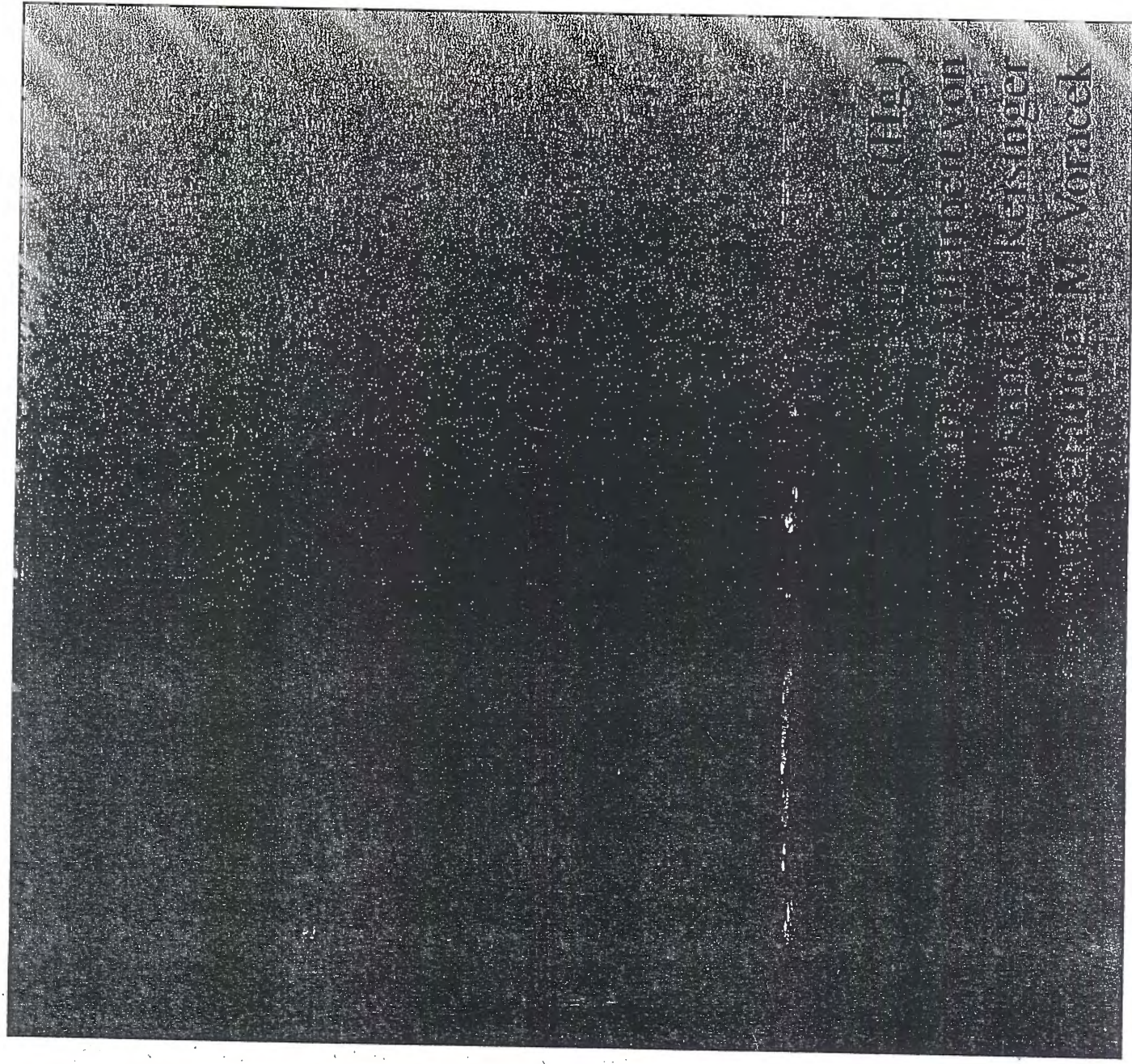


# Suizidprävention in Österreich

*Kriseninterventionszentrum Wien*



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

## ad B.2. Spezielle direkte Suizidprävention

---

### Krisenintervention und Umgang mit akut Suizidgefährdeten

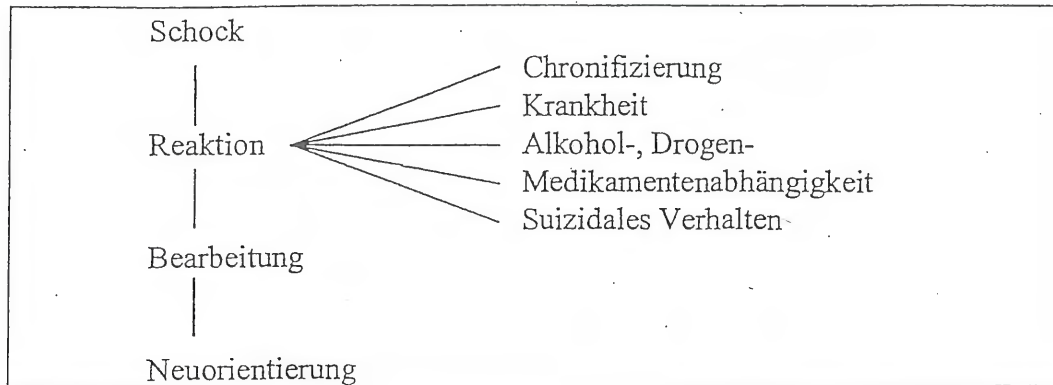
#### B.2.1 Krisen und Krisenintervention

Unter **psychosozialen Krisen** verstehen wir in Anlehnung an die Überlegungen von *Caplan (1964)* und *Cullberg (1978)* *den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.*

Die **Krisenintervention** ist von Maßnahmen der Akutpsychiatrie, die bei akuten Psychosen, akuten Bewusstseinsstörungen, Intoxikationen und dergleichen zu setzen sind, zu unterscheiden. Sie umfasst alle Aktionen, die dem Betroffenen bei der **Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen**. Damit können negative soziale, psychische und medizinische Folgen, die als Fehlanpassung oder psychischer Zusammenbruch jeder Krise immanent sind, verhütet werden.

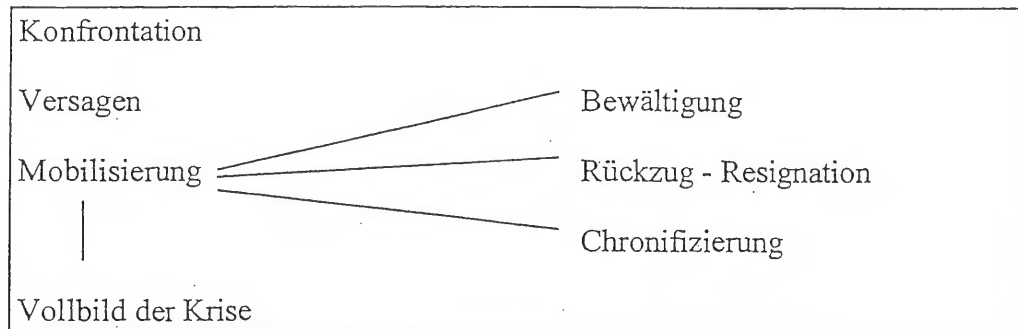
Diese Definition drückt die Vielschichtigkeit von Krisen aus, und die Komplexität der Intervention besteht darin, alle möglichen und bedeutsamen Zusammenhänge auch wirklich zu erkennen und damit für die Bewältigung nutzbar zu machen. Besser jedoch als jede Definition der Krise dient der Praxis der Krisenintervention die Darstellung paradigmatischer Krisenverläufe, wie sie von *Cullberg (1978)* bezüglich der **traumatischen Krisen** und von *Caplan (1964)* hinsichtlich der **Veränderungskrisen** beschrieben wurden.

Tab. 1: "Traumatische" Krise (Cullberg, 1978)



Als Krisenanlässe bei **traumatischen Krisen** gelten plötzliche, meist unvorhergesehene Schicksalsschläge, wie z. B. Krankheit oder Invalidität, Tod eines Nahestehenden, Trennung, Kündigung etc. Die erste Reaktion auf den Krisenanlass ist der sogenannte **Krisenschock**, der wenige Sekunden bis etwa 24 Stunden dauern kann. Dieser wird durch die **Reaktionsphase** abgelöst, eine Tage bis Wochen andauernde Periode, in der affektive Turbulenz sich mit Apathie abwechselt, tiefste Verzweiflung, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Feindseligkeit und Aggression, Wut und Trauer und oft schwere körperliche Begleitsymptomatik den Menschen belasten. Dieses Stadium besteht allerdings nicht kontinuierlich, sondern schließt (z.B. durch entsprechende Intervention) durchaus auch Zeiten der Entlastung ein, in denen dann **Bearbeitung und Neuorientierung** möglich sind. Immer wieder jedoch muss zumindest im Verlauf der ersten Wochen und Monate mit dem neuerlichen Auftreten der Reaktionssymptomatik gerechnet werden und damit der wiederkehrenden Gefahr einer Fehlanpassung wie **Chronifizierung** (der Reaktionssymptome) oder **Alkohol- und Medikamentenmissbrauch**, dem Ausbruch einer **Erkrankung** oder eines psychischen **Zusammenbruchs** und dem Auftreten von **Suizidalität**. Die Reaktions-, die Bearbeitungs- und Neuorientierungsphasen gehen also zumindest zu Beginn ineinander über und sind daher nicht so deutlich abgrenzbar wie der Krisenschock, auf den unweigerlich die Reaktionsphase folgen muss. Bei günstigen Voraussetzungen kann durch die Bearbeitung des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen die Phase der Neuorientierung erreicht werden, in der die innovative Chance der Krise genützt werden kann.

Tab. 2: Veränderungskrise (G. Caplan, 1964)



**Veränderungskrisen** nehmen nicht diesen eigengesetzlichen Verlauf, wie er bei traumatischen Krisen unausweichlich ist, sondern können bis zur dritten Phase, die sich oft erst im Laufe von Wochen entwickelt, unterbrochen werden: Nach einer **Konfrontation** mit der Veränderung kommt es, sofern diese nicht in das Leben integriert werden kann, zu dem Gefühl des Versagens, zum Ansteigen von Druck und innerer Spannung und, wenn hier keine Hilfe einsetzt, zum **Mobilisieren** innerer und äußerer Hilfsmöglichkeiten. Dieser Zeitpunkt stellt eine große Chance für den Helfer dar, da seitens des Betroffenen aus starker innerer Not große Bereitschaft besteht Hilfe anzunehmen. Ist die Hilfe adäquat, kommt es zur **Bewältigung** und damit auch zur Beendigung dieser eben erst beginnenden Veränderungskrise, ist die Hilfe inadäquat, kann es zu **Rückzug** und **Resignation** kommen, allenfalls auch zu **Chronifizierung** der inneren Anspannung, von Druck, Angst und Unruhe. Ebenso jedoch kann sich auch ein **Vollbild der Krise** entwickeln, das ähnlich aussieht wie die Reaktionsphase der traumatischen Krise und ab hier auch den gleichen Verlauf nehmen kann: Einerseits Chronifizierung oder Krankheit, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. suizidales Verhalten, im günstigen Fall jedoch wiederum Bearbeitung und Neuorientierung. Als entsprechende Krisenanlässe können Verlassen des Elternhauses, Heirat, Geburt, Umzug und Ähnliches angeführt werden, aber natürlich auch solche Veränderungen, wie sie z. B. in der Pubertät im psychischen, sozialen und biologischen Bereich auftreten oder z. B. zum Zeitpunkt der Pensionierung. Wenn auch neuere Feldforschungen zeigen, dass die Midlife-crisis nicht zur üblichen Bewältigungsstrategie der Lebensmitte gehört, so muss man doch gelegentlich mit deren Auftreten rechnen. Lebensveränderungen gehören

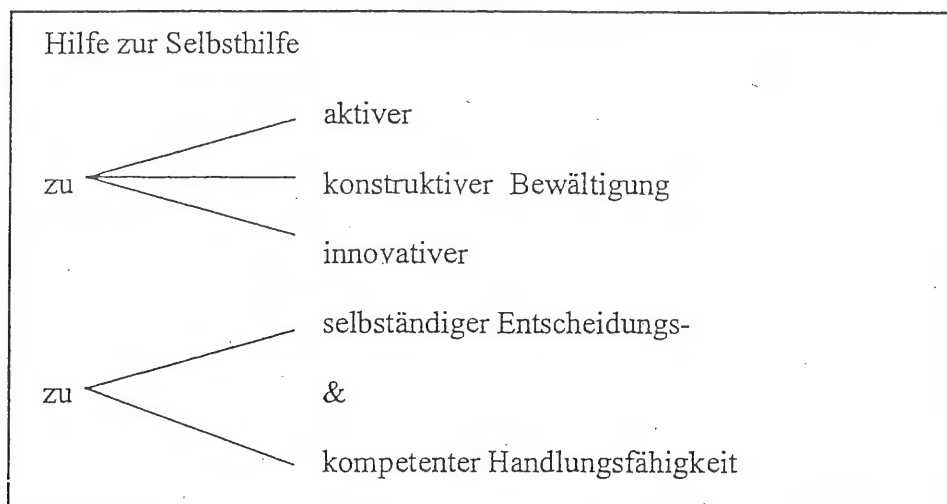
gleichsam zum "normalen" Lebenslauf, eine Vorbereitung darauf ist relativ gut möglich, während traumatische Krisenanlässe, die meist überraschend kommen, schwerer vorzubereiten sind und daher leichter zu Krisen führen.

*Tab. 3: Aspekte von Krisen*

* Krisenanlass
* Subjektive Bedeutung
* Krisenanfälligkeit
* Reaktion der Umwelt
* Krisenverlauf

Von besonderer Bedeutung für die Intervention ist die Kenntnis des **Krisenanlasses** (Lebensveränderungskrise oder traumatische Krise) in seiner jeweiligen **subjektiven Bedeutung**, also in der Berücksichtigung des jeweils persönlichen Stellenwerts des Betroffenen. Die individuelle **Krisenanfälligkeit** ist abhängig von dieser inneren Bedeutung des Krisenanlasses und der Fähigkeit, sich damit auseinanderzusetzen, sowie von dem Maß der sozialen Integration und früherer Lernerfahrungen. Es besteht Einigkeit darüber, dass z. B. psychische Erkrankungen bzw. unverarbeitete frühere Krisen die Krisenanfälligkeit drastisch erhöhen. Die **Reaktion der Umwelt** ist nicht nur für das Entstehen von Krisen von großer Bedeutung, sondern auch für den Verlauf, da Krisen nicht im sozialen Vakuum ablaufen. Die Umwelt beeinflusst also auch wesentlich den **Krisenverlauf**.

Tab. 4: Ziel der Krisenintervention



Das wesentliche Ziel der Krisenintervention ist die **Hilfe zur Selbsthilfe**. Das bedeutet zunächst dem Betroffenen zu ermöglichen, sich in seiner Krise zu akzeptieren d. h. auch zu verstehen, dass diese Krise eine "natürliche Warnreaktion" darstellt. Davon ausgehend verhelfen wir ihm dazu, selbst zu Lösungen und Bewältigungsmöglichkeiten zu kommen. Es sollte Hilfe zu **aktiver Bewältigung** der Krise sein - im Gegensatz zu Bewältigungsversuchen durch Passivität. In einer Situation, in der destruktive Lösungsversuche wie suizidale Handlungen oder Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch sehr nahe liegen und unter Umständen der einzige Ausweg bleiben können, geht es darum, Alternativen dazu zu finden. Gerade wenn die erlernten, gewohnten und bisher bewährten Bewältigungsstrategien versagen, kann diese Alternative auch einmal darin bestehen, gänzlich neue Wege einzuschlagen, etwas auszuprobieren, was man noch nie ausprobiert hat und unter normalen Bedingungen vielleicht auch nie gewagt hätte. Das ist es ja, was die Krise nicht nur zu einer Gefahr, sondern auch zu einer Chance machen kann.

Das **Ziel** muss sein, dass der Betroffene seine **Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit** wieder zurückgewinnt und für sich kreativ einsetzen kann, um mit der aktuellen, aber auch mit möglichen zukünftigen schwierigen Situationen fertig zu werden. Aber natürlich kann eine konstruktive Bewältigung einer Krise auch darin bestehen zu erkennen, dass man mehr "für sich" z. B. in Form einer

ärztlichen Behandlung, einer Psychotherapie o.Ä. machen möchte. Krisenintervention kann somit auch - obzwar selbst ein zeitlich nur auf die Krise abgestelltes Hilfsangebot - Motivationsarbeit für längerfristige Behandlungskonzepte leisten.

Das Ziel ist also die **Unterstützung der eigenen Fähigkeit des Betroffenen** und seiner Umgebung, sich selbst zu helfen. Nicht der Ersatz von Verlorenem und die Verleugnung der schmerzlichen Realität, sondern die Stützung, das Mitgefühl (Empathie) sowie die Ermutigung, Gefühle von Trauer, Schmerz, Feindseligkeit, Aggression etc. wahrzunehmen und zu zeigen, ist die Funktion des Helfers. Dieses Ziel muss **kurzfristig realisierbar sein**, eine tiefergreifende Persönlichkeitsänderung zu diesem Zeitpunkt anzustreben, wäre nicht sinnvoll.

Die Mehrzahl der Kriseninterventionen geht außerhalb des professionellen Systems z. B. im Verband der Familie, der Schule, des Betriebes, der Gemeinde etc. durchaus effizient vor sich. Gerade in der Schockphase, in der es darauf ankommt den Betroffenen nicht alleine zu lassen, ist meistens die unmittelbare Umgebung wirkungsvoller und auch leichter in der Lage präsent zu sein und die Rolle der "stellvertretenden Hoffnung" (*Cullberg*) zu übernehmen als das professionelle System, das sowohl von den Ressourcen als auch von der Flexibilität her kaum so aktuell wie es die Schockphase bedingen würde, zur Verfügung stehen kann.

Da man beim Aufstellen eines Systems der Krisenintervention immer wieder Gefahr läuft, zu strategisch vorzugehen und zu wenig therapeutische Hilfen anzugeben (*Reimer, 1987*), sollen neben dem grundsätzlichen Interventionskonzept die vier wesentlichen Charakteristika des Umgangs mit Krisen (und Suizidalität), nämlich

- das Arbeiten an der **Beziehung**,
- die Auseinandersetzung mit der **emotionalen Situation** und allfälliger **Suizidalität**,
- die Konzentrierung auf die **aktuelle Situation** und
- die **Einbeziehung der Umwelt**

besonders herausgearbeitet werden.

Krisenintervention ist ein Verfahren, das lediglich bei akuten Krisen erfolgreich angewendet werden kann, allerdings auch bei akuten Krisen mit hoher Suizidgefahr. Dieses Verfahren bewährt sich nicht bei chronisch protrahierten Krisen bzw. chronischer Suizidalität (*Henseler, 1981*).

Zu den **allgemeinen Prinzipien** der Krisenintervention (siehe Tab. 5) gehören der **rasche Beginn**, die **Aktivität** des Helfers (die jedoch immer die Gefahr der Abhängigkeit in sich birgt) und die **Methodenflexibilität** (Hilfe im sozialen, psychologischen, aber auch biologisch-medikamentösen Bereich). Der Fokus ist die **aktuelle Situation** in ihrem lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Die **Einbeziehung der Umwelt** für Ressourcen aus dem sozialen Kontext, die **adäquate Entlastung** von emotionalem Druck (jedoch nur bis zu einem solchen Maß, dass der Wunsch nach Veränderung nicht völlig erlahmt!) sowie die **interprofessionelle Zusammenarbeit** sind weitere wichtige Prinzipien.

Tab. 6 gibt ein allgemeines Interventionskonzept.



Tab. 5: Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention

<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rascher Beginn</li> <li>* Aktivität</li> <li>* Methodenflexibilität</li> <li>* Fokus: Aktuelle Situation/Ereignis</li> <li>* Einbeziehung der Umwelt</li> <li>* Entlastung</li> <li>* Zusammenarbeit</li> </ul>
--

Tab. 6: Allgemeines Interventionskonzept

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beziehung</li> <li>2. Emotionale Situation</li> <li>3. Aktueller Anlass</li> <li>4. Spezifische Gefahren</li> <li>5. Soziale Situation</li> <li>6. Vorhandene Hilfsmöglichkeiten einbeziehen</li> <li>7. Weiteres Vorgehen erarbeiten</li> <li>8. Beendigung</li> </ol>
---

Natürlich sind mittlerweile auch andere Konzepte beschrieben worden, allen gemeinsam ist jedoch das Arbeiten an der Beziehung, am aktuellen Anlass, der emotionalen Situation und an der Einbeziehung der Umwelt (z. B. *Wedler, 1987*).

#### *ad 1. Beziehung in der Krisenintervention, Nähe und Distanz*

Der zwischenmenschlichen Beziehung kommt in der Krise und der Krisenintervention besonderer Stellenwert zu. Besonders dort, wo im Zuge der Krise bereits eine suizidale Einengung (*Ringel, 1969*) besteht und diese nur über die Beziehung zu lockern ist, bedarf der Betroffene der empathischen Zuwendung.

Um die günstigste Nähe-Distanz-Relation zu finden und zu halten, sollen zwei Pole vermieden werden:

##### a) **Sich aus der Beziehung heraushalten:**

Das führt dazu, dass wir uns nicht (ausreichend) mit dem Betroffenen

identifizieren können. Als Folge davon

- nehmen wir ihn in seinen Problemen nicht wichtig, nicht ernst; wir sagen ihm dann etwa: "Aber machen Sie sich doch nicht so viel daraus", "das ist doch alles nicht so arg", "es gibt viel Schlimmeres auf der Welt" u. a.;
- hören wir ihm zwar aufmerksam zu, lassen aber unsere Gefühle nicht sprechen und damit auch seine nicht; wir suchen dann für alles, was ihn quält, vernünftige und logische Argumente, Erklärungen, Vorschläge;
- sind wir an ihm nicht interessiert und schieben ihn eventuell ab. (Das ist nicht gleichbedeutend mit der zusätzlichen, manchmal sehr notwendigen Hinzuziehung eines Experten!)

b) **Sich zu sehr in die Beziehung einzulassen** bzw. verwickeln zu lassen, führt dazu, dass

- wir uns zu stark mit dem Patienten identifizieren und uns von seinen Bedürfnissen und Gefühlen zu wenig distanzieren können. Wir über- oder unterschätzen dann Fähigkeiten, Bedürfnisse, Gefühle oder das Durchhaltevermögen des Patienten;
- wir "ganz besonders" helfen wollen, daher "besonders aktiv" sind und an seiner Stelle Lösungen überlegen und vorschlagen, wodurch wir ihm seine Eigenverantwortung nehmen.

**Wie arbeite ich an der Beziehung?** Tab. 7 (nach *Kulessa*, 1985).

*Tab. 7: Beziehungsfördernde Grundhaltung*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich nehme den andern an, wie er ist</li> <li>• Ich fange dort an, wo der andere steht</li> <li>• Ich orientiere mich nach den Bedürfnissen des anderen</li> <li>• Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte</li> <li>• Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz</li> <li>• Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?)</li> <li>• Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren</li> <li>• Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe</li> </ul> |
|--|

Ich nehme den anderen an, wie er ist, und nicht so, wie ich glaube, wie er sein sollte. Ich fange dort an, wo der andere steht, also ich konzentriere mich primär auf die aktuelle Situation, die ich aber natürlich im lebensgeschichtlichen Zusammenhang sehen muss. Denn häufig ist die starke Kränkbarkeit des suizidalen Menschen ein wichtiger Faktor für das Entstehen der Krise.

Ich mache deutlich, dass ich **Kontakt aufnehmen** will, ich bin also aktiv in meiner Zuwendung. Der subjektive **Stellenwert**, den der Betroffene dem Krisen Anlass und seinen Konsequenzen beimisst, steht ebenso im Vordergrund wie seine **Bedürfnisse**, nach denen ich mich primär orientiere. Da eine tragfähige Beziehung nur symmetrisch möglich ist, arbeite ich an **Partnerschaft**. Ich versuche also die Abhängigkeit des Betroffenen, die stark an die Aktivität des Helfers gekoppelt ist, so gering wie möglich zu halten, ohne dass ich dadurch die Stütze, die aus der Autorität und Kompetenz des Helfers erwächst, dem Betroffenen entziehe, denn in der Krise ist der Mensch abhängiger von Hilfe von außen als in jeder anderen Situation seines Lebens. Das **Wahrnehmen der eigenen Gefühle** in der Krisenintervention gibt mir auch Hinweise darauf, wie der Betroffene mit seiner Umwelt umgeht.

Eine der größten Gefahren in der Intervention ist das **argumentierende Diskutieren** und das **Anlegen eigener Wertmaßstäbe**, wodurch wir den Betroffenen mehr und mehr dazu verführen, noch gravierendere Argumente für seine unmittelbare Situation zu suchen, anstatt an ihrer konstruktiven Bewältigung zu arbeiten.

*ad 2.* Wir gehen auf die *emotionale Situation* des Patienten und auf die **körperliche Begleitsymptomatik** ein, schätzen das Ausmaß von Panik und Depression ein sowie deren mögliche Konsequenzen, wobei wir insbesondere das **Suizidrisiko** (*s ad.4. und B.2.2*) zu erhellen versuchen.

*ad 3. Aktueller Anlass:* Wir befassen uns mit dem **Krisenanlass** und mit der Frage, wer davon noch unmittelbar betroffen ist, mit der derzeitigen Lebenssituation des Patienten - auch mit der Situation hier und jetzt - sowie mit möglichen Veränderungen und bereits angewandter Lösungsstrategien. Die Vergangenheit interessiert uns hauptsächlich hinsichtlich der Dauer der Krise und der Bewältigung früherer, vielleicht ähnlicher Schwierigkeiten sowie einer eventuellen körperlichen, psychischen und sozialen Vorbelastung (Krisenanfälligkeit).

*ad 4. Spezifische Gefahren* sind z.B. Aggressionsdurchbrüche, gesundheitliche Begleiterscheinungen, Panikzustände, Substanzmissbrauch und natürlich Suizidalität.

**Wie wird man auf Suizidgefährdung aufmerksam?**

Der sicherste Indikator dafür ist der direkte oder indirekte Suizidhinweis. Das **Wahrnehmen** dieser Ankündigung, das **Verstehen** dieser Ankündigung als Notsignal und das **vorurteilslose Gespräch** über die Suizid Tendenz sind die wichtigsten primären suizidpräventiven Interventionen.

**"Wenn Sie im Kontakt zu einem Menschen den Eindruck haben, er könnte an Selbstmord denken, fragen Sie ihn danach!"**

Zur Beurteilung der Suizidgefährdung kann folgendes Schema (Abb. 1) dienen:

Bei einer Suizidankündigung kläre ich zunächst ab, ob der Betroffene

- einer **Risikogruppe** angehört,
- ob er sich in einer **Krise** befindet,
- in welchem Stadium der **suizidalen Entwicklung** er steht und
- ob sich Hinweise auf **affektive Einengung** (präsuizidales Syndrom) finden.

Gehört er z. B. einer oder mehreren Risikogruppen an, befindet er sich in der

Reaktionsphase einer Krise, in der Phase des Entschlusses der suizidalen Entwicklung und ist keine affektive Resonanz, kein affektiver Rapport herstellbar, so besteht zweifellos akute Suizidgefährdung.

Wenn schwere Depression oder übergroße Angst (Panik) nicht durch Entlastung, wie z. B. Gefühle äußern, Chaotisches ordnen, Zusammenhänge verstehen, und durch Entspannung (Atmungs- und Muskelentspannungsübungen) entscheidend vermindert werden können, bedarf es auch medikamentöser Hilfe, insbesondere bei hoher Suizidgefahr, Entscheidungs-unfähigkeit oder Unfähigkeit zu sinnvoller Zusammenarbeit. Die medikamentöse Therapie, unabdingbar bei schweren psychischen Störungen, ist jedoch immer nur als Unterstützung anzusehen. Auch muss dabei mitbedacht werden, dass z. B. starke Dämpfung die Krisensymptomatik verschleiern, starke Aktivierung die Symptome und nicht selten auch Suizidgefahr drastisch verstärken kann.

*ad 5. Die soziale Situation*, allfällige Belastungen, Gefährdungen oder Ressourcen werden abgeklärt.

*ad 6. Bestehende Hilfssysteme* des Patienten (Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.) lassen wir von ihm unterstützend miteinbeziehen, im Notfall werden wir selbst diese aktivieren bzw. heranziehen. Entsprechend der Notwendigkeit und den Möglichkeiten werden natürlich auch alle anderen Hilfen der Gemeinschaft vermittelt (z. B. Sozialhilfeorganisationen, Clubs, Selbsthilfegruppen etc.).

*ad 7.* Wir klären mit dem Patienten das genaue *Setting* für *weitere Kontakte* (Anzahl der teilnehmenden Personen, Zeit, Anzahl der Kontakte, Intervalle) im Abstimmen seiner und unserer Möglichkeiten, Wünsche und Zielvorstellungen. In den Folgegesprächen stellen wir immer wieder den Bezug zwischen der Anfangssituation, der jetzigen Situation (auch der Gesprächssituation) und den konkreten Zielvorstellungen her bzw. erarbeiten letztere oder modifizieren sie unter Mithilfe und Miteinbeziehung der Gefühlsebene.

*ad 8.* Da Krisenintervention mit wenigen Kontakten *beendet* sein sollte, ist das

Vorbereiten dieser Beendigung sehr wichtig: Wir rekapitulieren in den letzten Gesprächen gemeinsam, was der Patient erreicht hat, und wie er es erreichte, und besprechen vorplanend, wie er sich bei künftigen Schwierigkeiten verhalten wird. Gelegentlich erweist es sich als notwendig und sinnvoll, unmittelbar an die Krisenintervention eine (Kurz-) Psychotherapie anzufügen, um ausreichende Stabilisierung zu erreichen. Wenn die noch bestehenden Persönlichkeits- oder Krankheitsprobleme jedoch gravierend sind, besprechen wir die Möglichkeit einer weiterführenden längerfristigen Therapie und sind, entsprechend seiner Entscheidung dem Betroffenen behilflich, eine Therapiemöglichkeit zu finden.

Die Beschäftigung mit Menschen in Krisen und mit Suizidgefährdeten bringt uns selbst auch immer wieder mit unserer eigenen Krisenanfälligkeit, eigenen Suizidalität und mit unserer Einstellung zum eigenen Sterben und Tod in Kontakt. Je besser ich meine eigene Stellungnahme zu Suizid, Tod und Sterben kenne, um so freier werde ich sein, den schwierigen Weg mit dem Menschen in der Krise gemeinsam zu gehen. Je früher ich selbst in der Krisenintervention meine Hilfsbedürftigkeit wahrnehme, mich der Hilfe anderer versichere und diese gegebenenfalls in Anspruch nehme, um so besser werde ich mich an den Bedürfnissen jener Menschen orientieren können, deren innere Not und Bedrängnis sie am Leben verzweifeln lässt. Je besser ich meinen eigenen Sinn des Lebens erarbeitet habe, desto eher werde ich den bedrängten Menschen auf der Suche nach seinem Sinn begleiten können - und nur das ist Hilfe, die tatsächlich wirkt.

Krisenintervention ist ganz besonders durch Methodenflexibilität geprägt. Die Anwendung ist jedoch nicht wahllos, sondern nur **situations- und persönlichkeitsgerecht** angezeigt. Das Arbeiten an der Beziehung, die Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und allfälligen Suizidalität, das Arbeiten am aktuellen Bedingungsgefüge und mit dem sozialen Umfeld sind dabei die wesentlichen Aktivitäten. Das WIE wird sich jedoch an den aktuellen Gegebenheiten orientieren müssen, und das wird entsprechend der Vielfalt menschlicher

Entwicklungen, menschlicher Krisen und der Krisenanlässe ebenso vielfältig sein müssen.

Suizidhinweis Suizidankündigung				
SELBSTMORD- RISIKOGRUPPE?	KRISE?	Konfrontation	SUIZIDALE ENTWICKLUNG?	PRÄSUIZIDALES SYNDROM?
		Alkohol-, Drogen- und Medikamen- tenabhängige		
		Mobilisieren		
Depressive	Reaktion	Vollbild	Abwägung	
Alte und Vereinsamte	Bearbeitung		Entschluss	Suizidgedanken
Suizidankündigung	Neuorientierung			Einengung der Wertwelt - zwischenmenschliche Beziehungen
Suizidversuch				

Abb. 1: Schema zur Beurteilung der Suizidgefahr

### ad 3) Zielgruppe: Kinder und Jugendliche

#### 3.1. Erziehung und Unterricht:

- a) Kinder und Jugendliche sollten rechtzeitig auch im Unterricht und in ihrer Ausbildung lernen, **wie** Konflikte zu erkennen und klären sind und **wie** mit Krisen, Depressionen und Suizidproblemen entsprechend umzugehen ist: Ankündigungen und Risikosignale wie Suizidmitteilungen und Suizidversuche, Schulschwänzen oder andere häufige Absenzen, auffallende Müdigkeit, Aggression, Isolation, Substanzmissbrauch, Wutanfälle und asoziales Verhalten wahrnehmen und in ihrer Bedeutung verstehen. Dafür bieten sich nicht nur die verschiedenen Erziehungs- und Bildungssysteme an, sondern auch die zahlreichen (Klein-) Kindergruppen und Jugendlichenclubs, Vereine, Interessensgemeinschaften etc..
- b) Erhöhtes Risiko zu suizidalem Verhalten nach einem Suizid oder Suizidversuch im Umfeld,
- c) Beachtung von Veränderung wie z.B. bei Schulwechsel etc. (s. Veränderungskrisen),
- d) Ausbau von Wohlfahrts-, Beratungs- und Gesundheitsdiensten für Schulkinder und Studierende.



Abb. 22: Entwicklung der Suizidraten der 10-14jährigen (Österreich)

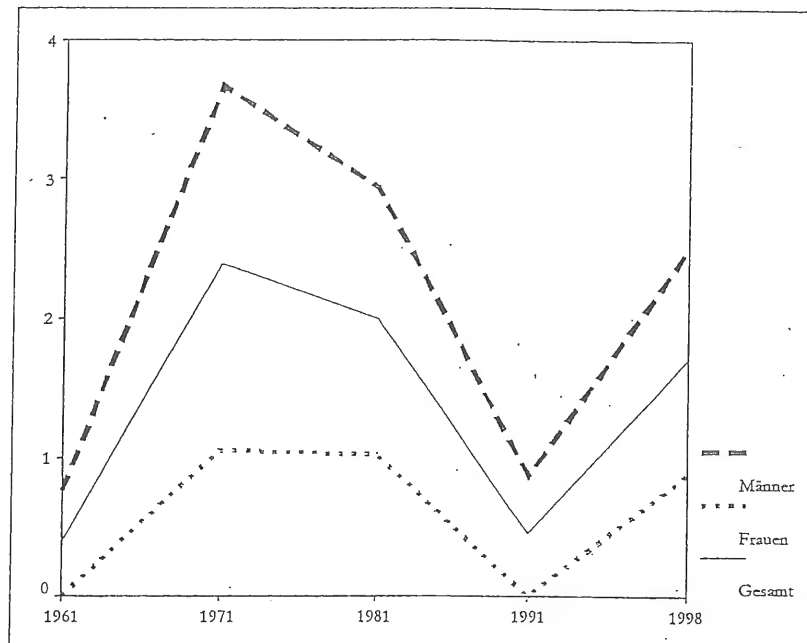


Abb. 23: Entwicklung der Suizidraten der 15-19jährigen (Österreich)

