



Suizid-Postvention

Interventionen für Hinterbliebene in einer Atmosphäre der Hoffnungslosigkeit

Fachtagung Notfallpsychologie - 15.09.2023

Mag. Gerd Mantl, MSc

Gesundheitspsychologe, Klinischer Psychologe (Notfallpsychologie)

Psychotherapeut (Integrative Therapie)

Säuglings-, Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie



WER BIN ICH?

- Mag. Gerd Mantl, MSc
 - Gesundheitspsychologe, Klinischer Psychologe (Notfallpsychologie)
 - Psychotherapeut (Integrative Therapie), Säuglings-, Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie
- Berufliche Stationen: AKUTteam Niederösterreich; Kidsnest Krisenzentrum; Verein Grüner Kreis; Landesklinikum Wiener Neustadt; Universität Wien - Arbeitsbereich für psychologische Grundlagenforschung bzw. Kognitionspsychologie
- Aktuell: ausschließlich **Arbeit in freier Praxis**
 - Hochstraße 37 / Top 1, 2380 Perchtoldsdorf
 - +43 677 63099242 | psychotherapie.mantl@gmail.com | www.psychotherapie-mantl.com
 - YouTube-Kanal „Einblicke in die Integrative Therapie“



INHALT

- Suizid-Statistik: Aktuelle Situation in Österreich
- Suizid-Risikogruppen/-faktoren
- Begegnung mit Suizid – Bewältigung
- Suizid-Postvention
- Betreuung in und nach psychosozialen Krisen – akute Phase, Stabilisierung, Weiterbetreuung
- Ist Trauer Pathologisch? Komplizierte Trauer
- Suizid in den Medien
- Wirkung von Suizid-Postvention – Was und Wie
- Literatur-/Seminar-Empfehlungen



SUIZID-POSTVENTION

- Suizid-Postvention ... Was gehört dazu?

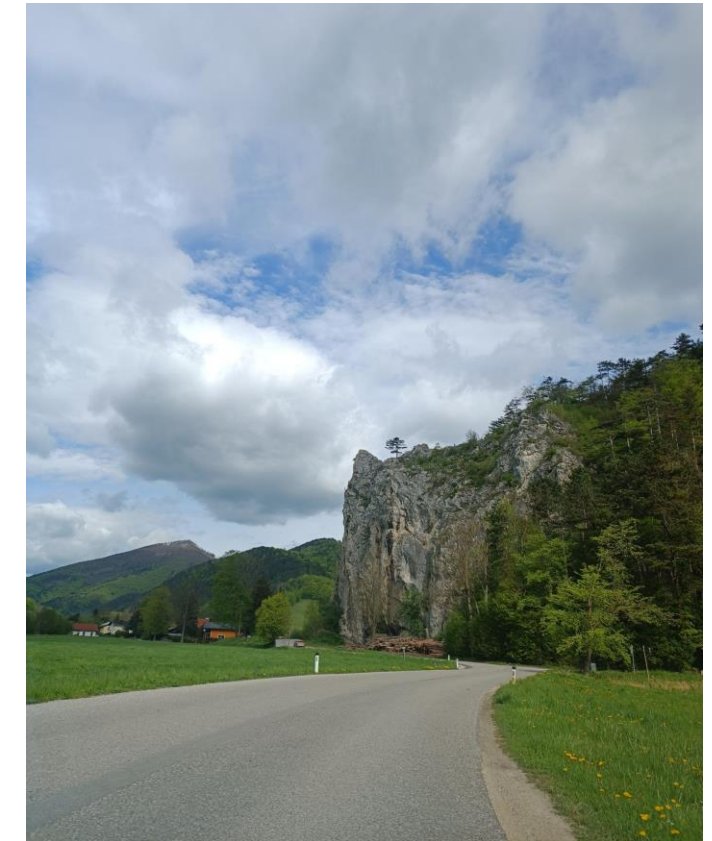
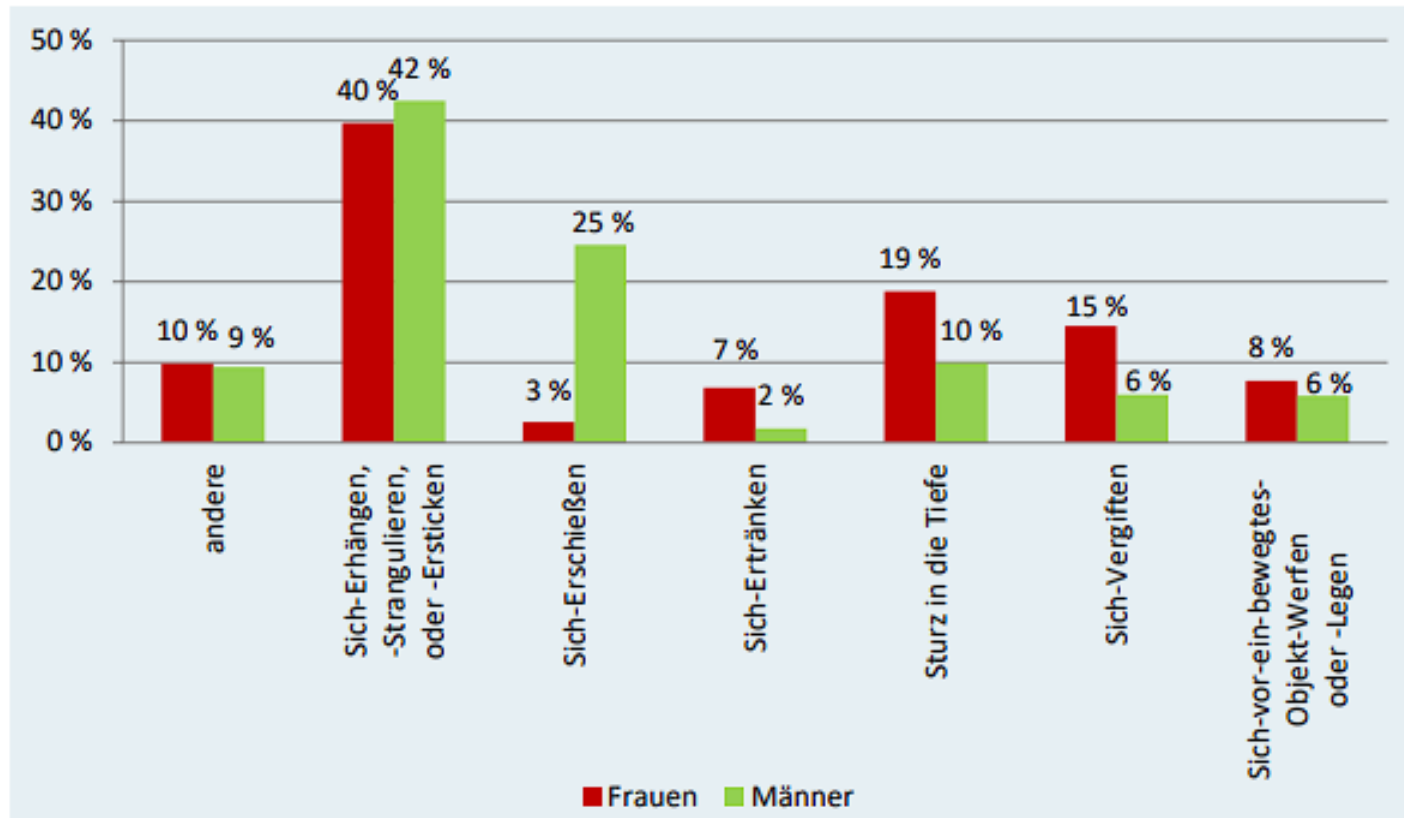
<https://www.menti.com/alzino8zkhcf>





SUIZID-STATISTIK: AKTUELLE SITUATION IN ÖSTERREICH

- Angewandte Suizidmethoden in Österreich im Jahr 2020 nach Geschlecht in Prozent



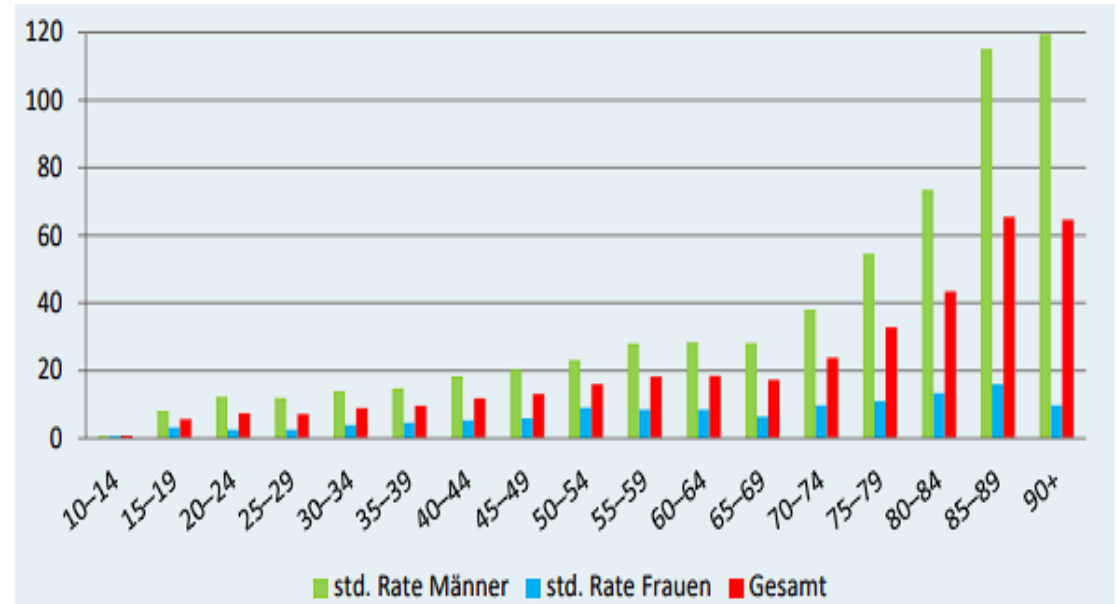
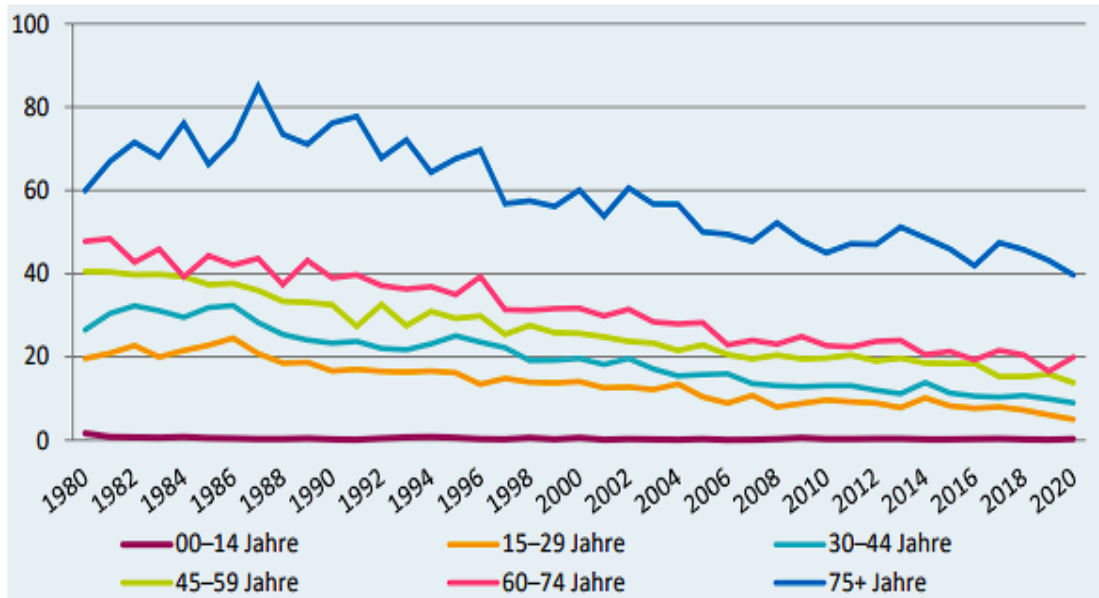
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

BMSGPK (2021)



SUIZID-STATISTIK: AKTUELLE SITUATION IN ÖSTERREICH

- Standardisierte Suizidraten (pro 100k EW) nach Altersgruppen (Österreich 1980–2020)



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)



SUIZID-STATISTIK: AKTUELLE SITUATION IN ÖSTERREICH

- Im Jahr 2020: 1.072 Tote durch Suizid vs. 344 Tote durch Straßenverkehr (BMSGPK, 2021)
- Im Jahr 2021: 1.099 Tote durch Suizid vs. 359 Tote durch Straßenverkehr (BMI, 2022; Statista GmbH, 2022)
- 10-30-fache an Suizidversuchen (u.a. De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013)

Welttag der Suizidprävention

10. September (WHO seit dem Jahr 2003)

vs.



Steiermark "weiße Kreuze": jedes Kreuz steht für tödlich verunglückten Verkehrsteilnehmer
=> „Bewusstsein stärken“



SUIZID-RISIKOGRUPPEN/-FAKTOREN

- Psychische Erkrankung (Affektive Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Schizophrenie, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, PTBS); **Komplizierte Trauer**
- Chronische Erkrankung & Schmerz (v. a. Dialyse, Krebs, HIV, Querschnittslähmung), belastende Lebensereignisse
- Hohes Alter / männliches Geschlecht
- Soziale Isolation / instabiles soziales Netzwerk
- Suizide in der Familiengeschichte oder bei nahen Freunden
- **Zeuge eines Suizids** (inkl. ansteckender Suizid, aber auch suggestiver Suizid durch Bezugspersonen)
- Frühere Suizidversuche oder Suizidankündigungen / **ACHTUNG: Suizidalität vs. Nachsterbewunsch!**
- Leichter Zugriff auf tödliche Mittel
- Gewalttätiges und impulshaftes Verhalten in der Vorgeschichte
- Neu: LGBTQ-Community, Long-COVID-Betroffene

Butollo & Pfoh (2016), Hausmann (2021), Hofer-Moser et al. (2020), Walraven-Thissen (2019)




SUIZID-POSTVENTION

- Suizid-Postvention ... Was gehört dazu? - <https://www.menti.com/alzino8zkhcf> (Word Cloud Ergebnis - 179 Eingaben)



BEGEGNUNG MIT SUIZID - BEWÄLTIGUNG

- UK: McDonnell et al. (2022): Erhebliche Auswirkungen auf 77 % der Teilnehmer:innen (Angehörige, Professionisten), ca. 50 % psychische und körperliche Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit dem Suizid, „ungünstige soziale Auswirkungen“, risikoreiche Verhaltensweisen; ca. 1/3 Suizidgedanken; 8 % Suizidversuch, großteils keine Inanspruchnahme von Unterstützungsdiensten
- Einschneidendes Ereignis
- Verzweiflung, sich aufgewühlt oder verstört fühlen
- Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- Stigmatisierung, Scham, Ablehnung
- Geduld (Untersuchung durch Polizei, Freigabe)
- Isolation / alleine gelassen werden
- Eigene Verletzlichkeit? Persönliches Wohlbefinden?
- Professionelles Selbstverständnis? Arbeitsfähigkeit? Kollegiale Beziehung? (Seibl et al., 2021)
- Selbst durch Suizid sterben?  Postvention

SUIZID-POSTVENTION

- Interventionen oder Programme, die nach einem Suizid durchgeführt werden, d.h. Umgang mit Angehörigen bzw. Unterstützung der Hinterbliebenen direkt nach einem Suizid, damit hier bereits präventiv im Sinne der Verhinderung eines weiteren Suizids angesetzt wird
- Ein Suizid wirkt sich direkt oder indirekt auf ca. 135 Menschen aus (Cerel et al., 2019)!

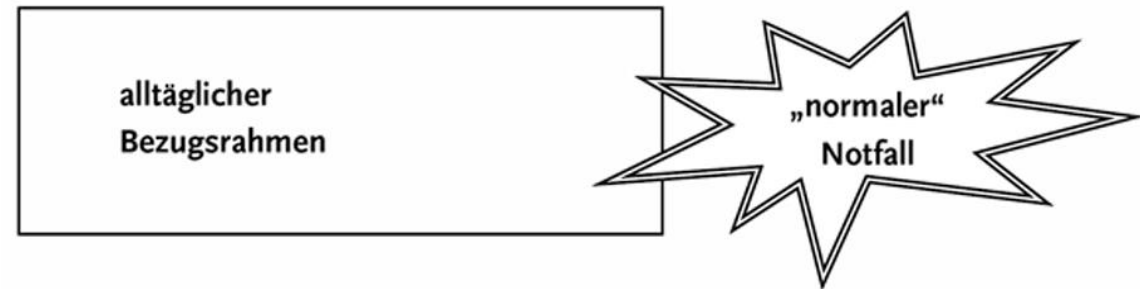
Suizid-Postvention = Suizid-Prävention!



SUIZID-POSTVENTION

▪ Wer ist betroffen?

- Eltern, Kinder => Familie
- Freund:innen
- Ersthelfer:innen im Allgemeinen
- Lehrer:innen



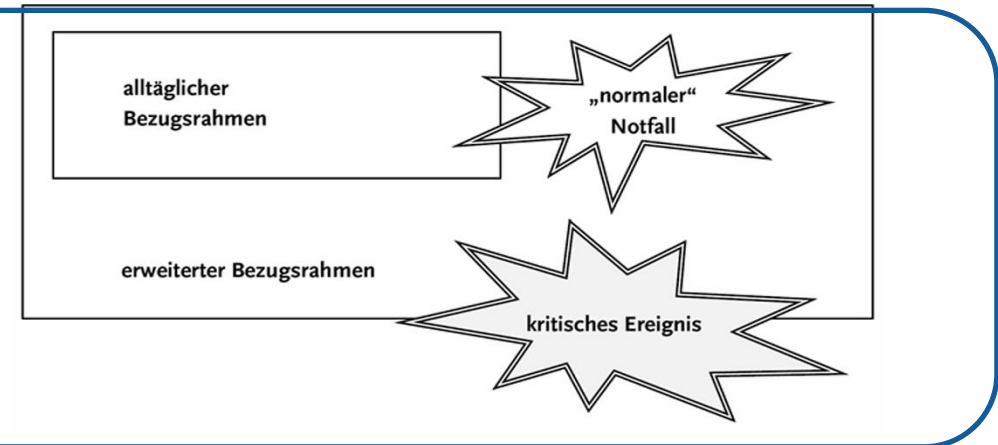
- Einsatzkräfte (Polizei, Rettung, Feuerwehr, KI, NFS)
- Ärzt:innen, Psy-Kräfte & Sozialarbeiter:innen
- Bestatter:innen
- Tatortreiniger:innen

Quelle der Abbildung: Hausmann (2009), Hausmann (2021)

SUIZID-POSTVENTION

▪ Wer ist betroffen?

- Einsatzkräfte (Polizei, Rettung, Feuerwehr, KI, NFS)
- Ärzt:innen, Psy-Kräfte & Sozialarbeiter:innen
- Bestatter:innen
- Tatortreiniger:innen

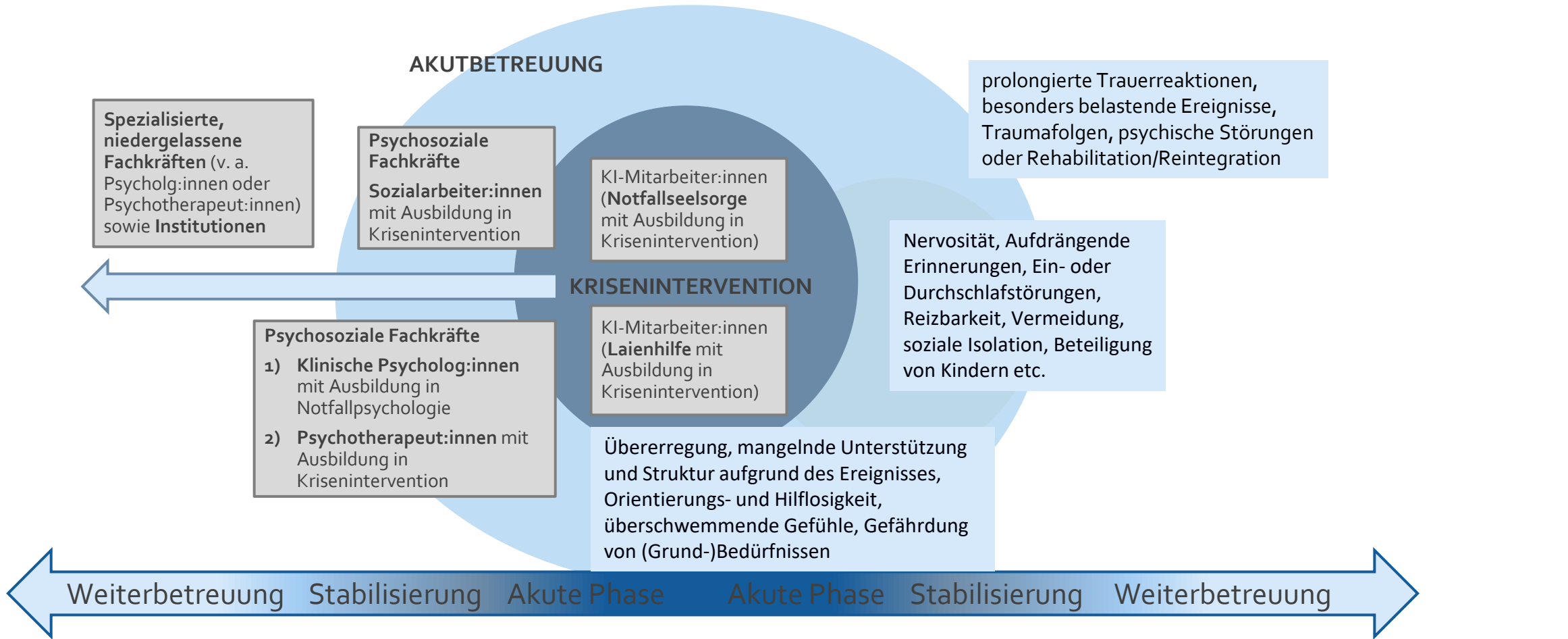


- UK: Riley et al. (2023): Suizidrate für Beschäftigte im Gesundheitswesen ist um 24 % höher als in der Allgemeinbevölkerung (weibliche DGKP und Ärztinnen, männliche Sanitäter)
- AUT: Seibl et al. (2021): 50% aller Psychiater:innen sowie 30% aller Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen => mindestens ein Patient:innensuizid im Laufe der Karriere
- AUS: Finlayson & Simmonds (2017): ca. 31 % der Psycholog:innen berichten mind. einen Suizid einer Klient:in: Bedarf an offenerer Kommunikation am Arbeitsplatz, Unterstützung durch Kolleg:innen, Raum zum Trauern, Möglichkeit Lernprozess

Quelle der Abbildung: Hausmann (2009), Hausmann (2021)



BETREUUNG IN UND NACH PSYCHOSOZIALEN KRISEN



Angelehnt an: Hausmann (2021), Lasogga & Münker-Kramer (2021)

POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE

- Wohnung wird als Tatort gehandhabt, Leiche darf nicht mehr berührt werden, Beweismaterial und Gegenstände gesichert, dann von der Polizei offizielle Freigabe
- Befragungen: Was ist passiert? Wann und wie ist die Person gestorben? Belastung!



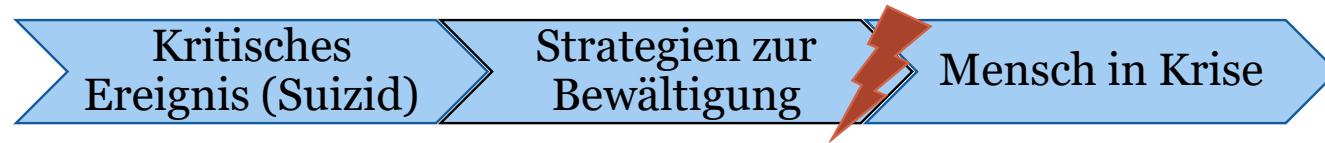
© Bild: APA/Hochmuth/Featurebild



POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE

- Stress hat Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Körpers!
 - Erzählen lassen und auf das „wie und was“ in der Erzählung achten! (Amygdala: implizit, Gefühlsrepräsentanz, fragmentarische Speicherung, verbal nicht zugänglich ... Störung ... Hippocampus: explizit, Wortrepräsentanz, episodische Speicherung, narrativ, neutral und konkret; Verminderte Aktivität bei steigendem Stresspegel, keine Zuordnung Erleben und Realität)
 - Sprachlosigkeit: „mir fehlen die Worte“ (komplexe Fragen) => Broca-Areal, da mehr Blut im limbischen System

POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE



- Unterstützung durch Präsenz und Begleitung => Machtlosigkeit und Hoffnungslosigkeit zentral
 - Person und „Hoffnung auf eine bessere Zukunft“ sind tot
 - Suizid: Wohnung als Tatort, „Beschlagnahmung“ des Körpers der geliebten Person (Eigen- vs. Fremdverschulden), Polizei stellt persönliche Fragen etc.
- Postvention: Kontrolle über die Situation erlangen, Verringerung des Gefühls der Hilflosigkeit
- Akutes Krisenmanagement hat Priorität vor anderen Aufgaben! – Achtung: Privatsphäre – Einwilligung bzgl. KI, Beratung, Behandlung?

Hausmann (2021), Seibl et al. (2021), Walraven-Thissen (2019)



POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE – ZENTRALE FRAGEN

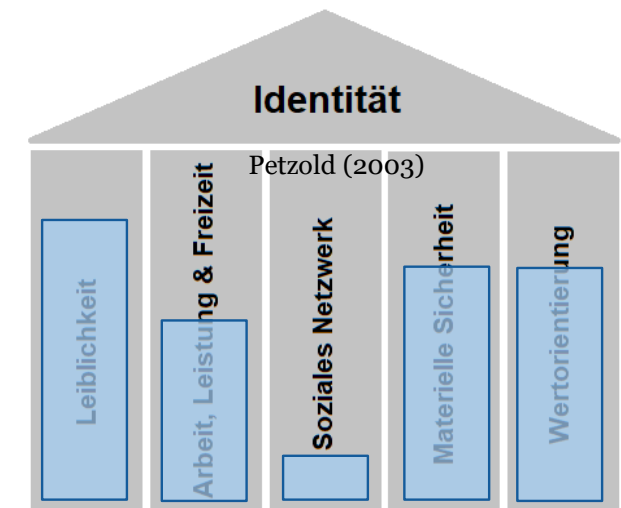
- Wie? Nähere Umstände
 - Wie hat sich die Person das Leben genommen? Ist es sicher ein Suizid?
 - Wo ist es passiert?
 - Wie sieht der Leichnam aus?
 - Wer hat den Leichnam aufgefunden?
- Warum? Objektive Fakten vs. Subjektive Wahrheit
 - Schmerzhaft? Schuld(-gefühle)? Scham? Trauer? Wut?
 - Warum-Frage als Ausdruck von Unverständnis, Entsetzen und Hilflosigkeit
 - KEINE Floskeln, Versuch einer rationalen Antwort oder Vermutungen
 - Verständnis zeigen, Beantwortung vertagen, weitere Fragen / nächste Schritte thematisieren

Überschwemmende
Gefühle => Fakten!

Schmerzhaft?
Dennoch klar und
ehrlich beantworten!

POSTVENTION - PSYCHOSOZIALE AKUTINTERVENTIONEN

- Interventionen in der Akutphase orientieren sich an den Aufgaben, Bedürfnissen und Ressourcen des Betroffenen und haben oft einen direktiven Charakter:
 - Aufgaben: was soll/muss der/die Betroffene jetzt tun? (z. B. warten, jemanden kontaktieren...)
 - Bedürfnisse: was braucht der/die Betroffene jetzt und in den Stunden danach? (z. B. Informationen, Ruhe...)
 - Ressourcen: wer oder was hilft den Betroffenen? (z. B. Angehörige, hilfreiche Vorerfahrungen...)
- 5 wesentliche Elemente früher Interventionen sind:
 - Sicherheit
 - Ruhe
 - Selbstwirksamkeit
 - Verbundenheit, soziales Netzwerk
 - Hoffnung, Zukunftsorientierung



Hausmann (2021), Hobfoll et al. (2007)



POSTVENTION - PSYCHOSOZIALE AKUTINTERVENTIONEN

- Was gilt es besonders zu beachten?
 - Wortwahl: Worte sind bedacht zu wählen; Worte zeigen immer Wirkungen
 - Werde ich verstanden und gebe ich (verifizierte und korrekte) Informationen weiter?
 - Wer ist vor Ort? Übersehe ich jemanden? Primärschaden: extreme Auffindesituation, Sekundärschaden: Gespräche?
 - Körpersprache: Wir werden immer bewusst oder unbewusst von anderen beobachtet!
 - „Eingebrannte“ Bilder: Starke Erinnerung an Auffindesituation, nachfolgende Eindrücke
 - Hinterbliebene einbeziehen: nichts abnehmen, was selbst erledigt werden kann
 - Medien (Fotografen), Neue Medien (WhatsApp, Social Media)



POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE BEI KINDERN/JUGENDLICHEN

- Besonderheiten kindlicher Entwicklung
 - Bewegungsorientierung
 - keine entsprechenden Vorerfahrungen und weniger Bewältigungsstrategien
 - Orientierung im Hier und Jetzt
 - hohe Imaginationsfähigkeit, Abhängigkeit von Umweltbedingungen/Familie (Reaktion Eltern? Wer ist aufgeregter?)
- Krisen sind auch immer abhängig / beeinflusst / moderiert von
 - Sozialisation und Enkulturation (Erziehung, Umgang mit Emotionen, Individualismus vs. Kollektivismus)
 - nicht angemessen verarbeitete Vorbelastungen, Verlusterfahrungen (Scheidung der Eltern, Todesfälle im Umfeld)
 - psychischen Störungen (inkl. Erkrankungen der Eltern), chronische Krankheiten
 - Alter (Todesvorstellung variiert)
- Folgen sind nicht einheitlich - Reaktion, Verlauf, Verzögerungen

Vogt-Hillmann & Burr (2002), Karutz & Lasogga (2016)



POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE BEI KINDERN

- Kontakt herstellen, Beziehungsangebot (Handpuppen, Kuscheltiere), Bezugspersonen einbeziehen; nicht alleine lassen (auf die nonverbale / paraverbale Kommunikation achten!), kindgerechte Sprache
- Innerfamiliäre Unterstützung fördern, Gesprächsangebote, Erklärung, Sorgen ernst nehmen, Ehrlichkeit, kein Platz für Phantasien (Spiel beobachten!)
- Eigene Gefühle / Sorgen benennen; Zusammenhalt betonen
- Von den Fragen des Kindes leiten lassen; beim Verstehen der eigenen Reaktionsweisen helfen (normalisieren! Gefühlschaos ist in Ordnung und darf sein)
- Kleine Aufgaben geben: Selbstkontrolle stärken, um das Gefühl der Hilflosigkeit zu vermindern
- Fokussierte Aufmerksamkeit / Interesse > positives Ablenken Sicherheit und Orientierung vermitteln, Hoffnung machen, nicht pauschalisieren
- Schutz vor belastenden Anblicken / Situationen (Medienkonsum reduzieren)



POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE BEI JUGENDLICHEN

- Gesprächsangebote, mit Jugendlichen wie mit Erwachsenen sprechen, konkrete, sachliche Informationen vermitteln
- Ausagieren als Versuch benennen, die emotionalen Reaktionen zu dämpfen oder die Wut, Verzweiflung bzw. Hilflosigkeit zum Ausdruck zu bringen
- Impulse zu Risikoverhalten offen ansprechen, nach praktischen Alternativen suchen, um das Gefühl der Hilflosigkeit zu vermindern
- Spannungen ansprechen, Sicherheit vermitteln; Normalisieren (Gefühlschaos ist OK)
- Im schulischen Kontext: klare Instruktionen (z. B. Handy-Benutzung? Fake News durch Fakten korrigieren)



POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE - UND WAS HILFT NOCH?

- Ungewissheit verringern: Informationen geben und erklären, was bzw. warum etwas geschieht
- Mit dem Arbeiten, was man sieht: Verzweiflung, Panik, völliger Kontrollverlust, Freude
 - Gefühle der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit verringern, nicht nach den perfekten Worten suchen, gemeinsam aushalten („Ich bin da und begleite Sie“ – nicht alleine durchstehen müssen), (Verbalisierung von Erlebtem fördern)
 - Hilflosigkeit durch Kontrollmöglichkeiten verringern; in der Vergangenheit über den Leichnam sprechen (Psychologische Anpassung! An die Sprache sowie „Zeitform“ anpassen!)
- Verminderung von Stressoren und Entlastung (z. B. Medienexposition)
- Nicht über Leichnam, sondern über die Person sprechen / mit dem Namen ansprechen
- Psychoedukation, Informationen, Links
- „Normale Reaktionen eines normalen Menschen auf ein nicht normales / extremes Ereignis!“
- Unterstützung durch Familie und Freunde (v. a. Kinder-, Haustierbetreuung), Selbstfürsorge
- Medikamente können „unterdrücken“ oder „verschieben“: Erholung erschwert

Hausmann (2021), Karutz & Lasogga (2016), Walraven-Thissen (2019)



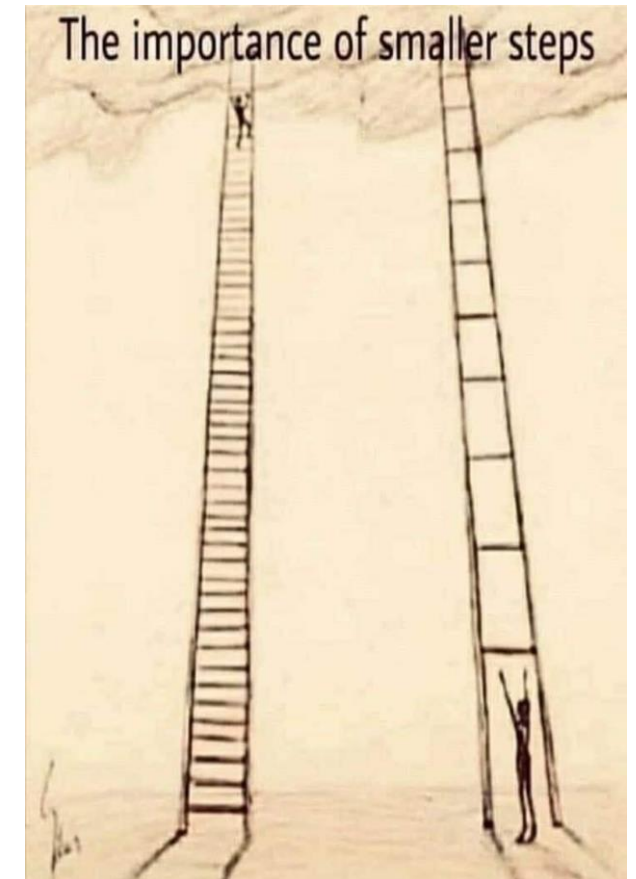
POSTVENTION IN DER AKUTEN PHASE - UND WAS HILFT NOCH?

- Notfallplan erstellen / Planung der nächsten Tage und Schritte => Zukunftsperspektive? Suizidalität?
- Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen, Reorientierung, Umgang mit Triggern
 - 5-4-3-2-1 (Dolan, 2003), Innerer Tresor, Wohlfühlort/Sicherer Ort (Reddemann, 2012), Bildschirmtechnik
- Weitervermittlung an psychosoziale Beratungsstellen/Trauerberatung, -begleitung / Folder, Broschüren
- Förderung von Abstand und Distanzierung
- Nähe-Distanz-Regulation
 - Gewisser Grad an Involviertheit ist notwendig, um Gegenüber empathisch begegnen zu können
 - Nötigen Abstand wahren => aus differenzierter Perspektive heraus hilfreich sein
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z. B. Waffen, Medikamente)
- Abschied ermöglichen! Rituale
 - Persönliche Wertvorstellungen, religiöse/kulturelle Aspekte?
- Persönliche Ressourcen aktivieren

Hausmann (2021), Karutz & Lasogga (2016), Walraven-Thissen (2019)

POSTVENTION - PSYCHOLOGISCHE STABILISIERUNG

- Informationsvermittlung
 - Psychoedukation (Gedanken, Emotionen, Verhalten => Reaktionen, Symptome)
 - Normalisierung vs. werden alte Erkrankungen „getriggert“? Begleitumstände des Suizids können zu einer PTBS führen; Komplexe Trauerreaktion oder behandlungsbedürftige Depression?
- Was ist geschehen? Wie geht es weiter? (altersgerechte Unterstützung!)
 - Verbalisierung von Erlebtem, emotionale Ausdrucksmöglichkeiten fördern
 - Aktivierung des sozialen Netzwerks, Stärkung vorhandener Ressourcen
 - Förderung hilfreicher Bewältigungsstrategien (=> innerlichen Abschluss des Erlebnisses fördern)
 - Planung von nächsten Schritten, Unterstützung bei Rückkehr in den Alltag, Krankmeldung?
 - Sind nun Medikamente notwendig oder muss bereits abgesetzt werden (z. B. Benzodiazepine) ?



Hausmann (2021), Karutz & Lasogga (2016), Walraven-Thissen (2019)



POSTVENTION - PSYCHOLOGISCHE STABILISIERUNG

- Hilfestellung im Umgang mit belastenden Reaktionen, Lösung von sozialen Problemen
- Meistens ist die Frage nach dem „Warum?“ zentral
- Gemeinsames Aushalten; schweigen und zuhören als zentrale Interventionen
- Bedürfnis, Antworten zu bekommen, ernst nehmen und dennoch realistisch und ehrlich sein
- Objektive Schuld vs. subjektive Schuld(gefühle): Schuld hat ihren Sinn, Bewältigungsstrategie!
- Scham: Angst vor Gedanken anderer, Ignoranz, Wechseln der Straßenseite etc.
- Gemeinsam nach Handlungsmöglichkeiten suchen, darüber sprechen => verliert an Macht
- Ziel: Verringerung von Intensität und Chronifizierungsgefahr der Symptome
- bei Bedarf: Organisation einer fachlichen Weiterbetreuung



POSTVENTION IN DER FREIEN PRAXIS - WEITERBETREUUNG

- Besonders belastende Ereignisse / Integration in den Alltag – „Ich will das Erlebte aufarbeiten.“
- „Es wird nie wieder so wie früher“ – Es gibt ein Leben vor dem Suizid und ein Leben nach dem Suizid
- Betroffene: hohes Maß an subjektiv wahrgenommener psychischer, körperlicher, sozialer Belastung
 - Individuelle Faktoren (Umstände des Suizids, Beziehung zur verstorbenen Person, Persönlichkeitsfaktoren der Hinterbliebenen)
 - Gesellschaftliche/soziale Faktoren (Tabuisierung, Stigmatisierung Betroffener, Überforderung/Hilflosigkeit soziales Umfeld)
- Trauerarbeit benötigt sehr viel Zeit und Energie
 - Verlust (Sehnsucht), Verdrängung (Leere), Regeneration (Ablenkung, Zukunftsorientierung, Freude)
- prolongierte Trauerreaktionen – „Ich kann nicht abschließen.“
- Traumafolgen, psychische Störungen sowie Rehabilitation/Reintegration

Hausmann (2021), Seibl et al. (2021), Walraven-Thissen (2019)



POSTVENTION IN DER FREIEN PRAXIS - WEITERBETREUUNG

- Gemeinsam Fotos von der verstorbenen Person anschauen, verbindende (Trauer)Orte / Gegenstände
- Infragestellung sowie kritische Prüfung von belastenden Gedanken und Vorstellungen
 - Gedanken-Stopp, Grübelstunde, Gedanken-Gewitterwolke
- Einsamkeit entgegenwirken, Zugehörigkeitsgefühl und soziales Netzwerk stärken, wer tut mir gut?
 - Einbindung in (SH-)Vereine, Angehörigengruppen oder Religionsgemeinschaften
- Dankbarkeitstagebuch bzw. „Abschiedsbrief“ / Dankbarkeitsbrief / Notfallbox / Trauertagebuch
- Vermächtnis-Gedanke – was hat er/sie mir weitergegeben? (Materielles, Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen)
- Literatur lesen, Filme ansehen, die vor Tod konsumiert wurden; gemeinsam Antworten finden
 - Beispiele: Benatar (2008): Better Never to Have Been: The Harm Of Coming Into Existence; Transformers 3
- Imaginationen, Entspannungstechniken (z. B. PMR), MBSR (z. B. 5-4-3-2-1), Gehen/Laufen
- Bei Bedarf: Integration des Traumas in die Lebensgeschichte und traumatherapeutische Interventionen (EMDR, EFT, Brainspotting, Screentechnik, Imaginationenübungen etc.)



IST TRAUER PATHOLOGISCH?

- Trauer ist grundsätzlich normal, notwendig und benötigt eine undefinierte Zeit (- endet nie?)
- Es gibt ein Leben vor dem Tod der wichtigen Bezugsperson und ein Leben danach!
 - Eingefahrene Routinen, die uns vorgaukelten, dass alles für immer so bleibt, gehen zu Ende
- Trauer ist harte Arbeit! Der Trauerprozess ist höchst individuell (Tempo, Dauer, Umgang) sowie fluktuierend und dabei immer in einen kulturellen Rahmen (Normen und Werte) eingebettet
 - Schmerz, Traurigkeit, Ärger, Wut, Ohnmacht, Verzweiflung, Erleichterung, Schuld, Scham, Verwirrung, Freude ...
- Der Tod einer (geliebten) Person macht uns auch unsere Endgültigkeit bewusst
- Akzeptanz vs. Vermeidung (Abschied, Rituale, Gespräche etc.)
- „Solange die Psyche emotional rebelliert, wird die innere Leere des Verlustes nicht gefühlt“

Butollo & Pfoh (2016), Hausmann (2021), Walraven-Thissen (2019)



KOMPLIZIERTE TRAUER

- Ca. 4% der Trauerenden: komplizierter Trauerverlauf
- Direkt Trauernde vs. indirekt Trauernde
 - Hinterbliebene vs. helfendes soziales Umfeld => Hinterbliebene und Helfer zugleich
- Zu frühes Eingreifen in den Trauerprozess durch PT oder Psychopharmaka kann den Zustand der Trauernden verschlechtern
 - Angehörige sollten: Grundlegende Bedürfnisse erfüllen, Hilfe im Alltag, Anwesenheit
 - Psychotherapie kann indiziert sein, wenn soziale Unterstützung fehlt oder Unverständnis in die Einsamkeit treibt (z. B. bei Aufforderungen wie „nach vorne schauen“, „zufrieden sein, mit dem was man hat“ oder Aussagen wie „XY geht es jetzt sicher besser“) => Psychoedukation vs. Hinterfragen der Existenz, Selbstwertverlust, Probleme in Beziehungen
- Religion/Spiritualität bietet fixe Rituale vs. einengende, befremdliche Vorstellungen
 - Grabstätten sind da, wo die Verstorbenen bestattet sind; Gräber sind dort, wo wir den Verstorbenen nahe sind
 - Gottes Wille vs. Grenzen menschlicher und medizinisch-technischer Fähigkeiten

Butollo & Pfoh (2016), Kersting et al. (2011)



KOMPLIZIERTE TRAUER

- 6B42 Verlängerte Trauerstörung
 - nach dem Tod eines Partners, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen Person, die den Hinterbliebenen nahe stand,
 - eine anhaltende und tiefgreifende Trauerreaktion
 - Sehnsucht nach dem Verstorbenen oder anhaltende Beschäftigung mit dem Verstorbenen, intensiver emotionaler Schmerz (z. B. Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisung, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, das Gefühl, einen Teil von sich selbst verloren zu haben, die Unfähigkeit, eine positive Stimmung zu erleben, emotionale Gefühllosigkeit, Schwierigkeiten, sich an sozialen oder anderen Aktivitäten zu beteiligen)
 - Hält atypisch lange nach dem Verlust an (mindestens 6 Monate) und übersteigt eindeutig die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext der Person.
 - Störung verursacht eine erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- Ausschluss: Burnout (QD85), Akute Belastungsreaktion (QE84), Unkomplizierter Trauerfall (QE62)
- Passende Begriffe: Pathologische Trauer, Andauernde Trauerstörung
- Diagnostik: z. B. Inventory of Complicated Grief – ICG-D von Lumbeck et al. (2012, 2022)

SUIZID IN DEN MEDIEN

- Papageno vs. Werther Effekt - https://kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2021/11/Leitfaden_zur_Berichterstattung_%C3%BCber_Suizid_2021.pdf
- Papageno-Medienpreis für suizidpräventive Berichterstattung von Journalist:innen: <https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/Papageno-Medienpreis-fuer-suizidpraeventive-Berichterstattung.html> - Shortlist 2023 (Preisverleihung am 05. September 2023 – mit 5.000 Euro dotiert)
- Hellin Jankowski: „Wenn Kinder ihr Leben beenden wollen“ (Die Presse, 30.01.2023)- <https://www.diepresse.com/6244336/wenn-kinder-ihr-leben-beenden-wollen>
- Lukas Matzinger: „Helft uns!“ (Falter, 21.03.2023) - <https://www.falter.at/zeitung/20230321/helft-uns>
- **Edith Meinhart: „Am Leben“ (profil, 18.11.2022) - <https://www.profil.at/oesterreich/suizid-ich-bin-unendlich-froh-noch-am-leben-zu-sein/402224757>**



Kriseninterventionszentrum
Lazarettgasse 14A
1090 Wien
+43 1 406 95 95
www.kriseninterventionszentrum.at

Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid

Mag. Gerald Tomandl
em. o. Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck
Dr. Claudius Stein
Dr. Thomas Kapitany

Kriseninterventionszentrum Wien

unter Mitarbeit von
Assoz.-Prof. Dr. Thomas Niederkrotenthaler
Zentrum für Public Health der MedUni Wien

September 2021



WIRKUNG VON SUIZID-POSTVENTION – WAS UND WIE

- Vielzahl an Studien, Berichten, wenige Meta-Analysen => kaum vergleichbar (Stichprobe, Design etc.)
 - Aluri et al. (2023): Suizid-Postvention in **Schulen** / kaum Untersuchungen – Richtlinienbasierte Kommunikation mit der Familie, Personal und Schülern sowie Identifizierung und Unterstützung von Schülern mit hohem Suizid-Risiko wird empfohlen, wirksame Maßnahmen vor allem im Gruppen-Setting (Verbesserung der Trauersymptome, Einbezug von Psy-Fachkräften)
 - Subjektiv wahrgenommene **soziale Unterstützung** => geringe Trauer, depressive Symptome und Suizidalität sowie erhöhtes persönliches Wachstum (Oexle & Sheehan, 2020)
 - Erleichterung vor allem durch **Gemeinschaft mit Gleichgesinnten** (Selbsthilfegruppe, Erfahrung der Solidarität); Gefühl der Entfremdung durch Scham und das Stigma „Suizid-Angehöriger“ werden durch Verbundenheit verringert; emotionale Annahme, Zuhören, Verstanden werden (Goulah-Pabst, 2021) – Nachteil: Geschwindigkeit im Trauerprozess ist individuell; Betroffene steigen bei Besserung schnell aus (langfristige Integration?)
 - **Psychoedukation** über Suizid, Trauma und Trauer; **Arbeit an der Beziehung** zur verstorbenen Person, Wiederaufbau einer Welt ohne den geliebten Menschen (Jordan, 2020)
 - **Spiritualität**, wenn sie persönlich bedeutsam ist und man von anderen in ihr unterstützt wird (Ressource, posttraumatisches Wachstum); ein Mangel an persönlich bedeutsamen Traditionen wirkt auf die Hinterbliebenen belastend (Čepulienė & Skruibis, 2022)



WIRKUNG VON SUIZID-POSTVENTION – WAS UND WIE

- **Systematische Reviews kaum vorhanden**, z. B. Andriessen et al. (2019): 12 Studien zwischen 1984 und 2018 große Vielfalt an Interventionen, Stichprobe sowie Fokus auf verschiedene Merkmale; Qualität der Studien schwach
 - Suizid-Hinterbliebene: komplizierte Trauerverläufe, psychische Erkrankungen, suizidales Verhalten
 - Wirksamkeit von Interventionen bei unkomplizierter Trauer (keine Wirksamkeit oder fehlender Nachweis bei komplizierter Trauer), die das soziale Umfeld der Hinterbliebenen mit einbeziehen
- Fokus bisher auf Verwandtschaft, theoriegeleitete Forschung erforderlich, Anstreben von evidenzbasierten Interventionen durch Zusammenarbeit mit Dienstleistern (Maple, Poštuvan & McDonnell, 2019)
- DE-LOSS-Studie der Universität Ulm (2023) – Teilnahme-Link <https://www.soscisurvey.de/deloss/>
 - DE-LOSS - „Determinants of social support after suicide loss“
 - Ziel der DE-LOSS-Studie: Kenntnisse hinsichtlich Barrieren und fördernden Faktoren ausbauen, um geeignete Unterstützungsangebote für Hinterbliebene und deren Umfeld zu entwickeln.
 - Online-Befragung über Erfahrungen mit Suizid-Verlust: Fragen zur persönlichen Verlusterfahrung, zu Erfahrungen bezüglich sozialer Unterstützung durch das persönliche Umfeld sowie mit professioneller Hilfe nach dem Verlust



FRAGEN / DISKUSSION



LITERATUR-EMPFEHLUNGEN

▪ Pflicht-Literatur

- Butollo, W. & Pfoh, G. (2016). Wenn Zeit alleine nicht heilt - Komplizierte Trauer begleiten. Ostfildern: Patmos.
- Seibl, R., Baumgartner, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Grill, W., Hruby, K., Kapitany, T., Krisper, S., Nowotny, M., Plener, P., Schrittwieser, U. (2021). SUPRA - Empfehlungen für Suizid-Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen. Gesundheit Österreich, Wien.
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (2016). Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas.
- Tomandl, G., Sonneck, G., Stein, C. & Kapitany, T. (unter Mitarbeit von Niederkortenthaler, T.) (2021). Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Abgerufen am 21. August 2023, von https://kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2021/11/Leitfaden_zur_Berichterstattung_%C3%BCber_Suizid_2021.pdf
- Walraven-Thissen, A. (2019). Was tun nach einem Suizid?: Praxishandbuch zur Suizid-Postvention für Einsatzkräfte, Care-Teams, Pflege-, Gesundheits- und Seelsorgeberufe. Bern: Hogrefe.
- Ab 31. Mai 2024: **Menschen in Ausnahmesituationen und psychosozialen Krisen: Akutbetreuung in Theorie und Praxis** (Autor:innen: Gerd Mantl, Evelyn Bremberger) - Vorbestellbar unter <https://amzn.eu/d/4wO8Wji> oder <https://www.facultas.at/item/64704729>
- Herbst 2024: **Interventionen nach einem Suizid: wie die Unterstützung von Hinterbliebenen gelingen kann** (Autor:innen: Gerd Mantl, Evelyn Bremberger)





SEMINAR-EMPFEHLUNGEN

Notfallpsychologie

Interventionstechniken in der Akutpsychologie

Mo 09.10.2023 – Di 10.10.2023 | Wien | 18 EH | Prof. Dr. Clemens Hausmann

[Warteliste](#)

Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie

Wenn Kinder dem Tod begegnen

Do 12.10.2023 – Fr 13.10.2023 | Wien | 13 EH | Dr.in Marianne Marion Waldenmair

[Warteliste](#)

Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie

Die Wahrheit ist den Kindern zumutbar

Di 05.12.2023 – Mi 06.12.2023 | Wien | 16 EH | Dr.in Gertrude Bogyi

[Warteliste](#)

Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung

Möglichkeiten und Grenzen bei der Behandlung suizidaler PatientInnen

Do 23.06.2022 – Fr 24.06.2022 | Wien | 18 EH | Mag.a Petra Erasin

[Warteliste](#)

Gerontopsychologie

Der persönliche Umgang mit einem Verstorbenen - Exkursion Pathologie

Fr 07.10.2022 – Mo 10.10.2022 – Do 13.10.2022 – Do 20.10.2022 | online und Exkursion | 18 EH | PhDr. Dr. Cornelia Binder-Krieglstein

[Anmelden](#)

Feuerbestattung Danubia: Öffentliche Führung

Die Feuerbestattung Danubia lädt alle Interessierten zu einer öffentlichen Führung ein. Als ökologische Alternative am letzten Weg freuen wir uns, unser Gebäude, unseren Anspruch und unser Team vorstellen zu können.

Quelle: Veranstaltungsdatenbank Niederösterreich



Feuerbestattung Danubia ©
Feuerbestattung Danubia



**DANKE FÜR DIE
AUFMERKSAMKEIT!**

Mag. Gerd Mantl, MSc

Gesundheitspsychologe, Klinischer Psychologe (Notfallpsychologie)

Psychotherapeut (Integrative Therapie)

Säuglings-, Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Kontakt

Hochstraße 37/1, 2380 Perchtoldsdorf

+43 677 63099242

psychotherapie.mantl@gmail.com

www.psychotherapie-mantl.com