

Suizidprävention im Schul- beziehungsweise
Jugendalter
aus sozialpädagogischer Sicht

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von
Sarah Sabine DÖRFLINGER Bakk.phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft
Begutachter: Univ. – Prof. Dr.phil. Heimgartner Arno

Graz, 2015



EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich folgende Arbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken oder Formulierungen sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher an keiner anderen Bildungsinstitution vorgelegt und ist noch nicht veröffentlicht.“

Ort, Datum

Sarah Dörflinger

DANKSAGUNG

Mein herzlichster Dank gilt

Herrn Prof. Arno Heimgartner

für die Betreuung und Begleitung dieser Arbeit,

den ExpertInnen,

die mit mir ihre wertvolle Zeit und Erfahrungen geteilt haben,

meiner Familie,

die mir dieses Studium ermöglicht haben,

meinem Freund Christoph,

der mich in der gesamten Zeit immer unterstützt und motiviert hat,

meiner Schwester Verena,

für das Korrekturlesen dieser Arbeit,

meinen StudienkollegInnen, vor allem Christine,

die mich in meiner gesamten Studienzeit stets mit aufmunternden, motivierenden, aber auch kritischen Worten unterstützten und mit mir gemeinsam eine lustige und einzigartige Studienzeit verbrachten.

ABSTRACT DEUTSCH

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Einstellungen und Sichtweisen, die sozialpädagogische Fachkräfte zu den Themen Suizidalität und Suizidprävention im Schul- beziehungsweise Jugendalter haben. Tatsache ist, dass Suizidalität im Allgemeinen in der Gesellschaft als ein Tabuthema angesehen wird und es demzufolge von großer Bedeutung ist, dieses Thema aufzugreifen und zu enttabuisieren. Der Zweck dieser Arbeit ist herauszufinden, welche Präventionsmaßnahmen zielführend und effektiv sind, um die hohen Suizidraten, speziell in der Steiermark, langfristig zu senken.

Die Untersuchung wurde mittels qualitativer Interviews von PsychologInnen, StreetworkerInnen, diplomierten Lebens- und SozialberaterInnen und psychosozialen BeraterInnen durchgeführt und die dabei erhobenen Daten mittels Inhaltsanalyse ausgewertet und interpretiert. Die Ergebnisse spiegeln in erster Linie die Sichtweisen und Einstellungen der befragten ProbandInnen zum Thema Suizidalität wieder und ermöglichen dabei nicht nur einen Überblick die Möglichkeiten der Suizidprävention, sondern zeigen, auch wie die Zukunft der Präventionsarbeit aussehen könnte.

ABSTRACT ENGLISCH

This master thesis analyses approaches and perceptions of suicidality and suicide prevention in school children and teenagers as expressed by social-pedagogical experts. Suicidality in general is regarded to be an avoided topic in social communication. Consequently it seems to be of relevance to discuss this issue academically and free it from its repressive treatment in society. The aim of this thesis is to find effective ways of prevention that could potentially help to sustainably achieve lower suicide rates especially in the Austrian province of Styria, where they are traditionally high. The research was based on qualitative Interviews, carried out with psychologists and street workers, certified social and life counsellors and psycho-social counsellors. Subsequently, the material has been analysed by applying content analysis methods. While the results of this study represent the interviewee's attitudes and perspectives on suicidality, they also allow for an overview over possibilities for suicide prevention. Thus they contribute to a discussion of what the future of professional preventive structures could look like.

INHALTVERZEICHNIS

I. THEORETISCHER TEIL	10
1. Einleitung	11
2. Begriffsbestimmungen	14
2.1. Suizidalität.....	14
2.2. Suizidgedanke- Suizidfantasie	14
2.3. Suizidversuch und Parasuizid.....	15
2.4. Freitod.....	15
2.5. Selbsttötung und Suizid	16
2.6. Selbstmord	16
2.7. Schulalter.....	17
2.8. Jugendalter	17
3. Risikofaktoren	18
3.1. Risikofaktoren Allgemein	18
3.2. Kritische Lebensereignisse und daily hassles.....	18
3.3. Familiäre Lebenslage	20
3.4. Vergangener Suizid.....	21
3.5. Psychische Störungen	21
3.6. Verfügbarkeit der Mittel.....	22
3.7. Hot-Spots.....	22
3.8. Der Werther-Effekt.....	23
3.9. Social Media und Suizid	23
4. Suizidpräventionen	25
4.1. Historische Entwicklung der Suizidprävention	25
4.2. Anzeichen für einen Suizid.....	26
4.3. Präventionsarten	29
4.3.1. Primärprävention.....	29
4.3.2. Sekundärprävention (Intervention).....	29
4.3.3. Tertiärprävention (Postvention)	30
4.3.4. Nachsorge	32
5. Aktuelle Präventionskonzepte	33
5.1. Der österreichische Suizidpräventionsplan	33
5.1.1. Papageno-Effekt	43
5.2. WHO – Stufen der Suizidprävention.....	43
5.3. SUPRA – Suizidprävention Austria.....	44

5.4. Vier-Ebenen-Ansatz des Bündnisses gegen Depression von Hegerl (2005)	44
5.5. Institutionen für Suizidprävention in der Steiermark	45
5.5.1. PSN – Psychosoziales Netzwerk	45
5.5.2. GO-ON Kompetenzzentrum für Suizid-Prävention Steiermark	46
6. Nach einem Suizid.....	48
6.1. Betreuung von Angehörigen nach einem erfolgreichen Suizid.....	48
6.2. Auswirkungen auf Familienangehörige.....	50
7. Suizide laut Statistiken.....	53
7.1. Suizidrate im Weltvergleich (Erhebung 2002).....	53
7.2. Suizidrate im Europavergleich (2004 – 2008).....	54
7.3. Suizidrate im Österreichvergleich (2013)	55
7.4. Suizidrate im Steiermarkvergleich (2013)	56
7.5. Entwicklung der Suizidrate in Österreich und der Steiermark (1970 – 2012) .	57
7.6. Suizidrate im Bundesländervergleich (2009 – 2011)	58
7.7. Suizidraten in ausgewählten Steiermärkischen Bezirken (2007 – 2011)	59
II. EMPIRISCHER TEIL	60
8. Ziel und Fragestellung	61
8.1. Zielsetzung	61
8.2. Forschungsfrage.....	62
9. Forschungsdesign.....	63
9.1. Erhebungsinstrumente.....	63
9.2. Stichprobe	65
9.2.1. ExpertInnen.....	66
9.3. Untersuchungsablauf	68
9.4. Datenauswertung	68
9.5. Computerunterstützte Dateneingabe mit MaxQda	69
9.5.1. Codierung	69
9.5.2. Kategoriensystem.....	71
10. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	73
10.1. Arbeitstag.....	73
10.1.1. Abklärungsgespräch.....	73
10.1.2. Journaldienst.....	74
10.1.3. Bereitschaftsdienst.....	74
10.1.4. Dokumentation.....	75
10.1.5. Team	75
10.1.6. Projekt	76

10.2. Suizid in der Gesellschaft	77
10.2.1. Tabu	77
10.2.2. Hilflosigkeit	78
10.2.3. Der davon redet, tut es nicht.....	78
10.2.4. Ausweg.....	79
10.2.5. Betroffenheit.....	79
10.3. Zahlen und Fakten.....	79
10.3.1. Bezirk Murau	79
10.4. Berührung mit Suizid in der Arbeit	80
10.4.1. Öffentlichkeitsschulende Arbeit	80
10.4.2. Direkter Kontakt.....	81
10.4.3. Indirekter Kontakt	82
10.4.4. Akute Krise.....	82
10.4.5. Suizidgedanken	83
10.5. Konzept	83
10.5.1. Krisennotfallsplan.....	83
10.6. Prävention.....	84
10.6.1. Nachfragen	84
10.6.2. Aufklärungsarbeit	85
10.6.3. Beginn in der Kindheit.....	86
10.7. Suizidvorzeichen	87
10.7.1. Ankündigung.....	87
10.7.2. Ordnen und verschenken	88
10.7.3. Veränderte Gemütsstimmung.....	88
10.7.4. Keine.....	89
10.8. Suizidvorzeichen – Arbeit mit den Angehörigen.....	89
10.8.1. Angehörige miteinbeziehen.....	89
10.8.2. Notfallsplan	90
10.9. Suizidversuch.....	91
10.9.1. Intensivbetreuung	91
10.9.2. Haltung.....	91
10.9.3. Motivsuche.....	92
10.10. Suizidversuch – Arbeit mit den Angehörigen	93
10.10.1. Angehörige miteinbeziehen.....	93
10.10.2. Ängste	94
10.10.3. Verständnis	94

10.11. Nach einem Suizid	94
10.11.1. Trauern	94
10.11.2. Schuldgefühle	95
10.11.3. Selbsthilfegruppe.....	96
10.12. Angebote.....	97
10.12.1. Supervision	97
10.12.2. Entlastungsgespräche	97
10.13. Sozialpädagogik	98
10.13.1. Öffentlichkeitsarbeit	98
10.14. Weiterbildung	98
10.14.1. Krisen und Suizidalität.....	98
10.14.2. Depressionen und Suizidalität.....	99
10.15. Veränderung der Präventionsmaßnahmen	99
10.15.1. Thema wird aufgegriffen.....	99
10.16. Zukunft der präventiven Arbeit	100
10.16.1. Bewusstsein ändern	100
10.16.2. Projekte.....	100
10.16.3. Beratung.....	101
11. Resümee.....	102
12. Literaturverzeichnis.....	104
13. Abbildungsverzeichnis	110
14. Anhang.....	112
14.1. Interviewleitfaden.....	112
15. Codebaum	114

I. THEORETISCHER TEIL

1. EINLEITUNG

Suizidprävention erlangte erstmals in den 1950er Jahren durch Erwin Ringel Aufmerksamkeit und Aufsehen in Österreich. Nichts desto trotz ist es immer noch ein Tabuthema und wird von der Gesellschaft totgeschwiegen und kaum thematisiert. Erschreckend ist, dass es im Jahr 2013 mehr als doppelt so viele Suizide als Verkehrstote gab. Österreichweit waren es 1.291 Personen, die sich das Leben nahmen.

Aus diesem Grund drängt sich die Frage auf, welche Einstellung sozialpädagogische Fachkräfte zu Suizidalität haben und welche Präventionsmaßnahmen aus deren Sicht getroffen werden können.

Um dieser Forschungsfrage gerecht zu werden, wurden qualitative Interviews mit ExpertInnen, im konkreten Fall SozialarbeiterInnen, durchgeführt und ausgewertet. Ziel der Untersuchung war es Sichtweisen und Einstellungen der befragten ProbandInnen zu den Themen Suizidalität und Suizidprävention zu erheben.

Im ersten theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit werden die Grundlagen der Suizidalitätsthematik wie beispielsweise Begrifflichkeiten, die in den folgenden Kapiteln verwendet werden, erklärt und definiert.

Weiterfolgend wird im dritten Kapitel speziell auf die unterschiedlichsten Risikofaktoren eingegangen. Fakt ist, dass viele verschiedene Faktoren existieren und diese entweder durch alleiniges Auftreten, oder in Kombination mit anderen Merkmalen, zu einem suizidalen Verhalten führen können. Insbesondere die Familie selbst und die Vor- und Lebensgeschichte des/der Betroffenen spielen dabei eine bedeutende Rolle. Auch der unter ExpertInnen weit bekannte Werther-Effekt, welcher leider keine Seltenheit ist, wird in diesem Kapitel behandelt.

Das vierte Kapitel behandelt das eigentliche Thema der Arbeit, die Suizidprävention. Hier gibt es zu Beginn einen kurzen historischen Input und weiterführend werden die drei Präventionsmaßnahmen (primär, sekundär und tertiär) erläutert und erklärt. Unter Primärprävention versteht man die allgemeine Erfüllung des Lebens, sodass erst gar keine Suizidgedanken aufkommen. Sekundärprävention betrifft die Risikogruppen, das sind meist Kinder- oder Jugendliche, in deren Familien- oder Bekanntenkreis schon ein Suizid war oder die anderwärtig von irgendwelchen Krisen oder psychischen Krankheiten persönlich betroffen sind. Die Tertiärprävention betrifft jene Personen, die schon einen Suizidversuch hinter sich haben und demzufolge eine spezielle Therapie, Beratung, etc. benötigen, um nicht noch einmal in so eine Situation zu geraten.

Im fünften Kapitel wird auf aktuelle Präventionskonzepte eingegangen, die auch speziell in Österreich durchgeführt werden. Vor allem Gernot Sonneck leistet im Bereich der Suizidprävention einen besonderen Beitrag und prägt dieses Thema sehr.

Im vorletzten und sechsten Kapitel stehen speziell die Angehörigen und Hinterbliebenen im Mittelpunkt. Allgemein werden die vier Phasen der Trauer aufgezeigt und was es für Bekannte und Verwandte heißt, wenn sich ein geliebter Mensch das Leben nimmt und sich für diesen Weg entscheidet.

Im letzten Kapitel des theoretischen Teils wird durch Zahlen und Tabellen verdeutlicht, wie viele Suizide jährlich stattfinden, dass Österreich weltweit mit einigen anderen Ländern die meisten Suizide aufweist, aber auch speziell in der Steiermark die Bezirke Murau und Mürzzuschlag Tabellenführer sind.

Im achten Kapitel wird der empirische Teil der vorliegenden Arbeit dargestellt. Hier wird vorweg die Zielsetzung und die Forschungsfrage behandelt und erläutert. Das Ziel der Untersuchung besteht darin, einerseits Sichtweisen und Einstellungen der befragten ProbandInnen bezüglich zu Suizidalität zu erhalten und andererseits Ergebnisse zu möglichen Präventionsmaßnahmen aufzuzeigen.

Die Interviews wurden vordergründig in den Bezirken Murtal und Murau durchgeführt, da diese, wie oben erwähnt, eine der höchsten Suizidraten in ganz Österreich aufweisen. Im darauffolgenden neunten Kapitel werden die Erhebungsinstrumente, die Stichprobe und der Untersuchungsablauf genau aufgezeigt und dargestellt um weiterführend anhand der Datenauswertung mit dem Programm MaxQda zu den Ergebnissen zu gelangen.

Abschließend werden die Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit ausgewertet, präsentiert und im Resümee kurz mit der Theorie verglichen. Zuletzt werden in diesem letzten Kapitel der Gesamteindruck der Situation geschildert und die daraus gewonnenen Ergebnisse generiert.

2. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

2.1. SUIZIDALITÄT

Wenn man sich dem Thema „Suizidalität“ nähert drängt sich die Frage in den Vordergrund, wie man solche Vorkommnisse bzw. Phänomene am besten benennt oder betitelt. Im Allgemeinen gibt es für diesen sensiblen Themenbereich unzählige und verschiedenste Definitionen und Begriffe, die in dieser Arbeit ab den Unterpunkten 2.2. angeführt und erläutert werden. Das Wort „Suizid“ lässt sich vom Lateinischen „sui caeder“ herleiten, was so viel wie „sich selbst töten“ heißt (vgl. Schramm/Schramm 2007, S. 189).

„Unter 'Suizidalität' werden alle Gefühle, Gedanken, Impulse und Handlungen zusammengefasst, die selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigene Versterben aktiv oder durch Unterlassung anstreben bzw. direkt oder indirekt in Kauf nehmen“ (Eink/Haltenhof 2009, S. 20).

2.2. SUIZIDGEDANKE- SUIZIDFANTASIE

Circa 90% aller Menschen haben im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal Suizidgedanken oder -phantasien. Diese sind oft unpräzise und äußern sich meist mit dem Wunsch nichts hören und sehen zu müssen, endlich Ruhe zu haben – tot zu sein (vgl. Schramm/Schramm 2007, S. 191). Sonneck macht auf die entlastende Funktion von Suizidgedanken aufmerksam, diese weisen aber bis zu einem gewissen Punkt an Distanz auf keine Selbsttötungsabsicht hin:

„Gerade wir Helfer wissen von uns selbst, wie wichtig die gedankliche Auseinandersetzung mit unserer eigenen Suizidalität ist, wir kennen selbst auch genau die entlastende Funktion derselben“ (Sonneck 2000, S. 154).

2.3. SUIZIDVERSUCH UND PARASUIZID

Es gibt keinen einheitlichen internationalen Begriff für Suizidversuch. In der Regel ist der Suizidversuch keine Kurzschlusshandlung, sondern es steckt meist eine langfristige Entwicklung dahinter, die in einer suizidalen Handlung endet. Von außen betrachtet ist solch eine Handlung aus dem subjektiven Anlass heraus oft nicht nachvollziehbar, doch ergründet man die Ursachen und die vorhandenen Motive, dann wird die Entwicklung verständlicher (vgl. Schramm/Schramm 2007, S. 192).

Der Terminus Parasuizid oder parasuizidale Handlung geht auf Feuerlein (1971) zurück und wird ab und zu auch noch in der neueren Suizidforschung verwendet. Bei einem Parasuizid steht nicht die Absicht der Selbsttötung im Vordergrund, sondern das Aufmerksammachen einer unerträglichen Situation, in der sich der/die Betroffene befindet. Ein Suizidversuch hingegen wird als eine intendierte Selbstschädigung mit dem eindeutigen Wunsch nach tödlichem Ausgang festgelegt, der überlebt wird.

2.4. FREITOD

Der Begriff Freitod erscheint völlig sinnfrei. Dies erinnert eher an eine Handlung, die freiwillig und aus eigenem Willen getroffen wird. Jedoch wählt eine Person nicht freiwillig und ohne Zwang ihren Tod. Vielmehr kämpft die Person andauernd damit, leben als auch sterben „zu wollen“ (vgl. Ringel 1978, S. 13f). Daher hat der Begriff Freitod überhaupt nichts mit der Entscheidungsfreiheit eines Menschen, ob er leben oder sterben will, zu tun. Häufig versucht man dem Fachausdruck eine Entlastung zu geben: „Er/sie wählte seinen/ihren Tod freiwillig“. Dadurch versuchen oft nahestehende Personen des Suizidenten/der Suizidentin, sich leichter mit dem Tod abfinden zu können. Freitod wird oftmals mit Aufopferung in Verbindung gebracht, als wäre es eine heldenhafte Tat (vgl. Langer 2001, S. 36ff.).

2.5. SELBSTTÖTUNG UND SUIZID

Der Fachbegriff Selbsttötung ist wie auch der Begriff Suizid neutral. Der Grund dafür ist, dass keine eindeutige moralische oder ethische in Frage stehende Wertung mitschwingt. Suizid ist eine Handlung, in der sich ein Mensch indirekt oder direkt da Leben nimmt und somit seinen eigenen Tod herbeiführt. Der Terminus sagt ebenso nichts über seine Richtigkeit oder Falschheit aus, wie beispielsweise der Begriff Selbstmord, in dem die Endung „Mord“ als falsch gilt (vgl. Langer 2001, S. 38).

2.6. SELBSTMORD

Erst Ende des 17. Jahrhunderts etablierte sich der Begriff Selbstmord. Bis dahin wurden ausnahmslos Phrasen verwendet, wie etwa „sich selbst töten“ oder „sich selbst entleiben“. Der Begriff Selbstmord zieht eine ethisch verwerfliche Bewertung nach sich. Eine Assoziation mit einem strafrechtlichen Tatbestand ist aufgrund der Endung „Mord“ unvermeidlich. Vor allem im kirchlichen Sinne wurde der Selbstmord als Schande und Kompromittierung angesehen, da man den Mord als eine unrechtmäßige und brutale Tötung des eigenen, menschlichen Lebens interpretierte. Aus diesem Grund wurde in katholischen Ländern oft ein Selbstmord eines Angehörigen von den Hinterbliebenen vertuscht. Durch Erkennen der inneren Dynamik einer Suizidhandlung, aber auch durch das Bewusstsein, dass psychische Störungen und Krankheiten keine Strafen von Gott sind, wird der Selbstmord in katholischen Ländern nun beschwichtigt betrachtet. Anders jedoch ist es immer noch in islamischen Ländern. Am Grab des Suizidenten/ der Suizidentin wird kein Gebet gesprochen (vgl. Langer 2001, S. 35f.).

Die Negativität, mit der der Begriff Selbstmord durch seine Wortendung noch immer behaftet ist, lässt einen vergessen, dass hinter dieser Handlung, bei der eine Person sich das Leben nimmt, durchaus viel mehr steckt als lediglich Tötung.

2.7. SCHULALTER

Als mittlere Kindheit oder als Schulalter (school-age), wird die Zeit vom sechsten bis zum zwölften Lebensjahr bezeichnet. Dieser Begriff ist international weit verbreitet und wird für jene Altersgruppe verwendet, die bereits alt genug für einen Schulbesuch, aber noch nicht in der Pubertät ist. Der Eintritt in die Schule beginnt in allen industrialisierten Gesellschaften zwischen dem fünften und dem siebten Lebensjahr. Den Buben und Mädchen wird ab diesem Alter mehr Verantwortung zugesprochen und es werden ihnen neue Rollen zugeteilt. Sie werden nun für neue Aufgaben herangezogen, wie zum Beispiel auf jüngere Geschwister aufzupassen, oder kleinere Arbeiten im Haushalt zu erledigen (vgl. Rossmann 1995, S. 111).

2.8. JUGENDALTER

Der Begriff Jugendalter oder Adoleszenz wird als jene Phase im Leben bezeichnet, die zwischen Kindheit und Erwachsenenalter liegt. Sie umfasst den Zeitraum vom 12. bis zum 20. Lebensjahr, wobei die Grenzen sowohl nach unten, als auch nach oben sehr unscharf sind. Die Verwendung des Begriffs „Jugendalter“ wird zusätzlich dadurch erschwert, dass er in einigen Gesetzestexten (zum Beispiel Kinder- und Jugendhilfegesetz, Jugendstrafrecht, Jugendschutzgesetz...) juristisch als Altersstufe vom 14. bis zum 18. Lebensjahr definiert wird. Biologisch kann man den Beginn des Jugendalters jedoch etwas klarer festzulegen und zwar durch das Einsetzen geschlechtlicher Reifungsprozesse. Das heißt bei den Mädchen beim Eintreten der Menarche (erste Monatsblutung) und bei den Buben das Auftreten der ersten Ejakulation (Samenerguss). Als Ende des Jugendalters wird oft der Eintritt in das Berufsleben, beziehungsweise das Erreichen einer wirtschaftlichen Selbstständigkeit, vorgeschlagen (vgl. Rossmann 1995, S. 133).

3. RISIKOFAKTOREN

3.1. RISIKOFAKTOREN ALLGEMEIN

Nach Bronisch (2002, zit. n. Junglas 2007, S. 40) können folgende Risikofaktoren für suizidales Verhalten konstant gefunden werden:

- Geschlecht: Suizide: m > w; Suizidversuche: m < w
- Alter: Suizide: > 50 Jahre; Suizidversuche: < 35
- Familienstand: Geschiedene > Verwitwete > Ledige > Verheiratete
- Soziale Schicht: In Unterschicht erhöhtes Risiko
- Arbeitsstand: Arbeitslosigkeit
- Jahreszeit: Frühjahr häufiger
- Stadt-Land-Unterschiede: Stadt > Land;
- Religionszugehörigkeit: evangelisch > katholisch

3.2. KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE UND DAILY HASSLES

„Lebensveränderungen gehören gleichsam zum 'normalen' Lebenslauf, eine Vorbereitung darauf ist relativ gut möglich, während traumatische Krisenanlässe, die meist überraschend kommen, schwer vorzubereiten sind und daher leichter zu Krisen führen“ (Sonneck/Etzersdorfer 1992, S. 59).

Lebensveränderungskrisen entwickeln sich oft langsam über Wochen und Monate. Dieses Stadium kann nur dann unterbrochen werden, wenn die Hilfsmöglichkeiten von innen oder außen ausreichen, um diesen Kreislauf aus Scham, Angst, Schuld, Versagensgefühl oder psychischem Druck zu stoppen. Wenn dies jedoch nicht gelingt, dann kann es zu Rückzug und Resignation oder Chronifizierung kommen. Bei immer stärker werdenden Versagensgefühlen kann ein Vollbild der Krise entstehen, in dem die Betroffenen nach außen ruhig und gelassen wirken, in ihrem Inneren jedoch ein Chaos an Gedanken und Gefühlen herrscht. Dieses Vollbild der Krise kann mit der Schockphase bei traumatischen Krisen verglichen werden. Da die Realität verzerrt wird und

anderes wahrgenommen wird, kann es in dieser Situation, in der sich die Betroffenen befinden, zu suizidalen Handlungen kommen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 82f.).

Negative Ereignisse die eine Person erlebt, können ein unmittelbarer Auslöser für einen Suizid sein und werden als kritische Lebensereignisse bezeichnet. Dies können zum Beispiel Demütigungen, Zurückweisungen einer Bezugsperson, Missbrauch etc., sprich Ereignisse sein, die das Selbstwertgefühl einer Person angreifen. Es sind aber nicht immer nur negative Geschehnisse, die die Betroffenen überfordern. So können zum Beispiel auch sonst positiv bewertete Vorkommnisse wie etwa die Geburt eines Geschwisters, eine Eheschließung oder ein Wohnortwechsel als negativ und belastend empfunden werden. Neben den kritischen Lebensereignissen gibt es noch die „daily hassles“ auf Deutsch „alltägliche Ärgernisse“. Jenen wird ein hoher Stellenwert im Bezug auf ihre auslösenden und belastenden Wirkungen zugesprochen. Mit daily hassles sind die kleinen, immer wiederkehrenden, frustrierenden, aufgekratzten, schleppenden und belastenden Ereignisse des Tages gemeint, die aber auch Niederlagen, Auseinandersetzungen, Konflikte, Streit und Meinungsverschiedenheiten implizieren (vgl. Bründel, 1993, S. 74f.).



Abb. 1: Subjektive Einschätzung von Belastungssituationen durch die Person

3.3. FAMILIÄRE LEBENSLAGE

Bründel (1993) vergleicht Ficker (1977) und spricht von einer „broken-home“ Situation. Darunter versteht man ein zerrüttetes Familienverhältnis. Das sind zum Beispiel Familiensysteme, in denen ein oder beide Elternteile fehlen bzw. häufig abwesend sind, oder in denen es Differenzen, Disharmonie und Streitigkeiten zwischen den Elternteilen gibt. Aber auch ein häufiger Wechsel der Partner, der Verlust eines oder beider Elternteile und/oder die Anwesenheit eines Stiefvaters oder einer Stiefmutter können bedeutungsvolle Konsequenzen für die Kinder und Jugendlichen haben. Des Weiteren fällt es ihnen später oft schwer eine stabile Beziehung aufzubauen, mit ihrem eigenen Leben klar zu kommen und einen Sinn darin zu sehen, wenn sie in ihrer früheren Kindheit oder Jugend eine schmerzhaft Trennung oder das Auseinanderbrechen eines sicheren und vertrauten Familiengefüges miterleben mussten. Zuwendung und Geborgenheit der Eltern sind signifikante und bedeutungsvolle Aspekte. Werden diese aber vernachlässigt, kann eine kindliche und jugendliche Fehlentwicklung

nicht ausgeschlossen werden und das damit verbundene Suizidrisiko wird beträchtlich erhöht (vgl. Bründel 1993, S. 62f.).

3.4. VERGANGENER SUIZID

Durch einen vergangenen Suizidversuch erhöht sich der Risikofaktor zur Suizidalität wesentlich. Es spielt vor allem eine Rolle, wie oder ob nach einem Suizidversuch gehandelt wird. Das Bestmögliche wäre eine therapeutische und medizinische Intervention. Folgend werden von Sonneck (2000, S. 161f.) sechs plausible Fakten in Zusammenhang mit einem vergangenen Suizid resümiert:

- In den nächsten 10 Jahren unternehmen ca. 20%-30% einen weiteren Suizidversuch
- In dieser Zeit sterben 10% daran
- Im ersten halben Jahr nach dem Suizidversuch besteht die höchste Suizidgefahr
- Der Grad der objektiven vitalen Lebensbedrohung ist kein Maß für die weitere Suizidgefährdung
- Personen, die bereits in einer psychiatrischen Behandlung waren, haben ein erhöhtes Suizidrisiko
- Ungefähr 10% der Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, werden durch psychotische Erkrankungen charakterisiert

3.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN

„Der enge Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Suizidmortalität wird in allen Studien zur Suizidalität bei psychischen Erkrankungen immer wieder bestätigt, seien es nun psychologische Autopsien, Metaanalysen oder Berechnungen der Lebenszeitsuizidmortalität einer definierten Kohorte psychisch kranker Menschen“ (Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 53).

Am häufigsten und am stärksten sind Menschen mit psychotischen Depressionen und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis belastet. Beinahe alle PatientInnen, die an einer Form dieser Krankheiten leiden, sind im Verlauf ihrer Erkrankung suizidgefährdet (vgl. Finzen 1992, S. 51f.).

Sonneck (2000, S. 152) geht davon aus, dass ca. 30% der SuizidentInnen an Depressionen litten. Depressionen sind eine der häufigsten psychischen Störungen, welche zu suizidalem Verhalten in der Adoleszenz führen können. Ebenso wie Schizophrenie, manisch-depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. 60%-90% aller Kinder und Jugendlichen sollen demnach zum Zeitpunkt ihres Suizides oder Suizidversuchs an einer psychischen Störung gelitten haben (Rossmann/Reicher 2008, S. 281).

3.6. VERFÜGBARKEIT DER MITTEL

Ein äußerst wichtiges Kriterium bei der Wahl der Suizidmethode ist die Verfügbarkeit der Mittel. Daher ist nicht auszuschließen, dass die Wahrscheinlichkeit eines suizidalen Verhaltens durch die leichte Erreichbarkeit von Waffen, Medikamenten usw. steigt (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 283).

So gibt es in New York zum Beispiel mehrere Suizide durch den Sprung aus großer Höhe, da diese Stadt unzählige Hochhäuser bietet. In Ländern mit liberalen Verordnungen in Anbetracht auf Waffengebrauch und -besitz, wird der Suizid wiederum vermehrt durch Erschießen vollzogen (vgl. Braun-Scharm 2000, S. 211).

3.7. HOT-SPOTS

Unter Hot-Spots versteht man Orte, die eine sehr hohe Suizidrate aufweisen, wie zum Beispiel "beliebte" Brücken, Türme, Hochhäuser, Bahnstationen usw. Orte, die besonders bevorzugt werden, sind etwa die Beachy Head Cliffs in England, die Story Bridge in Brisbane (Australien), die Golden Gate Bridge in San Francisco oder der Mihara Yama Vulkan in Japan. Suizidgefährdete Menschen werden beinahe magisch von diesen Orten angezogen, wodurch die Suizidzahlen in beängstigende Höhe getrieben werden. Menschen, die sich in einer (suizidalen)

Krise befinden, werden meist durch Medienberichte oder Mundpropaganda auf die Hot-Spots aufmerksam gemacht (vgl. Hobacher 2011, S. 29).

3.8. DER WERTHER-EFFEKT

Der Terminus „Werther Effekt“ ist auf das Buch „Die Leiden des jungen Werthers“, das 1774 von Goethe veröffentlicht wurde, zurückzuführen. In dem Werk ging es darum, dass sich ein Protagonist nach einer unglücklichen Liebschaft erschoss. Daraufhin gab es vermehrte Suizide – vor allem von Männern – die bei ihrer Tat ebenfalls wie Werther eine blaue Jacke und eine gelbe Hose trugen oder das Buch bei sich hatten. Aus diesem Grund besagt das allgemeine Modell des „Werther Effekts“, dass die Konfrontation mit suizidalem Verhalten ein Risikofaktor für eigene Suizidhandlungen werden kann (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 142).

Goethe veränderte aufgrund der damaligen Vorkommnisse das Vorwort ab der zweiten Auflage 1775 zu:

*„Du beweist, du liebst ihn, liebe Seele,
Rettest sein Gedächtnis von der Schmach;
Sieh, dir winkt sein Feist aus seiner Höhle;
Sei ein Mann und folge mir nicht nach“ (Goethe 1998, Vorwort).*

3.9. SOCIAL MEDIA UND SUIZID

Für immer mehr Jugendliche spielen soziale Medien eine große Rolle im Zusammenhang mit Suizid. Im Internet findet man zahlreiche Foren und Chats, in denen man sich mit Gleichgesinnten über Todessehnsüchte austauschen kann. Diese Foren werden insbesondere als Aufforderungsinstrument zur Durchführung des Suizides missbraucht, es werden aber auch „Tipps“ für schnelle und effektive Suizidmethoden gegeben. Arndt (2007, S. 138) schätzt, dass es im deutschsprachigen Raum um die 30 Suizidforen gibt, deren Zahl tendenziell gleichbleibt. Gerade Jugendliche bewegen sich gerne in diesen Foren, da sie dadurch ihre Anonymität nicht verlieren. Des Weiteren besteht gerade

durch diese Anonymität die Gefahr, dass es im Netz oft zu enthemmten Äußerungen kommt, die die sowieso schon depressiven Nutzer durch abwertende Kommentare kränken können.

4. SUIZIDPRÄVENTIONEN

Suizidprävention verfolgt das Ziel, Suizide zu verhindern. Erwin Ringel, der Gründer der Suizidprävention in Österreich, beschreibt diese so:

„Dabei handelt es sich um eine schwere Erkrankung, aber sie ist andererseits vermeidbar, sie ist heilbar und zumindest kann ihr tödlicher Ausgang verhindert werden. Diese Tatsache immer wieder zu betonen, ist eine Hauptaufgabe der Selbstmordprophylaxe. Wenn sie einmal entsprechend bekannt ist, wird sie nämlich ganz von selbst selbstmordverhindernd wirken“ (Ringel 1953, S. 199).

4.1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER SUIZIDPRÄVENTION

Suizidprävention entstand in der Aufklärung des 16. und 17. Jahrhunderts. Den allerersten Aufsatz mit explizit suizidpräventivem Inhalt verfasste John Sym 1637 in „Lives preservation against self-killing“. Er hebt in seinem Werk hervor, dass ungewöhnliche Einsamkeit, auffallende Vernachlässigung der Berufstätigkeit, psychotische Symptome und eine Veränderung des Verhaltens eine ausdrückliche Suizidankündigung seien. Sym empfiehlt hier als suizidpräventive Maßnahme, dass Betroffene nicht alleine sein sollten und ebenfalls Dunkelheit, Brücken und Abgründe meiden sollten. Aber auch der Umgang mit Waffen (zum Beispiel Messern), sollte unterlassen werden (vgl. Wedler 2000, S. 89).

Im 18. Jahrhundert stieg die Neugierde an den suizidinduzierenden Problemen stark an. England galt zu dieser Zeit wegen seines Klimas als Land der Melancholiker und des Suizides. Aus diesem Grund wurde dieser auch als „englische Krankheit“ bezeichnet. In diesem Zeitraum entstanden ebenfalls die ersten Statistiken aus der Suizidforschung. Die ältesten Aufzeichnungen der Welt besitzen Finnland und Schweden, die in das Jahr 1750 zurückgehen.

Im Jahr 1895 wurde die erste Telefonseelsorgestelle in New York von Reverend Warren installiert. Viel später entstanden noch weitere Stellen mit ähnlichem Muster, wie zum Beispiel in Helsingborg und Berlin (1956), Zürich (1957), Paris und Brüssel (1960) und daraufhin in zahlreichen anderen europäischen Städten.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts fassten die ersten suizidpräventiven Aktivitäten vereinzelt in Europa Fuß. 1913 entstand ein Antiselbstmordverein in Wien und ein Antiselbstmordbüro der Heilsarmee in Berlin. 1928 gab es auch eine Jugendberatungsstelle, bei der sich Viktor von Frankl beteiligte. All diese Aktivitäten blieben jedoch nicht lange erhalten.

Erst nach dem zweiten Weltkrieg wurde das Konzept der Suizidprävention standhaft. Zu verdanken ist das Ringel aus Wien sowie Stengel und Sheffield aus London, denn durch ihre Werke wurde eine systematische Suizidprävention entwickelt (vgl. ebda. 2000, S. 89ff.).

Der österreichische Psychiater und Suizidologe Erwin Ringel gründete in Zusammenarbeit mit der Caritas 1948 eine „Ärztliche Lebensmüdenfürsorge“ in Wien, die bis heute besteht. Anfänglich behandelte man dort Menschen, die einen Suizidversuch hinter sich hatten. Gernot Sonneck, ein Schüler von Ringel wandelte diese Institution 1977 in ein Kriseninterventionszentrum um, mit dem Ziel präventiv zu arbeiten (vgl. Doblhofer 2009, S. 65).

In den 70er Jahren nahm die Gründung von Organisationen und Institutionen mit dem Schwerpunkt der Suizidprävention immer stärker zu. Ein besonderes Anliegen war ihnen zu dieser Zeit die Krisenintervention sowie die Tertiärprävention (vgl. Kapitel 5.3.3.). Ab diesem Zeitpunkt sah man nun endlich die Psychiatrie Suizidprävention als eine eigene Aufgabe an, (Böhme 1976) wodurch ihre Bedeutung in den nächsten zwei Jahrzehnten drastisch anstieg.

Erst in den 90er Jahren entstanden die allerersten nationalen Suizidpräventionsprogramme. Es folgten auch multinationale Forschungsprojekte, an denen unzählige europäische Länder teilnahmen (vgl. Wedler 2000, S. 91).

4.2. ANZEICHEN FÜR EINEN SUIZID

Hinweise und Ankündigungen können in verbaler oder nonverbaler, in direkter oder indirekter Form erfolgen. Größtenteils werden Suizide vorher in irgendeiner Form angekündigt, beziehungsweise geben die Betroffenen oft sogar unbewusst Hinweise auf eine suizidale Krise. Diese können folgende Verhaltensweisen

betreffen (vgl. Schramm/Schramm 2007, S. 194f; Eink/Haltenhof 2006, S. 51; Knebel/Klüver 2010, S. 25):

Auffälliges Verhalten

- Sozialer Rückzug: Isolation aus Familie, Freundeskreis, Verein, Jugendgruppe
- Leistungsabfall, Schulabstinenz, Konzentrationsschwierigkeiten
- Abwehr von Lob und Anerkennung
- Häufige Arztbesuche
- Unruhe
- „Unheimliche Ruhe“ nach vorheriger Suizidthematik und Unruhe
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, übermäßiges Schlafbedürfnis oder Schlaflosigkeit, Alpträume)
- Konsum von Alkohol oder anderen Drogen
- Verteilung von Geschenken – von geliebten Gegenständen oder Haustieren
- Sammeln von Suizidmitteln (Tabletten, Rezepte)
- Häufige Unfälle in der neueren Lebensgeschichte
- Bei Jugendlichen auch Ausreißen/Weglaufen

Körperliche Veränderung

- Gewichtszu- oder abnahme
- Vernachlässigung der Körperhygiene (Zähne, Haare, Schminken)
- Veränderte Kleidung
- Verändertes Make-Up

Verbale Äußerungen

- Permanentes Klagen über psychosomatische Beschwerden wie Kopf- oder Magenschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit
- Geäußerte Gedanken von Hoffnungslosigkeit, Resignation, Fehlen von Zukunftsperspektiven und Hilflosigkeit
- Äußerung konkreter Vorstellungen über Vorbereitungshandlungen oder die Durchführung des Suizides/Suizidversuches

- Berichte von lebensgefährlichen Erlebnissen ohne angemessene emotionale Beteiligung
- Direkte oder indirekte Suizidankündigungen wie zum Beispiel: “Das Leben ist Mist, es hat alles keinen Sinn mehr“, “Ich falle jedem zur Last“, “Ich kann nicht mehr“, “Ich mag nicht mehr“, “Meine Lage wird sich nie bessern“, “Ich will einfach meine Ruhe haben“, “Ich habe es bald hinter mir“ usw.

Schriftliche Äußerungen

- Testament
- (Abschieds-) Briefe
- Ankündigungen in Internetforen, per E-Mail oder SMS

Symbolische Äußerungen

- Malen und Tragen von Kreuzen/ Symbole für Tod

Persönliche Faktoren

- Fehlen oder Verlust tragfähiger mitmenschlicher Beziehungen (Vereinsamung, Entwurzelung, Liebesenttäuschung)
- Ungenügende Ablösung aus dem Familiensystem
- Fehlen eines Lebensziels und Aufgabenbereiches
- Zusammenbrechen eines Ideals
- Berufliche und finanzielle Schwierigkeiten
- Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume
- Schwere Schuld- und Unzulänglichkeitsgefühle
- Einer Gruppe mit erhöhtem Suizidrisiko angehören

Je genauer und detaillierter die Vorstellung über einen Suizid beschrieben werden kann, wie zum Beispiel Ort, Datum, Zeitpunkt, Suizidmethode etc. umso größer ist das Suizidrisiko.

4.3. PRÄVENTIONSARTEN

Prävention bedeutet so viel wie „vorbeugen“. Das heißt es wird präventiv gearbeitet, um unerwünschte Ereignisse oder Zustände zu vermeiden, die mit großer Wahrscheinlichkeit eintreffen können. Daher werden im Vorhinein Maßnahmen ergriffen und Aufklärungsarbeit geleistet, um der ungewollten Situation entgegenzuwirken.

4.3.1. PRIMÄRPRÄVENTION

Grundsätzlich kann man bei der Primärprävention von einem erfüllten Leben sprechen. Das heißt, wenn man sich gut und sicher fühlt, nicht so viel Stress hat und einfach ohne Sorgen leben kann.

Hier versucht man erst gar nicht gefährliche Situationen entstehen zu lassen. Dabei ist es vor allem wichtig, dass man die Öffentlichkeit mit dem Problem des Suizides und der Suizidverhütung vertraut macht.

„Wenn man wisse, wie suizidale Krisen entstehen könnten und wenn man erführe, wie damit gearbeitet würde, hätte auch der Einzelne vielfach die Möglichkeit, für sich selbst solche Krisen zu vermeiden und suizidale Strategien überflüssig zu machen“ (Pohlmeier 1993, S. 131).

4.3.2. SEKUNDÄRPRÄVENTION (INTERVENTION)

Im Fokus der sekundären Prävention, auch Intervention genannt, steht das direkte Erkennen von Alarmsignalen und Anzeichen für einen Suizid. Sie richtet sich auf die Verhinderung von Suizidversuchen, beziehungsweise Suizid bei schon gefährdeten Kindern und Jugendlichen, die auch als Risikogruppen zu bezeichnen sind. Eine erfolgreiche Intervention besteht aus eindeutig diagnostischen Kriterien, die anschließend intensiv psychosozial und psychotherapeutisch betreut werden. Wie in Kapitel 4.2. schon erwähnt, kann vorübergehend durch ein einschneidendes Lebensereignis, wie zum Beispiel Scheidung, Krankheit, Tod etc. ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko entstehen (vgl. Wunderlich 2004, S. 120).

In dieser Zeit sollten die Risikogruppen eine intensive Betreuung und eine sofortige Krisenintervention erhalten und durch weitere, stützende Maßnahmen betreut und begleitet werden, da diese speziell in der heutigen Zeit eine hohe Signifikanz aufweisen. Die Voraussetzung dafür ist jedoch die Fähigkeit, präsuizidale Syndrome zu erkennen, wahrzunehmen und aufzugreifen (vgl. Bründel 1993, S. 239).

Nach Bronisch (2002, S. 101f.) können für die Sekundärprävention nur wenige Wirksamkeitsnachweise erbracht werden. Am erfolgreichsten scheint Bronisch jedoch die Psychoausbildung, in der man über die verschiedensten psychischen Erkrankungen und deren Behandlung aufgeklärt und informiert wird. Weiters ist auch die Möglichkeit, die Zugänglichkeit von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Schusswaffen, Pestiziden etc., einzuschränken eine bedeutende Maßnahme der Sekundärprävention.

Bronisch (2002, S. 102) erwähnt, dass folgende, methodische Probleme berücksichtigt werden müssen:

- „Die Ähnlichkeit der miteinander verglichenen geographischen Regionen in Bezug auf alle für die Suizidrate relevanten Merkmale ist eine praktisch und erfüllbare Bedingung,
- Die Voraussetzung einer scharfen regionalen Begrenzung suizidprophylaktischer Einrichtungen ist vielfach unrealistisch.
- Die statistische Beziehung (Korrelation) zwischen der Versorgungseinrichtung und der Suizidrate darf nicht ohne weiteres kausal interpretiert werden. Andere Gründe für die Veränderung von Suizidraten könnten die Ergebnisse beeinflusst haben, z.B. säkulare Trend, Strukturwandel der Region etc.“

4.3.3. TERTIÄRPRÄVENTION (POSTVENTION)

Die tertiäre Prävention oder auch Postvention verfolgt das Ziel, die Auswirkungen einer Störung für den/die Betroffenen/Betreffende und dessen/deren Angehörigen möglichst minder zu halten. Nach einem durchgeführten Suizidversuch sollten durch anschließende Therapien, Rückfälle

in Form von weiteren Suizidversuchen vermieden werden. Betroffene können bei einem Klinikaufenthalt weiter therapiert und betreut werden (vgl. Wunderlich 2004, S. 120).

Die Rückfallquote beträgt rund 20%, das heißt es ist sehr schwierig die Risikopopulation des/der Betroffenen ausfindig zu machen, um weitere Suizidversuche zu verhindern. Daher spielt das Miteinbeziehen der Umwelt des/der Patienten/Patientin eine wichtige Rolle, um gegebenenfalls gefährdende Verhaltensweisen aufzudecken (vgl. Sonneck 2000, S. 160).

De facto kann man sagen, dass sich in den ersten drei Monaten, nachdem der/die Patient/Patientin aus der Klinik entlassen wurde, gleich viele Suizide vorgenommen werden, wie während der vollständigen stationären Behandlung. Die Meisten ereignen sich innerhalb der ersten vier Wochen nach ihrer Entlassung. Ihre Tat mag jedoch nicht unverständlich sein und ist oft nachvollziehbar. Gründe dafür wären, dass die Patienten/Patientinnen in der Klinik von jeglichen Alltagspflichten befreit waren und in einem Schonraum behandelt wurden. Ebenfalls sind in dieser Zeit die Patienten/Patientinnen zum Teil von ihren persönlichen Beziehungen suspendiert. Man muss sich auch vor Augen halten, dass die Betroffenen vorwiegend nicht vollständig wiederhergestellt wurden und somit nur vermindert belastet werden können. Zugleich kommt dazu, dass die Erwartungen der Familie, der Bekannten und dem beruflichen Umfeld wieder funktionieren, leistungsfähig und stabil sein zu müssen oft sehr hoch sind. Ebenso haben sie ihre beschützende Einrichtung verloren, von der sie nie für ihr Versagen oder Scheitern verurteilt wurden (vgl. Finzen 1992, S. 164f.).

Man weiß sicher, dass

- in den nächsten 10 Jahren ca. 20-30% der Patienten einen weiteren Suizidversuch durchführen werden;
- in den nächsten 10 Jahren 10% an einen Suizid sterben werden;
- in den nächsten 6 Monaten nach einem Suizidversuch die höchste Suizidgefahr besteht;
- der Grad der objektiven vitalen Lebensbedrohung nichts über die weitere Suizidgefährdung aussagt;

- bei Patienten, die in psychiatrischer Behandlung waren ein erhöhtes Suizidrisiko besteht;
- ungefähr 10% der Patienten, die nach einem Suizidversuch in Allgemeinkrankenhäusern behandelt wurden, durch psychotische Erkrankungen charakterisiert sind (vgl. Sonneck 2000, S. 161f.).

4.3.4. NACHSORGE

Wenn nun die PatientInnen vor der Entlassung stehen, muss mit ihnen die Frage der Nachsorge besprochen werden. Wie zum Beispiel, zu welchem Arzt oder Therapeut sie gehen möchten und ob sie dort schon bekannt sind etc. Gerade diese Phase ist für die Betroffenen so wichtig, um zu wissen, zu wem sie gehen können und wo sie Hilfe bekommen. Denn es kommt nicht selten vor, dass die Patienten/Patientinnen nach ihrer Entlassung nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen und wo sie Unterstützung und Hilfe erhalten (vgl. Finzen 1992, S. 164f.).

5. AKTUELLE PRÄVENTIONSKONZEPTE

5.1. DER ÖSTERREICHISCHE SUIZIDPRÄVENTIONSPLAN

Sonneck erstellte im Jahr 1999 einen österreichischen Aktionsplan, der sich mit 10 Arbeitsgebieten identifiziert. Jedes dieser Arbeitsgebiete hat spezielle Aufgaben, die von verschiedenen Personengruppen, Interessensgemeinschaften und Institutionen übernommen werden.

1. Bewusstseinsbildende Maßnahmen

Unter bewusstseinsbildende Maßnahmen versteht man, dass die Suizidgefährdung kein irreversibles Karma ist, sondern hier eine Suizidprävention möglich ist. Im Mittelpunkt stehen vor allem die Spezifizierung von neuen Erfordernissen und die Erstellung von Richtlinien für die zukünftige Entwicklung. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Verbreitung von Suizidproblemen, Suizidprävention sowie eine Aufzeichnung, wie diese Informationen präsentiert und vermittelt werden können, sodass positive Effekte erzielt werden und unerwünschte Effekte ausbleiben ,beziehungsweise minimiert werden (vgl.: o.A.: Zum österreichischen Suizidpräventionsplan. In: Spectrum Psychiatrie, Ausgabe 2/2008. (S. 32-35)).

„[...] dass Suizidgefährdung kein unwiderrufliches Schicksal ist, sondern dass es Hilfe gibt und diese auch nötig ist: dass also Suizidprävention möglich ist und diese auch gefördert werden muss“ (Sonneck 2000, S. 272).

2. Unterstützung und Behandlung

Es ist wichtig, dass psychologische, soziale und medizinische Unterstützungen für suizidgefährdete Menschen vorhanden sind. Dazu gehören zum Beispiel Krisenzentren, Notrufnummern, Gesundheits- und medizinische Dienste etc.

2.1. Krisenmanagement

Zum Krisenmanagement gehört unter anderem eine Ausbildung in Krisen- und Konfliktmanagementstrategien, sowie eine individuelle und institutionelle Betreuung von Personen nach einer Katastrophe oder einem Verlust. Ebenfalls wird darauf großen Wert gelegt, dass in den Einrichtungen kompetente Personen mit dem dementsprechenden Wissen vorhanden sind und somit psychische Erkrankungen, suizidale Krisen etc. so früh wie möglich erkennen und entgegenwirken können.

2.2. Gesundheits- und medizinische Betreuungseinrichtungen

Es muss sichergestellt sein, dass jede Person, die eine Institution oder Einrichtung aufsucht, qualifizierte Hilfe und Unterstützung bekommt. Dazu gehören:

- Die Entwicklung von Qualitätskriterien für medizinische Betreuung von suizidgefährdeten PatientInnen.
- Die Entwicklung von Betreuungsprogrammen, die stationär als auch ambulant durchgeführt werden können.
- Besondere Vigilanz auf PatientInnen mit depressiven Psychosen, Schizophrenien, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen.
- Ständige Fort- und Weiterbildung von Personen in der Grundversorgung, um eine Früherkennung von suizidalen Krisen, Depressionen und psychischen Störungen zu sichern.
- Entwicklung von Aktivitäten zur Kontaktaufnahme, damit die Betroffenen eine kompetente und kontinuierliche Unterstützung erhalten.
- Unterstützung für Kinder, die aus einer Familie stammen, in der Suizid ein Thema ist.
- Beratung und Unterstützung für Verwandte und Hinterbliebenen nach einem Suizid (vgl.: o.A.: Zum österreichischen Suizidpräventionsplan. In: Spectrum Psychiatrie, Ausgabe 2/2008. (S. 32-35)).

3. Zielgruppe: Kinder und Jugendliche

3.1. Erziehung und Unterricht:

- (a) Vor allem Kinder und Jugendliche können im Unterricht und in ihrer Ausbildung schon früh lernen, wie man Konflikte erkennen und klären kann und wie man insbesondere mit Krisen, Depressionen und Suizidproblem umgehen kann. SchülerInnen sollen sensibilisiert werden, wie man direkte und indirekte Hinweise für einen etwaigen Suizid(versuch) wahrnimmt. Mögliche Risikosignale wären: Suizidmitteilungen und Suizidversuche, Schulschwänzen, auffallende Müdigkeit, Aggression, Isolation, Substanzmissbrauch, Wutanfälle, Desinteresse, asoziales Verhalten etc. Nicht nur Erziehungs- und Bildungssysteme stellen eine hilfreiche Institution dar, sondern auch (Klein-) Kindergruppen, Jugendzentren, Vereine usw.
- (b) Das Umfeld ist nach einem Suizid(versuch) besonders im Auge zu behalten, da in der Zeit nach einem Suizid das suizidale Verhalten ansteigt.
- (c) Vermehrte Aufmerksamkeit benötigen Kinder und Jugendliche, wenn sie Veränderungsrisiken ausgesetzt sind, wie zum Beispiel einem Schulwechsel.
- (d) Es soll das Angebot bezüglich Wohlfahrts-, Beratungs- und Gesundheitsdiensten in Schulen erweitert werden.

3.2. Gesundheits- und medizinische Betreuungseinrichtungen, Sozialarbeit:

- (a) Die Angebote sollen niederschwellig, anonym, sofort und unkompliziert erreichbar sein
- (b) Kinder die Risikofaktoren wie broken home, Gewalt, Missbrauch, Armut, Arbeitslosigkeit etc. mit sich bringen, sollen besonders beachtet werden.
- (c) Signale in Bezug auf schwierige Familienverhältnisse sollen wahrgenommen werden, wie zum Beispiel Verhaltensänderungen oder auffälligkeiten.
- (d) Es sollen Themen in Bezug auf die Suizidproblematik aufgegriffen werden, um Fertigkeiten zu erlangen, damit der Umgang mit schwierigen Lebenssituationen erleichtert werden kann.

- (e) Familien mit vergangenem Suizid(versuch), Alkohol- oder Drogenmissbrauch, psychischer Erkrankung, Gewalt, AlleinerzieherInnen, ImmigrantInnen etc., soll eine besondere Achtsamkeit entgegengebracht werden.
- (f) Die MitarbeiterInnen sollen eine Arbeitszufriedenheit und ein subjektives Wohlbefinden besitzen.
- (g) Die Netzwerkarbeit zwischen den verschiedensten Organisationen soll gegeben sein, um eine individuelle und optimale Unterstützung für eine Person zu leisten.

4. Zielgruppe: Erwachsene

Speziell für Erwachsene liegt das Hauptaugenmerk auf dem psychosozialen Stress am Arbeitsplatz, den Beziehungskrisen und der Arbeitslosigkeit.

4.1. Beziehungs- und Eheprobleme

- (a) Kenntnisse sollen vermittelt werden, wie eine Beziehung gestaltet werden kann
- (b) Kenntnisse und Wissen sollen vermittelt werden, wie man mit Ehe- und Beziehungsproblemen umgehen kann und welche Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung (z.B. Mediation) in Anspruch genommen werden können.
- (c) Entwicklung und Reifung der Betroffenen durch die Auseinandersetzung mit bestehenden Problemen in der Familie und Gesellschaft.
- (d) Personen die von Beziehungskrisen bedroht sind, sollen ein verstärktes Verständnis und die dementsprechende Unterstützung erhalten.
- (e) Vermehrtes Wissen über Krisen, Depressionen, suizidales Verhalten etc. bei Erwachsenen.

4.2. Betriebe und Arbeitsplätze

Auf der einen Seite ist eine wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung zu beachten, auf der anderen Seite aber auch die Entwicklung am Arbeitsplatz, die jeder individuell erlebt. Auch die Arbeit kann Anlass für Krisen geben, da diese sehr bedeutungsvoll und von großer Wichtigkeit für die ArbeitnehmerInnen sind.

- (a) Strukturelle Probleme am Arbeitsplatz können psychische Erkrankungen hervorrufen, die bis zu suizidalen Krisen hingehen.
- (b) Erstrebenswert wäre eine Konstruktion aus Arbeitsgruppen, die sich mit Problemen am Arbeitsplatz beschäftigt.
- (c) Der psychische Druck im Arbeitsumfeld soll beachtet und wenn nötig reduziert werden. Wie zum Beispiel: Mobbing, Substanzmissbrauch, Burnout, Einsamkeit, sexuelle Belästigung.
- (d) Das Erarbeiten von Krisen- und Konfliktmanagementstrategien soll erlernt werden, Personen die sich in Krisen befinden sollen besonders beachtet werden um eine Früherkennung von suizidalen Personen gewährleisten zu können. Auch psychische Probleme sollen so früh als möglich erkannt werden, um dementsprechende Hilfsmöglichkeiten anfordern zu können.

5. Zielgruppe: Ältere Menschen

Hier geht es speziell um ältere Menschen, die sich in suizidalen Krisen befinden. Diese Krisen können zum Beispiel durch Pensionierung, Beschäftigungslosigkeit, dadurch Gefühl der Nutzlosigkeit, Krankheit, zunehmende Unselbstständigkeit und der damit verbundenen Angst, der Familie zur Last zu fallen und ständig auf fremde Hilfe angewiesen zu sein entstehen. Altern und Verwitwung oder durch Depressionen ausgelöst werden. Besonders diese Altersgruppe hat das höchste Risiko suizidal zu werden.

5.1. Soziale- und Ehe-/Beziehungsprobleme

Wesentlich ist vor allem das Verständnis für die soziale Situation und die vorhandenen Ehe-/Beziehungsprobleme von älteren Menschen.

- (a) Es ist wichtig, dass älteren Menschen Unterstützungen und Erleichterungen geboten werden, damit sie weiterhin ihre intellektuellen, emotionalen und sozialen Ressourcen nutzen können.
- (b) Gruppendiskussionen wären wertvoll, um sich über die soziale und persönliche Entwicklung im Alter auszutauschen.
- (c) Enttabuisierung von Sexualität im hohen Alter.
- (d) Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und richtigem Handeln, in Bezug auf ältere Menschen mit depressiven oder suizidalem Verhalten.
- (e) Einsamkeit, oder gar Isolation durch den Verlust von Partnern, Freunden und Bekannten, kann einen Risikofaktor darstellen.
- (f) Besonderes Augenmerk sollte auf ältere ImmigrantInnen gelegt werden.
- (g) Verstärkte Netzwerkarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen, um behutsame und sanfte Übergänge von den unterschiedlichen Betreuungsformen zu sichern.
- (h) Soziale und medizinische Dienste sollen eingerichtet werden, um die Beschwerden, Ängste, Sorgen und Nöte der Betroffenen zu lindern.

6. Zielgruppe: Risikogruppen

Soziale Fertigkeiten in Bezug auf den Umgang mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauchern, HIV-Positiven oder AIDS-Erkrankten, Opfern von Gewalt, Immigranten, Strafgefangenen etc., sollen geschult werden, damit dafür mehr Verständnis aufgebracht wird, wie Krisen, Depressionen und suizidale Probleme entstehen können und wie man vor allem damit umgeht.

6.1. Gesundheits- und medizinische Betreuung, Sozialarbeit

- (a) Durch eine aktive Kontaktierung der Personen aus den Risikogruppen soll deren Situation besser nachvollziehbar und deren Problemlage erkannt werden, um eine Wissensvermittlung und eine dementsprechende Unterstützung zu sichern.
- (b) Erweiterung und Verbesserung von bestehenden Institutionen, die sich speziell um diese Risikogruppen kümmern und sich damit auseinandersetzen.

7. Schulung und Entwicklung

Schulungen für Personen, die speziell in Beratungs- und Behandlungsfunktionen tätig sind müssen gewährleistet sein, da diese häufig mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommen oder kommen können.

7.1. Forschung und Entwicklung:

- (a) Methoden für den Unterricht in Bezug auf Suizidprävention sollen entwickelt werden, die LehrerInnen in den unterschiedlichsten Unterrichtsbereichen anwenden können. Am besten wäre es, wenn das Konzept vom Kindergarten bis zur Universität alles abdecken würde.
- (b) Berufsgruppen wie Polizei, Rettung, Kranken- und Gesundheitspersonal, SozialarbeiterInnen etc. sollten eine verbesserte Ausbildung hinsichtlich Suizidpräventionen erhalten.

7.2. Schulerziehung

- (a) Schon im Grundschulalter sollte auf Suizidprobleme, psychische Krankheiten und wie man damit umgeht, eingegangen werden. Es sollte Krisen- und Konfliktmanagement und Unterstützung durch Gleichaltrige (peer support) involvieren.
- (b) Schulungsprogramme sollten auf die jeweiligen Institutionen abgestimmt sein.

8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln

Hier geht es speziell um das Transportsystem, Waffen und Medikamente, die einen wesentlichen Risikofaktor für Suizidalität darstellen.

8.1. Verkehr

- (a) Anforderung von Alkoblocks (nur wenn die Fahrer nicht alkoholisiert sind, können sie das Auto starten – funktioniert sozusagen wie ein Alkoholtest)
- (b) Reduktion von Kohlenmonoxid in den Auspuffgasen. Eine Möglichkeit wäre, dass ab einer gewissen Kohlenmonoxidkonzentration, der Leerlauf durch Kontrollgeräte gestoppt wird.

- (c) Abänderung der Auspuffrohre bei Autos, sodass das Hineinleiten von Auspuffgasen mit einem Schlauch in das Autoinnere erschwert wird.
- (d) Airbags sollten Standards sein.
- (e) Telefonmöglichkeiten und Schutz an Hot-Spots.
- (f) U-Bahn-Stationen mit hoher Suizidfrequenz sollen Maßnahmen erhalten.
- (g) Maßnahmen hinsichtlich der Vorderseite von Zügen, um ein tödliches Überfahren eher vermeiden zu können.

8.2. Waffen

Begrenzte Politik (strengere, schärfere, sorgfältigere Kontrollen) bezüglich Waffenbesitzes und Verwahrung.

8.3. Medikamentenverordnungen

- (a) weniger gesundheitsgefährdende Medikamente
- (b) adäquate Formen und Packungsgrößen
- (c) Achtsamkeit vor Verschreibungsgewohnheiten und sorgfältige Nachkontrolle
- (d) Kein Medikament ambulant erhalten ohne Arzt-Patient Beziehung

9. Nationale Expertise

Sonneck (2000, S. 278) spricht von einer „Errichtung und Weiterentwicklung von Zentren für Suizidforschung- und Prävention sowie effektives epidemiologisches Monitoring“ als nationale Suizidpräventionsstrategie.

9.1. Datenbasen

- (a) Anonymisierte personenbezogene Daten von Suiziden und Suizidversuchen werden gefordert.
- (b) Information über soziale, psychische und medizinische Notwendigkeit
- (c) Anonymisierte Daten von Nachbarsländern
- (d) Zusammentragen der laufenden Suizidforschungsprojekten in Datenbasen
- (e) Literaturdatenbank soll für die Wissenschaft und für die Schulungspersonen verfügbar sein, spezielle Rücksicht auf die deutschsprachige Literatur

9.2. Qualitätssicherung

Durch eine erhöhte Dinglichkeit der Suizidforschung kann eine Qualitätssicherung gewährleistet werden. Die Deklaration von akuten Forschungsgebieten in der Suizidologie, die Erarbeitung der genannten Datenbasen und Aufbauen eines Zentrums für Suizidforschung- und Prävention wären dafür essentiell. Spezifische Aufgaben für solch ein Zentrum wären:

- Durchführung von Untersuchungen, vor allem an Risikogruppen
- Entwicklung von divergenten Konzepten in der Suizidologie, die in der Forschung und für die klinische Arbeit herangezogen werden können
- Entwicklung von Methoden, um soziale Veränderungen zu inspizieren
- Entwicklung von Methoden, um direkte und indirekte Suizidpräventionen einzuführen
- Entwicklung von Evaluations-Instrumenten, um deren Auswirkung von Schulungen, Fortbildungen und Informationen zu überprüfen
- Evaluierung von Suizidpräventionsmaßnahmen
- Konstruktion von Netzwerken mit Personen, die wissenschaftlich und praktisch in der Suizidprävention arbeiten
- Informationsweitergabe der Suizidforschung an politische EntscheidungsträgerInnen, Betreuungspersonal und Öffentlichkeit

9.3 Gesetzliche Voraussetzungen

Speziell jener Punkt, der sich auf die Erreichbarkeit der Suizidmittel bezieht, erfordert auch diverse gesetzliche Voraussetzungen.

Durch die Aufstellung dieser zehn Maßnahmen kann man gut erkennen, dass man Suizidprävention nicht nur Einzelinitiativen überlassen kann, sondern an einem nationalen Suizidpräventionsprogramm gearbeitet werden muss, so wie es dieses zum Beispiel schon in Kanada, den Vereinigten Staaten, Schweden, Dänemark und Finnland gibt (vgl. Sonneck, S. 272ff.).

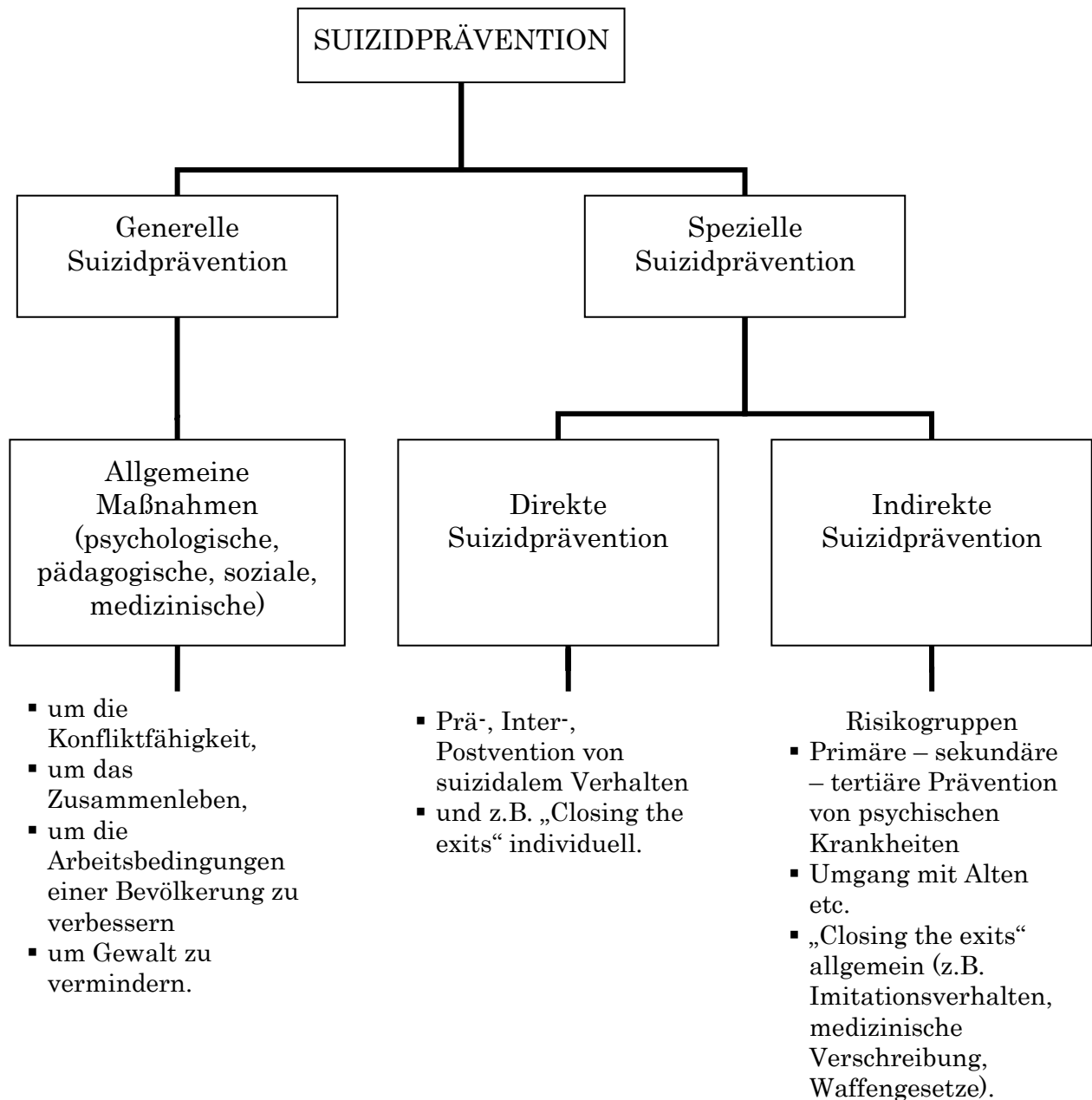


Abb. 2: Schema der Suizidprävention

5.1.1. PAPAGENO-EFFEKT

Der Papageno-Effekt soll genau das Gegenteil des Werther-Effekts darstellen. Das heißt, man versucht anhand von Massenmedien präventiv zu handeln, dass es erst gar nicht zu einem Suizid kommt. Mittlerweile ist es tatsächlich erstmals gelungen, dass man einen „positiven“ Effekt von Medienberichten, durch die Rückgänge von Suiziden belegen und erzielen konnte. Solch ein Ergebnis erhielt man in Österreich, bei einer aktuellen österreichischen Studie (Niederkrötenthaler et al. 2010) für Berichte in Printmedien über Suizidalität, die aber nicht mit einer Suizidhandlung verbunden waren, sondern mit einer suizidalen Krise, die überwunden wurde.

Diese Erscheinung eines beschützenden Effekts von Medienberichten geht auf Mozarts Oper „Die Zauberflöte“ zurück, in der Papageno in eine suizidale Krise gerät, diese aber durch die Unterstützung von drei Knaben und deren Ausweichlösungen, die sie ihm anboten, überwinden konnte (vgl. Wolffersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 143).

5.2. WHO – STUFEN DER SUIZIDPRÄVENTION

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Stufen für die Suizidprävention wie folgt formuliert (vgl. Junglas 2007, S. 35):

- Die Behandlung von psychischen Krankheiten muss gewährleistet sein
- Eine sorgfältigere Kontrolle des Waffenbesitzes
- Die Detoxifizierung von Haushaltsgasen und Kraftfahrzeugabgasen
- Eine gründliche Kontrolle der verfügbaren toxischen Substanzen
- Beeinflussung von Medienberichten soll vermindert werden

Durch diese oben genannten Stufen der Suizidprävention erhofft sich die Weltgesundheitsorganisation einen deutlichen Rückgang der SuizidentInnen.

5.3. SUPRA – SUIZIDPRÄVENTION AUSTRIA

Auch das österreichische Bundesministerium macht sich Gedanken darüber, wie man die Suizidrate bestmöglich und langfristig senken kann. Positiv ist, dass am 8. Juli 2011 ein Entschließungsantrag einstimmig im Nationalrat akzeptiert wurde, den nationalen Suizidpräventionsplan vom Parlament anzunehmen. Durch die bisherigen Ziele wie Medienrichtlinien, Krisenintervention, lokale Programme und ein politisch beschlossenes und koordiniertes, nationales Programm kann anhand der Zahlen veranschaulicht werden, dass die Umsetzung tatsächlich wirksam ist. Dadurch konnte die Suizidrate von 23,6 im Jahr 1990 auf 15,4 im Jahr 2007 sichtbar gesenkt werden (vgl. Rendi-Wagner/Arrouas 2011, S.16).

SUPRA erwähnt und orientiert sich hauptsächlich an den zehn Punkten des österreichischen Suizidpräventionskonzeptes nach Sonneck, das im Kapitel 6.1. genau erklärt und erläutert wird.

5.4. VIER-EBENEN-ANSATZ DES BÜNDNISSES GEGEN DEPRESSION VON HEGERL (2005)

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ wurde im Jahr 2000 als ein Projekt des Kompetenznetzwerkes „Depression, Suizidalität“ gegründet. Das Ziel dieses Vorhabens ist es, eine bessere Versorgung für depressiv erkrankte Menschen zu gewährleisten. Um das zu erreichen, benötigt man eine bessere Kooperation mit Hausärzten, die Aufklärung der Öffentlichkeit, Angebote für Betroffene und Angehörige und die Zusammenarbeit mit einem multiprofessionellen Team. Das Projekt konnte statistisch einen eindrucksvollen Rückgang der Suizidrate, im Vergleich zu Würzburg, wo zu jener Zeit noch nicht mit jenen Maßnahmen gearbeitet wurde, nachweisen (vgl. Junglas 2007, S. 37).

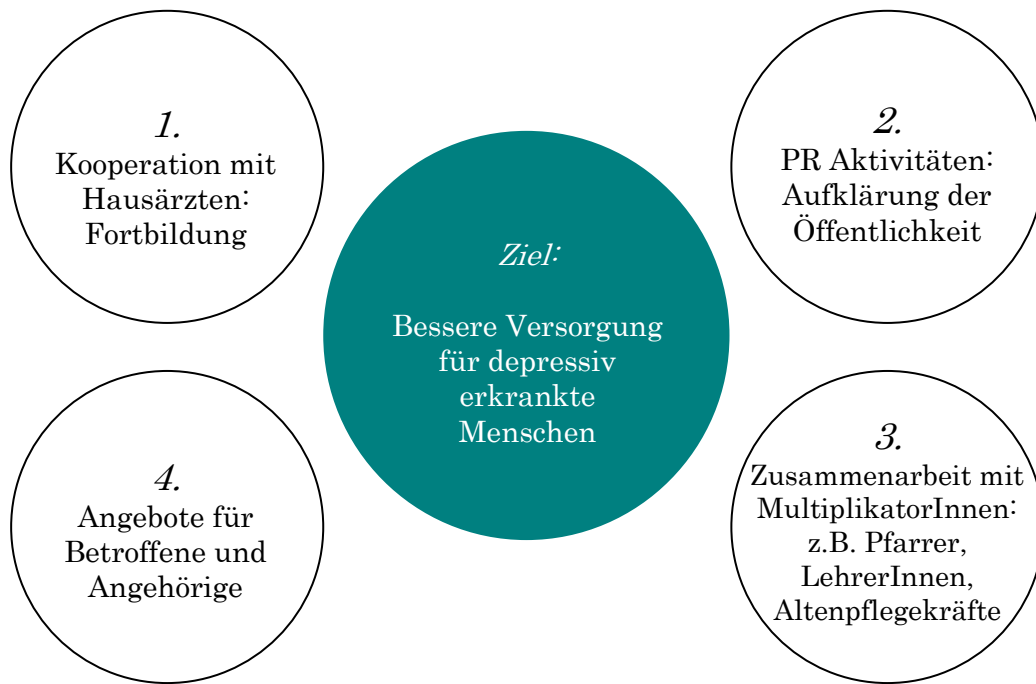


Abb. 3: Vier-Ebenen-Ansatz des Bündnisses gegen Depression

5.5. INSTITUTIONEN FÜR SUIZIDPRÄVENTION IN DER STEIERMARK

5.5.1. PSN – PSYCHOSOZIALES NETZWERK

Das „Psychosoziale Netzwerk“ richtet sich an Menschen aller Altersstufen, ohne Ansehen des Geschlechts, der Religion, der Kultur, der sexuellen Orientierung oder der sozialen Schicht. Die Betroffenen erhalten in Konfliktsituationen, bei Lebenskrisen, sowie bei komplexen Lebensfragen eine individuelle und kompetente Unterstützung. Die Betreuung muss freiwillig in Anspruch genommen werden, damit die erwünschten Ziele erreicht werden können. Insbesondere wird auf Menschen mit psychischen, physischen und/oder sozialen Benachteiligungen bzw. Beeinträchtigungen Rücksicht genommen. Die Multiprofessionalität innerhalb der Organisation ermöglicht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Es wird aber auch bei etwaigen Bedarfe mit anderen Institutionen und sozialen Netzwerken kooperiert. Die Beratungszentren gibt es steiermarkweit, nämlich in den Bezirken Judenburg, Knittelfeld, Murau, Liezen und Gröbming (vgl.: o.A.: Das Leitbild. PSN – Psychosoziales Netzwerk).

5.5.2. GO-ON KOMPETENZZENTRUM FÜR SUIZID-PRÄVENTION STEIERMARK

Im Jahr 2013 suizidierten sich 1.291 Menschen in ganz Österreich, das sind mehr als das Doppelte an Menschen, die im Verkehr getötet wurden. In der Steiermark alleine waren es 235 Personen, die durch Suizid starben. Wobei die Dunkelziffer noch einmal um einiges höher sein wird.

Demzufolge wurde vom Gesundheitsressort der Steiermark im Auftrag der Psychiatriekoordinationsstelle das Projekt Go On Suizidprävention Steiermark gegründet. Das Go On Suizidpräventionsprojekt führt den Grundgedanken der WHO im Raum Steiermark fort. Im Jahr 2011 startete es im Bezirk Murau und Hartberg als Pilotenprojekt. Die Zuteilung für die ausgewählten Räumlichkeiten des Projektes geht darauf zurück, dass Murau neben Liezen und Mürzzuschlag regelmäßig die meisten Suizide aufweist. In Hartberg wurde bereits ebenfalls intensiv an Suizidpräventionen gearbeitet und Vorarbeit geleistet.

Das Ziel ist es, Menschen zu sensibilisieren und auf die Problematik aufmerksam zu machen, wie Krisen entstehen und überwunden werden können, sie insbesondere auf Risikogruppen aufmerksam zu machen und ihnen konkrete Hilfestellungen oder diesbezügliche Informationen anzubieten.

Das Team in Murau leitet Frau Mag. Rosemarie Mayerdorfer. Mag. Bettina Heiling und Maria Loidl vertreten das Regionalteam in Hartberg. Das dritte Standbein befindet sich in Mürzzuschlag in dem Mag. Ulrike Fuchs und Mag. Reinhard Fulterer tätig sind. Die Projektleitung des Teams übernimmt Dr.in Ulrike Schrittwieser (vgl.: Macho: Erste Hilfe für die Seele. In: Murtal 1 – Hallo Leute, S. 24).

Go On das Kompetenzzentrum für Suizidprävention Steiermark arbeitet gezielt mit dem nationalen Suizidpräventionsprogramm SUPRA daran, die hohe Zahl der Suizidrate nachhaltig zu senken. Sie bieten folgende Angebote:

- Erste-Hilfe-Kurse für Krisen: Hier vermitteln sie der allgemeinen Bevölkerung, Betroffenen und unmittelbar mit dem Thema konfrontierten Berufsgruppen Informationen zur Entstehung und Bewältigung von Krisen sowie zu Risikofaktoren.
- Präventionsmaßnahmen zu besonderen Risikofaktoren
- Vorträge, Workshops und Schulungen verschiedener helfender Berufsgruppen

- Vernetzung mit allen in diesem Aufgabenbereich arbeitenden Interessensgruppen (vgl.: o.A.: Über uns. Go On Kompetenzzentrum für Suizidprävention Steiermark).

6. NACH EINEM SUIZID

*„Nach Definition der American Association of Suicidology sind Suizidhinterbliebene – ‚survivors‘ – Menschen, die den Suizid einer Person erleben, mit der sie eine wichtige Beziehung oder emotionale Nähe verband“
(Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 232).*

6.1. BETREUUNG VON ANGEHÖRIGEN NACH EINEM ERFOLGREICHEN SUIZID

Selbstverständlich ist der Verlust eines geliebten Menschen sehr schmerzvoll, ebenso mit Verzweiflung sowie Verlassenheit verbunden, und ist für die Angehörigen kaum zu ertragen, vor allem, wenn sich der Verstorbene selbst für seinen/ihren Tod entschieden hat. Vor den Angehörigen liegt ein langer Trauerprozess, der in vier Phasen gegliedert ist (vgl. Sonneck 2000, S. 187).

1. Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens:

In dieser Phase haben die Angehörigen oft das Gefühl, dass der Verlust gar nicht real ist. Sie haben keine Empfindung und befinden sich in einer Art Starre. Diese Phase kann Stunden, aber auch Tage andauern – aber nur selten Wochen. Die Angehörigen leben ihr Leben so weiter, als wäre (fast) nichts passiert. Die Wirklichkeit eines Todes kann oft nur schwer akzeptiert werden, da wir nicht selten falsch mit Tod und Bestattung umgehen und kaum Platz für die Verabschiedung lassen.

2. Phase der aufbrechenden chaotischen Emotionen:

Jetzt kommen Gefühle wie Wut, Angst, Zorn, Schmerz, Schuldgefühle, Enttäuschung etc. hoch. Oft beginnt man an dieser Stelle nach einem Schuldigen zu suchen, um den Schmerz besser verkraften zu können. Die Angehörigen leiden in dieser Phase häufig an Schlafstörungen durch ihre Ruhelosigkeit, die in ihnen herrscht. Nicht selten werden professionelle Helfer wie Ärzte, Therapeuten oder ein Kriseninterventionsteam

herangezogen. Es ist wichtig, dass den Betroffenen immer wieder Mut zugesprochen wird, dass man alle Gefühle zulassen darf und es normal ist, wenn man so denkt.

3. Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens:

In dieser Phase lernen die Angehörigen den Tod ihres geliebten Menschen zu akzeptieren. Häufig sprechen die Betroffenen von den/der Verstorbenen und können an nichts anderes denken. Daher ist es wichtig, dass man den Träumen, Fantasien und Erzählungen über den Verstorbenen bzw. die Verstorbene Platz lässt.

4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezug:

Die Angehörigen bewegen sich nun schon langsam auf andere Menschen und auf die Welt zu und haben den Verlust akzeptiert. Eine Neuorientierung im Leben ist angesagt, die sehr schmerzhaft ist. Die Hinterbliebenen trauen allmählich sich so zu verhalten, wie sie sich fühlen und hören somit auf sich zu verstellen und anzupassen (vgl. Sonneck 2000, S. 187 f.).

Leider ist die Hilfe, die die Angehörigen von ihrer Umgebung erhalten eher gering. Vielen ihrer Mitmenschen wissen nicht, wie sie mit den Hinterbliebenen umgehen sollen und sind oft hilflos und verlegen, wenn sie jemanden antreffen. Speziell Angehörige, die einen geliebten Menschen durch einen Suizid verloren haben, werden oft gemieden. In der nächsten Zeit suchen die Hinterbliebenen Trost bei ihren Verwandten, Freunden und Bekannten. Doch oftmals wird ihnen dann erst bewusst wie wenig Freunde und Bekannte sie haben und wie schwer sie mit dem Thema Suizid und Tod umgehen können. Aus diesem Grund entschließen sich viele der Betroffenen für eine Selbsthilfegruppe, denn dort fühlen sie sich zum ersten Mal verstanden und sehen zugleich, dass sie nicht alleine sind. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass die Hinterbliebenen nur mehr die Selbsthilfegruppe besuchen und ihre sozialen Kontakte und andere Menschen meiden und ihnen aus dem Weg gehen, das zu einer Isolierung führen kann. Nicht selten fühlen sich Angehörige eines/einer Verstorbenen oft noch Monate nach dem Tod im Kreise anderer Menschen fehl am Platz.

Gefühle wie Freude oder Glück werden von den Hinterbliebenen selbst kritisch und ängstlich betrachtet, da es ihnen schwer fällt, sich selbst die „Erlaubnis“ für positive Gedanken zu geben: „Wie kann ich etwas Schönes genießen, wenn mein Kind tot ist!“.

Es kommt immer wieder zum erneuten Ausbruch von Verzweiflung und Depression. Jedoch halten diese „Rückfallsphasen“ nicht mehr so lange an und die Pausen dazwischen werden länger. Wenn sich Kinder oder Jugendliche suizidiert haben und noch weitere Geschwister in der Familie sind, so ist häufig die Angst der Eltern spürbar, dass sie auch diese Kinder (durch Suizid) verlieren könnten.

Sie sind im Zweifel, ob es besser ist wegzufahren, oder zu Hause zu bleiben. Ob man das Zimmer des/der Verstorbenen im alten Zustand lassen soll, oder ob man es umräumen soll. Wie die Hinterbliebenen mit dem Todesfall umgehen sollen, weiß jedoch niemand und dazu gibt es auch keine sicheren Antworten dazu von außen.

Wichtig ist, dass jeder/jede Trauernde seinen/ihren eigenen Weg finden muss, um zu trauern – professionelle Helfer können sie in dieser Hinsicht lediglich begleiten (vgl. Sonneck 2000, S. 188 f.).

6.2. AUSWIRKUNGEN AUF FAMILIENANGEHÖRIGE

Vogt (2007) spricht fünf Aspekte an, wie sich ein Suizid auf die Angehörigen, Partner und die Kinder auswirken kann.

Der Schock

Ein Suizid in einer Familie ist selbstverständlich ein traumatisches Erlebnis für alle Involvierten und führt somit zu einem Schock. Viele Kinder die Vogt in seiner Psychotherapie behandelt hat und die einen Suizid in der Familie als Kind miterleben mussten, konnten sich kaum noch oder gar nicht an den Vorfall erinnern. Ein Junge zum Beispiel, der bei dem Psychologen in Behandlung war, erklärte ihm, dass sich seine Mutter erfolgreich suizidierte, als er 12 Jahre alt war. Der Junge hat jedoch erst mit 16 Jahren bewusst erfahren, dass die

Kindesmutter sich das Leben nahm. Viel später hat er von Verwandten erfahren, dass er schreiend durch die Wohnung lief und nicht zu beruhigen war.

Das Schuldgefühl

Angehörige und Familienmitglieder sind nach einem Suizid mit starken Schuldgefühlen konfrontiert. Sie machen sich ständig Gedanken darüber, was man alles tun hätte können oder müssen, um solch eine Tat zu verhindern. Der Junge aus dem oberen Beispiel wurde ebenfalls von Schuldgefühlen verfolgt, wie sich bei Aufarbeitung der Vergangenheit in der Psychotherapie herausstellte. Dem 12-jährigen Kind wurde von der Mutter aufgetragen nach der Schule noch etwas einzukaufen. Als er nach Hause kam, stand jedoch der Notarzt vor der Wohnung und seine Mutter war tot. Der Junge machte sich Vorwürfe und dachte sich, dass er sie hätte aufhalten können, wenn er früher nach Hause gekommen wäre.

Die Wut

Ein weiterer Punkt den Vogt nennt ist Wut. Kinder die einen oder mehrere Suizide miterlebt haben, fällt es sehr schwer mit starken Gefühlen umzugehen, vor allem mit Wut. Betroffenen Kinder sind daher oft nur schwer im Stande ihre Wut zu zeigen und haben zugleich ein beträchtliches Verständnis dafür, wenn andere Probleme haben. Viele Kinder sind der Angst ausgesetzt, dass sie mit ihrer Wut zum Tod beigetragen hätten – denn wer hat als Kind nicht daran gedacht, wie es wäre wenn die Eltern tot wären? Und das ist auch der Grund warum sie sich nicht mit ihrer Umgebung auseinandersetzen. Die Angst, dass sie durch ihre Gedanken und Gefühle wieder jemanden töten könnten, ist ihr ständiger Begleiter. Die Betroffenen Personen suchen sich unbewusst PartnerInnen deren Suizidgefährdung hoch ist, mit dem Hintergedanken, wenigstens diese/n retten zu können.

Die Selbstentwertung

Der nächste Aspekt steht in Zusammenhang mit dem Vorigen. Kinder, deren Elternteile einen Suizid begannen, haben meist kein starkes Selbstwertgefühl, da sie der Meinung sind, dass ihre eigene Person keine Bedeutung und

Wichtigkeit hat, da die Eltern sonst nicht die Bindung zu den Kindern durch einen Suizid unterbrochen hätten. Eltern sind in der Entwicklung der Kinder sehr wichtig, da diese ihnen den Weg leiten. Kinder machen etwas, damit sie von ihren Eltern Anerkennung oder Lob erhalten. Wenn diese sich jedoch das Leben genommen haben, wird ihnen genau das Gegenteil vermittelt, nämlich dass sie nichts wert und unwichtig sind. Dies führt dazu, dass die Betroffenen auch noch als Erwachsene stark mit ihrem Selbstwert zu kämpfen haben.

Der Auftrag

Der Auftrag, sich selbst zu töten, richtet sich in diesem Fall an die Hinterbliebenen. Denn SuizidentInnen möchten nicht, dass es nach ihrem Tod weitergeht. Dieser Auftrag wird von Generation zu Generation weitergetragen, da es eine scheinbare Lösung für alle Probleme ist. Der ausschlaggebende Grund ist, dass die nächste Generation die Prämisse für einen weiteren Suizid, wegen den oben angeführten Aspekten hat. Man könnte sagen, dass ein Suizid andere nach sich zieht und sich daher wie ein roter Faden durch die Familiengeschichte zieht (vgl. Vogt 2007, S. 180ff).

7. SUIZIDE LAUT STATISTIKEN

7.1. SUIZIDRATE IM WELTVERGLEICH (ERHEBUNG 2002)

Die Grafik stellt die weltweite Suizidrate dar. Es wird ersichtlich, dass sowohl im europäischen, als auch im asiatischen Raum und in Australien die Suizidrate weltweit am höchsten ist. Der Vergleich zeigt mitunter, dass Österreich bei der Häufigkeit der Suizide im Spitzenfeld liegt.

Ebenfalls ist aus der Karte gut zu erkennen, dass Länder wie Nord- und Südamerika die geringste Suizidrate im weltweiten Vergleich aufweisen. Dies ist auf diverse Präventionskonzepte zurückzuführen, in die speziell in diesen Ländern viel Zeit und Geld investiert wird.

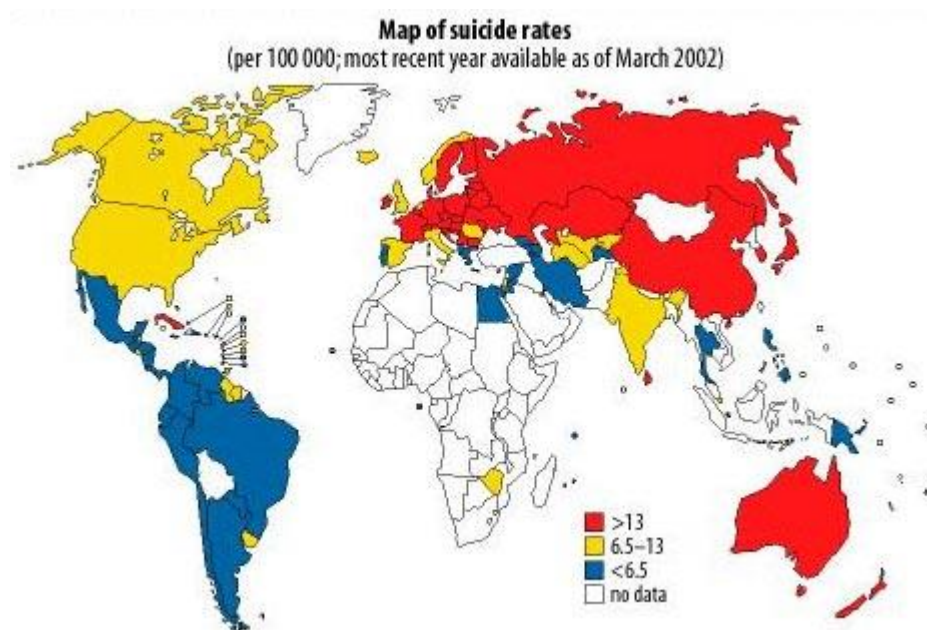


Abb. 4: Weltweite Suizidrate

7.2. SUIZIDRATE IM EUROPAVERGLEICH (2004 – 2008)

In der darauffolgenden Tabelle lässt sich gut erkennen, dass Österreich europaweit mit circa 14 Suiziden pro 100.000 Einwohnern, im Mittelfeld liegt. Zypern kann mit ungefähr zwei Suiziden pro 100.000 Einwohner die geringste Suizidrate nachweisen. Litauen hingegen hat europaweit die meisten Suizide, es sind mehr als das Doppelte von Österreich, nämlich an die 34 Personen pro 100.000 Einwohner.

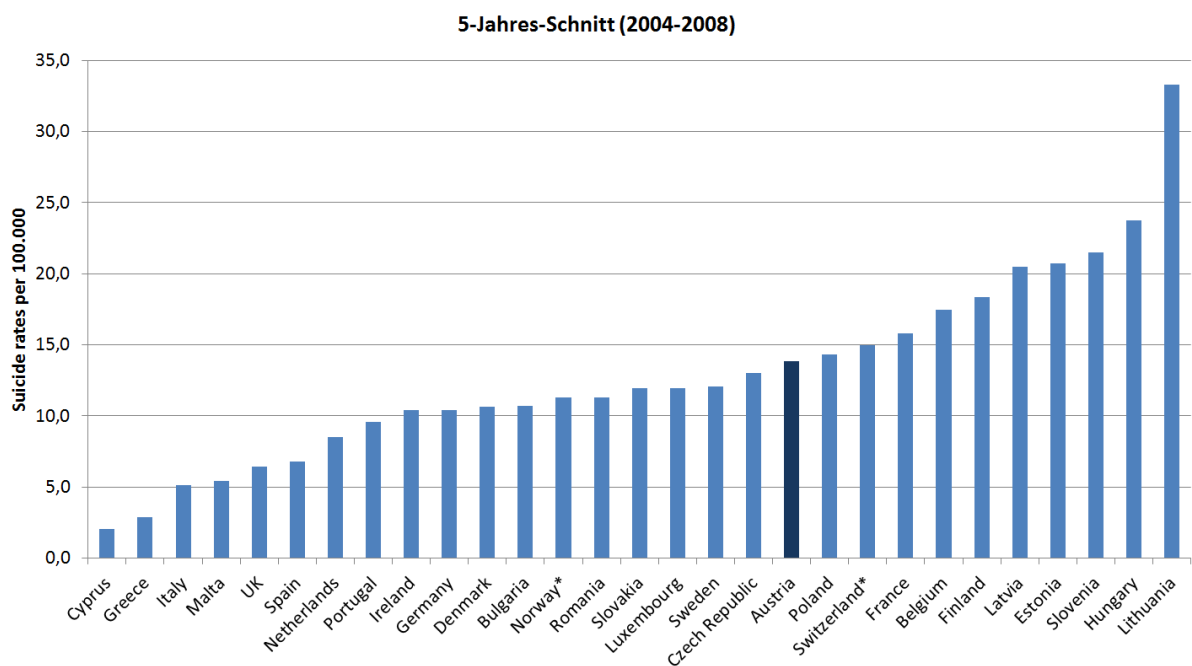


Abb. 5: Suizidrate im Europavergleich (2004 - 2008)

7.3. SUIZIDRATE IM ÖSTERREICHVERGLEICH (2013)

Aus der nächsten Tabelle ist gut zu entnehmen, dass die männlichen Personen deutlich mehr Suizide, als weibliche durchführen. Im Schul- und Jugendalter sind die Zahlen eher geringer und steigen erst im Laufe des Alters an. Bei den Männern ist besonders auffällig, dass sich speziell im Alter von 45 bis 55 Jahren die meisten das Leben nehmen.

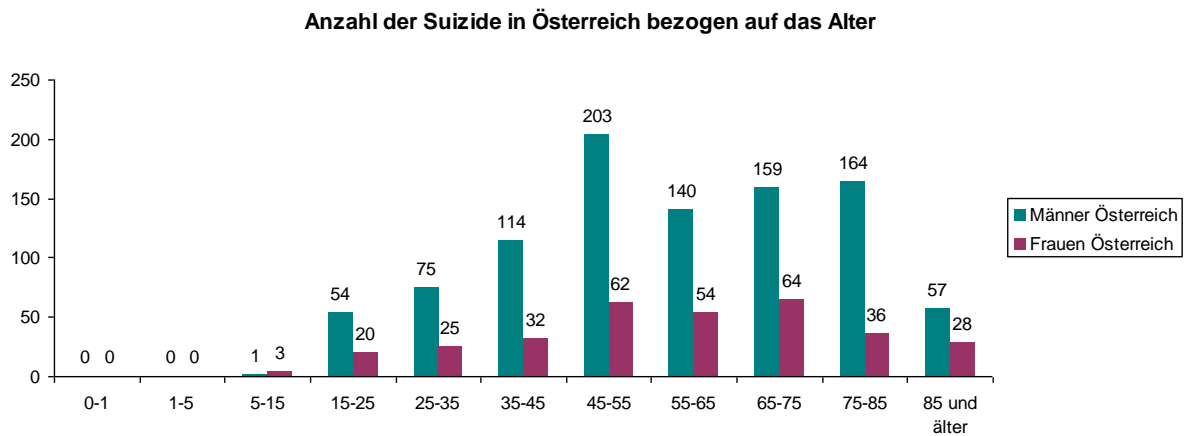


Abb. 6: Suizidrate in Österreich (2013)

7.4. SUIZIDRATE IM STEIERMARKVERGLEICH (2013)

Diese Tabelle ist der obigen sehr ähnlich. Steiermarkweit liegen die männlichen Personen wieder deutlich im Spitzenfeld, wobei im Alter zwischen 45 und 55 Jahren, aber auch von 75 bis 85 Jahren ein Anstieg der Suizide gut erkennbar ist. Im Schul- und Jugendalter sind es ein Fünftel Mädchen, die sich suizidieren.

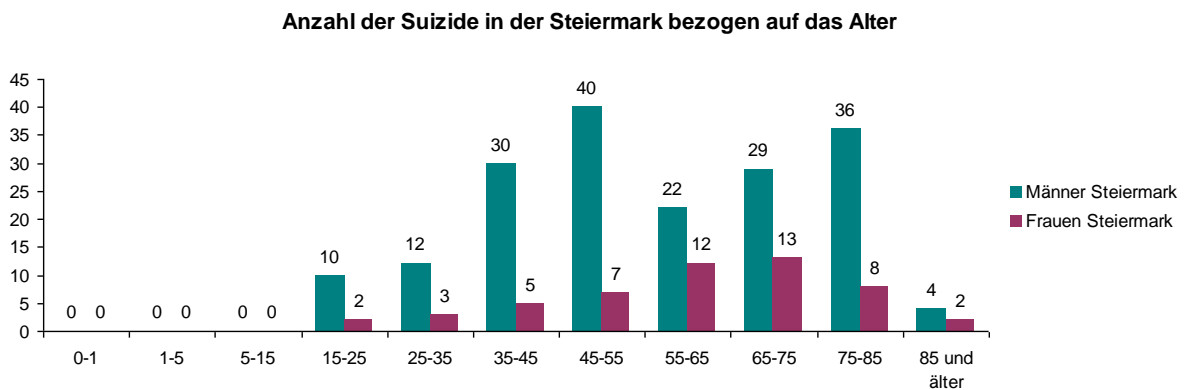


Abb. 7: Suizidrate im Steiermarkvergleich (2013)

7.5. ENTWICKLUNG DER SUIZIDRATE IN ÖSTERREICH UND DER STEIERMARK (1970 – 2012)

Die nächste Grafik zeigt die Entwicklung der Suizidrate in Österreich und im Speziellen in der Steiermark. Insgesamt kann man österreichweit einen eindeutigen Abfall der Kurve ab 1985 erkennen, wo die Suizidrate zweifellos am höchsten war. In der Steiermark sind die Suizide von 1970 bis 1985 angestiegen, danach sind sie kontinuierlich gefallen. Seitdem ist die Suizidrate eher konstant und die Zahlen weichen nur ein wenig nach oben und unten ab.

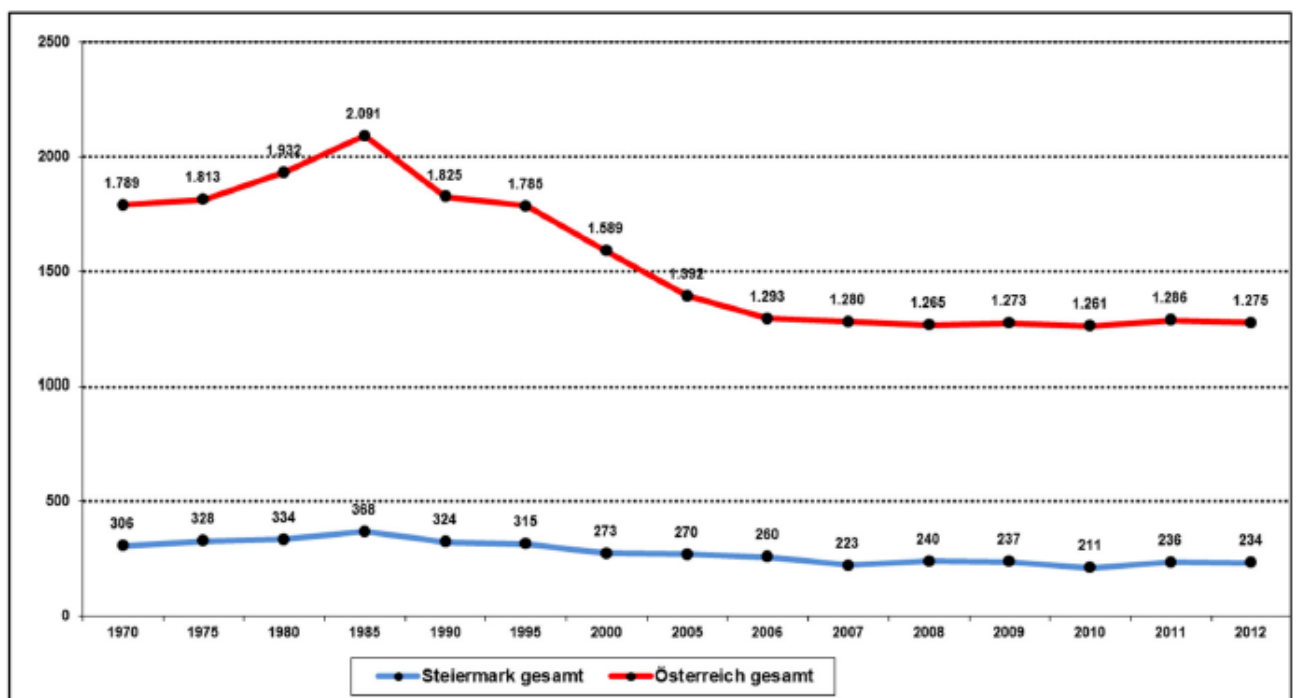


Abb. 8: Entwicklung der Suizidrate in Österreich (1970 – 2012)

7.6. SUIZIDRATE IM BUNDESLÄNDERVERGLEICH (2009 – 2011)

Auch im Bundesländervergleich lässt sich aus dieser Tabelle gut erkennen, dass die Steiermark die meisten Suizide aufweist. Im Burgenland hingegen sind statistisch am wenigsten Suizide.

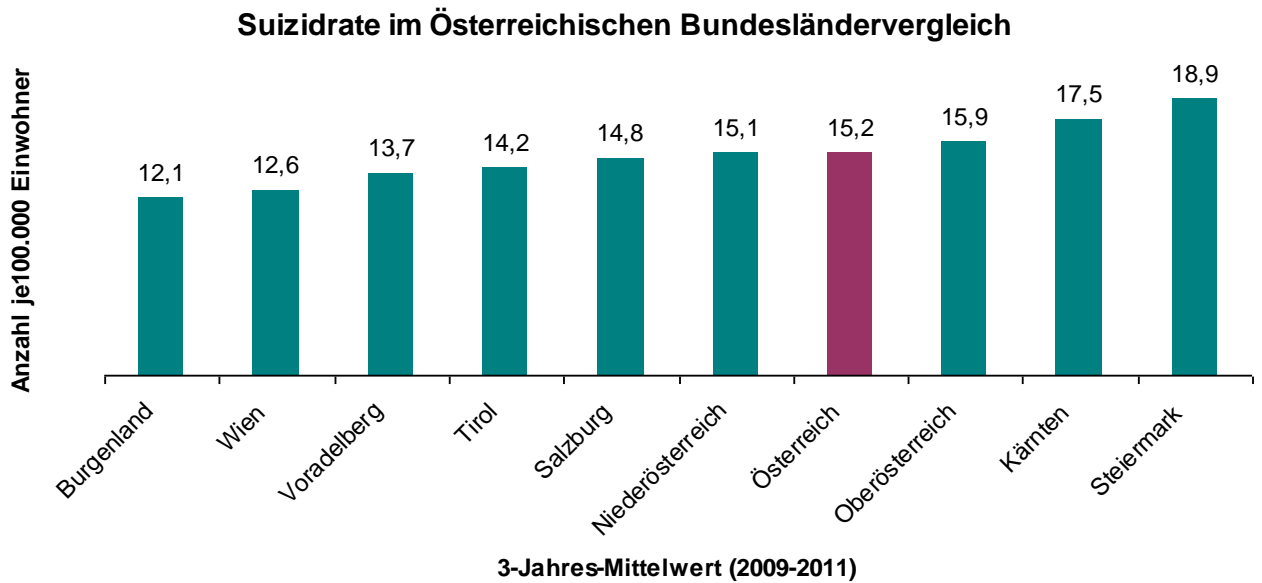


Abb. 9: Suizidrate im Bundesländervergleich (2009 – 2011)

7.7. SUIZIDRATEN IN AUSGEWÄHLTEN STEIERMÄRKISCHEN BEZIRKEN (2007 – 2011)

In der darauffolgenden Grafik ist gut ersichtlich, dass speziell in den Bezirken Voitsberg, Mürzzuschlag, Murau und Murtal die Suizidrate relativ hoch ist. Voitsberg ist mit 28,9 Personen pro 100.000 Einwohner Spitzenreiter, gefolgt von Mürzzuschlag, Murau und Murtal. Graz weist mit 15,3 Personen pro 100.000 Einwohner die geringste Suizidrate in der ganzen Steiermark auf.

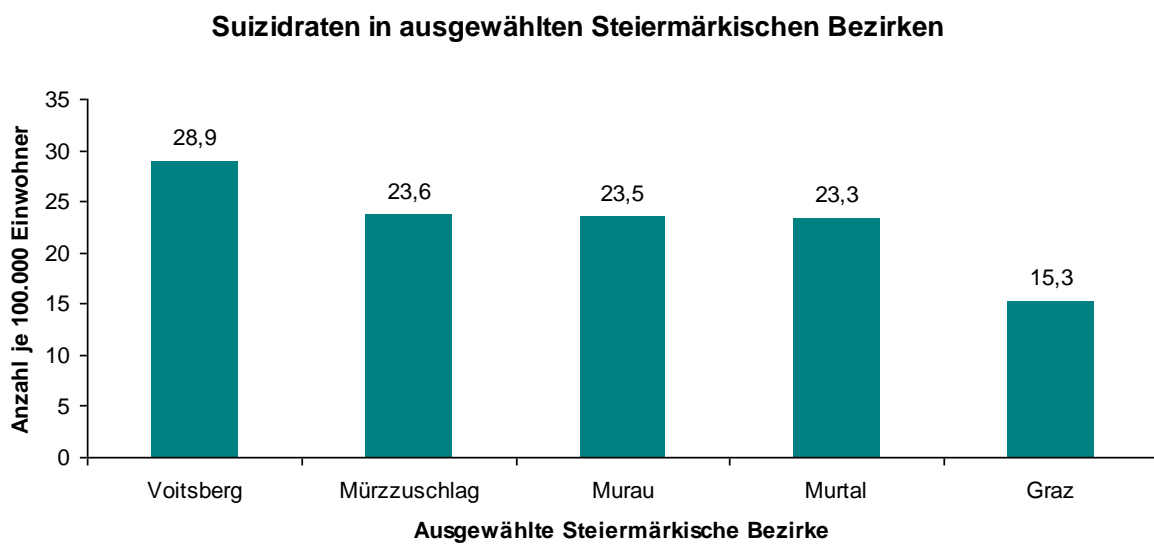


Abb. 10: Suizidraten in ausgewählten Steiermärkischen Bezirken (2007 - 2011)

II. EMPIRISCHER TEIL

8. ZIEL UND FRAGESTELLUNG

8.1. ZIELSETZUNG

In den darauffolgenden Kapiteln wird der empirische Teil der Arbeit dargestellt. Das Ziel der Untersuchung ist einerseits die Ermittlung von subjektiven Sichtweisen und Einstellungen der befragten ProbandInnen zum Thema Suizidalität und andererseits die Gewinnung eines Einblicks in die Möglichkeiten der Präventionsmaßnahmen.

Für die Erhebung wurde speziell die Obersteiermark herangezogen, da vor allem die Bezirke Murau und Mürzzuschlag schon seit Jahren eine hohe und kontinuierliche Suizidrate aufweisen.

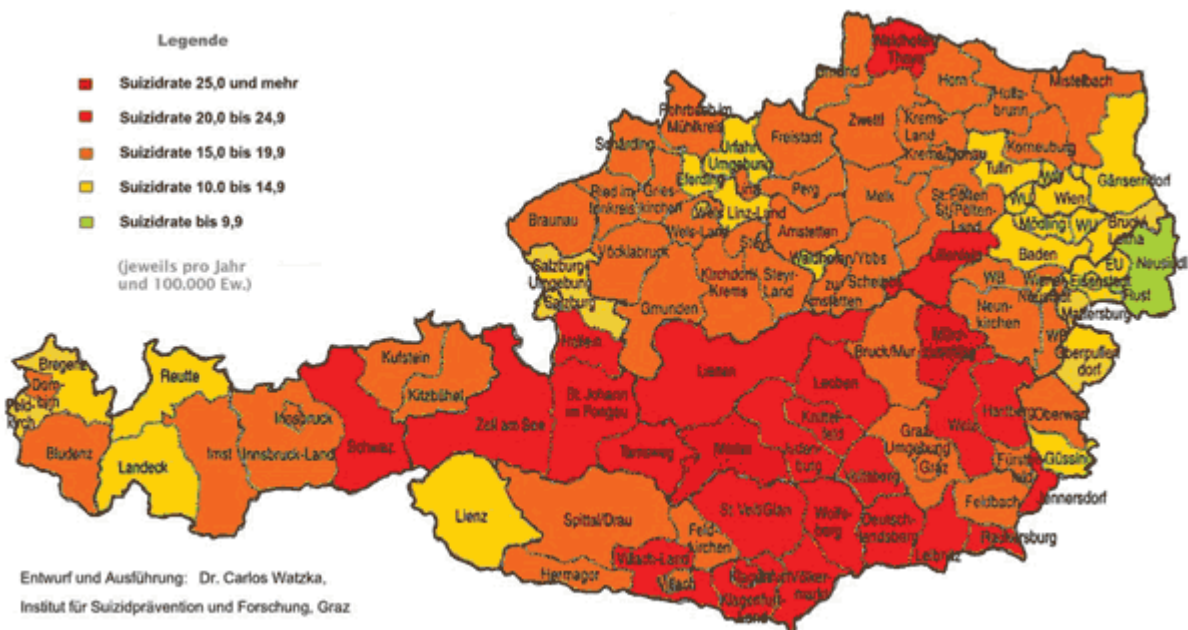


Abb. 11: Suizidraten in den Bezirken (2001 – 2009)

8.2. FORSCHUNGSFRAGE

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit den Einstellungen und Sichtweisen von SozialpädagogInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, StreetworkerInnen etc. zu Suizidalität und möglichen Präventionsmaßnahmen. Daraus hat sich für mich folgende Forschungsfrage ergeben:

Welche Einstellung haben sozialpädagogische Fachkräfte zu Suizidalität und welche Präventionsmaßnahmen können aus deren Sicht getroffen werden?

BeraterInnen und StreetworkerInnen vom PSN Judenburg, Knittelfeld und Murau und sozialpädagogische Fachkräfte vom Suizidpräventionsprojekt Steiermark Go On wurden diesbezüglich zu ihrer persönlichen Haltung gegenüber den Themen Suizidalität und Suizidprävention befragt.

9. FORSCHUNGSDESIGN

Im folgenden Kapitel werden die verwendeten Vorgehensweisen für die Erhebung der gewonnenen Daten genau erläutert und dargestellt.

9.1. ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Als Erhebungsverfahren wurde das problemzentrierte Interview gewählt und als Erhebungsinstrument diente ein halbstandardisierter Interviewleitfaden, der die Sichtweisen und Einstellungen zum Thema Suizid und Suizidprävention erfassen sollte.

„Mit dem Begriff des Leitfadens bezeichnet man ein mehr oder weniger strukturiertes schriftliches Frageschema. Es dient den InterviewerInnen bei der Interviewführung als Orientierungshilfe und Gedächtnisstütze und enthält sämtliche wichtige Fragen, sowie Hinweise, wie einzelne Frageblöcke eingeleitet werden sollten“ (Stigler/Felbinger 2012, S.141).

Des Weiteren ist ein Interviewleitfaden für den Interviewer von Vorteil, da man vor Beendigung des Interviews überprüfen kann, ob alle Schlüsselfragen besprochen und erörtert wurden. Man unterscheidet somit unter den Schlüsselfragen und den optionalen Fragen. Schlüsselfragen sind jene, die unbedingt gestellt werden müssen und bilden dadurch die übergeordneten Themenbereiche. Die optionalen Fragen werden auch als Subthemen bezeichnet und werden nur dann gestellt, wenn die interviewte Person bei der Beantwortung der Schlüsselfrage nicht auf die gewünschten Subthemen eingegangen ist (vgl. Stigler/Felbinger 2012, S. 141).

Es wurden sechs übergeordnete Themenbereiche mit jeweils mindestens zwei und höchstens vier Subfragen erstellt und formuliert. Zuvor wurden jedoch noch Probeinterviews mit Freunden und Familienmitgliedern durchgeführt, um etwaige Fehlerquellen zu korrigieren und eine gewisse Sicherheit beim Stellen der Fragen zu gewährleisten. Die übergeordneten Themenbereiche sind:

1. Warming up
2. Berufliche Erfahrungen
3. Umgang mit Suizidvorzeichen
4. Umgang mit Suizidversuch
5. Umgang mit Suizid
6. Praxisbezogener Zugang und Ausbildung

Der gesamte Interviewleitfaden ist unter Kapitel 14.1. im Anhang zu finden.

Es wurden gezielt ausgewählte ExpertInnen befragt. Es ist nicht klar definiert und ersichtlich, wie sich ExpertInnen von Laien, oder das ExpertInnenwissen vom Alltagswissen trennen lässt. Die Begriffsbestimmung erweist sich demzufolge als schwierig, da der Status von ExpertInnen, als einer von ForscherInnen verliehener Status zu verstehen ist. Das heißt die forschende Person geht bei der befragten Person immer von einer Kompetenzzuschreibung aus und interviewt für ein ExpertInneninterview demzufolge nur jene Personen, von denen sie sich Expertenwissen und Fachwissen erwartet (vgl. Meuser/Nagel 2009, S. 470ff.).

„Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass als Experte [sic!] angesprochen wird:

Wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/oder die Kontrolle einer Problemlösung,

Und damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. verfügt“ (Meuser/Nagel 2009, S. 469).

9.2. STICHPROBE

Da sich die Suche nach SozialpädagogInnen als schwierig erwies, musste das ursprüngliche Konzept ein wenig umgeändert werden. Zu Beginn sollte in verschiedenen Institutionen und ausschließlich mit SozialpädagogInnen geforscht werden.

Die endgültige Stichprobe besteht allerdings aus sechs Expertinnen und einem Experten. Darunter befinden sich ein/eine MitarbeiterIn des GO-ON Präventionsprojekt Steiermark in Murau, ein Streetworker, eine Streetworkerin und vier weitere Personen die entweder im Beratungszentrum Judenburg, Knittelfeld oder Murau tätig sind. Ihre Ausbildungen reichen von PsychologInnen über diplomierte SozialberaterInnen und diplomierte SozialpädagogInnen bis hin zu psychosozialen BeraterInnen, und ergeben so ein sehr umfangreiches und multiprofessionelles Team.

9.2.1. EXPERTINNEN



Interviewpartnerin 1

Psychologin



Interviewpartnerin 2

Psychologin



Interviewpartnerin 3

Psychosoziale Beraterin



Interviewpartnerin 4

Psychologin



Interviewpartnerin 5

Diplomierte Sozialarbeiterin



Interviewpartner 6

Pädagoge



Interviewpartnerin 7

Diplomierte Sozialpädagogin

9.2.1.1. GESCHLECHTERVERTEILUNG

Geschlechterverteilung

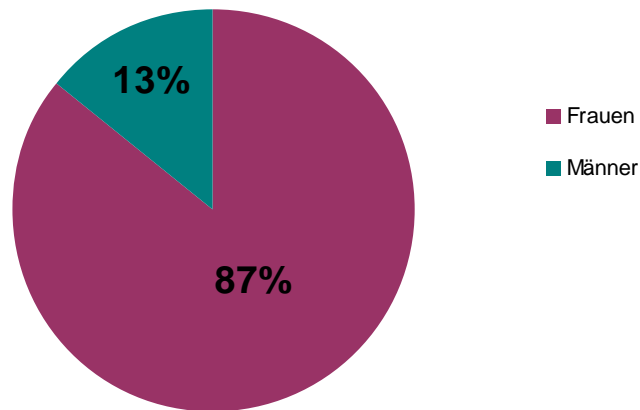


Abb. 12: Geschlechterverteilung der InterviewpartnerInnen

9.2.1.2. BERUFSVERTEILUNG

Berufsverteilung

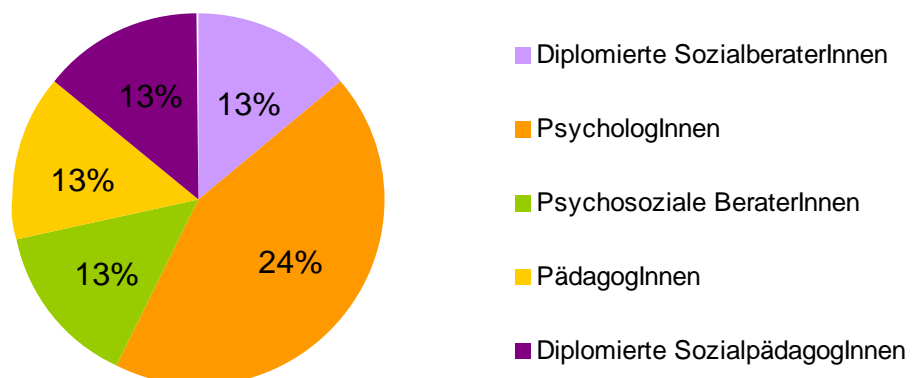


Abb. 13: Berufsverteilung der InterviewpartnerInnen

9.3. UNTERSUCHUNGSABLAUF

Der gesamte Erhebungszeitraum erstreckte sich von März 2015 bis Mai 2015. Im Jänner 2015 wurden zahlreiche Briefe und E-Mails an für die Studie interessante und passende Institutionen geschickt. Aufgrund von diversen Absagen bzw. ausgebliebenen Rückmeldungen wurde das Konzept kleinen Änderungen unterzogen und an die neuen Gegebenheiten angepasst.

Ende März 2015 wurde dann ein Interview mit einem/einer MitarbeiterIn vom Suizidpräventionsprojekt Steiermark „Go On“ und einem/einer seiner/ihrer KollegInnen geführt. Jener/jene MitarbeiterIn fungierte auch als VermittlerIn weiterer, potentieller InterviewpartnerInnen aus ihrer KollegInnenschaft.

Schlussendlich fanden sich insgesamt sieben Personen zusammen, die interviewt wurden, wovon sechs der Befragten in der Institution „Psychosoziales Netzwerk“ tätig sind.

Es wurden insgesamt sechs Interviews durchgeführt, wobei bei zwei Interviews zwei Personen gleichzeitig interviewt wurden, beziehungsweise die zweite Person sich in das Interview eingebunden hat.

Die Gespräche fanden in den jeweiligen Institutionen in Murau, Judenburg und Knittelfeld statt und hatten eine Dauer von 24 – 45 Minuten.

9.4. DATENAUSWERTUNG

Alle sechs Interviews wurden mittels Handy aufgenommen. Danach wurde die Transkription im herkömmlichen Textverarbeitungsprogramm „Microsoft Word“ vollzogen. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse mittels induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2000) mit Hilfe des Softwareprogramms MaxQda.

Folgende Auswertungsschritte wurden vorgenommen (vgl. Freiling/Gottwald 2008, S. 37):

- Transkription aller durchgeführten Interviews
- Entwicklung eines Systems thematischer Codes (MaxQda)

- Codierung von Textsegmenten
- Vergleich zwischen den einzelnen Interviews nach gleichen und unterschiedlichen Sichtweisen zu den abgefragten Themenbereichen
- Selektion einzelner Themen und Erstellung von Querschnittsthemen
- Generalisierung und Typologisierung der Aussagen
- Verarbeitung der Ergebnisse

9.5. COMPUTERUNTERSTÜTZTE DATENEINGABE MIT MAXQDA

Nachdem die Transkription der Interviews im „Microsoft Word“ abgeschlossen war, begann die Arbeit mit der Software MaxQda. Das Programm wurde kostenlos über den Universitätsserver benutzt. Um die Interviewtransskripte in der Software öffnen zu können, mussten sie zuvor in einem Rich-Text-Format (*.rtf) abgespeichert werden.

Daraufhin wurde ein Kategoriensystem (siehe Kapitel 10.5.1) aus dem Textmaterial generiert (induktiv), wobei hier aus der Theorie gebildete Kategorien (deduktiv) nicht berücksichtigt wurden, um eine unvoreingenommene Kategorienbildung zu gewährleisten. Richards (2002, S. 43) nennt dieses Verfahren „biduktiv“: Codes werden sowohl aus der Theorie, als auch der Empirie generiert (vgl. Heimgartner 2012, S.308).

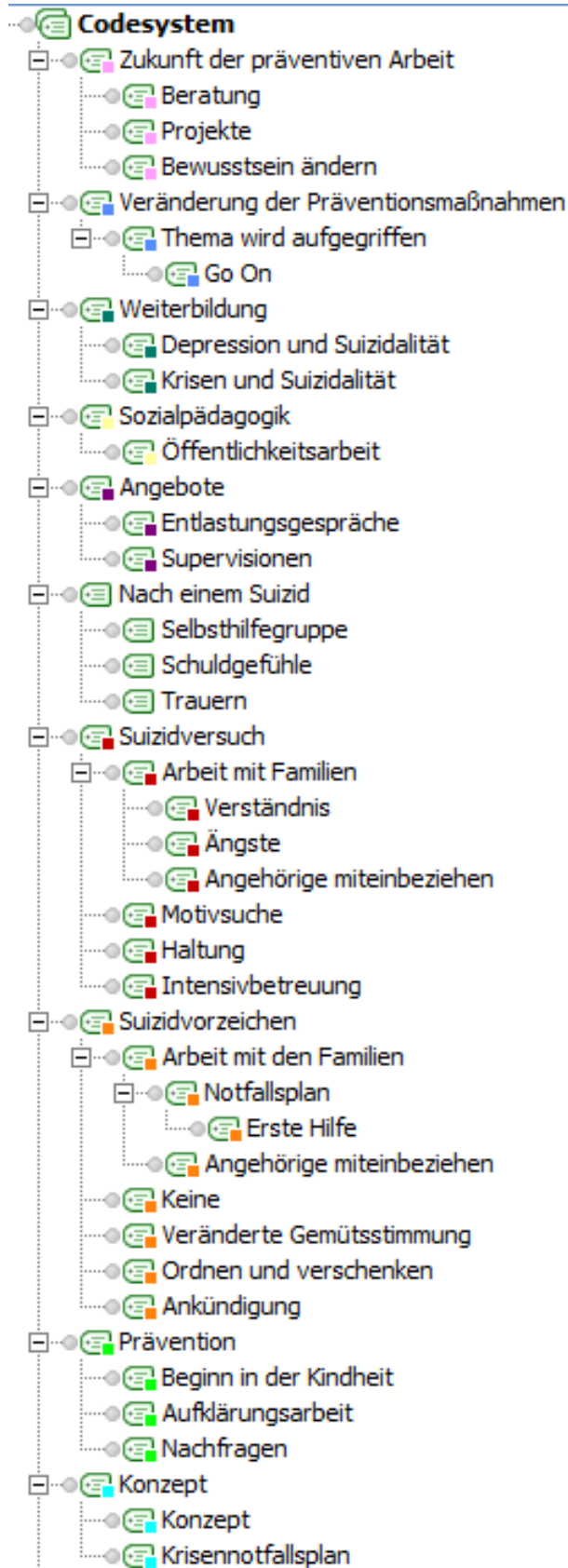
9.5.1. CODIERUNG

Hier wurden die jeweiligen Interviewpassagen den passenden, selbst erstellten Kategorien/Codes und Unterkategorien/Subcodes, zugeordnet. Darauffolgend konnten die verschiedensten Textsegmente aus den Interviews der adäquaten Kategorie oder Unterkategorie zugeordnet werden. Nachdem alle Textstellen aus den Interviews, welche wichtig und relevant für die Ergebnisse erschienen, codiert wurden, konnten in dem Programm MaxQda, alle Textsegmente einer gewählten Unterkategorie „aktiviert“ werden. Folge dessen erschienen gesammelt, aus allen Interviews jene gemeinsamen Textpassagen, die zuvor dieser aktivierten Kategorie oder Unterkategorie zugeordnet wurden. So scheinen zum Beispiel bei der Auswahl des Themas „Tabu in der Gesellschaft

bezüglich Suizid“ alle codierten Textsegmente von allen interviewten Personen, die etwas zu diesem Thema gesagt haben, auf. Dieser Vorgang soll dazu dienen, Ergebnisse zu den verschiedensten Themen zu erhalten und dementsprechend auch gegenüberstellen zu können.

9.5.2. KATEGORIENSYSTEM

Hier ein kleiner Überblick über die einzelnen Kategorien und Unterkategorien.



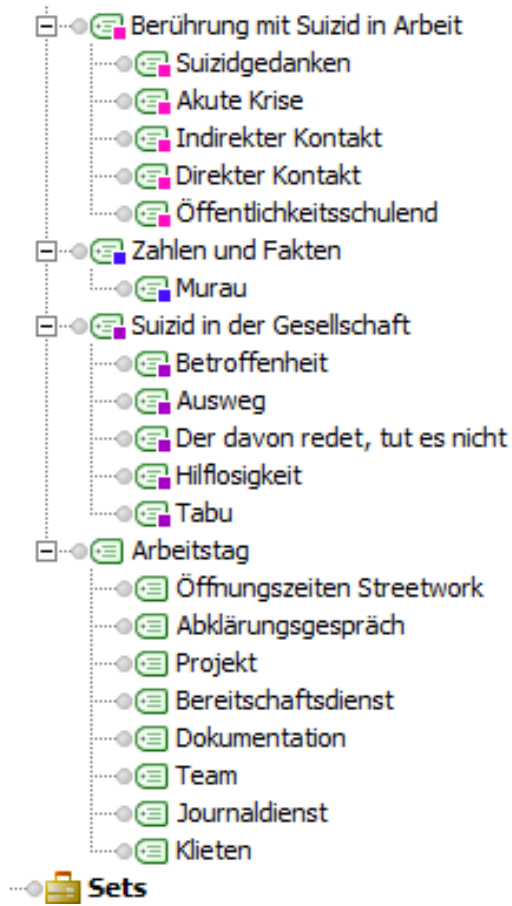


Abb. 14: Codesystem

10. DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie geschildert. Der Gliederung der Ergebnisse liegen die ausgewerteten Kategorien zugrunde, welche wiederum aus den übergeordneten Themen des Interviewleitfadens gewonnen wurden.

10.1. ARBEITSTAG

Die ExpertInnen erwähnten alle, dass sie keinen typischen Arbeitsalltag haben. In den Beratungszentren wird der Arbeitstag hauptsächlich von Abklärungsgesprächen, Journaldienste, Bereitschaftsdienste, Teamsitzungen, Dokumentationen und von KlientInnengesprächen geprägt, worauf in den darauffolgenden Punkten genauer eingegangen wird.

10.1.1. ABKLÄRUNGSGESPRÄCH

Im Beratungszentrum selbst gibt es Abklärungsgespräche, die zu Beginn mit den KlientInnen durchgeführt werden. Das heißt, die KlientInnen bekommen am Telefon einen Termin (in den Journaldienstzeiten), kommen dann in die Institution und schildern zuerst einmal ihre Situation und ihre Probleme. Danach wird geschaut welche Beratung zu der Person am besten passen könnte. Ob es eher um Paarprobleme, Familienprobleme, Erziehungsprobleme etc. geht. Verdeutlicht wird dies anhand folgenden Zitats:

„Und das andere ist, dass ich auch Erstgespräche mach – Abklärungsgespräche – das heißt die Leute, die im Journaldienst einen Termin bekommen haben, kommen dann das erste Mal zu irgendjemanden von uns da her, dann macht man ein Abklärungsgespräch, schaut noch einmal wie am Telefon – [...] – und wenn er dann da ist, schaut man dann genauer, was ist das Thema, was hat er für ein Ziel, ist er bei uns überhaupt richtig, wird das ausreichen was wir bieten

können, oder braucht es noch zusätzlich eine Untersuchung beim Facharzt, oder geht es um eine psychologische Diagnostik“ (IP3, Z. 12-19).

10.1.2. JOURNALDIENST

Zugleich gibt es in der Einrichtung Journaldienste, sprich in den Öffnungszeiten ist immer jemand zu erreichen, es gibt sozusagen immer einen/eine MitarbeiterIn, der/die am Telefon sitzt. Sie versuchen dann die Situation abzuklären und geben der Person dann entweder einen Termin, oder verweisen sie an eine andere Institution, die für jenes Problem, oder Thema spezialisiert sind. Verdeutlicht wird dies durch dieses Zitat:

„Oder ich mache eben einen Journaldienst, das gehört auch zu unseren Tätigkeiten, wo man dann am Telefon sitzt. Meistens ist das so ein Zweistundenblock. Und wo man eben die eingehenden Anrufe annimmt und schaut, oder versucht abzuklären, was derjenige braucht. Ihm entweder gleich einen Termin gibt, oder an die richtige Stelle weiter verweist, das ist auch so eine Tätigkeit“ (IP4, Z. 20-24).

10.1.3. BEREITSCHAFTSDIENST

Etwas ganz Wichtiges und Besonderes meiner Meinung nach ist der Bereitschaftsdienst. Dieser Dienst wird ebenfalls in den Öffnungszeiten in den Beratungszentren verrichtet, es ist immer ein/eine BeraterIn dafür eingeteilt. Das heißt, wenn eine Person in die Beratungsstelle kommt und sich in einem krisenhaften Zustand befindet, dann ist der Bereitschaftsdienst gefragt. Meiner Ansicht nach ist es wichtig, dass gleich in dieser Situation jemand Zeit hat und sich um die Person kümmert. Denn wenn diese Person schon den Schritt wagt und in ein Beratungszentrum geht um sich Hilfe zu holen, dann sollte die Person nicht zurück gewiesen werden, sondern es sollte unmittelbar gehandelt werden. Verständlicher wird das durch dieses Zitat:

„Das heißt Bereitschaftsdienstzeiten sind offizielle Öffnungszeiten, da kann jeder kommen [...]. Der irgendwie gerade eine Krise hat oder ein Problem, da sind wir Anlaufstelle. Und dann ist es bei uns so geregelt, dass diese Person, die Bereitschaftsdienst hat, auch wenn sie einen Kliententermin hat, vom Sekretariat verständigt wird, dass eben jemand Krisenhafter da ist“ (IP2, Z.25-29).

10.1.4. DOKUMENTATION

Ein weiterer wichtiger Punkt, der in den Arbeitsalltag der ExpertInnen mit einfließt, ist die Dokumentation. Bei einer einstündigen Beratung haben die BeraterInnen im Durchschnitt eine dreiviertel Stunde Zeit für ihre KlientInnen. Die restliche viertel Stunde soll dazu dienen, um das zu protokollieren, was man alles gemacht hat und um den Raum wieder so herzurichten, damit der/die nächste KlientIn empfangen werden kann. Dokumentiert wird jeder Termin, dazu wird ein eigenes Datenerfassungssystem verwendet. Sollte also irgendeinmal etwas passieren, kann man nachschauen, was man alles gemacht hat, wie man gehandelt hat, ob irgendwelche Auffälligkeiten in den letzten Terminen wahrgenommen wurden – einfach auch zur Absicherung und um qualitätssichernd arbeiten zu können. Nachgewiesen werden kann dies mit folgender Aussage:

„Und natürlich müssen wir auch dokumentieren. Also wir müssen ja alles, was wir mit den Klienten arbeiten mitdokumentieren. Das heißt wir haben ein eigenes Datenerfassungssystem, wo wir das alles eintragen müssen.“ (IP2, Z. 12-14).

10.1.5. TEAM

Die Erfahrung zeigt, dass Teamsitzungen etwas ganz Wertvolles und Wichtiges sind, um seinen Job überhaupt gut machen zu können, meiner Meinung nach. Da man ja doch oft mit härteren Fällen und Geschichten konfrontiert ist, ist es auf jeden Fall von großer Bedeutung, wenn man sich untereinander austauschen

kann und um Rat oder Unterstützung bei den KollegInnen anfragen kann. Die Teamsitzungen finden jede Woche statt und dauern in der Regel zweieinhalb Stunden. Demzufolge sind diese wöchentlichen Treffen mit Sicherheit qualitätssichernde Maßnahmen, um eine gute Arbeit zu leisten. Verdeutlicht wird dies durch folgende Aussagen:

- *„Wir haben jede Woche ein zweieinhalbstündiges Team [...]“ (IP4, Z. 25-26).*
- *„Und nicht zu vergessen, die Teamsitzungen, [...]“ (IP3, Z. 24).*
- *„Und ein anderer Teil unserer Arbeit ist halt der Austausch mit den Kollegen, im Sinne von Teamsitzungen [...]“ (IP2, Z. 8-10).*

10.1.6. PROJEKT

Von dem Suizidpräventionsprojekt Go On wird hauptsächlich öffentlichkeitsbewusstseinsbildende Arbeit geleistet. Das heißt die ExpertInnen halten öffentliche Vorträge für Multiplikatoren, sprich für verschiedenste Berufsgruppen, die im Weitesten mit dem Thema Suizidalität befasst sind, oder sein könnten. Das können zum Beispiel ÄrztInnen, Pfarrer, mobile Dienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen, LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen und viele mehr sein. Aber auch über diverse Vereine (gerade am Land) versucht man die Menschen damit zu erreichen, um die Themen wie Krise, Suizidalität und der Umgang damit ein bisschen aus dem Tabu zu bringen.

„Unser Auftrag ist in den Regionen – es ist ein steiermarkweites Projekt – und wir sind immer schwerpunktmäßig für Regionen zuständig. So wie ich für Murau und Murtal zuständig bin. Und wir haben da einen öffentlichkeitsschulenden Auftrag“ (IP1, Z. 3-6).

Aber auch die Streetworker bieten immer wieder Vorträge zu verschiedensten Themen an, die aktuell sind und Jugendliche betreffen. Es werden auch einige Schulvorträge gehalten zu Themen wie Sucht, Mobbing, Sexualität, Suizidalität natürlich und vielem mehr. Hauptsächlich wird auf das eingegangen, was Jugendliche in ihrer Pubertät betrifft und beschäftigt.

„[...] oder Schulvorträge. Also morgen sind wir wieder in einer Schule, am Vormittag“ (IP6, Z. 14-15).

10.2. SUIZID IN DER GESELLSCHAFT

10.2.1. TABU

Suizid ist nach wie vor ein großes Tabuthema in unserer Gesellschaft. Niemand möchte darüber reden, trotzdem ist das Thema sehr präsent und beschäftigt viele Menschen. Denkt man allein über Suizid im Bekannten- oder Verwandtenkreis nach, ist erschreckend, dass einem mit Sicherheit mindestens ein Suizid einfällt. Alle ExpertInnen haben auf diese Frage gleich geantwortet. Sehr deutlich wird dies durch folgende Zitate:

- *„[...] Suizid ist nach wie vor so ein bisschen ein Tabuthema in der Gesellschaft“ (IP6, Z. 23-24).*
- *„Ich glaube, dass es immer noch ein ganz starkes Tabuthema ist – leider“ (IP4, Z. 40).*
- *„Ja ich glaube, dass das immer noch ein Tabuthema ist“ (IP3, Z. 32).*
- *„Und wir bewegen uns noch immer in einem Thema des Tabus“ (IP1, Z. 38).*

10.2.2. HILFLOSIGKEIT

Aus den Interviews geht hervor, dass viele Menschen mit dem Thema Suizid überfordert sind und sich einfach hilflos fühlen. Sie haben eher Angst, etwas falsch zu machen, immerhin geht es um das Leben.

- *„Also ich glaube, dass aus der Hilflosigkeit heraus auch ganz viel geschwiegen wird. Zu sehr von der Angst besetzt, um sich damit zu konfrontieren“ (IP4, Z. 59-60).*
- *„Und ich glaube ein ganz wichtiger Aspekt ist – also nach den Vorträgen und Schulungen, auch immer angesprochen wird – warum manche so schwer darüber reden, das ist eine Hilflosigkeit. Ganz klar. Man will nichts falsch machen“ (IP1, 55-57).*

10.2.3. DER DAVON REDET, TUT ES NICHT

Viel zu oft hört man Sprüche wie: „Der davon redet, sich das Leben zu nehmen, tut es sowieso nicht!“ Das stimmt jedoch nicht. Es muss auf jeden Fall ernst genommen werden, wenn eine Person so über ihr eigenes Leben denkt und dies äußert. Auch in der Literatur wird davon gesprochen, dass die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, oder sich tatsächlich das Leben nehmen, es zuvor direkt oder indirekt ankündigen. Auch hier müssten die Menschen viel hellhöriger und sensibler werden und nachfragen. Folgende Zitate dienen zur Verstärkung:

- *„[...] ernst nehmen muss man es auf jeden Fall, wenn jemand darüber spricht. Also dieser Spruch: ‚Der was es sagt, tut es nicht.‘ ist ja totaler Humbug. Jeder der einmal darüber spricht, oder mit dem Gedanken gespielt hat ist gefährdet. Zumindest längerfristig“ (IP4, Z. 170-173).*
- *„Oder, diese Irrmeinung, einer der immer davon redet, der tut es eh nie“ (IP3, Z. 42-43).*

10.2.4. AUSWEG

Suizid wird laut ExpertInnen auch oft als ein möglicher Ausweg und als Lösung von der Gesellschaft angesehen, um aus einer Situation zu fliehen, in der man sich einfach nicht mehr raussieht und demzufolge dem Leben ein Ende setzen möchte. Es muss nicht unbedingt eine Situation oder eine Krise sein, sondern kann sich auch über mehrere Jahre oder Jahrzehnte aufbauen.

„Also prinzipiell ist es in der Gesellschaft immer noch verankert, sag ich einmal – nicht stark verankert – aber verankert, als ein möglicher Ausweg [...]“ (IP2, Z. 44-46).

10.2.5. BETROFFENHEIT

Suizid löst in der Gesellschaft schon eine tiefe Betroffenheit und ein gewisses Mitgefühl aus. Jedoch ist es meistens so, dass es die Mitmenschen sehr berührt, sie aber oft nicht wissen, wie sie reagieren sollen.

„...aber fast jeder Mensch sehr betroffen reagiert. Also jetzt persönlich betroffen oder nicht“ (IP1, Z. 50-51)

10.3. ZAHLEN UND FAKTEN

10.3.1. BEZIRK MURAU

Speziell der Bezirk Murau rückt durch seine hohen Suizidraten in ein bestimmtes Blickfeld. Warum gerade hier so viele Suizide passieren, kann an der Perspektivenlosigkeit liegen, da es nicht so viel Arbeit gibt und man doch relativ abgeschieden ist. Die ExpertInnen erwähnen auch, dass sich oft die Suizide wie ein roter Faden durch die Familiengeschichte zieht und dieser Kreislauf schwer zu unterbrechen ist. Im Bezirk Murau gibt es laut Polizei circa alle sechs Wochen einen Suizid. Verdeutlicht wird dies durch diese Zitate:

- *„Ich glaube schon, dass es viel die Perspektivenlosigkeit ist in Murau. Es gibt fast keine Arbeit, du bist relativ abgeschieden, sage ich jetzt einmal – wo die Suizide in Murau statt finden, kann man ja auch irgendwie punktuell ein bisschen festhalten. Also die umliegenden Gemeinden sind da halt schon eher betroffen“ (IP6, Z. 202-205).*
- *„Und der Bezirk Murau ist innerhalb der Steiermark ein Bezirk, wo wir von der Polizei erfahren haben und laut Statistik wissen, dass da so ungefähr alle 6 Wochen ein Suizid stattfindet. Und bekannt ist aber auch, dass man ungefähr das 10 bis 20 fache annehmen kann, dass Suizidversuche passieren [...]“ (IP5, Z. 40-43).*
- *„[...] Murau ist ja vom Bezirk her immer der, der am meisten von Suiziden betroffen ist und da ist das richtig verwoben. Also es gibt ganz, ganz viele Familien, wo zumindest ein Suizid war“ (IP2, Z. 50-52).*

10.4. BERÜHRUNG MIT SUIZID IN DER ARBEIT

10.4.1. ÖFFENTLICHKEITSSCHULENDE ARBEIT

Vor allem das Suizidpräventionsprojekt Go On und die Streetworker haben diesen öffentlichkeitsschulenden Auftrag im Fokus. Man versucht die Menschen zu erreichen, sie auf dieses wichtige Thema aufmerksam zu machen und sie zu sensibilisieren. Genauer geht dies aus den folgenden Zitaten hervor:

- *„Eigentlich nur in Form von Schulvorträgen, wo wir einfach über das Thema Suizid reden [...]“ (IP6, Z. 36).*
- *„Wir sind nicht hier, wie im Beratungszentrum, wo wir dann auch Suizidberatung machen, sondern wir haben diesen öffentlichkeitsschulenden Auftrag“ (IP1, Z. 70-71).*

10.4.2. DIREKTER KONTAKT

Da sehr viele KlientInnen mit den Themen Suizid, suizidale Einengungen bis hin zu Krisen konfrontiert sind, kommen die ExpertInnen laufend damit in Berührung. Hin und wieder kommt es auch vor, dass eine Person ihren Termin nicht wahrgenommen hat und die ExpertInnen dann im Nachhinein erfahren, dass der- oder diejenige verstorben ist und sich suizidiert hat. Es ist aber auch schon vorgekommen, dass sich die KlientInnen noch vor dem Suizid, von den BetreuerInnen verabschieden wollten. Ein Beispiel: Eine Klientin hat kurz vor ihrem Suizid die Expertin angerufen und ihr per Telefon gesagt, dass sie sich jetzt suizidieren wird – das sie auch erfolgreich durchgeführt hat – und was für die Expertin natürlich sehr dramatisch war. Verdeutlicht wird dies durch die folgenden Zitate:

- *„Direkt komme ich im Klientenkontakt immer wieder mit dem Thema Suizid in Berührung. Leider habe ich auch voriges Jahr den Verlust von einem Klienten durch Suizid erlebt – direkt. Das war für mich sehr belastend. Das allerschlimmste war für mich, dass mich der Klient vorher noch angerufen hat und gesagt hat, er macht es jetzt. Also er hat es angekündigt. Er wollte sich noch von mir verabschieden – er hat dann aufgelegt und das Handy ausgeschaltet. Da ist es mir nicht gut gegangen“ (IP4, Z. 64-69).*
- *„Aber [...] im Beratungszentrum allgemein, haben wir immer wieder Fälle, also Gott sei Dank ganz, ganz wenige, die gerade in Behandlung sind, also vor allem ehemalige Klienten oder Leute, die kommen hätten sollen, wo wir dann mitbekommen, [...] die Person ist verstorben und hat sich suizidiert [...]“ (IP2, Z. 65-71).*
- *„[...] weil es immer wieder bei Klienten suizidale Gedanken bis hin zu suizidalen Einengung gibt. Insofern komme ich über Klienten natürlich zu dem Thema“ (IP5, Z. 49-51).*

10.4.3. INDIREKTER KONTAKT

Da sich ein paar der ExpertInnen in einer leitenden Position befinden, kommen sie demzufolge auch indirekt mit dem Thema Suizid in Berührung. In den einzelnen Teamsitzungen, Fallbesprechungen etc. muss oft abgewogen werden, wie ernst etwas ist, wie weiter vorgegangen wird und wie die betroffenen MitarbeiterInnen damit umgehen. Insofern kennen die leitenden ExpertInnen die KlientInnen ihrer MitarbeiterInnen nicht direkt, müssen aber dennoch ihre KollegInnen dabei unterstützen, die richtige Entscheidung zu treffen.

*„Und indirekt bin ich insofern konfrontiert, als dass ich als Leitung in dieser Einrichtung ja auch viel Verantwortung habe [...]. Und immer wieder ist zum Abwiegen, wie geht man damit um, wie geht der einzelne Mitarbeiter damit um. Da trage ich schon auch immer ganz viel Verantwortung mit. Letztendlich muss ich dann auch oft Entscheidungen treffen, oder den Mitarbeitern - abnehmen jetzt nicht, aber sie dabei unterstützen, die richtige Entscheidung zu treffen“
(IP4, Z. 87-93).*

10.4.4. AKUTE KRISE

Oft kommen Personen in das Beratungszentrum, die sich in einer akuten Krise befinden und wo dann auch unmittelbar gehandelt werden muss. Denn wenn Menschen suizidal sind, gehören sie unbedingt an eine Stelle weiterverwiesen, wo sie die dementsprechende professionelle Hilfe erhalten. Entweder zu einem Arzt, oder aber auch weiter in den Standort Süd.

„[...] die wir dann weiter verweisen können. Also da schauen wir dann halt, dass sie gleich professionelle Hilfe bekommen und über den Arzt den Weg ins LSF finden – es heißt jetzt nicht mehr LSF, sondern LKH Graz Süd-West“ (IP2, Z. 77-80).

10.4.5. SUIZIDGEDANKEN

Ebenfalls sind die ExpertInnen häufig mit dem Thema Suizidgedanken in ihrer Arbeit konfrontiert. Fakt ist, dass sich einfach sehr viele KlientInnen Äußerungen zu Suizidgedanken machen und je konkreter die Äußerung, desto gefährlicher ist es, dass die Person dies auch wirklich umsetzt.

„[...] es kommen Leute die sagen – ich denk daran, eigentlich mag ich nicht mehr, ich kann nicht mehr. Und ich arbeite ja hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen und da ist es natürlich auch einfach Thema“ (IP3, Z. 53-56).

10.5. KONZEPT

Die ExpertInnen im Beratungszentrum arbeiten nach einem Konzept, das speziell für das Thema Suizidalität entwickelt wurde.

„Wir haben für dieses Thema ein eigenes Konzept entwickelt. Ein wichtiges Element dafür ist, dass man Suizid wahr nimmt. Wir klären das immer ganz genau ab, wir sprechen das an und wir betreuen unsere Klienten auf vielen Ebenen. Also Ganzheitlich kann man fast sagen [...]“ (IP3, Z. 69-71).

Im Allgemeinen ist es so, dass sich das Schulungskonzept von dem Suizidpräventionsprogramm Go On auf die WHO und SUPRA ausrichtet. Verstärkt wird dies durch folgende Zitate:

„Grundsätzlich hat Go On ein eigenes Konzept [...] nach dem wir vorgehen. Wir richten uns natürlich nach der WHO, wie auch nach den 10 Punkten von SUPRA – also diese Risikogruppen [...]“ (IP1, Z. 77-79).

10.5.1. KRISENNOTFALLSPLAN

Unter anderem gehört auch der Krisennotfallsplan auch zu dem Konzept des Beratungszentrums. Dieser Notfallsplan ist ein Leitfaden zum Umgang mit Suizidalität und soll dazu dienen, dass man weiß wie man handeln soll, oder

welche Schritte als Nächstes zu befolgen sind, wenn einem eine suizidgefährdete, oder krisenhafte Person gegenüber sitzt. Jener Plan befindet sich am Schreibtisch und soll den ExpertInnen einfach helfen und in ihrer weiteren Vorgehensweise unterstützen. Er ist aber auch für die suizidale Abklärung von großer Bedeutung und Notwendigkeit. Zudem sind alle unmittelbaren ÄrztInnen etc. aufgelistet. Ebenfalls muss der Suizidleitplan in jedem Büro griffbereit sein, sodass die ExpertInnen ihn jederzeit parat haben.

- *„Denn wenn jemand einem gegenüber sitzt, wo man merkt, da ist es jetzt eng, der redet davon, dass er sich umbringen will und der scheint schon mit dem Gedanken zu spielen. Dann kann ich, wenn ich mir unsicher bin, diesen Krisennotfallsplan eben so ein bisschen zur Hilfe ziehen. Erstens habe ich alle Fachärzte drinnen, das ist ganz wichtig – um schnell einen Kontakt herstellen zu können“ (IP4, Z. 109-113).*
- *„Also wir haben auch einen Leitfaden zum Umgang mit Suizidalität, den wir auch alle in unserem Raum griffbereit haben müssen und nach dem gehen wir dann auch vor und stellen gezielt Fragen“ (IP3, Z. 118-119).*

10.6. PRÄVENTION

10.6.1. NACHFRAGEN

Die ExpertInnen erwähnen immer wieder wie wichtig es ist nachzufragen. Man sollte keine Scheu vor dem Nachfragen haben, die Sachen beim Namen nennen und einfach gezielt Fragen stellen. Aber auch hellhörig sein, wenn jemand zum Beispiel einen Scherz darüber macht und Sprüche von sich gibt, wie zum Beispiel: „Da kann ich mir ja gleich die Kugel geben!“ Wenn man das hört, sollte ebenfalls nachgefragt werden, denn mit solchen Aussagen ist nicht zu scherzen. Denn selbst wenn die Person den Entschluss schon getroffen hat sich zu suizidieren und die Tat schon vorbereitet hat, ist es möglich die Person durch irgendeine Ablenkung zu hintern. Zur Verstärkung dieser Vorstellung werden folgende Zitate herangezogen:

- *„Aber es ist nie zu spät, etwas zu bemerken oder auch anzudocken und nachzufragen, wenn ich bemerke jemanden geht es schlecht. Ich muss nicht die Lösung für den Menschen haben, aber ihn vielleicht wahrnehmen und ihm vielleicht auch sagen, wo er sich Hilfe holen kann“ (IP5, Z. 120-123).*

- *„Und sei es auch nur hellhörig zu sein, wenn jemand so einen Scherz darüber macht. So auf die Art, da kann ich mich ja gleich die Kugel geben, oder den Strick habe ich eh schon draußen im Auto. Das wird ja oft so im Gasthaus am Stammtisch - und wenn jeder lacht, nicht? Und da hellhörig zu sein und da vielleicht auch nachzufragen. ‚Du, wie hastn du das wirklich gemeint, ist da was dahinter? Ist der Strick wirklich schon im Auto?‘ Und da zeigt dann schon auch die Reaktion von demjenigen. ‚Ah, ich habe nur einen Spaß gemacht.‘ Aber da dann letztlich aber auch zu sagen: ‚Du, das ist aber kein Spaß. Damit macht man keinen Spaß‘“ (IP5, Z. 102-109).*

- *„Konkret nachfragen und sich nicht zu scheuen, die Dinge beim Namen zu nennen. Wirklich zu sagen: ‚Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, Sie sind des Lebens überdrüssig, dass sie nicht mehr leben wollen? Haben Sie schon konkrete Gedanken gehabt, dem Leben ein Ende zu setzten [...]‘“ (IP4, Z. 138-141).*

10.6.2. AUFKLÄRUNGSARBEIT

Eines der wichtigsten Themen zu Suizidprävention ist die Aufklärungsarbeit. Die ExpertInnen betonen immer wieder, dass es von großer Bedeutung ist, die Mitmenschen aufmerksam zu machen und sie zu sensibilisieren. Auch die Möglichkeit der Edukation wird in Betracht gezogen und sollte viel präsenter werden. Unter Psychoedukation versteht man, dass man zum Beispiel den

Vorgang erklärt, wie es zu einer Depression etc. kommt, das Erklären von psychischen Krankheiten sozusagen. Ein kurzes Beispiel dazu: Ein Arzt erklärt einem auch bei einem Beinbruch, wie man weiter vorgeht, wie die Möglichkeiten der Heilung sind, wie die Therapie aussehen wird, aber auch was man persönlich dazu beitragen kann, damit die Heilung mit einem dementsprechend erwünschten Ergebnis ausfällt. Verdeutlicht wird dies durch die Folgenden Zitate:

- *„Dann über psychische Erkrankung aufklärt [...] wie bei vielen Dingen ist Information und Bewusstsein für Dinge hilfreich, mit ihnen vielleicht auch verändert, oder aufmerksamer umzugehen“ (IP5, Z. 94-98).*

- *„Denn durch jede Aufklärungsarbeit, durch das Gespräch auch mit Ihnen jetzt – deshalb war mir das schon wichtig, dass ich mir da die Zeit nehme. Wenn das Thema öffentlich diskutiert wird, macht man auch Suizidprävention. Oder macht die Gesellschaft aufmerksamer, achtsamer, dass jeder einzelne auch ein bisschen schaut auf seine Mitmenschen – könnte da etwas im Busch sein, oder so“ (IP4, Z. 145-150).*
 - *„In einem offenen Umgang miteinander, um auch andere Lösungsmöglichkeiten viel offener zu diskutieren und das einfach aufzubrechen. Um über Information, sozusagen das Motto: ‚Wissen hilft‘, das trägt da aus meiner Sicht ganz wesentlich dazu bei“ (IP1, Z. 88-90).*

10.6.3. BEGINN IN DER KINDHEIT

Prävention kann und sollte schon in der Wiege beginnen, erklären die ExpertInnen. Schon in der Kindheit sollte man die Kinder stärken, indem was sie tun und sie ermutigen Gefühle und Bedürfnisse zu äußern. Ebenfalls sollte den Kindern Werte vom Elternhaus mitgegeben und ihnen klar und deutlich vermittelt werden, dass es für jedes Problem eine Lösung gibt und dass es Erwachsene gibt, denen man vertrauen kann, die für einen da sind, die einen stützen und die dem Kind deutlich zeigen, dass sie nicht alleine sind mit diesem

Problem. Die Kinder sollen spüren, dass es Erwachsene in ihrer Umgebung gibt, die nicht so leicht etwas schreckt, oder aus der Bahn wirft und demzufolge kompetent genug sind, um damit umgehen zu können. Man kann den Minderjährigen schon sagen, dass man vielleicht nicht alles weiß, aber dass man sich informieren kann und weiß wo man Hilfe in Anspruch nehmen kann. Zur Verstärkung dieser Vorstellung werden folgende Zitate herangezogen:

- *„So wie jede Prävention eigentlich beim Kind anfängt. Kinder, die lernen stark zu sein, im Sinne von auf sich zu schauen, schauen was sind ihre Bedürfnisse, wie kann ich diese äußern, wie kann ich Gefühle äußern, wie kann ich lernen nein zu sagen, wenn mir etwas nicht gut tut. Das ist, denke ich mir, die beste, langfristige Suizidprävention“ (IP4, Z. 160-164).*
- *„Die Suizidprävention fängt bei mir einfach im Elternhaus an – also dass Kinder Werte mitbekommen, dass sie mitbekommen, dass man Probleme lösen kann. Dass es verschiedene Aspekte gibt, dass das Kind einfach Ressourcen mitbekommt von den Eltern, dass man die Möglichkeiten, die das Leben bietet, dass man die ausnutzen kann“ (IP3, Z. 86-90).*

10.7. SUIZIDVORZEICHEN

10.7.1. ANKÜNDIGUNG

Die ExpertInnen betonen, dass die meisten Menschen ihren Suizid zuvor direkt oder indirekt ankündigen, daher gilt es besonders hellhörig zu sein und wiederum genauer nachzufragen, wie konkret die Vorstellungen darüber sind etc. Das Problem ist, dass wir die Ankündigungen und die Hilfeschreie unserer Mitmenschen oft nicht wahrnehmen. Aus diesem Grund muss die Bevölkerung sensibilisiert und animiert werden aufmerksamer zu sein und gegebenenfalls auch zu handeln. Hier ein passendes Zitat dazu:

„Also im Nachhinein sagen dann auch, gerade Verwandte und Bekannte und Leute aus dem Umfeld immer wieder, das und das hat er gesagt und das hätte mich aufmerksam machen müssen. Und wenn ich so Sätze höre, wie: ‚Es hat e

alles keinen Sinn mehr und ich habe keine Lust mehr' – in der Jugendsprache klingt das heut oft ein bisschen anders – dann frag ich eben genauer nach“ (IP3, Z. 108-112).

10.7.2. ORDNET UND VERSCHENKEN

Ein wichtiges Merkmal bezüglich der Suizidvorzeichen kann das Verschenken von Gegenständen sein. Kinder und Jugendliche beginnen dann ihre wertvollsten CDs oder Spielesammlungen zu verschenken, da sie einfach keinen hohen Stellenwert mehr haben. Auch wenn Dinge geordnet werden und alles so vorbereitet wird, als ob das Kind oder der/die Jugendliche sich auf eine lange Reise begeben würde, dann sind das auf jeden Fall Warnsignale, die man wahrnehmen sollte und nachfragen sollte. Verstärkt wird dies durch folgendes Zitat:

*„Manchmal auch diese Vorbereitung, wie zu einer großen Reise. Man bemerkt, dass die persönlichen Dinge geordnet werden, Liebgewonnenes wird verschenkt, es ist einfach nicht mehr wichtig. Das ist bei Jugendlichen ein großes Thema, so die gehorteten CDs werden verschenkt, oder die Spiele, es hat keinen Wert mehr. Das alles sind gute, gute Gründe um nachzufragen, wie kommt es dazu, warum hat das jetzt keinen Stellenwert mehr, oder warum ziehst du dich so zurück“
(IP1, Z. 107-112).*

10.7.3. VERÄNDERTE GEMÜTSSTIMMUNG

Ein weiteres Warnsignal kann eine veränderte Gemütsstimmung des Kindes oder des/der Jugendlichen sein, egal ob nach unten, oder nach oben. Alles was in das Extreme geht ist nicht normal und hängt oft mit Suizidvorzeichen zusammen. Wenn Kinder oder Jugendliche auf einmal wieder super aufgelegt sind und über drüber fröhlich sind, dann sind die Verwandten und Bekannten meist froh und erleichtert und freuen sich, dass es dem- oder derjenigen wieder so gut geht. Dabei hat der/die Betroffene oft damit schon abgeschlossen und sich ein Datum festgelegt, an dem er/sein seinem/ihrem Leben ein Ende setzen

möchte und dann so fröhlich und glücklich ist, weil er/sie weiß, dass das Leiden bald ein Ende hat. Die ExpertInnen haben explizit erwähnt, dass man sich da nicht täuschen lassen darf und dass auf jeden Fall die Alarmglocken läuten müssten.

„Jede Veränderung der Gemütsstimmung, egal ob nach oben oder unten, alles was in Extremen passiert sozusagen“ (IP1, Z. 113-114).

10.7.4. KEINE

Die ExpertInnen haben ebenfalls erwähnt, dass sie oft keine Vorzeichen wahrnehmen und erkennen können, da die Betroffenen nicht wirklich direkt welche zeigen. Ein Grund könnte sein, dass sie schon innerlich die Bilanz gezogen haben und es dadurch vielleicht nicht so zeigen, oder vielleicht bewusst überspielen können. Verdeutlicht wird es durch dieses Zitat:

„Aber natürlich gibt es auch Menschen, die keine Vorzeichen zeigen, weil sie vielleicht innerlich schon die Bilanz gezogen haben und sagen, ja, ich mag nicht mehr, ich habe das beschlossen, ich will, dass es niemand merkt. Dort ist man relativ machtlos“ (IP4, Z. 176-178).

10.8. SUIZIDVORZEICHEN – ARBEIT MIT DEN ANGEHÖRIGEN

10.8.1. ANGEHÖRIGE MITEINBEZIEHEN

Das Miteinbeziehen der Familie und der Angehörigen ist mit Sicherheit ein sehr wichtiger Punkt. Denn speziell wenn man suizidgefährdete KlientInnen betreut, ist man ja für den- oder diejenige nicht ununterbrochen da. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, wenn man zumindest die Eltern des betroffenen Kindes oder Jugendlichen mit einbezieht. Zum einen ist es gut, weil die Eltern, Angehörigen etc. selbst Unterstützung erhalten in dieser schweren Zeit und zum anderen, weil sie aufgeklärt und informiert werden. Ebenfalls ist es sehr wichtig, dass man sich sozusagen ein Netz aufbaut, in dem man von den Verwandten und

Bekanntem aufgefangen wird, wenn man sich in einer suizidalen Phase befindet. Verdeutlicht wird dies durch folgende Zitate:

„Generell mit Angehörigen. Wer da auch vorhanden ist“ (IP5, Z. 142).

„Bei Kindern und Jugendlichen auf alle Fälle. [...] da ist es eben so, dass ich das schon ganz zu Beginn [...] klarstelle“ (IP3, Z. 147-148).

10.8.2. NOTFALLSPLAN

Da das Beratungszentrum in diesem Sinne ja kein Kriseninterventionszentrum ist und die ExpertInnen quasi nicht ununterbrochen für die Klienten da sind, ist es sehr wichtig einen Notfallplan zu erstellen, damit die Eltern, beziehungsweise die Familien wissen, was sie zu tun haben, wenn die Kinder oder die Jugendlichen in eine Situation kommen, wo sie in ihren Gefühlen eingeeengt werden und der Tunnel sozusagen immer kleiner wird. In diesem Erste Hilfe Plan sind die Kontaktdaten von den entsprechenden ÄrztInnen, psychosomatischen Stationen, oder dem Landeskrankenhaus Siegmund Freud aufgelistet. Dieser Notfallplan soll den Familien und Angehörigen helfen, sie anzuleiten, was zu tun ist und was die nächsten Schritte sind, wenn sich das Kind oder der/die Jugendliche in einer suizidalen Krise befindet. Verdeutlicht wird dies durch folgendes Zitat:

„[...] also du erarbeitest natürlich einen Notfallplan, was können sie machen, wenn sie das Gefühl haben, sie wissen jetzt gar keinen Ausweg mehr – mit wem können sie reden, wo können sie anrufen, was können sie machen. Also ganz konkret, was tun sie, wenn sie auf einmal so eingeeengt werden in ihren Gedanken [...]“ (IP2, Z. 175-179).

10.9. SUIZIDVERSUCH

10.9.1. INTENSIVBETREUUNG

Die ExpertInnen betonen, dass das Kind oder der/die Jugendliche nach einem Suizidversuch primär in ein Krankenhaus, LSF, oder auf eine psychosomatische Station kommt. So ein Aufenthalt gehört zu der Grundbetreuung und danach wird weitergeschaut, welche Möglichkeiten das Kind oder der/die Jugendliche hat, wie es weitergeht und welche Therapien empfohlen werden.

„Und da ist dann für uns die erste Anlaufstelle LSF – beziehungsweise das LKH Leoben, die psychosomatische Abteilung, wobei es dort keine geschlossene Abteilung gibt. Und dort wird dann entschieden, ob das Kinder oder der Jugendliche in der geschlossenen Abteilung – in das LSF übermittelt wird, oder es in Leoben bleiben kann [...]“ (IP3, Z. 159-163).

10.9.2. HALTUNG

Eine Expertin erwähnt im Speziellen, dass hinter einem Suizidversuch auch eine Haltung steckt. Und zwar jene Haltung, dass man den Suizid letztlich als eine mögliche Lösung ansieht. Es gilt zu berücksichtigen, ob bei der Person psychische Erkrankungen vorliegen, da das Risiko hiermit drastisch steigt. Gut und genauer kann man dies anhand von einem Beispiel erklären: Wenn Eltern Gewalt als eine Möglichkeit in der Erziehung erachten, dann steckt keine Erkrankung und auch kein Schicksal darunter, sondern schlicht weg eine Haltung. Und wenn man nichts anderes zur Verfügung hat, dann wird man zuschlagen. Aber wenn man lernt, anders mit den Befindlichkeiten umzugehen und dass es auch andere Möglichkeiten und Lösungsvorschläge gibt, dann kann man vielleicht eine Haltungsänderung herbeiführen.

„Weil Suizid ist ja letztlich ein Versuch einer Lösung – wo ich mich nicht mehr raus seh. Und dahinter steht aber auch eine Haltung, dass ich das auch als Lösung erachte“ (IP5, Z. 75-76).

Insbesondere bei den StreetworkerInnen ist schon vorgekommen, dass es den Betroffenen peinlich ist, die einen Suizidversuch hinter sich hatten. Ihnen ist es dann am liebsten, wenn man sie darauf nicht anspricht und die Sache so stehen lässt bzw. sich langsam und mit Gefühl und das Thema heran tastet.

„Ja die Leute die wir hier gehabt haben, die einen Suizidversuch hinter sich hatten, denen ist das meistens voll peinlich. Und da ist es dann besser, wenn du sie nicht gleich darauf ansprichst. Natürlich gehört darüber geredet, aber auf eine wertfreie Art und Weise. Meistens erzählen die Klienten selbst was passiert ist und warum – und dann reden wird natürlich darüber (IP7, Z. 133-135)“.

10.9.3. MOTIVSUCHE

Wenn es zu einem Suizidversuch gekommen ist, dann ist einer der nächsten Schritte, dass man auf Motivsuche geht. Die ExpertInnen möchten dem nachgehen, was das Kind oder den/die Jugendliche dazu veranlasst hat, sich das Leben nehmen zu wollen. Also konkret nachfragen, was war, dass der- oder diejenige den Schritt gewagt hat, was der Person alles gefehlt hat usw. Dass man eben gezielt auf den/die Betroffenen/Betroffene eingeht und schaut, wie man weitere Auslöser vermeiden kann, wo mögliche Ressourcen sind und wie man die Person stärken kann. Verstärkt wird das durch folgende Zitate zum Ausdruck gebracht:

- *„Und dann muss ich im Prinzip auf Motivsuche gehen. Was hat dich so weit gebracht und was hat alles gefehlt“ (IP2, Z. 210-211).*
- *„Das man eben schaut, was ist denn jetzt? Also auch das ansprechen, [...], was war. Aber auch schauen, wie kann es jetzt weitergehen. [...] es geht wieder um das zu schauen, wo gibt es Ressourcen, wie kann man einen Auslöser verhindern, wo kann man stärken, was braucht es (IP3, Z. 169-173).*

10.10. SUIZIDVERSUCH – ARBEIT MIT DEN ANGEHÖRIGEN

10.10.1. ANGEHÖRIGE MITEINBEZIEHEN

Auch nach einem Suizidversuch gilt wieder das Gleiche wie bei den Suizidvorzeichen. Die ExpertInnen unterstreichen, dass die Arbeit mit der Familie und den Angehörigen sehr wichtig ist, speziell bei Kindern und Jugendlichen. Im Großen und Ganzen sollte das allgemeine soziale Umfeld miteinbezogen werden, darunter können auch Schulen oder diverse Vereine sein. Wichtig ist vor allem die Eltern mit ins Boot zu holen, um verschiedenste Dinge durchzubesprechen, aufzuklären aber auch um aufmerksam machen, was als Warnsignale von dem Kind oder dem/der Jugendlichen zu deuten sind und wie gegebenenfalls gehandelt werden muss.

- *„Es ist auch so, dass man mit der Familie die Warnzeichen einfach auch besprechen muss, gemeinsam – so wo können sie vielleicht auch merken, dass es dem Kind oder dem Jugendlichen jetzt nicht mehr so gut geht – das ist auch ganz wichtig“ (IP2, Z. 230-232).*
- *„Mit Einbeziehung natürlich des sozialen Kontextes. [...] Oder natürlich den Schulkontext mit hereinnehmen in den Beratungskontextes. Je nachdem, wo die Hauptschwierigkeiten für das Kind oder den Jugendlichen auch sind“ (IP5, Z. 177-180).*

10.10.2. ÄNGSTE

Nach einem Suizidversuch eines Kindes oder Jugendlichen kommen die Eltern natürlich in eine Situation, in der sie alles kontrollieren, prüfen und überwachen wollen, was aber unmöglich ist. Sie sind ständig mit der Angst konfrontiert, dass ihr Schützling sich wieder etwas antun könnte, was auch verständlich ist.

„Auch Eltern aufklären – und natürlich ist es dann hochgradig Angst besetzt [...] für Eltern [...]. Die kommen dann natürlich in eine Situation, wo sie dann Gefahr laufen, immer kontrollieren zu wollen. Und all die Dinge auch ansprechen und sie auch dabei zu begleiten, dass das wieder in ein Vertrauen geht“ (IP5, Z. 195-198).

10.10.3. VERSTÄNDNIS

Des Weiteren ist es wichtig, dass man den Eltern beziehungsweise den Angehörigen versucht verständlich zu machen, warum das Kind oder der/die Jugendliche sich dazu entschlossen hat und was alles in ihnen vorgegangen ist an Gedanken usw. Es ist von großer Wichtigkeit, dass die Angehörigen ein gewisses Verständnis zeigen und nicht weiter darauf herum reiten, warum sie das gemacht haben, was sie sich dabei gedacht haben und wie sie ihnen so etwas nur antun können.

„Weil es ja wichtig ist, A, dass sie Verständnis haben, überhaupt einen Zugang finden, dass man so was tun kann, weil das ist ja einmal das Erste. Und nicht so sehr wieder in die Beschuldigung, wie kannst du uns das antun. Sondern so, nein, da war die Not“ (IP5, Z. 192-194).

10.11. NACH EINEM SUIZID

10.11.1. TRAUERN

Nach einem Suizid ist es in der Regel so, dass man noch einmal die Familie, beziehungsweise die Angehörigen zu sich in das Beratungszentrum bittet, um

mit ihnen gemeinsam zu trauern. Denn Trauern gehört dazu, und man ist als professioneller Helfer auch betroffen nach einem Suizid von einem/einer KlientIn. Die meisten der ExpertInnen sagen jedoch, dass sie noch nicht in so eine Situation gekommen sind.

„Prinzipiell würde ich sagen, [...] natürlich ladet man die Familie danach ein – wenn ich den Jugendlichen betreut hätte – da muss man sich eh so auch noch einmal zusammen setzen und versuchen das Unfassbare irgendwie, ja – zumindest zu besprechen und da sein zu lassen“ (IP2, Z. 237-239).

10.11.2. SCHULDGEFÜHLE

Nach einem Suizid haben Bekannten und Verwandten oft Schuldgefühle und fragen sich zum Beispiel: Habe ich etwas Wichtiges übersehen? Hätte ich etwas dagegen unternehmen können? Hätte ich doch einmal mehr nachfragen sollen? Das sind alles Fragen, die in den Köpfen der Angehörigen herumschwirren. Hier spielt dann Entlastung eine wichtige Rolle und das Weitergeben von Informationen. Dass man die Angehörigen drüber aufklärt, wie es in der Person in den letzten Minuten ausgesehen hat und dass diese sich in einer Art Tunnel befunden hat, der immer enger wurde und sie sich schlussendlich nicht mehr anders zu helfen gewusst hat. Schuld kann aber auch ganz stark binden und hat eine Art Brückencharakter, damit man mit der verstorbenen Person in Verbindung bleibt. Verdeutlicht wird dies durch diese Zitate:

- *„Also es geht ganz viel um Entlastung auch. Weil diese Schuldfrage steht meistens im Raum. Hätte ich etwas tun können, habe ich etwas übersehen und so? Da gibt es ganz viel, um die Familienangehörigen zu entlasten, ihnen das entsprechende Wissen zu vermitteln oder die Information, wie es so eben ist in den letzten Minuten, wenn sich jemand suizidiert. Dass das eben so ein Tunnel ist, wo es immer enger wird, wo er von außen nichts mehr wahr nimmt und nichts mehr wahrnehmen möchte, wo er das alles wegschaltet. Das ist glaub ich ganz viel“ (IP4, Z. 241-246).*

- *„[...] , sondern Schuld hat oft auch so einen Brückencharakter, um mit dem Menschen in Beziehung zu bleiben. Schuld kann ganz stark binden“ (IP5, Z. 209-211).*

10.11.3. SELBSTHILFEGRUPPE

Besonders für die Hinterbliebenen ist die Zeit nach einem Suizid eines geliebten Menschen sehr schwer und kaum zu ertragen. Aus diesem Grund sind verschiedenste Selbsthilfegruppen sehr hilfreich, da sich die Betroffenen unter „Gleichgesinnten“ über Gefühle, Gedanken und Informationen austauschen können. Vom Suizidpräventionsprojekt Go On wurde eine Angehörigengruppe eingerichtet, die vier bis sechs Termine im Jahr zur Verfügung stellt. Dort können sich Betroffene austauschen, aber auch gegenseitig Mut zusprechen, denn diese Gruppe wird nicht nur von „frisch“ Betroffenen besucht und genutzt, sondern auch von Angehörigen, die schon Jahrzehnte mit diesem Schicksal leben. Das hat den Vorteil, dass sich die Betroffenen austauschen und sich untereinander vermitteln, dass der Schmerz vielleicht ein anderer wird, aber der Suizid trotzdem ein ganzes Leben lang präsent bleibt. Die Angehörigengruppe ist auch deshalb so wichtig, da die Hinterbliebenen demzufolge eine erneute Risikogruppe darstellen.

- *„Und mit diesem Suizidpräventionsprojekt haben wir in Murau auch eine Angehörigengruppe installiert. Die unterschiedlich genutzt wird – aber doch für den Austausch unter gleich Betroffenen. [...] So dieses gegenseitige Zeigen, hier ist auch Entwicklung wieder drin und das bleibt immer Thema im Leben der Angehörigen, aber so wie andere, trauern auch, aber der Schmerz wird anders – verändert sich“ (IP5, Z. 213-219).*
- *„[...] wir bieten in diesen Gruppen an, Information. Das heißt es finden jedes Mal so kurze Vorträge – Inputvorträge statt und dann eine moderierte Gesprächsmöglichkeit“ (IP1, Z. 153-154).*

10.12. ANGEBOTE

10.12.1. SUPERVISION

Alle ExpertInnen erwähnen, wie wichtig und hilfreich es in ihrem Beruf ist, wenn man über Dinge spricht, sich mit anderen KollegInnen austauscht, oder um Rat sucht, wenn man keine passende Lösung parat hat, da man ja meist mit sehr belastenden und heftigen Dingen konfrontiert ist. Die ExpertInnen haben die Möglichkeit der Einzel- oder Gruppensupervision. Die Anzahl der Supervisionen schwankt und kommt auf das Budget an, das sie zur Verfügung haben und wie viel eben ein/eine SupervisorIn kostet. Aber im Durchschnitt kommen die Interviewten auf 12 Supervisionstermine pro Jahr.

- *„Ja Supervision ist ganz was Wichtiges“ (IP5, Z. 230).*

- *„Wir haben Gruppensupervisionen, also es kommt immer darauf an – wir haben ein bestimmtes Budget zur Verfügung und je nach Supervisor, wie viel der verlangt sozusagen, [...] kriegst halt so, oder so viele Einheiten heraus. Bei uns ist es so, Gruppensupervisionen haben wir acht Mal im Jahr [...]“ (IP2, Z. 258-263).*

10.12.2. ENTLASTUNGSGESPRÄCHE

Insbesondere die Gespräche unter den KollegInnen sind eine äußerst sinnvolle und wesentliche Maßnahme, um eine gute Arbeit in diesem Bereich leisten zu können. Entlastungsgespräche sind nicht strukturiert und nicht geplant, sondern passieren ganz spontan. Es ist von großem Vorteil, wenn man KollegInnen um sich hat und nachfragen kann, wie er oder sie in so einer Situation handeln würde – einfach um andere Meinungen und Ansichten einzuholen. Verdeutlicht wird dies durch folgende Zitate:

- *„Also dass wir einmal schauen welcher Kollege hat denn heute gerade Zeit, oder wem ist denn gerade ein Klient ausgefallen, oder die Einrichtungsleiterin, die nicht so viele Klienten hat, dass man einmal sagt: ‚Du, hast ein bisschen Zeit? Ich habe gerade selbst ein Problem, mich*

macht da etwas sehr betroffen und mir würde es gut tun, wenn ich selbst ein bisschen abladen könnte.“ (IP3, Z. 212-216).

- *„[...] etwas sehr Anstrengendes gehabt habe mit einem Klienten, dann kann ich bei einem Kollegen der gerade Zeit hat auch kurz ins Zimmer gehen uns sagen: ‚Ma weißt eh, was jetzt gerade war‘“ (IP2, Z. 276-279).*

10.13. SOZIALPÄDAGOGIK

10.13.1. ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Aus den Interviews geht hervor, dass besonders die Sozialpädagogik einen öffentlichkeitsschulenden Auftrag hat und somit eher an die Gesellschaft herantreten kann, als zum Beispiel die Psychologie. Die Sozialpädagogik wird für mehr Aufklärungsarbeit, Resilienzarbeit etc. herangezogen, um das Thema Suizid aufzugreifen und im besten Fall zu enttabuisieren.

„Öffentlichkeitsbevölkerungsschulend, das Thema aufgreifen und über möglichst viele Kanäle und Schienen transportieren. Im Sinne einer Psychoedukation, in Sinne einer Aufklärungsarbeit, [...]Strategien zur Verfügung zu stellen, wie kann ich damit umgehen“ (IP1, Z. 173-176).

10.14. WEITERBILDUNG

10.14.1. KRISEN UND SUIZIDALITÄT

Laut ExpertInnen gibt es zahlreiche Fort- und Weiterbildungen in unterschiedlichsten Fortbildungszentren, die sich mit den Themen Krisen und Suizidalität beschäftigen. Das Angebot ist laufend vorhanden und auch dementsprechend groß.

„Es gibt so diese Basisveranstaltungen zu Suizidalität und Krisenintervention und auch immer wieder, so die Themen die rundherum dazu gehören. Vertiefende Krisenthemen, Themen zu psychischen Erkrankungen, Themen zu

Depression, zur Trauer, oder auch die verschiedenen Schwerpunkte nehme ich jetzt schon wahr. Fortbildungen zu Suizidalität im Alter, für Jugendliche, für Männer, für Frauen“ (IP1, Z. 182-186).

10.14.2. DEPRESSIONEN UND SUIZIDALITÄT

Ebenfalls gibt es immer wieder Angebote für Fort- und Weiterbildungen, die mit den Themen Depressionen und Suizidalität zusammenhängen. Da die meisten Menschen, die sich suizidieren, meist in irgendeiner Form depressiv waren, ist es sinnvoll die beiden Inhalte gemeinsam zu thematisieren. Besonders der BÖP bietet sich für PsychologInnen für diese Problematiken gut an.

„[...] da bietet sich für uns Psychologen der BÖP an, also Berufsverband für österreichische Psychologen und Psychologinnen“ (IP2, Z. 290-292).

10.15. VERÄNDERUNG DER PRÄVENTIONSMAßNAHMEN

10.15.1. THEMA WIRD AUFGEGRIFFEN

Alle befragten ExpertInnen haben bestätigt, dass sie sehr wohl eine Veränderung bezüglich der Präventionsmaßnahmen in den letzten Jahren wahrgenommen haben. Bei dem Thema Suizidalität ist es nun so, dass das Thema aufgegriffen und thematisiert wird, was schon ein riesiger Fortschritt ist. Besonders durch das Suizidpräventionsprojekt Go On in der Steiermark, bemerkt man eine gewisse Sensibilisierung im Bereich Suizidalität. Mittlerweile ist es so, dass die Menschen an Go On offen herantreten, und sie als Vortragende immer öfter zu Veranstaltungen einladen. Die ExpertInnen betonen, dass sich in den letzten Jahren schon einiges getan hat und sicher noch vieles passieren wird.

„Es ist jetzt die letzten 2 Jahre so, dass ganz offen auf uns zugegangen wird, um uns zu buchen, dass wir auch zu Veranstaltungen eingeladen werden. So die ersten Jahre, wo wir uns vorgestellt haben, wo wir angeboten, wo wir sozusagen Präventionsarbeit ständig vorgestellt haben und erklärt haben – dieser Umkehrschluss plötzlich auch gekommen ist – das ist etwas was ich sehr

wesentlich bemerke. Da wo wir aktiv waren, dass da diese Wahrnehmung auch in das andere kippt und plötzlich werden auch wir eingeladen, aufgegriffen“ (IP1, Z. 206-213).

10.16. ZUKUNFT DER PRÄVENTIVEN ARBEIT

10.16.1. BEWUSSTSEIN ÄNDERN

Aus den Interviews geht hervor, dass die Zukunft der präventiven Arbeit in eine Richtung der Bewusstseinsänderung gehen soll, um auch ein Stück Normalität hinein zu bringen. Es soll von der Menschheit verstanden werden, dass fast jeder Mensch in seinem Leben einmal eine Krise hat und dass es zum Leben dazu gehört.

„Also alles so – Normalität hineinbringen. Jeder hat einmal eine Krise in seinem Leben, jeder fühlt sich einmal depressiv, das ist ja auch ein Stück Normalität, denk ich mir. Das gehört am Leben dazu“ (IP4, Z. 420-423).

10.16.2. PROJEKTE

Laut ExpertInnen wird die Zukunft der präventiven Arbeit bevorzugt durch verschiedenste Projekte, Vorträge und bevölkerungsschulende Arbeit verrichtet werden. Wie oben schon erwähnt, wird in das Suizidpräventionsprojekt Steiermark – Go On sehr viel Hoffnung gesetzt, um den hohen Suizidraten entgegen zu wirken.

„Ich kann nur sagen,[...] wenn es gelingt, zum Beispiel dieses Steiermarkprojekt, wirklich über alle Bezirke zu spannen, wird man ganz sicher irgendwann auch daran ein Ergebnis messen können. Und es sind ganz viele andere Bundesländer interessiert an diesem Steiermarkprojekt, [...]“ (IP5, Z. 286-289).

10.16.3. BERATUNG

In Zukunft sollte ebenfalls immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, dass es Beratungszentren gibt, an die man sich wenden kann. Außerdem wäre es sehr hilfreich, wenn man die Bevölkerung darüber aufklären könnte, welche Krankheitsbilder es gibt, wo sie Hilfe erhalten können und insbesondere worin der Unterschied zwischen einem Beratungszentrum und einer Psychiatrie liegt, was vor allem im ländlichen Bereich oft nicht klar für die Bevölkerung ist. Zur Verstärkung dieser Vorstellung wird jenes Zitat herangezogen:

„Im ländlichen Bereich, ja auch immer noch auch genauso diese Schwelle. Und darum bleibt es ja dort auch immer noch so ein bisschen in diese Häufung. Weil da Personen [...], eine Beratung im psychischen Kontext immer gleich mit psychiatrisch gleich setzten. Und dann sagen, wenn man die Frau fragt, ob der Partner nicht auch mitkommen könnte zur Paarberatung, weil es ja das Thema wäre. Ja nein der sagt, der braucht das nicht, er ist ja kein Psychotherapeut!“ (IP5, Z. 290-304).

11. RESÜMEE

Im empirischen als auch im theoretischen Teil der Arbeit wird darauf hingewiesen, dass Suizid im Allgemeinen noch ein großes Tabuthema in der Gesellschaft ist und darüber nicht gern gesprochen wird. Doch gerade das ist der springende Punkt. Die Bevölkerung muss in erster Linie auf diese unaussprechliche Problematik aufmerksam gemacht und sensibilisiert werden, sich diesem Thema zu öffnen und sich mit etwaigen Präventionsmaßnahmen beziehungsweise -konzepten vertraut zu machen und auseinander zu setzen.

Grundsätzlich kann man davon sprechen, dass Prävention schon im Säuglingsalter beginnt. Das heißt, es ist die Aufgabe der Erziehungsberechtigten, Kinder stark zu machen, in dem was sie tun, damit sie klar und deutlich sagen können, was sie wollen, was ihnen gut tut und ihre Gefühle dementsprechend auch äußern können.

Aus der Literatur und den ExpertInneninterviews geht hervor, dass rund 90% aller Menschen, die einen Suizid durchführen, diesen zuerst in direkter oder indirekter Form ankündigen. Eine wichtige Präventionsmaßnahme hierzu wäre, dass die Erdbevölkerung achtsamer im Bezug auf ihre Mitmenschen ist und demzufolge den Mut hat die Betroffenen konkret anzusprechen, die Dinge wirklich beim Namen zu nennen und explizit nachzufragen, ob die Person oft daran denkt, ob sie schon weiß, wie sie es tun will, wie genau die Vorstellungen dazu sind, wie groß die Todessehnsucht ist etc.

Eine weitere wichtige Präventionsmaßnahme ist, den gefährdeten Personen andere Lösungswege aufzuzeigen und ihnen Kontakte vermittelt, wo sie sich Hilfe holen können. Besonders Jugendlichen soll klar gemacht werden, dass ein Kratzer im neuen Auto nicht das Lebensende bedeuten muss, sondern dass es immer einen anderen Ausweg gibt als den Tod.

Da Suizidalität und psychische Erkrankungen oder Lebenskrisen meist im Zusammenhang stehen, wäre es ebenfalls sinnvoll, wenn die Bevölkerung in

diesem Bereich aufgeklärt wird. Leider ist es immer noch so, dass die Menschen noch sehr wenig über Depressionen, Burnouts etc. informiert und damit vertraut sind. Aus diesem Grund wäre eine Psychoedukation von großem Vorteil. Die Psychoedukation beschreibt die Vorgehensweise und den Verlauf einer psychischen Krankheit und in weiterer Folge die dazu passenden Therapiemöglichkeiten.

Schlussendlich ist es so, dass in die Sozialpädagogik viel Hoffnung und Zuversicht gesetzt wird, da sie einen öffentlichkeitsschulenden Charakter hat und somit eher an die Bevölkerung herantreten kann. Aus der Literatur, sowie aus den Interviews geht hervor, dass vor allem im Bereich der sozialen Arbeit angesetzt werden muss, um endlich das Thema Suizidalität zu enttabuisieren und demzufolge langfristig die Suizidrate zu senken.

12. LITERATURVERZEICHNIS

- Arndt, Reinhard** (2007): Interneteinflüsse auf suizidales Verhalten Jugendlicher. In: Junglas, Jürgen (Hrsg.) (2007): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH. (S. 136-148).
- Braun-Scharm, Hellmuth** (2000): Suizidalität und psychische Störungen. Leben - wäre eine prima Alternative. In: Pädiatrie hautnah, 5/2000 (S. 210-212). Verfügbar unter: http://www.paediatrie-hautnah.de/archiv/2000/05/ph0005_210.pdf [14.05.2015].
- Bronisch, Thomas** (2002): Zur Epidemiologie der von Suizidalität. In: Bronisch T (Hg.) Psychotherapie der Suizidalität. Stuttgart, Thieme. In: Junglas, Jürgen (Hrsg.) (2007): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Bründel, Heidrun** (1993): Suizidgefährdete Jugendliche: Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Doblhofer, Hannes** (2009): Wien und die Psyche. 55 Schauplätze der Seelenheilkunde. Wien: Metro-Verlag.
- Eink, Michael/Haltenhof, Horst** (2009): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Basiswissen 8. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Feuerlein, Wilhelm** (1971): Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? Tendenzen suizidalen Verhaltens. In: Der Nervenarzt, 42/1972. (S. 127-130).

- Ficker, F.** (1977): Junge Suizidpatienten und das emotionale Klima der Familie, Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 29. Jg., Januar 1, 39 – 45. In: Bründel, Heidrun (1993): Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung Diagnostik und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Finzen, Asmus** (1992): Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Leitlinien für den therapeutischen Alltag. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Freiling Thomas/Gottwald, Mario** (2008): Qualitative Methoden-Auswertung von Interviews mit MaxQDA. Verfügbar unter:
<http://www.fbb.de/fileadmin/Materialien/Ringvorlesung/080704__qualitative_Methoden_fbb.pdf> [18.05.2015].
- Goethe, Johann Wolfgang von** (1998): Die Leiden des jungen Werthers. Frankfurt am Main: Diesterweg.
- Heimgartner, Arno** (2012): Computerunterstützte qualitative Inhaltsanalyse: Atlas.ti und MAXQDA im Match. In: Stiegler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studienverlag, S. 304-3013.
- Hobacher, Xenia** (2011): Suizidprävention für Jugendliche in der Steiermark. Einstellungen von LehrerInnen zu Suizidpräventionsangebote für steirische OberstufenschülerInnen. Graz: Masterarbeit.
- Junglas, Jürgen** (Hrsg.) (2007): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.

Langer, Jürgen (2001): Auf Leben und Tod. Suizidalität bei Jugendlichen als Herausforderung für die Schülerseelsorge. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Macho, Martin: Erste Hilfe für die Seele. In: Murtal 1 – Hallo Leute.
Verfügbar unter: <http://www.suizidpraevention-stmk.at/uploads/images/site/304/contentgruppe1_text1/artikel-murtal-1.pdf> [19.11.2014]. (S. 24).

Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlage und methodische Anlage. In: Pickel, Susanne/Pickel, Gerd/LauthHans-Joachim/Jahn Detlef (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. (S. 465-477).

Niederkrotenthaler, Thomas/Voracek, Martin/Herberth, Arno/Till, Benedikt/Strauss, Markus/Etzersdorfer, Elmar/Eisenwort, Brigitte/Sonneck, Gernot (2010): Possible role of media reports in preventing suicide: content analysis and ecological study of Werther and Papageno effect. In: British Journal of Psychoatry 197/2010. (S. 234-243).

o.A.: Das Leitbild. PSN – Psychosoziales Netzwerk.

Verfügbar unter:
<<http://www.beratungszentrum.at/index.php?mod=sites&id=leitbild>> [17.11.2014].

o.A.: Über uns. Go On Kompetenzzentrum für Suizidprävention Steiermark.

Verfügbar unter: <<http://www.suizidpraevention-stmk.at/ueber-uns>>
[17.11.2014].

o.A.: Zum österreichischen Suizidpräventionsplan. In: Spectrum Psychiatrie,

Ausgabe 2/2008. Verfügbar unter:

<<http://www.suizidforschung.at/suizidpraeventionsplan.pdf>>
[22.11.2014]. (S. 32-35).

Rendi-Wagner, Pamela/ Arrouas, Magdalena (2011): SUPRA, Suizidprävention

Austria. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

<http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/2/9/CH1453/CMS1392806002773/supra_gesamt10092012.pdf> [12.05.2015].

Ringel, Erwin (1953): Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen

Entwicklung. (Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern). Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie, Band 3. Wien: Verlag für medizinische Wissenschaft.

Ringel, Erwin (1978): Das Leben wegwerfen? Reflexion über Selbstmord. Wien:

Herder.

Rossmann, Peter (2010): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes-

und Jugendalters. Bern: Hans Huber Verlag.

Rossmann, Peter/Reicher, Hannelore (2008): Suizidales Verhalten. In: Gasteiger-

Klicpera, Barbara/Henri, Julius/Klicpera, Christian (Hrsg.) (2008):
Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Band
3, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen: Hogrefe. (S. 276-290).

- Schramm, Jürgen/Schramm, Stefanie** (2007): „Wenn scheinbar nichts mehr geht...“-Suizid, Selbsttötung, Freitod, Selbstmord. Erfahrungen und Umgang mit latenter und akuter Suizidalität. Möglichkeiten und Grenzen. In: Junglas, Jürgen (Hrsg.) (2007): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH. (S. 188-204).
- Sonneck, Gernot** (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas wuv.
- Stigler, Hubert/Felbinger, Günter** (2012): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, H./Reicher, H. (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck/Wien/Bozen: Studienverlag, S.141-145.
- Vogt, Jürgen** (2007): „Nach mir soll es nicht weitergehen!“ Auswirkungen eines Selbstmordes auf Familienangehörige. In: Junglas, Jürgen (Hrsg.) (2007): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH. (S. 176-183).
- Wedler, Hans** (2000): Entwicklung der Suizidprävention in Europa. In: Wolfersdorf, Manfred/Franke, Christoph (Hrsg.) (2000): Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Beiträge der DGS-Jahrestagung vom 08.-10.10.1999 in Bayreuth. Regensburg: S. Roderer Verlag. (S. 89-102).
- Wolfersdorf, Manfred/Etzersdorfer, Elmar** (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

Wunderlich, Ursula (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2004.

13. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abb. 1:** Eigene Grafik: Subjektive Einschätzung von Belastungssituationen durch die Person. In: Bründel, Heidrun (1993): Suizidgefährdete Jugendliche: Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention. Weinheim: Juventa-Verlag (S. 74).....20
- Abb. 2:** Eigene Grafik: Schema der Suizidprävention. In: Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas wuv (S. 271).....42
- Abb. 3:** Eigene Grafik: Vier-Ebenen-Ansatz des Bündnisses gegen Depression. In: Junglas, Jürgen (Hrsg.) (2007): Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH (S. 37).....45
- Abb. 4:** Weltweite Suizidrate. Verfügbar unter:
<<http://www.suicide.org/images/suicide-rates-map.jpg>> [07.06.2015].....53
- Abb. 5:** Suizidrate im Europavergleich (2004 - 2008). In: Kapusta Nestor (2011): Aktuellen Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich. Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien (S. 6).....54
- Abb. 6:** Eigene Grafik: Suizidrate in Österreich (2013). In: Statistik Austria. Verfügbar unter:
<http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html> [15.05.2015].....55
- Abb. 7:** Eigene Grafik: Suizidrate im Steiermarkvergleich (2013). In: Statistik Austria. Verfügbar unter:
<http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html> [15.05.2015].....56

Abb. 8: Entwicklung der Suizidrate in Österreich (1970 – 2012). In: PPP von Go ON – Kompetenzzentrum für Suizid-Prävention. Folie 9.....	57
Abb. 9: Eigene Grafik: Suizidrate im Bundesländervergleich (2009 – 2011). In: Kapusta Nestor (2011): Aktuellen Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich. Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien (S. 7).....	58
Abb. 10: Eigene Grafik, vgl.: Richter G./Winkler B. (2012): Suizidraten in ausgewählten Steiermärkischen Bezirken (2007 - 2011). In: Kronenzeitung, 3. August 2012 (S.16).....	59
Abb. 11: Suizidraten in den Bezirken (2001 – 2009). In: SUPRA – Suizidprävention Österreich (2011). Bundesministerium für Gesundheit. Wien (S. 55).....	61
Abb. 12: Eigene Grafik: Geschlechterverteilung der InterviewpartnerInnen.....	67
Abb. 13: Eigene Grafik: Berufsverteilung der InterviewpartnerInnen.....	67
Abb. 14: Codesystem. In: Softwareprogramm MaxQda. Screenshot [06.06.2015].....	71f.

14. ANHANG

14.1. INTERVIEWLEITFADEN

Warming up

- Beschreiben Sie einen Arbeitstag in Ihrer Institution.
- Wie sehen Sie das Thema Suizid in der Gesellschaft?

Berufliche Erfahrung

- In welcher Form kommen Sie in Ihrer Arbeit mit Suizid in Berührung?
- Mit welchen Konzepten zu Suizid wird in Ihrer Einrichtung gearbeitet?
- Wie sehen Sie die Möglichkeiten der Suizidprävention? (Primär-, Sekundär und Tertiärpräventionen)

Umgang mit Suizidvorzeichen

- Wie ist Ihre Wahrnehmung bezüglich Suizidvorzeichen?
- Wie arbeiten Sie mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen?
- Wie arbeiten Sie mit den betroffenen Familien?

Umgang mit Suizidversuch

- Wie arbeiten Sie mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen?
- Wie arbeiten Sie mit den betroffenen Familien?

Umgang mit Suizid

- Wie arbeiten Sie mit den betroffenen Familien nach einem Suizid?
- Wie verarbeiten Sie selbst Suizide bei Kindern und Jugendlichen? Gibt es Angebote wie zum Beispiel Supervision?

Praxisbezogener Zugang und Ausbildung

- Was kann die Sozialpädagogik in diesem Feld leisten?
- Welche Weiterbildung für Suizid gibt es/ kennen Sie?
- Haben Sie im Laufe der Zeit eine Veränderung bezüglich der Präventionen wahrgenommen?
- Wie wird die Zukunft der präventiven Arbeit im Bezug auf Suizid aussehen?

15. CODEBAUM

Codesystem [218]

Arbeitstag [10]

- Öffnungszeiten Streetwork [1]
- Abklärungsgespräche [3]
- Projekt [3]
- Bereitschaftsdienst [1]
- Dokumentation [2]
- Team [3]
- Journaldienst [4]
- Klienten [1]

Suizid in der Gesellschaft [0]

- Betroffenheit [2]
- Ausweg [2]
- Der davon redet, tut es nicht [3]
- Hilflosigkeit [2]
- Tabu [10]

Zahlen und Fakten [4]

- Murau [3]

Berührung mit Suizid in der Arbeit [5]

- Suizidgedanken [2]
- Akute Krise [1]
- Indirekter Kontakt [1]
- Direkter Kontakt [4]
- Öffentlichkeitsschulend [2]

Konzept [3]

Konzept [4]
Krisennotfallsplan [6]

Prävention [1]

Beginn in der Kindheit [3]
Aufklärungsarbeit [7]
Nachfragen [7]

Suizidvorzeichen [5]

Arbeit mit den Familien [1]
Notfallsplan [2]
Erste Hilfe [2]
Angehörige mit einbeziehen [5]

Keine [3]
Veränderte Gemütsstimmung [2]
Ordnen und verschenken [2]
Ankündigung [5]

Suizidversuch [4]

Arbeit mit Familien [2]
Verständnis [1]
Ängste [1]
Angehörige mit einbeziehen [2]

Motivsuche [2]
Haltung [1]
Intensivbetreuung [3]

Nach einem Suizid [3]

Selbsthilfegruppe [2]
Schuldgefühle [3]

Trauern [3]

Angebote [8]

Entlastungsgespräche [7]
Supervisionen [5]

Sozialpädagogik [2]

Öffentlichkeitsarbeit [4]

Weiterbildung [9]

Depression und Suizidalität [1]
Krisen und Suizidalität [5]

Veränderung der Präventionsmaßnahmen [2]

Thema wird aufgegriffen [7]

Zukunft der präventiven Arbeit [0]

Beratung [2]
Projekte [7]
Bewusstsein ändern [5]