



# Vorarlberger Suizidbericht 2018

## Angehörige und Suizid

### Verfassende

Prim. Dr. Albert Lingg  
Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller  
MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
2. Vorarlberger Suizidzahlen 2018 .....	4
Suizidraten.....	5
Geschlechtsverteilung .....	6
Altersverteilung.....	8
Verkehrstote und Suizide in Österreich .....	10
3. Schwerpunktthema – Angehörige und Suizid .....	11
Suizid: das Leid der Hinterbliebenen .....	11
Trauer und Trauerreaktionen.....	11
Komplizierte Trauerreaktionen.....	13
Krankhafte Trauerreaktionen .....	13
Akute Belastungsreaktion .....	14
Posttraumatische Belastungsstörung .....	14
Persönlichkeitsänderung .....	15
Möglichkeit der Hilfe und Selbsthilfe.....	15
Literatur .....	16
4. Hilfreiche Links.....	16

## 1. Einleitung

Seit 1987 erstatten wir jährlich den Vorarlberger Suizidbericht, der die Entwicklung der Suizidzahlen in unserem Bundesland und Gesamtösterreich beinhaltet, wenn nötig bedenkliche Entwicklungen aufzeigt und auf mögliche Vorsorgemöglichkeiten hinweist. Außerdem behandelt er jeweils ein Schwerpunktthema, ferner werden in größeren Intervallen eingehendere Analysen präsentiert, welche - aufgrund der für statistische Berechnungen zu kleinen Zahlen - von Jahr zu Jahr nicht möglich sind. Wir verweisen dazu etwa auf den letztjährigen Bericht, der eine Analyse des aks-Suizid-Registers 1998-2017 enthielt.

Erfreulicherweise fand die Präsentation der Suizidberichte über die Jahre jeweils reges Interesse bei unseren Medien und Gesundheitsdiensten, dies auch nachdem die Zahl der Suizide deutlich zurückging. Der Gefahr angesichts dieser positiven Entwicklung sorglos zu werden soll diese Aktivität entgegenwirken, das Interesse am Thema Suizidverhütung wachhalten und mögliche negative Entwicklungen bei uns oder im Umland früh genug aufzeigen. Auch geben „good news“ allen in der Suizidverhütung Tätigen positive Rückmeldungen zu ihrem Engagement und bestätigen – heute wichtig – den Kostenträgern die Effizienz der vielfältigen hier wirksamen Maßnahmen.

Wesentlich ist ferner die Sensibilisierung weiter Kreise der Bevölkerung: Suizidverhütung lässt sich nämlich nicht allein an Experten oder Programme delegieren, sondern beginnt bei der Bereitschaft jedes Einzelnen, Krisen und Gefährdungen Betroffener ernst zu nehmen, bei Hilferufen nicht weg zu hören und nach Möglichkeit Hilfen zu vermitteln.

Die Darstellung des Suizidproblems durch nüchterne Fakten verkennt keinesfalls das Schicksal, welches für Betroffene und ihre Angehörigen hinter den Suizidtragödien steht. Der Umgang mit dem Suizidthema ist in den letzten Jahrzehnten offener und unverkrampfter, die Haltung vieler Mitmenschen gegenüber Menschen nach überlebten Suizidversuchen oder betroffenen Familien oder Partnern verständiger geworden. Gleichwohl bedürfen Hinterbliebene, welche oft mit Scham- und Schuldgefühlen, mit verlängerten Trauerreaktionen und Depressionen zu kämpfen haben, besonderer Unterstützung. Wie unterschiedlich Partner, Familie oder Freunde mit der Selbsttötung naher Menschen umgehen und was für Konsequenzen für das Helfersystem daraus erwachsen, war uns schon in der SUIZIDSTUDIE VORARLBERG 1985 ein wichtiges Anliegen. Das heurige Schwerpunktthema befasst sich deshalb mit dieser Problematik.

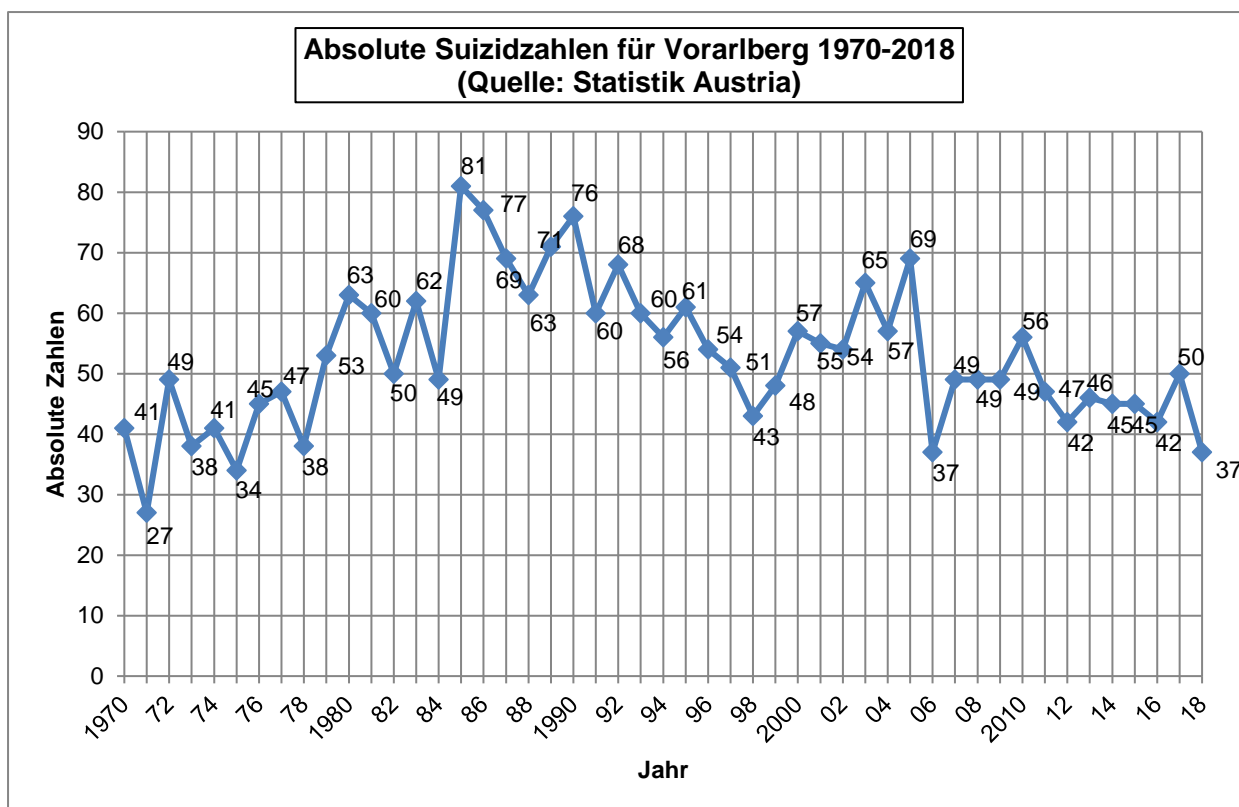
Hilfreiche Links zu verschiedenen Themen um den Suizid sind am Schluss angeführt.

## 2. Vorarlberger Suizidzahlen 2018

Im Jahre 2018 wurden in Vorarlberg **37 Suizide** registriert. Damit weist unser Bundesland erneut eine erfreulich niedrige Zahl auf. Nach einem Höchststand Mitte der 80er Jahre geht die Zahl der **Selbsttötungen in Österreich** anhaltend zurück: wurden 1986 national noch 2139 Suizide registriert, waren es im vergangenen Jahr **1209 Suizide**. Damit hat sich, rechnet man das Bevölkerungswachstum mit ein, in diesem Zeitraum die Zahl der Selbsttötungen mehr als halbiert!

Die Enttabuisierung des Suizidthemas, das Einrichten leichter zugänglicher Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten vor allem depressiver aber auch anderer psychischer Erkrankungen und ein verlässlicheres soziales Auffangnetz, ein verantwortungsvoller Umgang der Medien mit der Thematik und eine verbesserte Notfallversorgung dürfen als Gründe für die Abnahme der Selbsttötungen angenommen werden. Der Einfluss des gesellschaftlichen Klimas auf das Vertrauen der Menschen in die soziale Absicherung und damit auch ihre seelische Befindlichkeit ist bekanntlich nicht zu unterschätzen; in verschiedenen Ländern, so zuletzt in Südeuropa, haben sozioökonomische Krisen zu einer starken Zunahme von Suiziden geführt. Von solch groben Turbulenzen blieben wir hierzulande verschont, trotz aller auch bei uns vorhandenen Zukunftsängsten und Krisenansagen ist das soziale Klima offensichtlich nicht so weit erkaltet wie häufig behauptet.

Abb. 1: Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2018 (Quelle Statistik Austria)

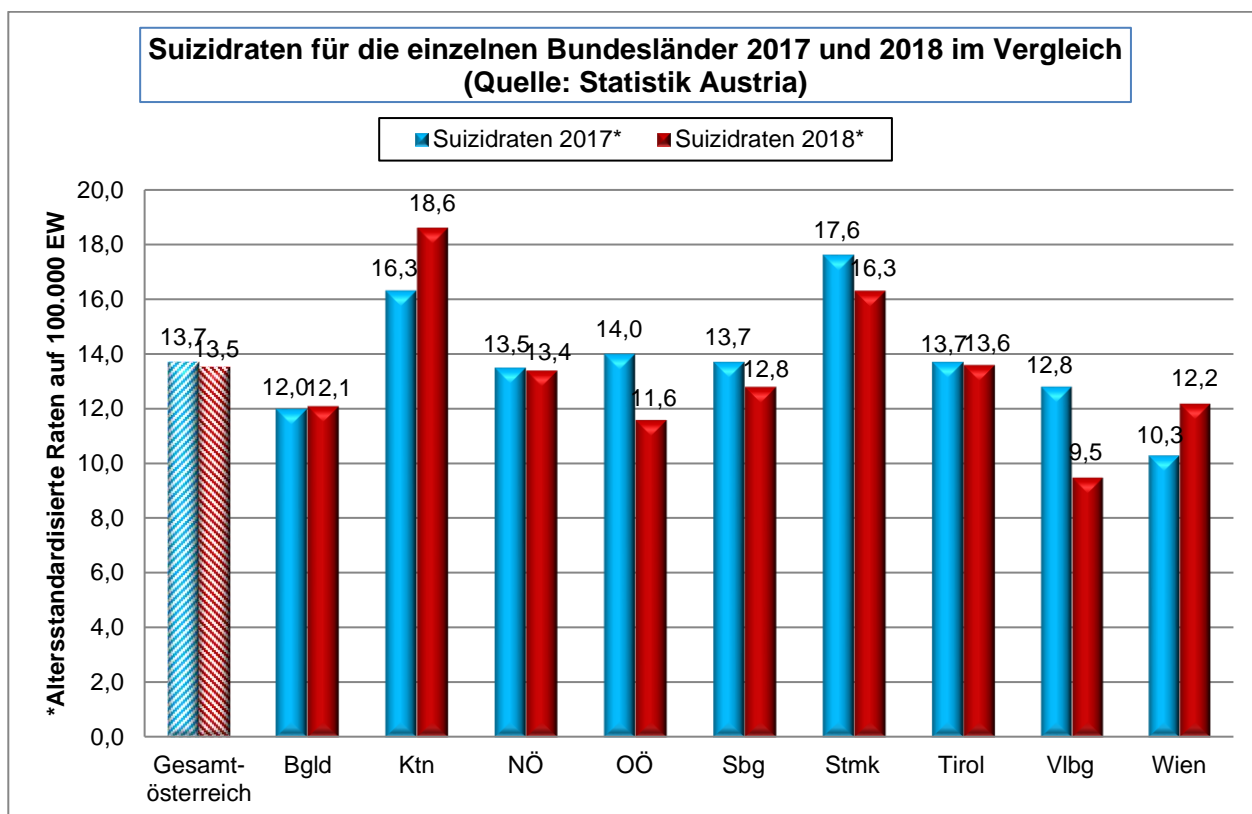


Schwankungen von Jahr zu Jahr, wie gerade von 2017 auf das Berichtsjahr sind schwer zu erklären. Immer wieder gehörte Mutmaßungen, es bestehe eine hohe Dunkelziffer kann wie folgt entkräftet werden: Weil früher noch wesentlich stärker tabuisiert, wurden Suizide in zurückliegender Zeit sicher häufiger versteckt; auch hinter Berg-, Auto- oder Drogenunfällen können sich aufgrund der verglichenen Zahlen nicht so viele Suizide verbergen, dass dies den deutlichen Rückgang der Suizidzahlen erklärte.

### Suizidraten

Aussagekräftiger wie absolute Zahlen ist die Suizidrate, d. h. die Zahl der Suizide / 100.000 Einwohner. Lag die Rate Mitte der 80er Jahre auch in Vorarlberg noch deutlich über 20, liegt sie 2018 mit 9,5 deutlich unter dem gesamtösterreichischen Schnitt von 13,5. Das von der WHO um die Jahrtausendwende ausgegebene Ziel, die Suizidrate unter 15 zu drücken, wurde damit in Österreich wieder erfüllt. Für Vorarlberg bedeutet eine Suizidziffer von 9,5 den tiefsten Wert der letzten 50 Jahre!

Abb. 2: Suizidraten 2017/18 für die einzelnen Bundesländer (Quelle: Statistik Austria)



Der Vergleich von Jahr zu Jahr weist auf einzelne Länder bezogen, teils beträchtliche Sprünge auf; dies mahnt uns weder Rückgänge noch Zunahmen von einem Jahr aufs andere über zu bewerten und einmal vorschnell eine Krise, dann wieder kurzschlüssig einen raschen Erfolg bestimmter Maßnahmen zu behaupten. Nur die Beobachtung über längere Perioden lässt einigermaßen sichere Schlüsse zu.

## Geschlechtsverteilung

Das Jahr 2018 weist für unser Bundesland eine Besonderheit auf: Das üblicherweise 3-4:1 Verhältnis männlicher zu weiblichen Suiziden, in den übrigen Bundesländern weiterhin gegeben, hat sich auf 2:1 verändert; dies zu interpretieren ist bei einer insgesamt besonders niedrigen Zahl an Selbsttötungen schwierig. Selbsttötungen bei Männern sind bekanntlich besonders im Zusammenhang mit Kurzschlussreaktionen (Kränkungen in Beziehungskrisen, am Arbeitsplatz u. ä.) und im Rahmen von Suchtkrankheiten zu finden, hier schon von einer beginnenden Trendwende zu sprechen, wäre verfrüht.

Abb. 3: Geschlechtsverteilung 1990 bis 2018 in Vorarlberg (Quelle: Statistik Austria)

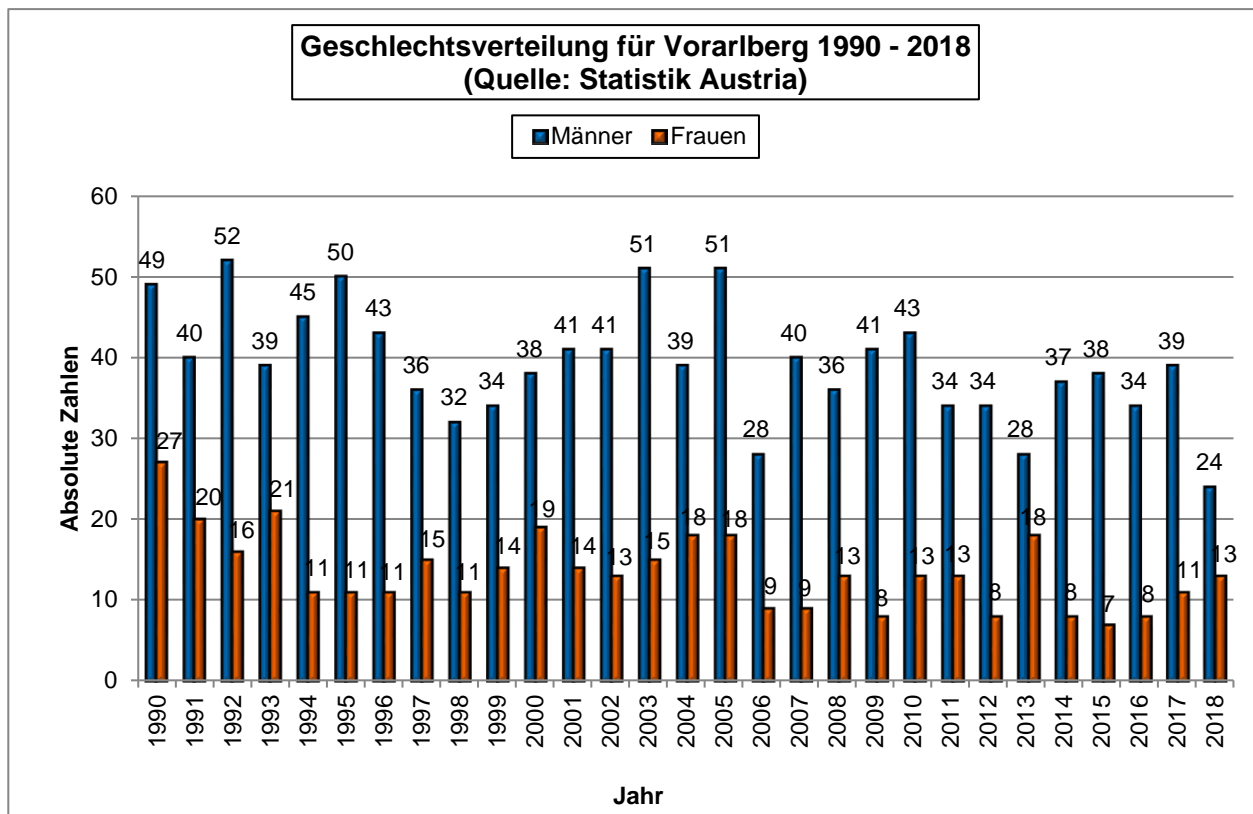
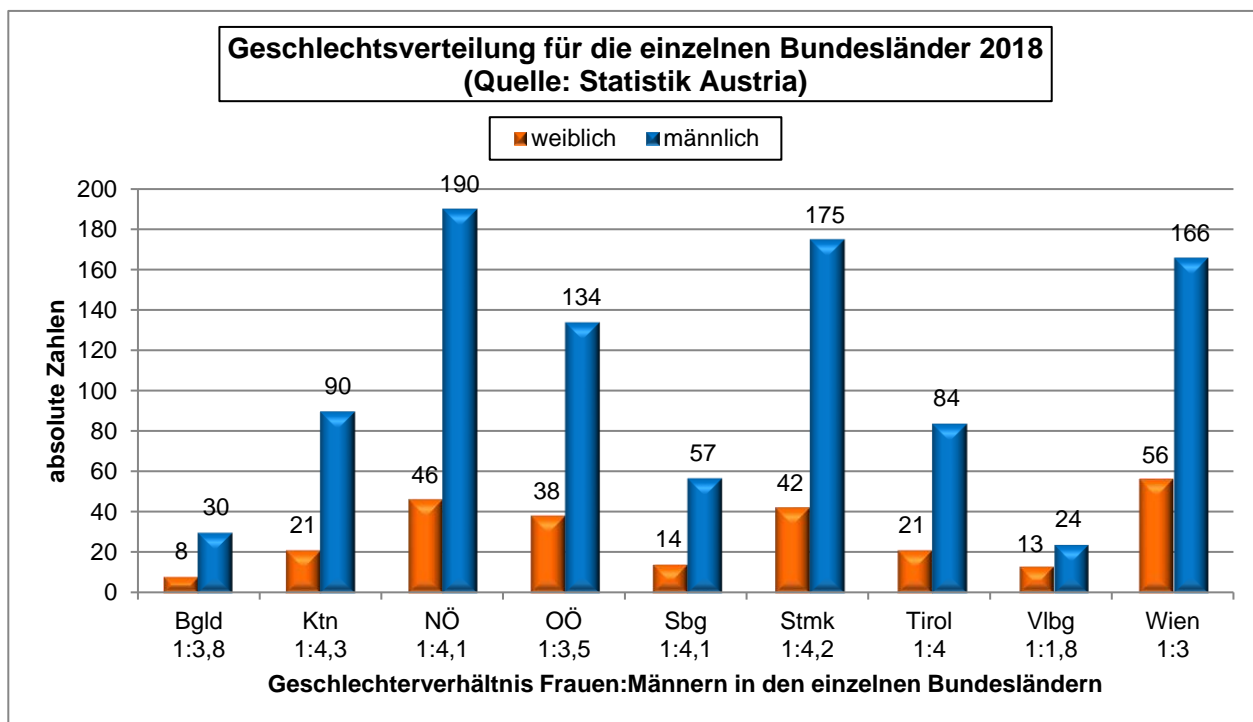


Abb. 4: Geschlechtsverteilung nach den Bundesländern 2018 (Quelle: Statistik Austria)



## Altersverteilung

Die Betrachtung der **Altersverteilung** in einem bestimmten Beobachtungsjahr ist aufgrund der (für statistische Berechnungen) kleinen Zahlen schwierig; Hier sind wir auf Analysen längerer Zeiträume und dann Einrechnung der Jahrgangsstärken angewiesen.

2018 war **kein Kindersuizid** zu beklagen, österreichweit deren 6; im Vergleich zu früheren Zeiten belegt dies das weit seltenere Vorkommen dieses bedrückenden Ereignisses. **Krebs, Suizide und Unfälle** sind bei Jugendlichen und Erwachsenen bis 40 übrigens in Österreich die häufigsten Todesursachen.

Während sich in Gesamtösterreich das sog. „Ungarische Muster“ (Zunahme der Suizide mit dem Lebensalter) nicht mehr so deutlich wie früher abzeichnet, ist **hierzulande weiterhin eine noch niedrigere Betroffenheit alter und hochbetagter Menschen festzustellen**. Eine starke Betroffenheit der mittleren Altersgruppen relativiert sich in Anbetracht der dort starken Jahrgänge, gleichwohl dürften – wie auch in Krisendiensten und Behandlungsstellen beobachtet – der verstärkte Druck im Berufsleben und nicht minder Beziehungskrisen und Trennungen (auch langjähriger Ehen oder Beziehungen) dieser Altersgruppe besonders zusetzen.

**Abb. 5: Suizidfälle nach Alter in Vorarlberg 2012 (Quelle: Statistik Austria)**

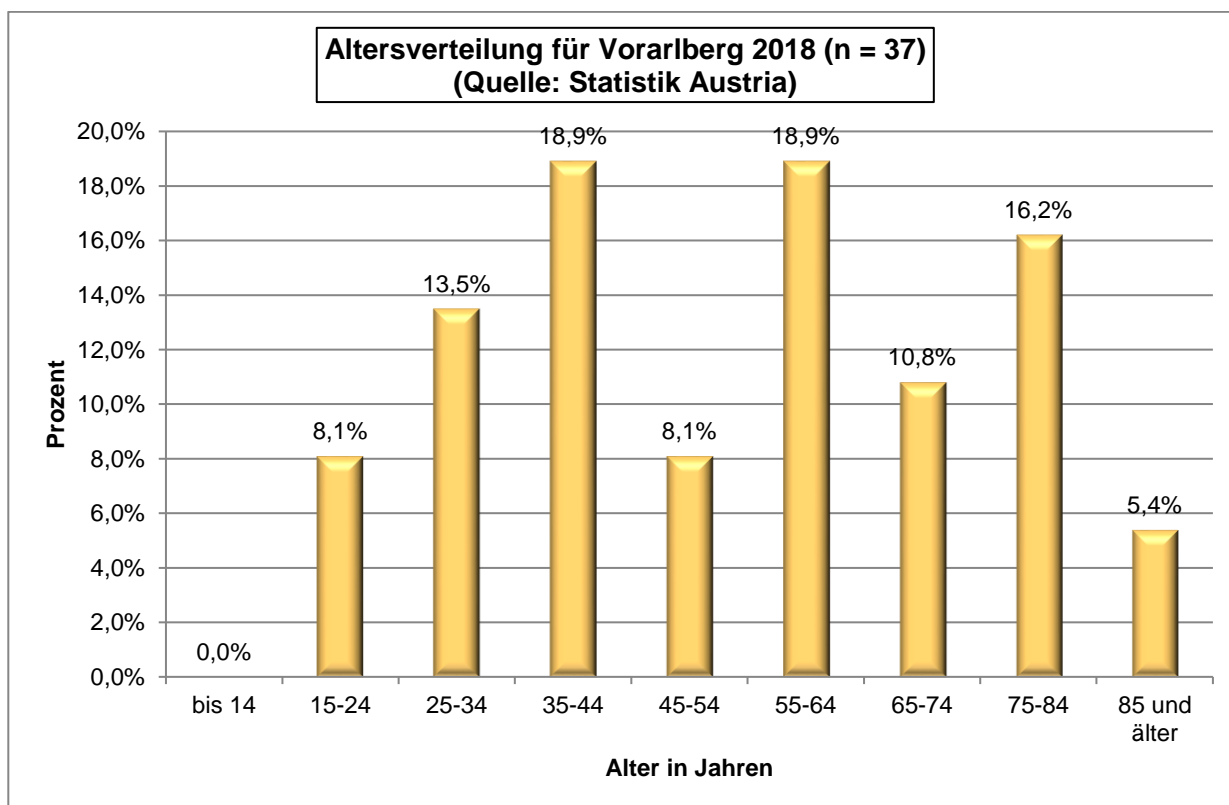
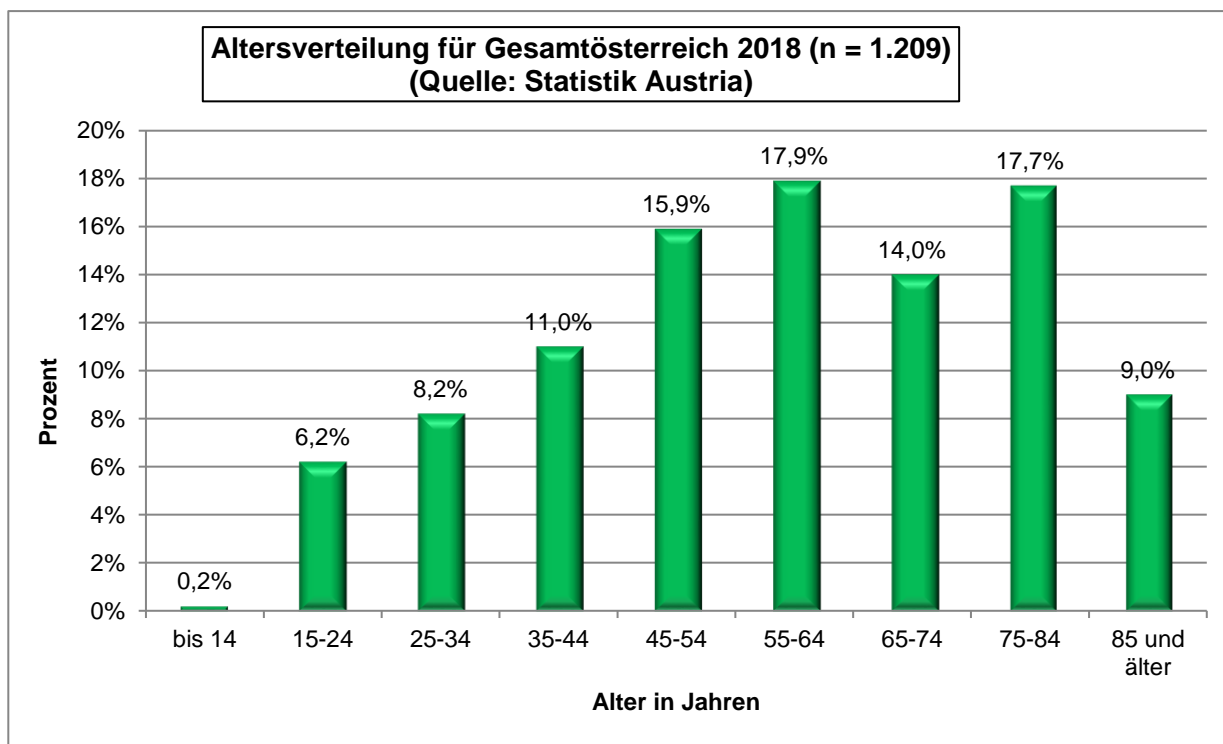


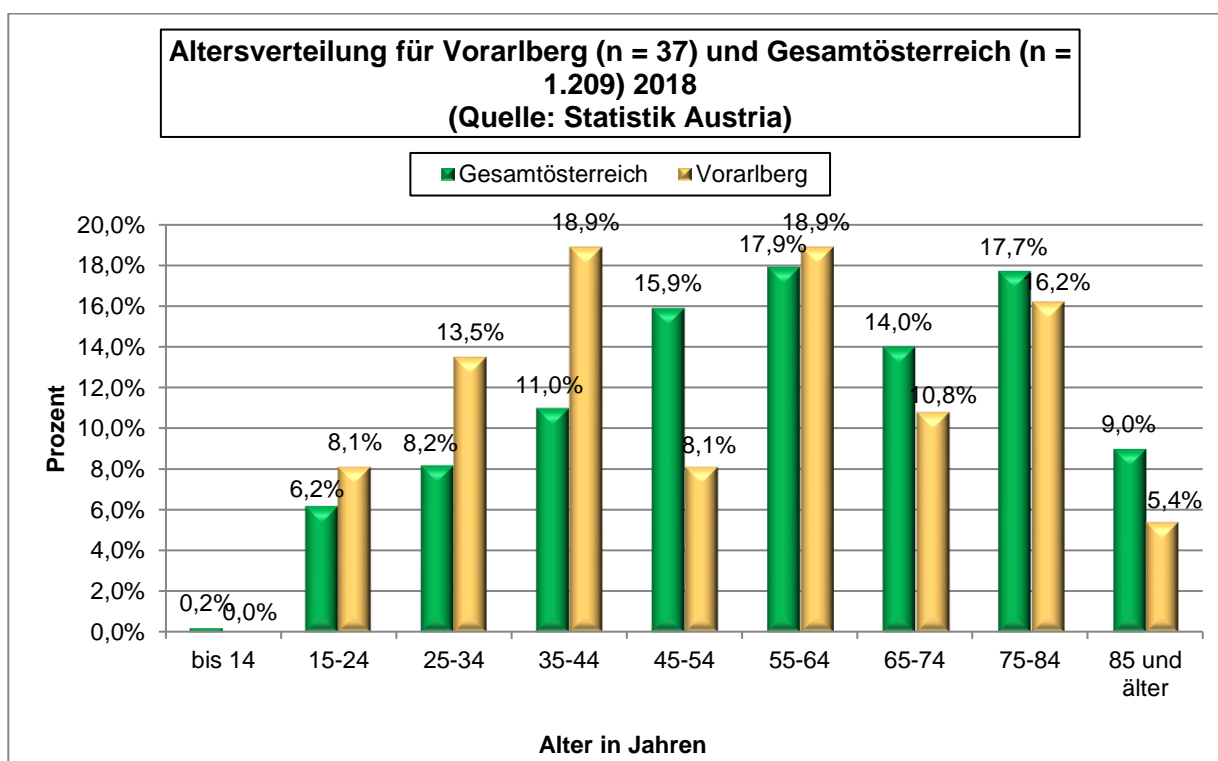


Abb. 6: Altersverteilung der Suizidfälle 2018 in ganz Österreich (in Prozentzahlen)



9

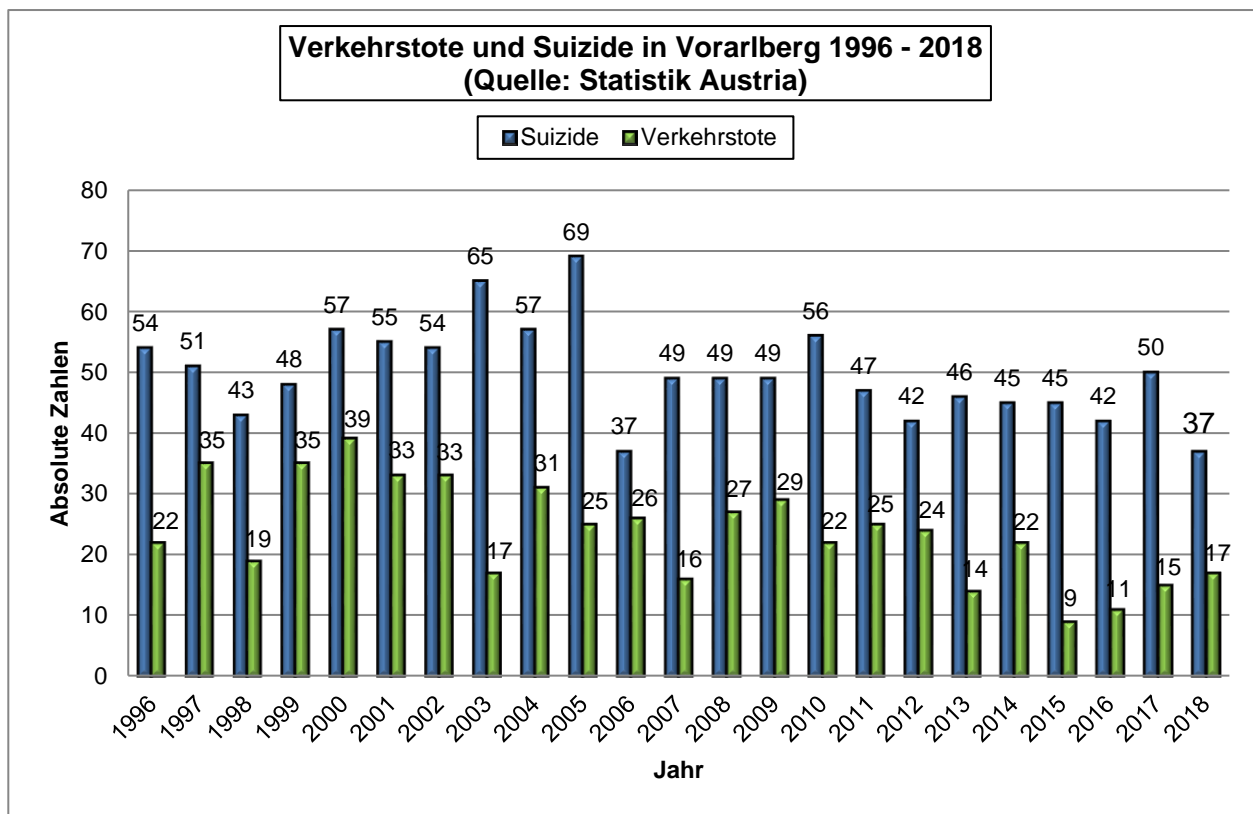
Abb. 7: Altersverteilung der Suizidfälle in Vorarlberg und Gesamtösterreich 2018 (in Prozentzahlen)



## Verkehrstote und Suizide in Österreich

Anfangs der 70er Jahre waren in Österreich noch fast 3000 Verkehrstote pro Jahr zu beklagen. Bis zur Einführung vielfältiger Maßnahmen zur Verkehrssicherheit überstieg die Zahl der Verkehrsoffer jene der Suizidopfer bei weitem. Im Jahre 2018 wurde mit 400 die bisher niedrigste Zahl an Verkehrstoten verzeichnet. Auch die Zahl der Suizide nahm die letzten 3 Jahrzehnte um 50% ab – übersteigt jedoch Jahr um Jahr jene der Verkehrstoten. Vorsorge ist also hier wie da möglich, Suizidverhütung naturgemäß weit schwieriger.

**Abb. 8: Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2018 (Quelle: Statistik Austria)**



## 3. Schwerpunktthema: Angehörige und Suizid

### Suizid: Das Leid der Hinterbliebenen

Todesfälle jeglicher Art lösen bei Angehörigen und Freunden Trauer, Betroffenheit und in vielen Fällen auch Schuldgefühle aus. Besonders ist dies bei Suiziden der Fall, welche die Hinterbliebenen mehr belasten als ein natürlicher oder schicksalhafter Tod. Suizide ereignen sich meist unerwartet und plötzlich, treffen oft junge und ansonsten gesunde Menschen. Sie rücken die Frage nach dem „Warum?“ in den Vordergrund, führen zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, häufig zu komplizierten und verlängerten Trauerreaktionen und bringen eine Reihe von Belastungen mit sich, die es bei einem „gewöhnlichen“ Todesfall nicht zu ertragen gibt: Regelhaft werden kriminalistische oder polizeiärztliche Ermittlungen durchgeführt, die Angehörigen werden umfassend befragt, oft sind sie mit Abschiedsbriefen konfrontiert, reagieren mit Scham und Verdrängung und müssen sich angedeuteten Vorwürfen oder offenen Schuldzuweisungen stellen.

### Trauer und Trauerreaktionen

Der Suizid eines Angehörigen ist jedenfalls in vielerlei Hinsicht viel schwerer zu bewältigen als andere Todesarten. In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahre konnten jedoch keine psychischen Störungen, welche für eine Reaktion nach Suiziden ganz typisch wären, identifiziert werden. Wohl aber war der Trauerprozess intensiver, schmerzhafter und in der Regel komplizierter. Hinterbliebene sind zum größeren Teil kaum fähig, über ihre Gefühle zu sprechen. Ein kleiner Teil hingegen hat ein hohes Bedürfnis nach ständiger Aussprache, was bei den anfangs verständnisvollen Mitmenschen zu Distanzierung führen kann („dem/der kann man nicht helfen“).

11

Aus therapeutischer Sicht ist zwischen einer normalen Trauer bzw. Trauerarbeit, zwischen komplizierten und verlängerten Trauerreaktionen und krankheitswertigen Störungen, die sich im Gefolge des Suizid Todes bei den Hinterbliebenen einstellen können, zu unterscheiden.

Die normale Trauer, welche als Ausdruck des Verlustes und der Bewältigung gilt, ist ein natürlicher, nicht krankhafter, für die psychische Stabilisierung erforderlicher Vorgang, der vorüber geht. Charakteristische Symptome sind anfänglicher Schock und Unwirklichkeitsgefühle, nicht Wahrhabenwollen, heftiges Weinen, Fassungslosigkeit, Gefühlschaos, Verzweiflung und Hilflosigkeit. In weiterer Folge dominieren Freudlosigkeit, negative Tönung allen Erlebens, Grübelei, Antriebsmangel, Motivationsverlust, Wut, Sinnlosigkeit, innere Leere, Selbstwertzweifel, Konzentrationsstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen sowie verschiedenste körperliche Symptome.

Obwohl Trauer individuell gestaltet ist – „jeder trauert auf seine Weise“ – lässt deren Ablauf vier Phasen erkennen, deren Konzeption im Wesentlichen auf die Schweizer Psychotherapeutin Verena Kast zurückgeht:

#### Betäubungsphase:

Während dieser bis zu 4 Wochen dauernden Zeit befinden sich die Betroffenen in einer Art Schockzustand, in welchem sie den Verlust nicht fassen und akzeptieren können. Innerlich dominiert das Gefühl der Unwirklichkeit, nach außen wirken die Trauernden versteinert und apathisch. Dieser Zustand scheinbarer Gefühllosigkeit kann plötzlich in heftige Emotionen mit Weinen, Verzweiflung, Angst, Wut und Scham, auch in einen sogenannten „Nervenzusammenbruch“ umschlagen.

#### Phase der aufbrechenden Emotionen:

In weiterer Folge, etwa 2 bis 4 Wochen nach dem Suizid des Angehörigen, brechen noch stärkere Gefühle seelischen Schmerzes wie Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Furcht, Zorn und Schuld durch, meist begleitet von körperlichen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Druck auf der Brust und Schlafstörungen. Nicht selten wird in dieser Phase aus Verzweiflung zu Alkohol und Medikamenten gegriffen. Es drängen sich Gedanken wie: „Hätte ich den Suizid verhindern können? ...Bin ich Schuld daran? ...Was denkt sich wohl die Umgebung?... Kann ich so überhaupt weiter leben?“ auf. Von den Mitmenschen und Therapeuten muss besonders bedacht werden, dass es zu Nachahme Handlungen kommen könnte.

12

#### Phase des Suchens und Sich-Trennens:

In dieser Phase wird die Realität des Verlustes allmählich bewusst und zugelassen. In ständiger Ruhelosigkeit wird einerseits versucht, die Spuren der verstorbenen Person zu wahren, alle Erinnerungen wachzuhalten und eine innere Verbindung zu ihr zu finden. Viele suchen Trost im Glauben oder stellen sich den verstorbenen Menschen als „inneren Begleiter“ vor. Gleichzeitig kommen entgegengesetzte Gedanken auf, so dass sich die Betroffenen von den Erinnerungen lösen und den Verlust akzeptieren wollen.

#### Phase der Neuorientierung:

Mit abnehmendem Schmerz und allmählichem Verheilen der Wunden wird das Leben an die neuen Verhältnisse angepasst. Der Alltag muss ohne die geliebte Person organisiert werden, das eigene Leben wird wieder wichtiger, man öffnet sich mehr und mehr nach außen. Bei bestimmten Anlässen kann die Trauer aber immer wieder durchbrechen. Diese vier Phasen laufen individuell unterschiedlich ab, entsprechen aber einem der Überwindung dienenden Prozess, nämlich der letztlich heilenden Trauerarbeit. Diese soll man immer zulassen, man darf sie ja nicht verdrängen oder durch psychotrope Substanzen unterdrücken.

## Komplizierte Trauerreaktionen

Im Vordergrund der komplizierten Trauer steht das oft mit verdrängter Wut auf den Suizidanten verbundene Gefühl, einfach verlassen worden zu sein und allein im Leben zurückbleiben zu müssen. Die Betroffenen ziehen sich zurück, hadern unaufhörlich mit dem Schicksal, neigen zu zwanghaftem Grübeln, leiden unter Schlafproblemen und körperlichen Symptomen, sehen im Leben keinen Sinn mehr und kämpfen oft mit Todeswünschen.

Zu den komplizierten Trauerreaktionen gehören auch extrem lange Trauerphasen. Von therapeutischer Seite wurde eine 6-Monate-Grenze eingeführt, im Brauchtum des Volkes gibt es das „Trauerjahr“. Kann in dieser Zeit die Phase der Akzeptanz und Neuorientierung nicht erreicht werden, spricht man von einer pathologischen Trauerreaktion, welche therapeutische Hilfe erfordert. Bei dem Betroffenen scheint die Zeit die Wunden nicht zu heilen.

Bei komplizierten Trauerreaktionen kommt es oft zu Schuldzuweisungen an andere Personen. Da die Betroffenen die Vorwürfe an sich selbst nicht mehr ertragen, projizieren sie diese in andere hinein: In Partner, Mitarbeiter und Vorgesetzte, Ärzte und Therapeuten der Suizidanten. Der Umgang mit solchen Schuldzuweisungen ist für alle nicht einfach. Für die Beschuldigten ist es aber wichtig, immer die enorme Belastung für die Hinterbliebenen und deren eigenen Kampf mit Selbstvorwürfen zu beachten.

## Krankhafte Trauerreaktionen

Die krankhaften Trauerreaktionen nach Suizid weisen große Übereinstimmung mit den sogenannten Traumafolgestörungen auf. Deren Symptomatik kann sich sowohl im psychischen wie im körperlichen Bereich äußern. Im Einzelnen werden in der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) folgende genannt: Akute Belastungsreaktionen (F43.0), posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2) und Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastungen (F62.0) sind als direkte, unmittelbare Folgen von Traumen wie Suizid eines nahestehenden Menschen zu betrachten. Depressive Störungen (F38.8), Angststörungen (F41.8), Konversionsstörungen (F44), somatoforme Störungen (F45), Neurasthenie (F48.0).

Solche Störungen erzeugen enormen Leidensdruck, können chronisch werden und bedürfen immer einer Therapie. Schon in der Vorarlberger Suizidstudie 1987, welche sich als eine der ersten Untersuchungen auch mit dem Schicksal der Angehörigen wissenschaftlich befasst hat, wurde festgestellt, dass mindestens 15 Prozent der Hinterbliebenen noch nach 2 Jahren unter einer krankheitswertigen, behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden.

## Akute Belastungsreaktion

Die Symptome der akuten Belastungsreaktion, die dem anfänglichen Schock entsprechen, sind sehr verschieden. Typischerweise beginnt sie mit einer Art von „Betäubung“, einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten sowie mit mangelnder Orientierung. Dieser Phase kann ein weiterer Rückzug aus der aktuellen Situation oder ein Zustand der Unruhe und Überaktivität (wie Fluchtreaktion) folgen. Meist treten vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und äußeres und inneres Zittern auf. Die Symptome treten im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis in Erscheinung und bilden sich innerhalb von 2 oder 3 Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Es kann eine teilweise oder vollständige Amnesie für diese Episode vorliegen.

## Posttraumatische Belastungsstörung

In manchen Fällen kann sich eine verzögerte, erst nach Wochen bis Monaten auftretende Reaktion auf den Suizid eines Angehörigen entwickeln, insbesondere dann, wenn zu verstorbenen Personen eine emotional enge Beziehung besteht oder man direkter Zeuge des Suizides geworden ist. Diese schwere Störung ist durch die Symptomenkomplexe des zwanghaften Wiedererinnerns, der Vermeidung und der vegetativen Übererregbarkeit gekennzeichnet. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen, dies vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit. Charakteristisch sind ferner Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung, Vermeidung von Aktivitäten bzw. Situationen, die Erinnerungen an den Suizid bzw. die verstorbene Person wachrufen könnten. Üblicherweise finden sich Furcht vor Situationen und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert, Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen

## Persönlichkeitsänderung

In seltenen Fällen kann der Suizid eines Angehörigen bei Hinterbliebenen zu einem anhaltenden Knick in der Lebensentwicklung, zu einer Änderung der Persönlichkeit und der ganzen Wesensart, zu einer kaum therapiefähigen Verbitterung führen. Diese schwerwiegende Reaktion tritt besonders bei einsam lebenden Menschen, bei mehrfach belasteten Personen und bei nicht rechtzeitig stattfindender Therapie auf. Hauptsymptome der Persönlichkeitsänderung sind Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, affektive Abstumpfung und emotionale Einschränkung, Entfremdungserlebnisse, ständiges Gefühl der Bedrohung und sozialer Rückzug. Bei solch schwerwiegenden Folgen kommt es also zur Verbitterung, d.h., das ganze Leben wird durch und durch bitter. Dies bedingt meist eine zunehmende Isolierung, sodass die Durchbrechung der Einsamkeit des Hinterbliebenen auch bezüglich der Vorbeugung eines Folgesuizids absolute Priorität hat.

## Möglichkeit der Hilfe und Selbsthilfe

Für Menschen, welche den Schicksalsschlag eines Angehörigensuizids bewältigen müssen, ist das Gefühl, nicht allein zu sein und mit jemandem über das Drama sprechen zu können, besonders wichtig. Meist ist bereits die Anwesenheit eines mitfühlenden Menschen eine große Hilfe. Sollte es im Umfeld keine entsprechende Gelegenheit geben, müssen dringend professionelle Gesprächspartner gesucht werden, in erste Linie über die Telefonseelsorge oder über Kriseneinrichtungen. Schuld und Schamgefühle dürfen den Weg zur Hilfe niemals behindern. In dieser ungewohnten Situation, in der durch polizeiliche Einvernahmen, Information von Angehörigen und Freunden über den Suizid, Organisation der Beerdigung usw. viele Aufgaben auf die schwer getroffenen Hinterbliebenen zukommen, bedürfen sie der Hilfe durch die Mitmenschen, auch durch professionelle Organisationen. Oft benötigen die durch die Depressivität schwer gehemmten Angehörigen zunächst auch Hilfe im Alltag.

15

Von Anfang an darf der Suizid bzw. das Suizidthema nicht verdrängt und tabuisiert werden. Würden etwa die Kinder nicht mit behutsamen Worten informiert, käme es zum Vertrauensverlust und wahrscheinlich auch nicht zur richtigen Unterstützung. Für die Bezugspersonen selbst ist es sehr erleichternd, wenn sie die Wahrheit nicht verbergen müssen und ihre eigenen Gefühle ansprechen können.

Für jeden Hinterbliebenen ist es wichtig, sich seiner eigenen Trauer zu widmen und die absolut notwendige Trauerarbeit zuzulassen. Der Trauerprozess ist mehr als ein selbstständig ablaufender passiver Vorgang. Vielmehr sollte die trauernde Person aktiv werden und eine Reihe von psychologischen Aufgaben lösen. Dazu gehört die Befassung mit den Umständen und dem Ablauf des Suizides, durch den die Trauer ausgelöst wurde. Es geht, soweit dies möglich ist, um eine gewisse Strukturierung des Trauerprozesses, d.h., um die Befähigung sich von den einzelnen Phasen zu lösen und auf die nächste innerlich zuzubewegen. Ziele sind die Anerkennung der Realität und die Entscheidung zum Leben. Durchgehend ist es wichtig, scheinbar inakzeptable Gefühle und Wünsche (z.B. Wut auf den Suizidanten, Rachebedürfnisse an „Schuldigen“) zum Ausdruck zu bringen.

Im weiteren Verlauf des Trauerprozesses muss der Verlust bewertet werden, besonders im emotionalen Bereich. Gelingt schließlich eine innere Akzeptanz des Verlustes, besteht die Chance auf Neuorientierung und neue Organisation des Lebens.

Erst diese „Arbeit“ gewährleistet einen „normalen“, konstruktiven Trauerprozess. Ohne Trauerarbeit besteht die Gefahr der Chronifizierung, der neurotischen Überlagerung und der psychosomatischen Fehlverarbeitung (d.h. die psychischen Probleme schaffen sich über körperliche Funktionsstörungen Ausdruck), so dass das Suiziddrama eine weitere Verschärfung erfahren würde.

## Literatur

1. Grad O, Clark S, Dyregrov K, Andriessen K: What Helps and What Hinders the Process of Surviving the Suicide of Somebody Close? Crisis 2004; 3: 134–139
2. Suizidprävention und Suizidforschung Zürich: „Den Kindern helfen. Wie Sie Kinder nach einem Suizid unterstützen können . . .“
3. Suizidprävention Steiermark: „Wenn ein Mensch sich getötet hat – Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen“.
4. Winter S, Brockmann E, Hegerl U: Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. Verhaltenstherapie 2005; 15: 47–53
5. Znoy H: Komplizierte Trauer. Göttingen: Hogrefe 2004

## 4. Hilfreiche Links

<http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthaler  
Institut für Medizinische Psychologie,  
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;  
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

[http://www.suizidforschung.at/statistik\\_suizide\\_oesterreich.pdf](http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf)

Ursachen für den Rückgang der Suizidraten 2010 sieht Dr. Nestor Kapusta unter dem Einfluss vieler Faktoren. Unter anderem dürfte die verbesserte psychosoziale Versorgung, insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen, für den Rückgang der Suizidinzidenz verantwortlich sein. Personen mit Symptomen einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen finden ein zunehmend besseres Versorgungsnetz vor. Darüber hinaus wurden Richtlinien zur Medienberichterstattung über Suizid etabliert um Imitationssuizide zu reduzieren (s. u.)



<http://www.suizidpraevention.at>

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention – mit einigen interessanten Downloads, sonst auffrischbedürftig

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

<https://www.supro.at/wissenswertes/suizidpraevention/wissenswertes/wie-soll-ich-mich-verhalten-wenn-jemand-suizidgedanken-aeussert>

SUPRO Stiftung Maria Ebene

<https://www.suizidpraevention.at/pdf/leitfaden.pdf>

LEITFADEN ZUR BERICHTERSTATTUNG ÜBER SUIZID

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/hinterbliebene/erste-hilfe>

ERSTE HILFE FÜR HINTERBLIEBENE NACH SUIZID

[http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Nach-Suizid\\_Online\\_Doppelseiten.pdf](http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Nach-Suizid_Online_Doppelseiten.pdf)

TABUTHEMA SUIZID – Wenn ein nahestehender Mensch sich das Leben genommen hat

17

[https://selbsthilfe-vorarlberg.at/?page\\_id=105](https://selbsthilfe-vorarlberg.at/?page_id=105)

SELBSTHILFE VORARLBERG – HINTERBLIEBENE NACH SUIZID