgefährdung aufmerksam werden.

Generell sollten Sie in jeder Krisensituation (z. B. beim Bruch einer wichtigen Beziehung, bei der Diagnose einer schweren Krankheit, beim unerwarteten Tod einer geliebten Person oder bei plötzlichem Arbeitsplatzverlust) auch an die Möglichkeit einer Suizidgefahr denken. Je hoffungsloser ein Mensch ist, desto größer ist die Gefahr.

Eine erhöhte Sensibilität für das Thema „Seelische Krisen / Suizidalität“ verbessert die Chance erheblich, den Betroffenen Hilfe leisten zu können.



Das zentrale Motto muss daher lauten:

Seelische Krise / Suizidgefährdung?

DARAN DENKEN – DANACH FRAGEN – DARÜBER SPRECHEN

Wie kann ich mögliche Suizidgedanken thematisieren bzw. besprechen?

Das Schaffen eines **offenen, vertrauensvollen Gesprächsklimas** ist eine wichtige Grundlage für die Kommunikation mit Suizidgefährdeten. Schon in einem ersten Kontakt ist es möglich, durch Unterstützung und Respekt signalisierendes Verhalten einen Menschen in Not zu motivieren, sich mitzuteilen.

Wenn Sie die Vermutung oder das Gefühl haben, eine Person könnte daran denken, sich das Leben zu nehmen, sollten Sie **offen nachfragen** und nicht darum herum reden. Sie können beispielsweise fragen: „Sind Sie so verzweifelt, dass Sie schon daran gedacht haben, sich das Leben zu nehmen?“ Die Verzweiflung und Nöte müssen unbedingt ernstgenommen werden, Suizidabsichten dürfen nicht bagatellisiert werden. Ein verzweifelter Mensch kann sich nicht „zusammenreißen“.

Manchmal ist es notwendig auf eine Person, von deren Krise man weiß, zuzugehen und nachzufragen, da die Person von sich aus vielleicht nicht mehr in der Lage ist, ein Gespräch zu suchen.

Ein Gesprächsanfang könnte etwa folgendermaßen lauten:

„Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen sehr schlecht geht, möchten Sie mit mir darüber reden?“

Wenn Sie sich Sorgen machen, können Sie das dem/der Betroffenen auch mitteilen:

„Ich mache mir große Sorgen um Sie und würde Ihnen in Ihrer schwierigen Situation gerne Hilfe anbieten.“

Weiters können Sie einer/einem Betroffenen im Gespräch helfen, wenn Sie vermitteln, dass Sie die negativen Gefühle und Gedanken sowie das Entstehen von Suizidgedanken verstehen können und **dass auch andere Menschen in ähnlichen Situationen Vergleichbares erleben**. Die Muster suizidaler Entwicklung zu kennen, zu verstehen und dieses Verstehen zu vermitteln, kann bei Betroffenen Entlastung schaffen, Scham- und Schuldgefühle reduzieren und dazu führen, dass sich die/der Suizidgefährdete im Gespräch öffnet.

Eine **respektvolle Haltung gegenüber dem Menschen in Not** ist von großer Bedeutung. Es kann sein, dass wir uns gedrängt fühlen, unser Gegenüber vom Wert des Lebens zu überzeugen und zum Weiterleben zu motivieren. Darin liegt aber die Gefahr, dass er/sie sich unverstanden fühlt und sich zurückzieht. Indem wir darauf verzichten, den Verzweifelten die Suizidgedanken ausreden zu wollen, und keine moralisierende Haltung einnehmen, vermitteln wir, dass sie sich nicht alleine fühlen müssen. Verständnis und Respekt tragen zum Entstehen neuer Hoffnung bei.

Hinweise für das Gespräch mit suizidgefährdeten Menschen

- Zuhören hilft.
 - Begegnen Sie dem suizidalen Menschen mit Respekt und Verständnis.
 - Sprechen Sie offen mit ihr/ihm über die Umstände, die Verzweiflung, die bedrückenden Gefühle und die Suizidgedanken.
 - Fragen Sie nach, wenn sie sich Sorgen machen und teilen Sie ihre Besorgnis auch mit.
 - Suizidabsichten sind immer ernst zu nehmen, bagatellisieren Sie das Problem nicht.
 - Belehren oder beurteilen Sie den Betroffenen nicht.
 - Unterstützen Sie die Betroffenen dabei, auch weiterführende professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.
 - Achten Sie auf Ihre eigenen Grenzen, scheuen Sie sich nicht, selbst Beratung oder Supervision in Anspruch zu nehmen.
-

Warnsignale für eine Suizidgefährdung/Suizidalität einschätzen

Je konkreter die Planung eines Suizids ist („morgen springe ich“) und je weniger Alternativen erwogen werden, desto bedrohlicher ist die Situation einzuschätzen und desto mehr Handlungsbedarf besteht. Das gilt auch, wenn das geplante Suizidmittel (z. B. eine Waffe, Medikamente) verfügbar ist. Hat ein Mensch in der Vergangenheit **bereits Suizidversuche** verübt, ist das in einer Krisensituation ein zusätzliches Warnsignal.

Menschen, die nicht mehr leben wollen, fühlen sich aufgrund der Einschränkung ihrer persönlichen Handlungsmöglichkeiten – z. B. durch eine akute Krise oder andere persönliche Umstände – zunehmend eingeengt. Sie grübeln und ziehen sich aus ihren zwischenmenschlichen Beziehungen zurück. Ihre Wahrnehmung der Welt und ihr Denken bewegen sich nur in eine negative Richtung. Diese Menschen verlieren die Freude an Dingen, die sie früher gerne gemacht haben. **Ihre Gefühlswelt ist von negativen Gedanken überschattet, sie fühlen sich zunehmend ängstlich, verzweifelt und hoffnungslos.** Ein depressives Zustandsbild entsteht.

Für die meisten Menschen gibt es etwas im Leben, das von ganz besonderer Bedeutung ist und das sie von einer Selbsttötung abhält. Das können Beziehungen zu nahestehenden Menschen sein, aber auch religiöse oder spirituelle Werte oder die Pflege eines liebgewonnenen Haustieres. **Werden solche zentralen Werte in Frage gestellt, kann dies ein letzter, sehr ernster Schritt in Richtung Suizid sein,** auf jeden Fall aber ein alarmierendes Signal.

Bei Kindern und Jugendlichen können in diesem Sinne auch Handlungen, bei denen sie liebgewordene Gegenstände oder Haustiere verschenken, Alarmsignale sein. Auch auf eine verstärkte Beschäftigung mit dem Thema Tod ist zu achten. Jugendliche nutzen besonders die zahlreichen Informations- und Diskussionsforen im Internet. Auch eine starke Sehnsucht nach einer Wiedervereinigung mit einer durch Tod verlorenen wichtigen Bezugsperson kann bei Kindern und Jugendlichen einen Suizidwunsch auslösen.

Aufmerksamkeit ist auch gefordert, wenn insbesondere **Männer** sich ihrer Umwelt gegenüber feindselig, **ablehnend oder aggressiv** verhalten. Männer tendieren dazu, auf diese Weise ihre Verzweiflung zu verbergen.

Wenn mehrere dieser Symptome auftreten und es nicht mehr möglich ist, eine Gesprächsbasis mit der/dem Betroffenen herzustellen, besteht in jedem Fall unmittelbarer Handlungsbedarf.

Warnsignale für eine Suizidgefährdung

- Direkte oder indirekte Ankündigung des Suizids
- Eine aktuelle Krise (z. B. Tod von Partner/in, Trennung, Diagnose einer schweren Krankheit, erzwungener Wohnortwechsel)
- Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Freudlosigkeit
- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
- Einengung von Lebensmöglichkeiten
- Einengung der Gefühlswelt
- Fehlende Möglichkeit, sich von negativen Inhalten zu distanzieren
- Besonders bei Kindern und Jugendlichen: Verschenken von persönlichen Gegenständen, intensive Beschäftigung mit dem Tod
- Werteverlust
- Besonders bei Männern: Feindseligkeit, Aggressivität, abwehrendes Verhalten
- Fehlende Gesprächsbasis



Intervention im Gespräch

Allein das Ansprechen und Nachfragen sowie eine Aussprache über das Thema Suizidgedanken, -vorstellungen und -absichten sind meist schon sehr hilfreich und können zu Veränderungen und positiven Impulsen bei den Betroffenen führen – und sie sind als wichtige suizidpräventive Intervention anzusehen.

Für die Weiterführung der Krisenintervention bei Suizidgefährdung ist es meist sinnvoll, weitere persönliche oder telefonische Gespräche anzubieten, um den Kontakt aufrecht zu halten. Wiederholtes Nachfragen und Abklären möglicher Warnsignale sollte auch in Folgekontakten mit suizidgefährdeten Personen im Fokus der Aufmerksamkeit bleiben.

Können Medikamente helfen?

Suizidalität ist primär keine Krankheit, sondern zunächst eine Möglichkeit menschlichen Handelns und Reagierens und meist Ausdruck innerer Not. Dementsprechend gibt es auch nicht das passende Medikament gegen Suizidalität. Allerdings stellt die Möglichkeit einer medikamentösen Intervention eine wichtige Option zur Linderung quälender seelischer Zustände dar, wodurch eine unmittelbare Suizidgefährdung reduziert werden kann.

Medikamente können notwendig sein, um eine bestehende psychische Erkrankung, in deren Rahmen Suizidalität entstanden ist, zu behandeln. In diesen Fällen geht mit der Behandlung sekundär auch die Suizidgefahr zurück, häufig tritt aber eine längere Verzögerung ein, bis ein ausgeglichener, gesunder psychischer Zustand erreicht wird.

Neben einer spezifischen medikamentösen Behandlung – beispielsweise gegen Depression – ist es bei einer Suizidgefährdung in jedem Fall wichtig, dass Medikamente zu einer raschen Linderung von Symptomen führen. Deshalb sollen – wenn notwendig – vorübergehend beruhigende Medikamente gegeben werden. Die Behandlung von innerer Unruhe und Schlaflosigkeit ist hier häufig angezeigt.

In jedem Fall ist eine engmaschige ärztliche Kontrolle vorzusehen. Diese kann auch von Hausärzten/-ärztinnen geleistet werden. Die notwendigen Grundlagen dafür sind ein wichtiger Bestandteil von Gatekeeper-Trainings für Hausarztpraxen. In jedem Fall besteht die Option, dass Fachärzte/-ärztinnen diesen Teil der Krisenintervention übernehmen.

Kooperation ist entscheidend

Suizidgefährdete Menschen beschäftigen sich in der Regel schon eine Weile mit der Möglichkeit des Suizids, bevor sie Hilfe suchen. Wenn die Kontaktaufnahme gut gelungen ist, besteht meist nicht die Notwendigkeit, die/den Betroffene/n unmittelbar umfassend vor sich selbst zu schützen – auch wenn weiterhin Suizidgedanken bestehen. Häufig wird es so sein, dass die Aussprache zu einer Entlastung und einer Reduktion der suizidalen Einengung führt und Zukunftsperspektiven wieder zunehmen.

An erster Stelle steht dann **die Kooperation mit der betroffenen Person**. Wenn durch nochmaliges Nachfragen klar wird, dass kein akuter Drang und kein konkreter Plan bestehen, sich selbst zu töten, kann mit der Person für den – meist kurzen – Zeitraum bis zum nächsten gemeinsamen Termin oder bis zum Ankommen in einer spezialisierten Institution eine tragfähige Vereinbarung getroffen werden.

Auf jeden Fall soll besprochen werden, wie dieser bevorstehende Zeitraum, in dem die Person wieder für sich alleine verantwortlich ist, möglichst ungefährdet verbracht werden kann, welche Unterstützung (Kooperation) dafür notwendig bzw. verfügbar ist. Diese Unterstützung können z. B. **Angehörige** bieten, die für die/den Betroffene/n da sind. Auch private oder berufliche Aktivitäten können eine stützende Funktion haben.

Unbedingt müssen vorsorglich **Notfallarrangements** – sowohl privater als auch professioneller Art – für den Fall akuter Verschlechterung des psychischen Zustands getroffen werden; und es muss geklärt werden, ob der/die Betroffene sich auch in der Lage sieht, diese Notfallarrangements in Anspruch zu nehmen. Zumindest sollte eine telefonische 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Not- bzw. Krisendienstes der/dem Betroffenen bekannt sein (Anlaufstellen siehe im Adressteil).

Wenn der/die Suizidgefährdete nicht bereit oder nicht in der Lage ist, bis zu einem nächsten Kontakt für seine/ihre Sicherheit zu sorgen – wenn also eine **akute Gefährdung** vorliegt –, muss weitere unmittelbare Hilfe organisiert werden. Eine gesicherte Überweisung an eine entsprechende Institution oder die stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus mithilfe von Rettung, Notarzt oder auch Polizei sind die geeigneten Maßnahmen.

In jedem Fall ist es adäquat, sich als Behandler/in oder Berater/in in solchen Situationen auch selbst telefonisch Unterstützung bei entsprechend spezialisierten Beratungsstellen / Institutionen der Notfallversorgung / der Krisenintervention zu holen.

Was mache ich, wenn ein/e Klient/in bzw. Patient/ in sich das Leben genommen hat?

Der Verlust eines Menschen durch Suizid ist immer ein schmerzliches, meist erschütterndes Ereignis für die Hinterbliebenen. Das gilt auch für uns, die wir uns im professionellen Rahmen mit der Person, die sich uns anvertraut hat, auseinandergesetzt oder ihr in der seelischen Krise Hilfe angeboten haben. Es gibt Fälle, in denen wir erleben müssen, dass ein Mensch sich trotz aller Bemühungen das Leben nimmt. Vielleicht haben wir auch gar nicht die Chance bekommen, Hilfe zu leisten.

Häufig suchen wir Verantwortung bei uns selbst und verspüren deshalb unter Umständen Schuldgefühle. Überlegungen, was wir anders hätten machen sollen oder was wir vielleicht übersehen haben, sind typisch, Beschämung und Gedanken des Versagens können auftreten.

Dann ist es wichtig, mit dieser Erfahrung nicht allein zu bleiben. Wir sollten darüber sprechen. Das kann in einem kollegialen Austausch in einer bestehenden Intervention sein, es kann aber auch sinnvoll sein, selbst professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen – bei einem/einer Supervisor/in oder bei einer für dieses Thema spezialisierten Anlaufstelle. (siehe Adressteil; siehe auch die Broschüre speziell zum Thema „Hinterbliebene nach Suizid“ aus der laufenden Informationsserie).



Anlaufstellen - Wo gibt es Hilfe?

Holen Sie sich Beratung und Hilfe bei:

Hausärzten/-ärztinnen (Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin)
Fachärzten/Fachärztinnen für Psychiatrie
Psychologen/Psychologinnen
Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
Kriseninterventionszentren
Krankenhaus-Ambulanzen für Psychiatrie

Österreichweite Telefon- und Internet-Kontakte

Telefonseelsorge

*Tel.: 142, tägl. 0-24 Uhr
auch E-Mail-Beratung
www.telefonseelsorge.at*

pro mente Austria

www.promenteaustria.at

Kriseninterventionszentrum

*Tel.: 01 / 4069595, Mo-Fr 10-17 Uhr
auch E-Mail-Beratung
www.kriseninterventionszentrum.at*

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP)

*Helpline-Service unter Tel.: 01 / 504 8000, Mo-Do 9-13 Uhr
www.boep.or.at/psychologische-behandlung/helpline*

Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE)

*auch E-Mail-Beratung
www.hpe.at*

Telefon- und Internet-Kontakte in den Bundesländern

Wien

Sozialpsychiatrischer Notdienst / PSD

Tel.: 01 / 313 30, tägl. 0-24 Uhr

Kriseninterventionszentrum

Tel.: 01 / 4069595, Mo–Fr 10-17 Uhr

www.kriseninterventionszentrum.at

Fonds Soziales Wien - KlientInnentelefon

Tel.: 01 / 24524, tägl. 8-20 Uhr

www.fsw.at

Niederösterreich

Krisentelefon

Tel.: 0800 / 202016, tägl. 0-24 Uhr

Weitere Adressen unter:

www.psz.co.at/schnelle-hilfe

www.buendnis-depression.at/Hilfsangebote-in-NOE.334.0.html

Burgenland

Psychosozialer Dienst Burgenland

Eisenstadt: Tel.: 057979 / 20000

Neusiedl: Tel.: 02167 / 40322

Mattersburg: Tel.: 02626 / 62111

Oberpullendorf: Tel.: 02612 / 42144

Oberwart: Tel.: 03352 / 33511

Güssing: Tel.: 03322 / 44311

Jennersdorf: Tel.: 03329 / 46311

www.psychosozialerdienst.at

Steiermark

GO-ON Suizidprävention Steiermark

www.suizidpraevention-stmk.at

Psychosoziale Versorgung in der Steiermark

www.plattformpsyche.at

WEIL – Weiter im Leben

Hilfe für suizidgefährdete junge Menschen, deren Angehörige und FreundInnen

Tel.: 0664 / 358 67 86 (Rückrufmodus innerhalb von 4 Tagen)

auch Online Beratung

www.weil-graz.org

Kärnten

KABEG Klinikum Klagenfurt

Tel.: 0664 / 3007007, tägl. 0-24 Uhr

www.kabeg.at

Psychiatrischer Not- und Krisendienst für die Region Kärnten Ost

KABEG LKH Villach

Tel.: 0664 / 3009003, tägl. 0-24 Uhr

www.kabeg.at

Psychiatrischer Not- und Krisendienst für die Region Kärnten West

Oberösterreich

Krisenhilfe OÖ

www.krisenhilfeooe.at

Notruf

Tel.: 0732 / 2177, tägl. 0-24 Uhr

Krisen- und Beratungszentrum

Tel.: 0732 / 2178, Mo-Do 9-18 Uhr, Fr 9-13 Uhr

Salzburg

Krisenhotline Salzburg

Tel.: 0662 / 433351, tägl. 0-24 Uhr

Krisenhotline Pongau

Tel.: 06412 / 20033, tägl. 0-24 Uhr

Krisenhotline Pinzgau

Tel.: 06542 / 72600, tägl. 0-24 Uhr

Tirol

Psychiatrische Ambulanz Univ. Klinik Innsbruck

Tel.: 0512 / 50423648, tägl. 0-24 Uhr

pro mente tirol

www.promente-tirol.at

Vorarlberg

Sozialpsychiatrische Dienste des aks

Einzelne Beratungsstellen regional siehe

www.aks.or.at

Pro mente Psychosoziale Gesundheitsdienste

Einzelne Beratungsstellen regional siehe

www.promente-v.at

Ifs Vorarlberg – Beratungsstellen

Bregenz: Tel.: 05 / 1755 510

Bregenzerwald: Tel.: 05 / 1755 520

Dornbirn: Tel.: 05 / 1755 530

Hohenems: Tel.: 05 / 1755 540

Feldkirch: Tel.: 05 / 1755 550

Bludenz: Tel.: 05 / 1755 560

In Kooperation mit:



pro mente tirol



Impressum:

Gefördert aus den Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“
Erstellt im Rahmen des Projektes „SUPRA Gatekeeper-Training“

Herausgeber:

Kriseninterventionszentrum
Lazarettgasse 14A
1090 Wien
www.kriseninterventionszentrum.at

Autoren/Autorinnen:

Dr. Thomas Kapitany
Dr. Claudius Stein

Projektleiter:

Assoc. Prof. Priv.- Doz. Dr. Nestor Kapusta

Bildernachweis:

Alle Fotos mit Ausnahme des Titels fotolia

Anlaufstellen:

Stand 31.12.2015

Gesundheit Österreich
GmbH

