NATIONALES
SUIZIDPRÄVENTIONS
PROGRAMM

Vernetzen. Informieren. Aktivieren.

Suizidalität und Suizidprävention in der Psychotherapie

Georg Fiedler



Fortbildung - Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP im BD)

am 10. Oktober 2026 in Fulda

Offenlegung Interessenkonflikte

Ich, (Georg Fiedler), habe keine finanziellen Interessen/Abkommen oder Verbindungen zu einer oder mehreren Organisationen, die als tatsächlicher oder scheinbarer Interessenkonflikt im Zusammenhang mit dem Thema dieses Vortrags wahrgenommen werden könnten

Folien werden zur Verfügung gestellt

Suizidale Personen bilden eine sehr heterogene Gruppe

Psychische Gesundheit & Versorgung

- ↔ Mit oder ohne psychiatrische Diagnose
- ↔ In Behandlung oder ohne Behandlung
- ↔ Erstmalig oder langjährig in Behandlung
- ↔ Somatisch gesund oder schwer erkrankt

Suizidales Erleben

- ↔ Akut suizidal oder ohne unmittelbare Handlungsabsicht
- ↔ Einmalige Krise oder über Jahre wiederkehrende Suizidgedanken
- ↔ Stützend oder gefährdend

Lebenssituation

- ↔ Jung oder im höheren Lebensalter
- ↔ Körperlich gesund oder schwer bzw. unheilbar erkrankt
- ↔ Beruflich, finanziell, Wohnsituation sicher oder prekär
- ↔ In Beziehung oder allein lebend

Umgang mit Krisen

- ↔ Offen über Suizidgedanken sprechen oder schweigen
- ↔ Hilfe suchen oder sich Hilfe kaum vorstellen können
- ↔ Substanzkonsum als Bewältigungsversuch oder andere Umgangsweisen

Menschen mit Suizidgedanken unterscheiden sich in ihren Erfahrungen, Lebenssituationen und ihrem Umgang mit Krisen.

Offenlegung von Suizidgedanken in der Psychotherapie

Warum Suizidgedanken in der Behandlung verschwiegen werden

01 **Sorge vor Kontrollverlust**

Blanchard et al. 2018

02 **Scham und Angst vor Stigmatisierung**

Blanchard et al. 2018; McGillivray et al. 2024

03 **Unzureichende therapeutische Beziehung**

McGillivray et al. 2021

04 **Befürchtung eines Behandlungsabbruchs**

05 **Behandelnde Fachkraft nicht belasten wollen**

06 **Zweifel am Nutzen der Behandlung**

39 %

hatten ihre Suizidgedanken

der behandelnden Fachkraft

noch nie mitgeteilt

Onlinebefragung, n = 513

16–25 Jahre · McGillivray et al. 2021

Hinweise aus der Forschung: Nicht alle suizidalen Gedanken werden in der Psychotherapie offengelegt (z.B. Altenhöfer et al. 2008),

Hindernisse auf Seiten der Therapeut:innen

Vier Bereiche können das offene Ansprechen von Suizidalität erschweren.

01 Fachliche Unsicherheit

- Unsicherheit und fehlende Ausbildung
- Unsicherheit bei der Risikoeinschätzung

Schmitz et al. (2012)

02 Befürchtungen

- Angst, Suizidalität auszulösen oder zu verschlimmern
- Befürchtung hoher Belastung und Inanspruchnahme

03 Therapeutisches Vorgehen

- Zu starre oder mechanische Verfahren
- Fokus auf andere Therapieziele

04 Strukturelle Bedingungen

- Zeit- und Ressourcenmangel
- Mangelnde Vernetzung

Hindernisse sind nicht allein eine Frage individueller Kompetenz – auch Arbeitsbedingungen und therapeutische Prozesse spielen eine Rolle.

Suizidalität

Suizidalität ist ...

... aus der Perspektive der betroffenen Menschen

Seelisches Erleben

- Zuspitzung einer seelischen Krise
- Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit
- Scham, Schuld, Ärger, Wut und paranoide Ängste

Denken und Handeln

- Einengung des Denkens
- Eingeschränkte Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Probleme
- Erschwerte Suche nach adäquater Hilfe

Beziehungen und Kommunikation

- Nicht selten ausgeprägter Wunsch nach Autonomie
- Schwierigkeiten, das innere Erleben in Worte zu fassen
- Ausdruck in Handlungen statt in Worten – mögliche Kommunikationskonflikte

Nicht selten ”Selbstbehandlung” des unerträglichen Erlebens ddurch Drogen (Cannabis, Alkohol)

Suizidalität ist … ein Zustand der Ambivalenz

Die Suizidale Person möchte nicht unbedingt sterben. Sie weiß nicht, wie sie unter den gegebenen Bedingungen weiterleben kann

- **Möglichkeit der Hilfe,**

Unter den gegenwärtigen Bedingungen scheint Weiterleben nicht möglich.

- **Möglichkeit des Suizids**

Hilfe, Unterstützung und neue Perspektiven können zugänglich werden.

Suizidalität kann vor diesem Hintergrund oft als ein mehr oder weniger bewusster Hilferuf verstanden werden

70 % unternehmen laut Vorlage keinen weiteren Suizidversuch

90 % sterben laut Vorlage nicht durch Suizid

Suizidalität ist … ein Phänomen in Beziehungen

Die Tendenz zu suizidalem Erleben und Verhalten entwickelt sich in Beziehungen …

1 **Biografische Beziehungserfahrungen**

Ablehnung, Gewalt oder unzureichend bewältigte Lebens- und Entwicklungskrisen – insbesondere in Kindheit und Jugend – können die Verletzlichkeit erhöhen.

2 **Aktuelle Beziehungserfahrungen und Auslöser**

Akute Suizidalität kann sich im Zusammenhang mit Beziehungskonflikten und belastenden interpersonellen Erfahrungen zuspitzen.

.. und kann sich durch Beziehungserfahrungen verändern

Suizidalität … wirkt in Beziehungen

Suizidales Erleben und Verhalten kann zum Ziel haben Beziehungen zu verändern und bei anderen sehr unterschiedliche Gefühle und Reaktionen auslösen.

Mögliche Reaktionen des Gegenübers

Besorgnis und Angst

Sorge um die betroffene Person

Wut und Ärger

Irritation oder Überforderung

Identifikation

Starkes persönliches Mitfühlen

Druck und Ohnmacht

Sich unter Zugzwang oder hilflos fühlen

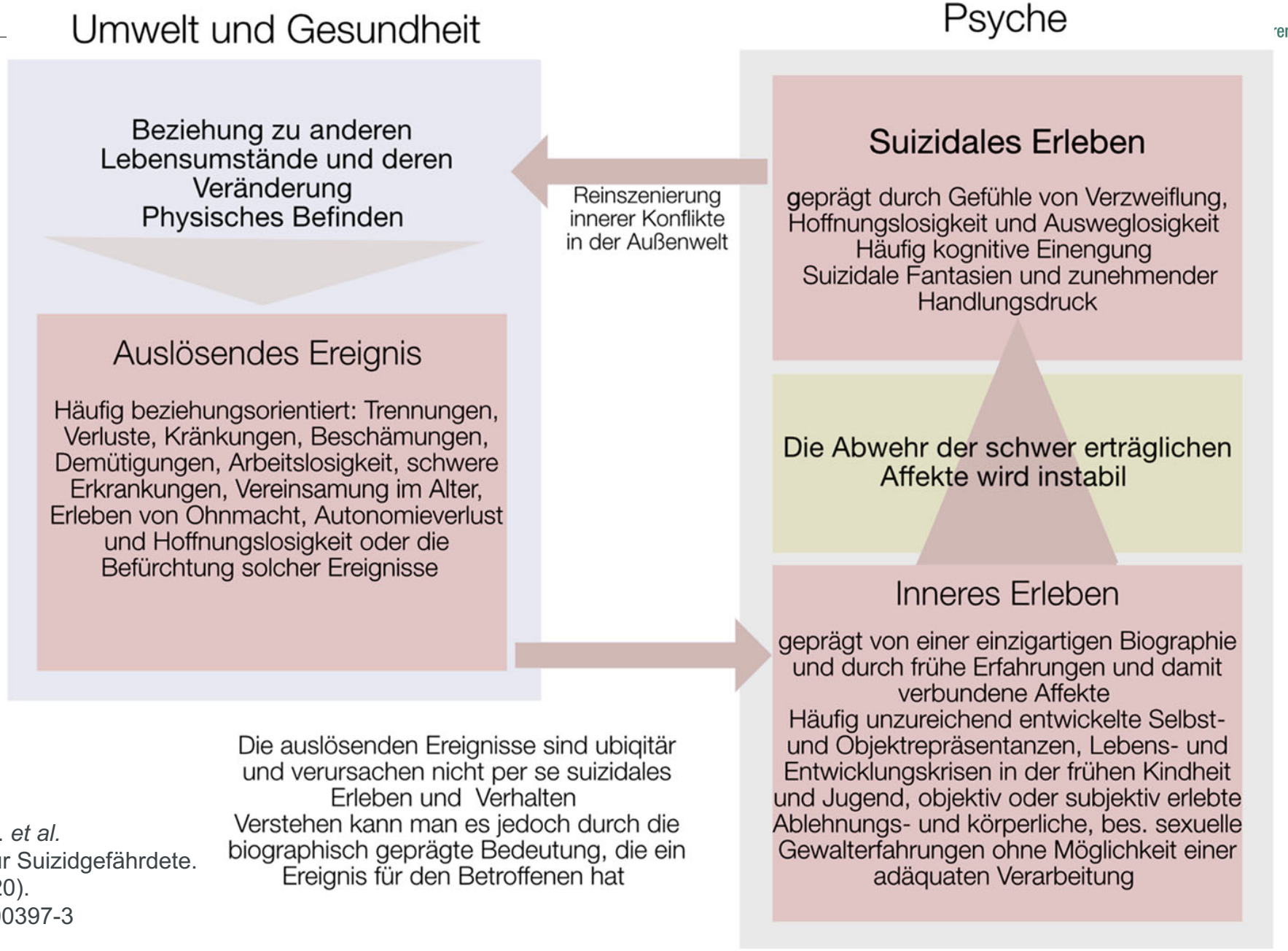
Versagensgefühle

Zweifel an der eigenen Kompetenz

Suizidalität kann einen erheblichen Handlungsdruck auslösen

Wichtig: Akute Suizidalität kann sich in tragfähigen therapeutischen Beziehungen schnell entaktualisieren.

Suizidalität



Fiedler, G., Lindner, R., Altenhöfer, A. *et al.*
Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete.
Forum Psychoanal **36**, 123–139 (2020).
https://doi.org/10.1007/s00451-020-00397-3

Ereignisse, die von einzelnen Patient:innen als Verlust oder Kränkung erlebt werden können

- Häufig wechselnde Ansprechpartner oder Bezugspersonen
- Urlaub oder längere Abwesenheit des Bezugstherapeuten
- Aktuelle Kränkungen und Konflikte
- Überforderung
- Verlegung
- Entlassung
- Suizide/Suizidversuche anderer Patient:innen in der Klinik
- Aktuelle (Beziehungs-)Konflikte im außenklinischen Umfeld
- Verlusterfahrungen im privaten Umfeld (Partner, Job, Wohnung ...)
- Erfahreungen bei der Nutzung des Internets und der sozailen Medien

Verständnis der Bedeutung von Ereignissen

Ereignisse, biografische Erfahrungen und Risikofaktoren, die in Studien mit Suizidalität in Verbindung gebracht werden, führen nicht zwangsläufig zu suizidalem Erleben und Verhalten.

Entscheidend ist die subjektive Bedeutung, die ein Ereignis für die betroffene Person hat.

Die Bewältigung schwieriger Lebensereignisse kann auch zur Entwicklung von Resilienz beitragen.

Die therapeutische Beziehung und Suizidalität

01 **Aufbau der therapeutischen Beziehung**

Durch den gelungenen Aufbau einer therapeutischen Beziehung können sich suizidales Erleben und suizidaler Handlungsdruck bei Patient:innen schnell entaktualisieren.

02 **Veränderungen in der therapeutischen Beziehung**

Bei Störungen oder Beendigung der therapeutischen Beziehung können sich suizidales Erleben und suizidaler Handlungsdruck schnell wieder aktualisieren.

03 **Längerfristige therapeutische Arbeit**

Die langfristige Reduzierung des suizidalen Erlebens und Handlungsdrucks ist meist das Resultat einer längeren therapeutischen Arbeit.

Therapeutische Beziehung und therapeutisches Arbeitsbündnis

Die **therapeutische Beziehung** ist nicht identisch mit dem **therapeutischen Arbeitsbündnis**. Sie entspricht am ehesten dem „Bond“; „Goals“ und „Tasks“ können sehr turbulent sein.

Suizidgefährdung ist nicht konstant

Suizidalität kann sich aus einem scheinbar stabilen Zustand im Verlauf einer Behandlung schnell aktualisieren

STABILISIEREND

Therapeutische Beziehung

Suizidalität kann sich im Rahmen einer therapeutischen Beziehung sehr schnell entaktualisieren

DESTABILISIEREND

Subjektiv belastende Ereignisse

Ablehnung, Zurückweisung oder Kränkung können eine Krise auslösen oder zuspitzen.

Mediale Ereignisse

Die Identifikation mit einem Suizid, etwa nach medialen Berichten, kann suizidales Erleben aktualisieren.

Therapie

Die therapeutische Haltung

Fokussierung auf den Patienten, ihn ernst nehmen, nicht beschwichtigen und nicht bagatellisieren

- Akzeptieren, dass der Suizid eine menschliche Möglichkeit ist.
- Akzeptieren, dass das Leben so belastend empfunden wird, dass man sich das Leben nehmen möchte.
- Annehmen. Nicht bewerten und beurteilen.
- Akzeptieren, dass ein Suizid möglich ist.
- Die Autonomie des Patienten akzeptieren.
- Das Ansprechen des Suizids als Gesprächsangebot (und nicht als Handlungsaufforderung) verstehen (besonders bei körperlich schwer Kranken und/oder alten Patienten).
- Zuverlässig sein.
- Versuchen, gemeinsame Lösungen in krisenhaften Situationen zu finden.
- Den Patienten „aushalten“ können.

Akzeptieren in diesem Sinne heißt nicht, die Sicht des Patienten zu teilen

- Intervenieren bei akuter Suizidgefahr.

Die Möglichkeiten der Behandlung hängen vom Arbeitsplatz und den Aufgaben ab.

Zuständigkeit und Grenzen

- Wissen, für was man zuständig ist und wofür nicht.
- Wissen wo die eigenen Grenzen sind.

Rahmen und Handlungsoptionen

- Über den zur Verfügung stehenden Rahmen im Klaren sein.
- Über die eigenen Handlungsoptionen im Klaren sein.

Unterstützung und Vernetzung

- Wissen, wo ich weiterführende Unterstützung und im Notfall Hilfe organisieren kann. Das Netzwerk kennen.
- Wissen wer informiert oder einbezogen werden muss.

Zeit und Gesprächssituation

- Angemessen Zeit nehmen.
- Ruhige Atmosphäre schaffen, Unterbrechungen vermeiden.

Der Beginn der Behandlung

Stabilisierung der aktuellen Lebenssituation

Es kann vorkommen, dass Patient:innen in aktuell desolaten Umständen leben:

- Schulden
- Unbezahlte Rechnungen
- Tendenziell verwahrlost
- …
- Schlaflosigkeit

Gegebenenfalls sollte eine Klärung dieser die Therapie einschränkenden Bedingungen in Erwägung gezogen werden.

Zur Stabilisierung kann auch die Gabe z. B. eines Tranquilisers erwogen werden, wenn keine Kontraindikation besteht.

Klärung, wo und wie in einer akuten Zuspitzung der Krise Hilfe gesucht werde kann
Zu Beginn kann es zunächst um praktische und kurzfristige Stabilisierung gehen.

Risikofaktoren erheben

Starke statistische Risikofaktoren

- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizidale Äußerungen, Suizidankündigungen
- Psychische Störungen
- Selbstverletzendes Verhalten
- Suizide und Suizidversuche in der Familie

Potenzielle Hinweise im Verhalten

- Rückzug
- Patient wird wortkarger, erscheint seltener in der Praxis und berichtet weniger Persönliches
- Abschiede, Verschenken persönlicher Gegenstände
- „Unauffälligkeit“ – neigt dazu, „vergessen“ zu werden
- Übertriebene Angepasstheit

Hinweise auf eine mögliche Aktualisierung der Suizidgefährdung

Im Verlauf der Behandlung – mögliche Belastungen und Veränderungen

01 In der Behandlung

- Scham- und Schuldgefühle gegenüber anderen im Verlauf der Behandlung
- Urlaub oder Erkrankung der behandelnden Fachkraft

02 Situative Faktoren

- Aktuelle Verluste – oder die Befürchtung eines Verlusts
- Veränderungen der Lebensumstände, z. B. Verlegung, Entlassung oder Behandlungsende
- Berichte über Suizide prominenter Personen (Werther-Effekt)

03 Veränderungen im Verhalten

- Plötzliche Stimmungsaufhellung oder -verschlechterung ohne erkennbaren Anlass
- Wechsel zwischen Aggressivität und depressivem Rückzug

Einzelne Hinweise sind nicht beweisend; entscheidend ist die individuelle Einordnung im Gespräch.

Einschätzung akuter Suizidgefährdung in suizidalen Krisen

ALLGEMEINE HINWEISE

Impulsivität · Alkoholabhängigkeit · psychotische Symptome · aggressives Verhalten

PLANUNG/VORBEREITUNG DES SUIZIDS

Es gibt Vorstellungen bezüglich

- **Methode**
  Methode und bereits beschaffte Mittel
- **Ort**
  Festlegung eines Ortes
- **Zeitpunkt**
  Datum, Zeitpunkt oder Jahrestag

Je konkreter die Planung, umso höher ist die Gefährdung

MÖGLICHE GEFÄHRDUNG DRITTER

Auch eine Gefährdung nahestehender Personen – insbesondere von Kindern – muss gegebenenfalls angesprochen und geklärt werden (erweiterter Suizid).

Hinweise sind keine sichere Vorhersage: Entscheidend ist die sorgfältige Einschätzung im Gespräch.

Verwicklungen

Emotionale Reaktionen

- Ich verspüre heftige aversive Gefühle.

Identifikation.

- Ich habe den Eindruck, dass es in der Situation wirklich keinen anderen Ausweg als den Tod gibt.
- Ich verspüre den Wunsch, er/sie möge sich (endlich) das Leben nehmen.

Behandlung

- Der Patient gibt mir das Gefühl, dass nur ich ihm helfen kann und keiner sonst ihn versteht.
- Ich habe das Gefühl, inkompetent zu sein und Fehler gemacht zu haben.
- Ich spüre den Druck, ständig außerplanmäßige Termine anzubieten, Gesprächszeiten zu verlängern oder auch in meiner Freizeit zur Verfügung stehen zu müssen.

Beziehung im Team

- Ich habe den Eindruck, alles alleine machen zu müssen.
- Ich möchte das Vorgenannte in der Supervision/Intervision nicht ansprechen (z. B. Gefühle von Scham oder Inkompetenz).
- Ich möchte Dinge, die der Patient mir erzählt hat, in der Supervision/Intervision verschweigen oder möchte ihn vor den Kolleg:innen in Schutz nehmen.

Diese Gefühle können Teil der pathologischen Interaktion mit dem Patienten und sollten in der Supervision geklärt werden

Potenzielle Therapieziele bezüglich der Suizidalität

Suizidales Erleben

- Keine suizidalen Gedanken und Suizidversuche mehr.
- Suizidale Gedanken führen nicht mehr zu Handlungen.
- Suizidale Gedanken werden nicht mehr belastend erlebt.

Erneute Suizidgefährdung

- Patient:in kommt bei neuer Suizidgefährdung in Behandlung.

Bereitschaft zur weiteren Behandlung

- Patient:in ist bereit eine Behandlung einer Grunderkrankung aufzunehmen.
- Patient:in ist eine längerfristige ambulante Behandlung aufzunehmen.
- Patient:in erklärt sich bereit eine stationäre Behandlung aufzunehmen.

Selbstfürsorge

Professionelle Grenzen aufrechterhalten

- Eigene zeitliche, emotionale und fachliche Grenzen beachten.
- Nicht in eine Haltung geraten, allein zuständig oder jederzeit verfügbar sein zu müssen.
- Klare Vereinbarungen über Erreichbarkeit und Krisenintervention treffen.

Die Grenzen der eigenen Verantwortung anerkennen

- Akzeptieren, dass Suizidalität nicht immer vollständig beeinflussbar ist und auch während einer fachgerechten Behandlung ein Suizid geschehen kann.

Supervision und kollegialen Austausch nutzen

Belastungen und Unsicherheiten gemeinsam reflektieren.

Für Entlastung und Regeneration sorgen

Fälle nicht mit nach Hause nehmen.

Nach einem Suizid Unterstützung erhalten

Raum für Trauer, Austausch und Nachbesprechung schaffen.

Die Suizidkonferenz

Nachdem ein Patient sich innerhalb einer Behandlung suizidiert hat, sollten sich die an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter:innen in einer „Suizidkonferenz“ zusammenfinden. Die Konferenz sollte durch einen externen Experten geleitet werden.

Ziele

- Entlastung der beteiligten Mitarbeiter:innen.
- Ein Verständnis der Entwicklung gewinnen, die möglicherweise zum Suizid geführt hat, sowie Awareness fördern.
- Stärkung des Teams und Ausräumen gegenseitiger unterschwelliger Vorwürfe.

Ausdrücklich kein Ziel

- Das Finden von „Schuldigen“ und „Verantwortlichen“.
- Aus diesem Grund sollte die Teilnahme von externen Vorgesetzten vorsichtig gehandhabt werden.

Im Verlauf einer Suizidkonferenz sollte der Behandlungsverlauf von der Aufnahme bis zum Suizid durch die beteiligten Mitarbeiter:innen rekapituliert werden – einschließlich ihrer Empfindungen gegenüber dem Patienten.

Beachtung der Situation der Angehörigen

Bei Suizidalität oder Suizidversuch

- Verständnis ausdrücken für die Belastung.
- Empfehlen, sich selbst Hilfe zu suchen.
- Auf Hilfe für eventuell vorhandene Kinder drängen.
- Auf die Begrenztheit der Möglichkeiten eines Angehörigen hinweisen.
- Hinweise geben, wie in akuten Krisensituationen zu handeln ist.

Nach einem Suizid

- Zum Gespräch zur Verfügung stehen.
- Auf Hilfsmöglichkeiten für sich selbst hinweisen (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Psychotherapie).
- Dies auch für vorhandene Kinder tun beziehungsweise organisieren.
- Faltblatt des Nationalen Suizidpräventionsprogramms aushändigen.

Angehörige brauchen Orientierung, Entlastung und gegebenenfalls eigene Unterstützung.



Für Medienschaffende haben wir ein **Medienportal** eingerichtet. Dort finden Sie Empfehlung für die Berichterstattung, Hintergründe, Presseinformationen sowie Kontaktmöglichkeiten

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit



FALLDARSTELLUNG

Eine 30-jährige Frau rief unser Therapie-Zentrum an und sagte, dass sie schon "seit langer Zeit“ daran denke, sich das Leben zu nehmen. Seit sie vor einem Jahr eine auf mehrere Monate geplante stationäre psychoanalytisch orientierte Psychotherapie abgebrochen habe ginge es ihr besonders schlecht. Nach einem Suizidversuch mit Tabletten sei sie kurz für zwei Tage in einem psychiatrischen Krankenhaus gewesen. Dort habe sie keine Hilfe erhalten und lediglich bedauert, dass ihr Suizidversuch gescheitert sei. Sie würde jetzt zwar *hier* anrufen, wisse aber nicht, ob es für sie überhaupt Hilfe gäbe. Alle Therapien bisher hätten eigentlich nichts gebracht.
Zwei Tage später erschien eine kleine, eher unscheinbare Frau, brünett, einfach gekleidet und mit einem starken Gesichts-Ekzem, zum Erstgespräch. Sie berichtete von Suizid-Phantasien, z. B. dem Schlucken einer Überdosis von Benzodiazepinen, und auch von langen quälenden Aufenthalten auf Autobahnbrücken, in denen sie überlege, ob sie nun springen oder ihr Auto gegen einen Brückenpfeiler steuern solle. Sie sei Hoffnungslos, denn alle therapeutischen Möglichkeiten habe sie ausgeschöpft. Eine ambulante Behandlung sei völlig unzureichend und sie wolle nicht ins Krankenhaus gehen, da ginge sie kaputt. Sie sei eigentlich nur zu uns in das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete kommen, um gemäß des Namens des Instituts eine letzte Bestätigung zu erhalten, das auch dieses Möglichkeit ihr nichts brächte.

Erst viel später lernte der Therapeut einen anderen Grund für ihre Konsultation kennen: sie kam mit dem drängenden Wunsch, sich von einem Menschen zu verabschieden, bevor sie sich suizidiere. Sie vermittelte dem Therapeuten aber bereits im Erstgespräch, das eigentlich überhaupt nichts helfe und er ihre Äußerungen lediglich hinzunehmen habe.
Der Therapeut spürte zunehmend Ärger und sagte ihr, dass er den Eindruck habe, er solle etwas von der Hilflosigkeit und Eingeschlossenheit spüren, mit der sie seit Jahren lebe. Sie reagierte verärgert und sagte, sie wolle nun gehen. Sie verließ das Interview abrupt, schüttelte ihm die Hand ließ ihm gerade noch genug Zeit, um zu sagen, sie könne ihn erneut zu kontaktieren.

Eine halbe Stunde später, während der Therapeut noch immer über seine turbulente Gefühle, die dieses Treffen ausgelöst hatte, nachdachte, rief die Patientin erneut an um zu sagen, das Gespräch habe sie "irgendwie berührt" und sie wolle noch einmal kommen.