

SUIZIDPROPHYLAXE

Nr. 194

THEORIE UND PRAXIS

Hinterbliebene nach Suizid – Besonderheiten dieser Trauer und ihre Folgen für Beratung und Begleitung Betroffener (Originalarbeit)

Trauer ist keine Krankheit!

Trauer nach Suizid

Hinterbliebene nach einem Suizid: Psychische Belastungsfaktoren und Ergebnisse des Interventionsprogramms Hilfe nach Suizid (Originalarbeit)

AGUS – Angehörige um Suizid e.V.

Suizidpostvention in der Schweiz

Die Geschichte der Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene nach Suizid in Vorarlberg

Interview mit dem Partner einer Frau, die sich assistiert das Leben nahm

Beratungsstelle für Angehörige betroffen von assistiertem Suizid

AdoASSIP – Ein Kurzinterventionsprogramm für Jugendliche nach Suizidversuch (Originalarbeit)

like a BRIDGE – over troubled water – Jubiläumstagung 45 Jahre Kriseninterventionszentrum im Wiener Rathaus am 4. November 2022

Deutsche Gesellschaft
für Suizidprävention (DGS)

Österreichische Gesellschaft
für Suizidprävention (ÖGS)

Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz
(IPSILON)



ISSN 0173-458X
Listed in PSYINDEX,
Excerpta Medica

Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS), der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und der Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz (IPSILON)

Herausgeber Redaktion

Uwe Sperling, Mannheim
(Koordinierender Herausgeber)

Claudius Stein, Wien,
(Stellv. Koordinierender Herausgeber)
Hellmuth Braun-Scharm, Erlangen

Thomas Bronisch, München
Stephan Kupferschmid, Winterthur
Jörg Schmidt, Bayreuth
Wolfram Schulze, Mainz
Manfred Wolfersdorf, Hollfeld, Bayreuth

Wissenschaftlicher Beirat (2020 - 2023)

Matthias Bormuth, Oldenburg, Berlin
Anna Christ-Friedrich, Heilbronn
Gert H. Döring, Kirchentellinsfurt
Elmar Etzersdorfer, Stuttgart
Werner Felber, Dresden
Benigna Gerisch, Berlin
Thomas Giernalczyk, München
Rolf D. Hirsch, Bonn

Markus Jäger, Kempten
Susanne Knappe, Dresden
Harald Kratochvila, Wien
Bernhard Küchenhoff, Zürich
Ute Lewitzka, Dresden
Reinhard Lindner, Kassel
Thomas Niederkrotenthaler, Wien
Martin Plöderl, Salzburg

Dan Rujescu, Wien
Barbara Schneider, Köln
Hermann Spießl, Landshut
Martin Teising, Berlin
Benedikt Till, Wien
Heinz Weiss, Stuttgart
Friedrich Wurst, Traunstein, Basel

Geschäftsstelle der DGS Geschäftsstelle der ÖGS Geschäftsstelle Ipsilon

DGS-Geschäftsstelle,
c/o PD Dr. Gerd Wagner,
Klinik für Psychiatrie und Psycho-
therapie, Universitätsklinikum Jena
Philosophenweg 3
07743 Jena
E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de

**Österreichische Gesellschaft
für Suizidprävention**
Lazarettgasse 14 A
1090 Wien

**Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz**
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur

Manuskriptsendungen werden erbeten an die Kontaktadresse der Herausgeber:

E-Mail: herausgeber@suizidprophylaxe.de

Für Angaben über Indikation und Dosierung von Arzneimitteln übernehmen Verlag und Herausgeber keine Gewähr. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet bei geschlechtsunterschiedlichen Wortformen jeweils nur eine (in der Regel die männliche) Form in den Texten dieser Zeitschrift Verwendung, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Hinweise für Autoren finden Sie als Download auf der Homepage des Verlages (www.roderer-verlag.de).

Bezugsbedingungen: Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich. Sie kann beim Verlag oder bei einer Buchhandlung bestellt werden. Der Bezugspreis beträgt im Jahresabonnement EURO 128,- zzgl. Porto EURO 6,40. Abonnementsbeginn jederzeit. Abbestellungen zum Jahresende bis 30. September des laufenden Jahres. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention erhalten laufend ein Exemplar der „Suizidprophylaxe“ im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zugesandt.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form — durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren — reproduziert oder in eine von Maschinen, besonders Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benützte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2 UrhG) und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Untere Weidenstrasse 5, 81543 München.

Verlag: S. Roderer Verlag, Postfach 11 05 06, 93018 Regensburg; Tel. (0941) 7992270
E-Mail: info@roderer-verlag.de, www.roderer-verlag.de

Index: This Journal is listed in PSYINDEX,
Excerpta Medica ISSN 0173-458-X

www.suizidprophylaxe.de

Inhalt

Heft 194

Editorial	82	Originalarbeit	
Rauchzeichen		Marianne Rizk, Martina Preisig, Isabelle Häberling, Dagmar Pauli, Susanne Walitza, Konrad Michel, Gregor Berger	118
Ute Lewitzka, Uwe Sperling	83	AdoASSIP – Ein Kurzinterventionsprogramm für Jugendliche nach Suizidversuch Eine spezifische Therapie, die innerhalb von vier Sitzungen zum Verständnis suizidaler Mechanismen führt und zukünftigen suizidalen Handlungen entgegenwirkt. (Originalarbeit)	
Themenschwerpunkt Suizidpostvention		Tagungsbericht	
Regina Seibl	84	Thomas Kapitany, Andrea Poschalko	122
Hinterbliebene nach Suizid – Besonderheiten dieser Trauer und ihre Folgen für Beratung und Begleitung Betroffener (Originalarbeit)		like a BRIDGE – over troubled water – Jubiläums- tagung 45 Jahre Kriseninterventionszentrum im Wiener Rathaus am 4. November 2022	
Golli Marboe	89	DGS-Nachrichten	126
Trauer ist keine Krankheit!		51. Herbsttagung der DGS in Kassel Mitgliederversammlung der DGS Instagram-Kanal der DGS	
Martina Kommescher-Dittloff	92	Buchbesprechung	
Trauer nach Suizid		Herbert Csef	126
Laura Hofmann, Birgit Wagner	96	Gemeinsam sterben. Die berühmtesten Doppelsuizide	
Hinterbliebene nach einem Suizid: Psychische Belastungsfaktoren und Ergebnisse des Interventionsprogramms Hilfe nach Suizid (Originalarbeit)		Tagungskalender	127
Jörg Schmidt	104	Der Suizid in der Bildenden Kunst	U3
AGUS – Angehörige um Suizid e.V. Wie aus einer Idee eine Organisation wurde		Charles Garabed Atamian (1872-1947)	
Jörg Weisshaupt	105	Erzherzog Rudolf, Kronprinz von Österreich (1858 - 1889), tötet sich und seine Geliebte, Baronin Mary Vetsera, in seinem Jagdhaus in Mayerling	
Suizidpostvention in der Schweiz Was schon geleistet wird und wo Handlungsbedarf besteht		Tobias Marboe (1989 – 2018)	
Hannelore Ilg, Martin Ilg	113	“digitalgrafitti” und “Le Penseur”	
Die Geschichte der Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene nach Suizid in Vorarlberg			
Jörg Schmidt	114		
Interview mit dem Partner einer Frau, die sich assistiert das Leben nahm			
Laura Hofmann, Birgit Wagner	117		
Beratungsstelle für Angehörige betroffen von assistiertem Suizid			

Editorial

Wer kennt es nicht, das bekannte Zitat von Edwin Shneidman, dass Suizidpostvention Prävention für die nächste Generation ist. Er lenkte in den späten 1960er Jahren als erster den Fokus auf die Hinterbliebenen, weil er dort den größten Handlungsbedarf sah. Er erkannte, wie verwundbar und auch gefährdet Menschen in der Situation nach dem Suizid eines nahestehenden Angehörigen sind. Prävention war für ihn ohne Postvention undenkbar.

Der Verlust eines geliebten Menschen gehört zu den schmerzlichsten Erfahrungen, die ein Mensch machen muss, und niemand wird im Laufe seines Lebens dieser Erfahrung entgehen. Noch schmerzlicher ist allerdings der Verlust einer geliebten Person durch einen Suizid. Viele Menschen begleitet diese Erfahrung ein Leben lang. Betroffene sind hoch belastet. Sie müssen sich mit den Gefühlen von Trauer und Schmerz, Wut, Scham und Schuld auseinandersetzen, und oft sind sie damit zunächst überfordert und benötigen dringend professionelle Unterstützung.

Das sind Gründe, weshalb diese Ausgabe der „Suizidprophylaxe“ die Postvention als Schwerpunktthema hat. Darin finden sich Artikel aus verschiedenen Fachdisziplinen sowie der klinischen Praxis, aber auch Erfahrungsberichte Betroffener, um so das Thema aus möglichst vielen Blickwinkeln umfassend darzustellen.

Den Anfang macht Regina Seibl. Sie beschäftigt sich in ihrem Artikel „Hinterbliebene nach Suizid“ mit den Besonderheiten dieser speziellen Form der Trauer und damit, was dies für die Beratung und Begleitung Betroffener bedeutet. Golli Marboe erzählt in seinem sehr persönlichen Artikel „Trauer ist keine Krankheit“ über seine Erfahrungen nach dem Suizid seines Sohnes Tobias. Ergänzt wird dieser berührende Artikel durch Bilder aus dem Schaffen von Tobias Marboe.

Martina Kommescher-Dittloff gibt einen Einblick in die Praxis einer Trauerbegleiterin nach Suizid. Sie macht dabei auch deutlich, dass dies nur auf Basis fundierter Theorien zum Trauererlauf funktionieren kann. Laura Hofmann und Birgit Wagner von der Medical School Berlin gehen in ihrem Beitrag insbesondere auf Erkenntnisse ein, die sie mit dem Projekt „Hilfe

nach Suizid“ gewonnen haben. In Form von Online-Sitzungen ging es um Interventionen in der Trauer nach Suizid.

AGUS ist die zentrale Selbsthilfeorganisation in Deutschland für Hinterbliebene nach Suizid. Der Geschäftsführer Jörg Schmidt gibt einen kurzen Einblick in ihre Geschichte und Arbeitsbereiche. Wie sich die Suizidpostvention in der Schweiz gestaltet, berichtet Jörg Weisshaupt. Er ist Vorstandsmitglied des Vereins IPSILON, der sich in der Schweiz sehr engagiert. Selbsthilfegruppen sind oft eine wichtige Unterstützung für Hinterbliebene nach Suizid. Hannelore und Martin Ilg berichten über ihre jahrelange Erfahrung mit einer Selbsthilfegruppe in Vorarlberg. Wenn es um das Thema des assistierten Suizids geht, stehen insbesondere Angehörige vor großen Herausforderungen. Das können Sie in einem Interview, das Jörg Schmidt mit dem Partner einer Frau, die sich assistiert das Leben nahm, unmittelbar nachvollziehen. Für sie gibt es seit kurzem eine Beratungsstelle bei der Medical School Berlin, wovon Birgit Wagner und Laura Hofmann berichten.

Marianne Rizk, Martina Preisig, Isabelle Häberling, Dagmar Pauli, Susanne Walitza, Konrad Michel und Gregor Berger stellen in ihrem Beitrag über AdoASSIP (Adolescent Attempted Suicide Short Intervention Program) eine hochspezialisierte Kurztherapie für Jugendliche nach einem Suizidversuch dar, die im Rahmen eines Projektes der Gesundheitsförderung Schweiz erfolgreich in den klinischen Alltag von 15 (Halb-) Kantonen der Schweiz eingeführt wurde. Schließlich berichten Thomas Kapitany und Andrea Poschalko über die Jubiläumstagung 45 Jahre Kriseninterventionszentrum mit dem Titel „like a BRIDGE – over troubled water“, die im November 2022 stattgefunden hat.

Wir hoffen und wünschen, dass dieses Heft zum Verständnis beitragen wird, welchen Stellenwert die Postvention in der Suizidprävention einnimmt und wie man Hinterbliebene nach dem Suizid eines Angehörigen adäquat unterstützen kann.

Für die Herausgeber

Jörg Schmidt und Claudius Stein

Rauchzeichen aus dem DGS-Vorstand

Vorrang der Suizidprävention vor assistiertem Suizid!

Ute Lewitzka und Uwe Sperling

Unter diesem Motto hat der Vorstand der DGS seit seinem Positionspapier vom 3.5.2021 „Niedrigschwellige Prävention! Initiative für ein Suizidpräventionsgesetz in Deutschland“ konsequent darauf hingearbeitet, dass die Diskussion um eine gesetzliche Regelung des Zugangs zu assistiertem Suizid die in Deutschland noch immer ausstehende rechtliche Verankerung der Suizidprävention nicht verdeckt. Bis zuletzt haben die Abgeordneten an den beiden Gesetzesvorschlägen zur Regelung der Suizidhilfe gearbeitet. Zeitweise entstand der Eindruck, dass das Thema der Suizidprävention völlig in den Hintergrund treten würde, bis am Tag vor der Abstimmung ein gemeinsamer Entschließungsantrag (Drucksache 20/763; <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf>) beider Vorbereitungsgruppen veröffentlicht wurde. Dass die Abgeordneten des Deutschen Bundestages am 6.6.2023 den beiden Gesetzen zur Regelung der Suizidhilfe nicht zugestimmt, den Entschließungsantrag zur Suizidprävention aber mit überwältigender Mehrheit angenommen haben, gibt Raum, sowohl kritische Punkte nochmals aufzuarbeiten als auch eine Nationale Strategie und gesetzliche Verankerung der Suizidprävention in Deutschland mit aller Ernsthaftigkeit anzugehen.

Die Aufforderung an die Bundesregierung, bis zum 30. Juni 2024 eine Strategie für Suizidprävention vorzulegen, bietet die Chance, ressort- und bereichsübergreifend ein längerfristiges Konzept der Suizidprävention zu beschreiben. Der par-

allel dazu geforderte Gesetzentwurf zur Suizidprävention ist notwendig, damit eine auch finanziell verlässliche Grundlage für die Umsetzung der Strategie geschaffen wird. Die vom Bundestag angenommene Entschließung enthält bereits viele wichtige Punkte, muss aber weiter konkretisiert und ergänzt werden. Dabei werden wir uns als Fachgesellschaft in Abstimmung mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und vielen weiteren Akteuren, mit denen wir bereits in den vergangenen Jahren gemeinsam aktiv waren, einbringen.

In Bezug auf eine Regelung der Suizidhilfe kommt es jetzt darauf an, eine Reihe unzureichend berücksichtigter Punkte anzusprechen. Dazu zählt unter anderem die Einrichtung einer Kommission, welche die Dokumentation in jedem Einzelfall prüft und jährlich berichtet, um ggfs. Konsequenzen für die Praxis ergreifen zu können. Des Weiteren ist eine differenzierte statistische Erfassung zu fordern, um die Entwicklung und die Auswirkungen der Suizidhilfe verfolgen zu können. Bei der Erarbeitung eines neuen Gesetzentwurfs sollten die mit dem Thema häufiger konfrontierten Fachgruppen wie beispielsweise Hausärzte, Psychiater, Ärzte und Pflegende in der Palliativmedizin beteiligt werden, um den unterschiedlichen Situationen gerecht zu werden.

Auffallend war, dass in der Presseberichterstattung vor und nach der Abstimmung im Bundestag das Thema der Suizidprävention weit hinter dem Thema der Suizidassistenz zurückgeblieben ist. Und noch auffallender war, dass Themen wie dem Heizungsgesetz weit mehr Platz eingeräumt wird.

Um die digitale Version zu testen, können Sie entweder den QR-Code einscannen (z. B. mit Ihrem Smartphone oder Tablet) oder den Link in Ihren Browser kopieren, um das Heft online abzurufen:

Link:

<https://roderer-verlag.de/sp194>

Bitte verwenden Sie, wenn Sie bei der Öffnung der Datei dazu aufgefordert werden, folgendes Passwort: **sp193** (bitte auf Groß- und Kleinschreibweise achten)

QR-Code:



Themenschwerpunkt Suizidpostvention

Hinterbliebene nach Suizid –

Besonderheiten dieser Trauer und ihre Folgen für Beratung und Begleitung Betroffener

Regina Seibl

Zusammenfassung

Der Suizid eines nahestehenden Menschen hat beträchtliche negative Folgen für die psychische Gesundheit, das Selbstbild und die familiären und sozialen Beziehungen Hinterbliebener. Im Vergleich zu Trauernden nach anderen Todesursachen haben sie ein erhöhtes Bedürfnis, Erklärungen für den Suizid zu finden und das Geschehene zu verstehen, sie erleben häufiger Gefühle von Schuld und Verantwortung für den Suizid, ein erhöhtes Maß an Stigmatisierung und Scham und den Verlust der Unterstützung durch und die Isolation von ihrem sozialen Umfeld. Zudem gelten sie als Risikogruppe für suizidales Verhalten. Aufgrund der Erschütterungen und Disruptionen in verschiedenen Lebensbereichen infolge des Suizids ist ihre Trauer häufig komplexer, herausfordernder und langwieriger. Einen zentralen Aspekt des Trauerprozesses bildet das Finden eines Narrativs für den Suizid (meaning making), das ihnen hilft, ein subjektiv tragfähiges Verständnis für die Komplexität des suizidalen Geschehens und der daran beteiligten Faktoren zu entwickeln. Ist dieser Prozess erfolgreich, so stellt dies einen Prädiktor für gelungenes Trauern und darüber hinaus auch für Posttraumatisches Wachstum dar. In der Begleitung Hinterbliebener nach Suizid gilt es, die Tragweite des Verlusts und dessen Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche zu beachten. Verlässliche professionelle Unterstützung über einen längeren Zeitraum bereitzustellen erscheint deshalb empfehlenswert.

Schlüsselwörter: Hinterbliebene nach Suizid, Risikogruppe, besondere Trauer, Narrativ finden, längerfristige Begleitung

Abstract

The suicide of a significant other can have tremendous negative consequences on the mental health, the sense of self, and the relationships (both within and outside the family) of those left behind. Compared to survivors of other causes of death, suicide loss survivors often experience a greater need to seek explanations for the death and to make sense of it, greater levels of guilt and felt responsibility for the death, a greater level

of stigmatization and shame, and a loss of support and isolation from their social system. They are also at a higher risk for suicidal behaviour. Due to the multiple disruptions that they experience, their grief tends to be more complex, more challenging and may last longer. One key aspect in the grieving process is finding a viable narrative for the suicide that can offer a better understanding of the different factors contributing to the suicide. Completing this meaning making process in a satisfactory manner is a predictor for successful grieving and even for posttraumatic growth. Counseling suicide survivors can be a challenging task because of the magnitude of their loss and its devastating effects. Therefore reliable and long term professional support is recommended.

Key words: suicide loss survivors, risk group, special grief, finding a narrative, long term support

Über viele Jahrhunderte hinweg galt Suizid als Sünde, Verbrechen und Schande für die Familie (vgl. Minois 1996). Dessen massive Folgen für Angehörige wurden billigend in Kauf genommen, die sich daraus ergebenden psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Notlagen mussten von den Betroffenen aus eigener Kraft bewältigt werden. So manche Hinterbliebene wurden sogar für den Suizid ihrer Angehörigen verantwortlich gemacht. Noch bis Mitte der 1980er Jahre wurden Menschen, die durch Suizid verstorben waren, in Österreich teilweise die Rituale eines christlichen Begräbnisses vorenthalten.

Die nachhaltigen sozialen Folgen dieses Stigmas sind für Hinterbliebene noch immer deutlich spürbar. Auch heute ist das Thema Suizid noch von Schweigen, Angst und Vermeidung umgeben. Doch seit etwa zwanzig Jahren erheben immer mehr Suizidhinterbliebene ihre Stimme so wie etwa Saskia Jungnikl in ihrem Buch „Papa hat sich erschossen“ (2014). Sie dokumentieren ihre Erfahrungen und machen sie der Öffentlichkeit zugänglich. Das zeugt nicht nur von einer großen Stärke, es ist auch sehr wertvoll für andere Betroffene und darüber hinaus für jene, die sich mit Suizidprävention befassen.

Edwin Shneidman, US-amerikanischer Psychologe und Suizidforscher, sprach als einer der ersten vom Vermächtnis des

Suizids (the legacy of suicide), das war in den späten 1960er Jahren. Er meinte damit die weitreichenden psychologischen und sozialen Folgen für Hinterbliebene (Shneidman 1969). Inzwischen wird dieser Themenbereich laufend wissenschaftlich untersucht und ist in der Regel bei Tagungen zum Thema Suizid präsent.

Heute wissen wir, dass Hinterbliebene meist einen langen, sehr schmerzhaften und anspruchsvollen Trauerprozess durchlaufen. Der Suizid verändert ihr Leben oft nachhaltig und wird von vielen als Zäsur empfunden. Einigen gelingt es, ihren Verlust zu integrieren und wieder ins Leben zurückzufinden. Andere entwickeln in der Folge jedoch psychische Erkrankungen wie etwa (vgl. Erlangsen & Pitman 2017):

- Depressive Erkrankungen
- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen
- Angsterkrankungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Hinterbliebene nach Suizid tragen auch ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten (vgl. Andriessen et al. 2017, Erlangsen & Pitman 2017, Jordan 2020).

Wie viele Betroffene gibt es und wer gilt als Suizidhinterbliebene/r?

Shneidman (1969) ging pro Suizid von sechs Betroffenen aus dem nahen Umfeld aus, Berman (2011) kam in einer Untersuchung auf fünf. Andere Autoren gehen teils von höheren Zahlen aus so wie etwa Wroblewski (2002) von 10 Personen pro Suizid. Es herrscht jedoch noch immer eine gewisse Unklarheit darüber, welche Personen im engeren Sinn als Suizidhinterbliebene bezeichnet werden können (vgl. Andriessen et al. 2017). Jordan und McIntosh (2011) definieren sie als jene Personen im Umfeld des Suizidenten, die durch den Suizid über einen längeren Zeitraum ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommener psychischer, körperlicher und sozialer Belastung erleben. Diese Definition, so offen sie auch formuliert ist, erscheint bis auf Weiteres vor allem deshalb brauchbar, weil sie auf Angehörige und andere Personen zutrifft, die der/dem Verstorbenen nahestanden. Und psychische Nähe zum Verstorbenen gilt als ein Schlüsselkonzept in der Identifikation von Suizidhinterbliebenen (Cerel et al. 2014).

Vor dem Hintergrund der massiven Belastungen Suizidhinterbliebener und ihrem Risiko, psychisch zu erkranken oder selbst suizidal zu werden, erkannte bereits Edwin Shneidman die Notwendigkeit, sie in der Verarbeitung des Suizids zu unterstützen. Alle hilfreichen Aktivitäten, die darauf abzielen und darüber hinaus dessen weitere negative Folgen wie etwa suizidales Verhalten zu verhindern suchen, nannte er in den späten 1960er Jahren Suizidpostvention (vgl. Shneidman 1969).

Selbst wenn auf diesem Gebiet in vielen Ländern, unter ihnen Österreich, noch immer deutlicher Aufholbedarf besteht, so besteht inzwischen zumindest ein Bewusstsein über die

Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Suizidpostvention, das sich in folgender Empfehlung der WHO widerspiegelt: „(...) um effektiv zu sein, sollten die Ziele nationaler Suizidpräventionsstrategien auch Unterstützung für jene Personen umfassen, die von den Folgen eines Suizids betroffen sind.“ (vgl. Andriessen et al. 2017) In der weiteren Konzipierung und Umsetzung des österreichischen Suizidpräventionsprogramms SUPRA wird diese Empfehlung berücksichtigt, und zwar in Form eines Arbeitsschwerpunkts Postvention für die nächsten Jahre.

Spezifische Merkmale der Trauer nach Suizid

Jordan (2020) beschreibt verschiedene Merkmale der Trauer nach Suizid im Unterschied zur Trauer nach anderen Todesursachen. Betroffene erleben in der Regel:

- Ein erhöhtes Bedürfnis, Erklärungen für den Suizid zu finden und das Geschehene zu verstehen
- Häufiger Gefühle von Schuld und Verantwortung für den Suizid
- Ein erhöhtes Maß an Stigmatisierung und Scham – dies kann zu verstärkten Bemühungen führen, die Todesursache zu verheimlichen
- Den Verlust der Unterstützung durch und ein Gefühl der Isolation von ihrem sozialen Umfeld

Und sie tragen, wie bereits erwähnt, ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten.

Einen nahestehenden Menschen durch Suizid zu verlieren, birgt auch das Risiko von Traumatisierung, und zwar aus den folgenden Gründen (vgl. Jordan 2020):

- Suizid ist ein plötzlicher und gewaltvoller Tod
- Betroffene erleben einen psychischen Schock, v.a. nach Auffinden des Leichnams
- Es kommt zu intensivem Erleben von Ohnmacht und Kontrollverlust
- Der Suizid verursacht eine tiefe Erschütterung grundlegender Annahmen und Sicherheiten

Offene Fragen und multiple Erschütterungen

Der Suizid eines nahestehenden Menschen wirft für Hinterbliebene zahlreiche Fragen auf. Viele dieser Fragen sind Versuche, die Ursachen für den Suizid zu erkennen und/oder herauszufinden, wer die Verantwortung dafür trägt (vgl. Paul 2015, Andriessen et al. 2017): Warum ist der Suizid passiert? Hätte man ihn verhindern können? Wer trägt die Schuld daran? Was habe ich/was haben andere falsch gemacht? Sie spiegeln aber mitunter auch eine tiefe Verunsicherung der Hinterbliebenen in der Beziehung zur verstorbenen Person wider. Der Suizid als absichtlich empfundener Akt der (Selbst)zerstörung kann das gewohnte Erleben von Liebe und Vertrauen innerhalb einer Beziehung schwer beschädigen. Hinterbliebene empfinden den Suizid dann als Absage an die Beziehung und an sich als Person: Warum hast du mir/uns das angetan? Welchen Wert hatte ich/unsere Beziehung

überhaupt für dich? Warum wolltest du nicht mehr mit mir/ für mich weiterleben?

Bei manchen kommt es zu einer tiefen Erschütterung ihres Selbstbilds (Wer bin ich jetzt, nachdem das passiert ist?) und der Grundannahmen über ihr Selbst. Ihr Selbstbild wird durch die Folgen des Suizids fragil und fragmentiert (Sands & Neimeyer 2011), und vieles wird in Frage gestellt: War ich nicht gut genug als Partner/in, Mutter/Vater, Bruder/ Schwester, Kind? Was habe ich falsch gemacht? Dabei wird häufig das eigene Verhalten dem Verstorbenen gegenüber minutiös erforscht und kritisch hinterfragt (Andriessen et al. 2017). Dieser Prozess kann in einem Empfinden resultieren, durch den Suizid des geliebten Menschen sowohl die gemeinsame Zukunft als auch die gemeinsame Vergangenheit zu verlieren. Hinterbliebene erleben in der Folge häufig Schuldgefühle und Reue und das Gefühl, von der verstorbenen Person verraten und verlassen worden zu sein. Die damit verbundene existentielle Verunsicherung und ein genereller Vertrauensverlust können sich auch innerhalb anderer Beziehungen negativ auswirken.

Die Erfahrung, nach dem Suizid von Menschen aus dem eigenen sozialen Umfeld nicht verstanden, teils gemieden zu werden oder deren Unterstützung zu verlieren, verstärken diese Effekte noch und führen zu Selbststigmatisierung, Scham, sozialem Rückzug und Isolation (vgl. Andriessen et al. 2017). Häufig machen Hinterbliebene die bedrohliche Erfahrung, dass sich viele ihrer Beziehungen vor dem Hintergrund des Suizids verändern, ins Wanken geraten oder gar abreißen. Dies betrifft die Familie und/oder die Partnerschaft genauso wie Freundschaften und Beziehungen zu anderen Menschen aus ihrem sozialen Umfeld.

Zentrale Aufgaben bzw. Aspekte der Trauer nach Suizid

Nach dem Suizid eines nahestehenden Menschen finden sich Hinterbliebene mitunter sehr plötzlich in einer als surreal erlebten inneren und äußeren Landschaft wieder, die ihnen bekannte und vertraute Welt liegt in Trümmern. Vor allem in den ersten Wochen und Monaten besteht die Hauptaufgabe für viele darin, Tag für Tag zu überstehen und trotz vielfältiger praktischer und emotionaler Belastungen ihre Funktionalität im Alltag einigermaßen sicherzustellen. Eine Witwe und Mutter von zwei Kindern beschreibt die erste Zeit nach dem Tod ihres Mannes sehr anschaulich: „Ich hatte täglich das Gefühl, mich mit einer Betonplatte am Rücken auf allen vieren fortzubewegen.“

Schritt für Schritt geht es in weiterer Folge darum, die Realität des Verlusts und dessen Konsequenzen für das eigene Leben zu begreifen und einen Umgang mit dem seelischen Schmerz zu finden. Dabei ist zentral, dass Hinterbliebene lernen, ihren Gefühlen Raum zu geben, sie auszuhalten und zu durchleben, sich aber auch immer wieder Ruhe, Erholung und Ablenkung davon zu gönnen, also diese Vorgänge im Laufe der Zeit zu steuern und zu dosieren (Jordan 2020).

Das Finden eines Narrativs (meaning making) als rekonstruktiver Prozess

Ein wesentlicher Aspekt der Trauer nach Suizid besteht in dem sehr herausfordernden und vielschichtigen Prozess des Einordnens, Sortierens, Verstehens und Rekonstruierens der komplexen Hintergründe des Suizids und damit verbundener Fragestellungen (meaning making, vgl. Sands et al. 2011, Jordan 2020, Andriessen et al. 2017, Neimeyer & Sands, 2017). Ziel ist das Finden eines Narrativs, das Hinterbliebenen Antworten auf viele Fragen geben und ein Verständnis für jene Faktoren ermöglichen kann, die zum Suizid des Angehörigen beigetragen haben. Wenn es gelingt, eine subjektiv einigermaßen nachvollziehbare und emotional aushaltbare Erzählung und Erklärung für den Suizid zu finden, kann langfristig wieder mehr innere Sicherheit, Orientierung und Stabilität gewonnen werden. Dieser Prozess ist vergleichbar mit dem Zusammen setzen eines Puzzles, das langsam und oft unter großen Mühen zu einem erkennbaren und brauchbaren Bild wird, auch wenn es an manchen Stellen lückenhaft und unvollständig bleiben muss. Meaning making als rekonstruktiver Prozess gilt als Prädiktor für gelungenes Trauern und darüber hinaus auch für Posttraumatisches Wachstum (Sands et al. 2011, Neimeyer & Sands 2017).

Die Wiederherstellung und Klärung der Beziehung

Das Wiederherstellen und Klären der Beziehung zum Verstorbenen stellt einen weiteren zentralen Aspekt der Trauer und häufig ein grundlegendes Bedürfnis von Hinterbliebenen dar (Jordan 2020, Paul 2015). Ziel ist, sich wieder mit der durch den Suizid verlorengegangenen Person verbunden zu fühlen und Zugang zu ganzheitlichen Erinnerungen an sie und die Beziehung zu haben. Wenn das möglich wird, kann der Suizid als ein Teil des Lebens dieses Menschen und der Beziehung zu ihm/ ihr wahrgenommen werden und überschattet nicht mehr alles andere. Dann kann auch ein neuer Ort für sie oder ihn im eigenen Leben und eine neue Form der Beziehung gefunden werden (er/sie wird zum inneren Begleiter) (vgl. Tedeschi et al. 2018). Auch hierbei handelt es sich um einen komplexen Prozess, der vor allem durch die Möglichkeit zu Auseinandersetzung, Rekonstruktion, Reflexion und damit einhergehendem Containment des Traumas begünstigt wird (vgl. Sands et al. 2011, Jordan 2020).

Das Wiedererlangen von Stabilität nach dem Verlust und reinvestment in living

Unter günstigen Bedingungen wird es Hinterbliebenen schließlich möglich, mit der neuen Realität nach ihrem Verlust zu leben, ihre Beziehungen zu anderen Menschen neu zu gestalten und sich wieder auf ihr eigenes Leben zu fokussieren (reinvestment in living). Dies kann vor allem dann gelingen, wenn sie in der Lage waren, (re)konstruktiv mit den Erschütterungen aller vom Suizid betroffenen Lebensbereiche (Grundannahmen und -sicherheiten, Selbstbild, Beziehungen) umzugehen, wenn sie gewissermaßen ihre in Trümmern liegende Welt wiederaufbauen konnten, um ein Erleben von Stabilität

und Sicherheit wiederzuerlangen (repair of the mourner's assumptive world, vgl. Jordan 2020).

Zeitliche Aspekte in der Trauer nach Suizid

Die Summe der Herausforderungen und Belastungen, mit der Hinterbliebene nach Suizid konfrontiert sind, sowie die Komplexität der Prozesse, die für eine gelungene Verarbeitung ihres Verlusts notwendig ist, legen nahe, dass sie potentiell mehr Zeit als andere Trauernde benötigen, um sich zu stabilisieren (Andriessen et al. 2017). Chris Paul spricht vor dem Hintergrund ihrer Arbeit mit zahlreichen Hinterbliebenen von einem Zeithorizont von 3 bis 5 Jahren (Paul 2015). Dabei ist auch zu beachten, dass insbesondere die Auseinandersetzung mit offenen Fragen und das Finden von Narrativen als komplexe und wiederkehrende reflexive und emotionale Prozesse die Hinterbliebenen über lange Zeit in ihrem Leben hinweg begleiten und in Anspruch nehmen können (vgl. Neimeyer & Sands 2017). Positive Entwicklungen und Fortschritte in Richtung Integration sind für sie selbst und ihr Umfeld häufig rund um die Gestaltung und das Erleben bedeutsamer Daten und Jahrestage (Geburtstage, Todestag, Familienfeste u.Ä.) erkenn- und spürbar. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass viele Hinterbliebene ihre Trauer als offenen Prozess erleben, der sie durch ihr weiteres Leben begleitet, auch wenn dessen Schatten darauf mit der Zeit deutlich kürzer werden.

Posttraumatisches Wachstum

Die teils verheerenden Folgen des Suizids eines nahestehenden Menschen für die psychische Gesundheit von Hinterbliebenen wurden eingangs bereits beschrieben. Eine kleine Gruppe von ihnen erlebt jedoch auch jenes Phänomen, das als Posttraumatisches Wachstum bezeichnet wird (vgl. Tedeschi & Calhoun 2004, Sands et al. 2011, Neimeyer & Sands 2017, Levi-Belz & Lev-Ari 2019). Als Kategorien für Posttraumatisches Wachstum gelten die Entwicklung innerer Stärke, neue Möglichkeiten und Fähigkeiten, unter anderem, sich besser in andere Menschen einzufühlen und sich mit ihnen zu verbinden, eine erhöhte Wertschätzung für das Leben sowie spiritueller und existentieller Wandel (Tedeschi & Calhoun 2004).

Posttraumatisches Wachstum kann im Kontext der bereits erwähnten Rekonstruktion persönlich bedeutungsvoller Zusammenhänge oder Erklärungen im Sinne eines Narrativs (sense making, vgl. Sands et al. 2011, Neimeyer & Sands 2017) stattfinden und wird als quasi parallel verlaufender Prozess beschrieben, der dem vermeintlich Sinnlosen des Suizids einen Sinn abzugewinnen vermag (meaning making, hier wird meaning mit Sinn übersetzt). Sands et al. (2011) sprechen von der Alchemie intensiver Reflexion und gedanklicher Rekonstruktion, die es erlaubt, komplexe Elemente der Trauer in eine wertvolle Ressource zu verwandeln, die persönliches Wachstum fördert:

„Ich werde den Rest meiner Tage mit einer größeren Wertschätzung für das Leben an sich, für andere Menschen und Beziehun-

gen leben, und wenn ich dann sterbe, wird es genug Zeit in der Ewigkeit geben, die ich mit ihm verbringen kann.“
(Sands et al. 2011, S 272)

„Ich glaube es hat unsere Familie zusammengeschweißt, wir schätzen einander mehr. Wir wissen, dass jeder Augenblick unser letzter sein könnte. Wenn jemand stirbt, bekommt alles eine neue Perspektive. Wir haben gelernt, dass so viele Dinge unwichtig sind.“
(Sands et al. 2011, S 277)

„Ich weiß, dass es ihm gut geht, da wo er jetzt ist. Und ich kann mein Leben heute auch immer wieder genießen.“ (Quelle: persönliche Kommunikation)

„Das war mit Sicherheit die schwerste Zeit meines Lebens, aber heute denke ich mit Liebe und Respekt an meinen Vater, es geht mir gut. Er begleitet mich durch das Leben.“
(Quelle: persönliche Kommunikation)

Was hilft Hinterbliebenen in ihrer Trauer?

- Gute Copingstrategien und Ressourcen („Lebensbojen“)
- Tragfähige und belastbare Beziehungen (Familie, Freundeskreis)
- Aktives Hilfesuchverhalten
- Die Möglichkeit, über den Verlust zu sprechen
- Spiritualität/Glaube
- Begleitung durch Beratung/Therapie
- Peer support in Form von Selbsthilfegruppen, online-Ressourcen und Literatur

Jordan (2020) empfiehlt eine Kombination aus Trauerbegleitung oder Psychotherapie mit der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und betont den hohen Wert des Austauschs mit anderen Betroffenen.

Was ist wichtig in der Begleitung von Hinterbliebenen?

Die traumatischen Aspekte der Trauer nach Suizid verdienen besondere Beachtung in der Beziehungsgestaltung. Das Anbieten einer verlässlichen, haltenden und einfühlsamen Beziehung, die es Betroffenen ermöglicht, sich zu stabilisieren und ihren Verlust Schritt für Schritt zu verarbeiten, ist deshalb unerlässlich. Es gilt, einen für die Hinterbliebenen sicheren Ort zu schaffen, an dem all jene Themen, Problem- und Fragestellungen Platz haben, mit denen sie aufgrund des Suizids konfrontiert sind. In einigen Fällen ist damit zu rechnen, dass sie aufgrund von sozialer Stigmatisierung und belasteter familiärer Beziehungen kaum andere Möglichkeiten haben, ihren Verlust zu thematisieren. Jordan (2020) betont darüber hinaus die Wichtigkeit einer Haltung von Offenheit und Geduld auf Seiten der Helfenden, die der Komplexität, Tragweite und Dauer der Trauerprozesse von Hinterbliebenen nach Suizid Rechnung trägt.

Es braucht demzufolge längerfristige Angebote, um Kontinuität in der Begleitung der Selbstregulierung, der Unterstützung beim Finden eines aushaltbaren und brauchbaren Narrativs und einer schrittweisen Integration des Verlusts zu gewährleisten. In der herausfordernden Aufgabe der Findung eines Narrativs und rekonstruktiver Prozesse auf der Beziehungsebene spielt laut Jordan (2020) außerdem Psychoedukation zu den Themen Trauer, Suizid und Trauma eine wichtige Rolle und sollte deshalb in jedem Fall Teil des therapeutischen Angebots sein.

Die Anforderungen an Helfende in der Begleitung von Trauernden nach Suizid sind durchaus beträchtlich. Es gilt, die Tragweite des Verlusts und dessen vielfältige Folgen für die verschiedenen Lebensbereiche der Betroffenen zu beachten. Es mag auch eine besondere Herausforderung darstellen, den Umfang ihrer Belastung und ihres psychischen Schmerzes auszuhalten und stehenzulassen, ohne diese zu pathologisieren, Veränderungsdruck auszuüben oder bestimmte Reflexions- und Rekonstruktionsprozesse zu beschleunigen und abzukürzen, in der Absicht, ihr Leid zu lindern und sich selbst als wirksam zu erleben (vgl. Paul 2015). Bereits dieser Aspekt der Begleitung Hinterbliebener kann Helfenden einiges an Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit existentiellen Themen abverlangen. Dabei dürfte es eine wesentliche Rolle spielen, sich der eigenen Haltungen und Werte in Bezug auf die Themen Tod, Sterben und Suizid bewusst zu sein (vgl. Jordan 2020).

Hinterbliebene können sehr von der Möglichkeit profitieren, die Geschichte ihres Verlusts und dessen Bedeutung für das eigene Leben immer wieder (neu) zu erzählen und aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Wer sie therapeutisch oder beratend begleitet, benötigt deshalb ein Bewusstsein für die Langwierigkeit und Vielschichtigkeit der Verarbeitungsprozesse Hinterbliebener, die durchaus auch mit einer Transformation ihrer Persönlichkeit einhergehen können (vgl. Jordan 2020).

Literatur

Andriessen K, Krysinska K, Grad O (2017) *Current understandings of suicide bereavement*. In: Andriessen K, Krysinska K, Grad O (Hrsg.), *Postvention in Action. The International Handbook of suicide bereavement support*, Göttingen: Hogrefe, S 3-16

Berman AL (2011) *Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base*. *Suicide and life-threatening behavior* 41(1) 110-116

Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, Maple M, Marshall D (2014) *The continuum of „survivorship“: Definitional issues in the aftermath of suicide*. *Suicide and Life-threatening behavior* 44(6) 591-600

Erlangsen A, Pitman A (2017) *Effects of suicide bereavement on mental and physical health*. In: Andriessen K, Krysinska K, Grad O (Hrsg.),

Postvention in Action. The International Handbook of suicide bereavement support, Göttingen: Hogrefe, S 17-26

Jordan JR (2020) *Lessons learned: Forty years of clinical work with suicide loss survivors*. *Hypothesis and Theory April, Volume 11, Article 766*, *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00766

Jordan JR, McIntosh JL (2011) *Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss?* In: Jordan JR, McIntosh JL (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge

Jungnickl S (2014) *Papa hat sich erschossen*. S. Fischer Taschenbuch

Levi-Belz Y, Lev-Ari L (2019) *Attachment styles and posttraumatic growth among suicide-loss survivors*. *Crisis* 40(3) 186-195

Minois G (1996) *Geschichte des Selbstmords*. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler

Neimeyer RA, Sands (2017) *Suicide loss and the quest for meaning*. In: Andriessen K, Krysinska K, Grad O (Hrsg.), *Postvention in Action. The International Handbook of suicide bereavement support*, Göttingen: Hogrefe, S 71-84

Paul C (2010) *Schuld Macht Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

Sands DC, Jordan JR, Neimeyer RA (2011) *The meanings of suicide. A narrative approach to healing*. In: Jordan JR, McIntosh JL (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York, Routledge

Shneidman E (1969) *Prologue: Fifty-eight years*. In: Shneidman E (Hrsg.), *On the nature of suicide*. San Francisco: Jossey-Bass, S 1-30

Tedeschi RG, Calhoun LG (2004) *Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology*. *Psychiatric Times* 21(4) 58-60

Tedeschi RG, Orejuela-Davila AI, Lewis P (2018) *Postraumatic growth and continuing bonds*. In: Klass D, Steffen EM (Hrsg.), *Continuing bonds in bereavement. New directions for research and practice*. New York: Routledge, S 31-42

Wroblewski A (2002) *Suicide survivors: A guide for those left behind*. Minneapolis, MN: SAVE

Eingegangen: 25.05.2023

Angenommen: 14.07.2023

Korrespondenzadresse

Mag. Dr. Regina Seibl
pro mente tirol
Karl-Schönherr-Straße 3
A-6020 Innsbruck
info@reginaseibl.at

Trauer ist keine Krankheit!

Golli Marboe

Vor wenigen Monaten kam Caspar – unser zweites Enkelkind – zur Welt. Ein junger Mann mit dicken Backen; ein junger Mann, der vom ersten Tag an sehr gelassen wirkt, in sich ruhend. Er beschäftigt sich mit Essen und Schlafen. Beides funktioniert gut.

Caspar, ein Bub. Ein Bub, der die ersten Wochen des Lebens auf Erden zu genießen scheint. So wie wir das vor mittlerweile 34 Jahren auch von unserem Sohn wahrgenommen hatten. Tobias, mit dem wir wenige Wochen nach der Geburt einen wunderschönen Urlaub in der Toskana erleben konnten. Sein ganzes 29-jähriges Leben lang wird Tobias eine besondere Beziehung zu Italien haben.

Caspar – der Neffe von Tobias – ist nun das erste Mitglied unseres Familienverbandes, der den Onkel nicht mehr persönlich kennengelernt hat. Der erste der jüngeren Verwandtschaft, mit dem kein Foto existiert, auf dem Tobi den neuen Erdenbürger im Arm hält.

Machen mich diese Gedanken nun also traurig?
Kann ein derart schönes Ereignis wie die Geburt des Enkelkinds denn auch traurig machen?

Ja, es ist traurig, dass sich die beiden jungen Männer hier auf Erden nicht kennenlernen. Ja, es ist schrecklich, in solchen Momenten des Lebens auch immer sehr konkret an den Suizid von Tobias erinnert zu sein.

Obwohl doch das eine Jahr der Trauer schon längst vorbei ist. Obwohl doch eh noch drei andere Kinder auf der Welt sind – und inzwischen auch die beiden Enkel.

Woher kommt die weit verbreitete Idee, dass man Trauer – die doch nichts anderes als eine Form der Liebe den bereits Verstorbenen gegenüber ist – ablegen sollte?

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Die Beziehungen zu anderen Menschen machen ihn aus. Und wenn dann jemand geht, dann gebietet es doch die Würde den Vorausgegangenen gegenüber, diese nicht aus dem Gedächtnis zu streichen wie ein nicht mehr zeitgemäßes oder abgenutztes Kleidungsstück.

Wie sollte die Liebe zum eigenen Kind vergehen?

Diese unbedingte Form der Liebe, die nichts für einen selbst möchte, sondern nur für die oder den anderen. Man möchte einfach, dass es dem Kind gut geht.

Eine Form der Liebe, die wohl nur in der Beziehung zu den eigenen Kindern (und natürlich auch zu den Enkeln) erlebbar ist. Der Tod, dieser so schreckliche wie überflüssige und unweiger-

liche Endpunkt unseres Lebens, der kann viel, aber diese Form der Liebe kann auch der Tod nicht beenden. Und das nennt man dann Trauer.

Wieso sollte aber der Kalender – ein Trauerjahr – diese Verbundenheit trennen können?

Trauer ist keine Krankheit.

Trauer gehört gelebt. Trauer ist Teil einer Persönlichkeit. Wenn man meine Trauer als Einschränkung versteht, dann ist Trauer eben mein imaginärer Rollstuhl, mit dem ich mich seit dem Tod meines Sohnes bewege. Ich bin nach wie vor mobil, aber es gibt halt mehr Barrieren als vor dieser Katastrophe.

Oft geht die Trauer einher mit Schuldgefühlen und mit Zorn.

Das wieder sind zwei Emotionen, die es wohl in der sogenannten Trauerphase aufzuarbeiten und zu überwinden gilt.

Denn sowohl die Schuld, als auch der Zorn sind keine Zeichen der Liebe, sondern Emotionen der Einengung.

Schuld meint, man hätte etwas in der Hand gehabt, den anderen zu retten. Schuld meint, man stünde über „Leben und Tod“ eines oder einer anderen. Schuld ist ein „Omnipotenz-Gefühl“, als ob man der „liebe Gott“ wäre.

Schuld ist wie Mitleid, man stellt sich über die verstorbene Person. Man macht diese kleiner. Schuldgefühle stehen im Gegensatz zur Empathie. Schuld behindert die uneingeschränkte Liebe, die den anderen liebt und eben nicht sich selbst ins Zentrum der Gefühle stellt.

Schuld wird uns in dieser Gesellschaft der Fehlerkultur von Kindesbeinen an fest eingebrannt:

durch das Markieren der Fehler in der Schule (statt des Lobes für erbrachte Leistungen), durch das christliche Verständnis der Erbschuld (statt das Gleichnis zur Erlösung aus dem Paradies als eine Idee der Freiheit zu verstehen), durch das Zeitalter der Optimierung im Beruf und in der Freizeit – ob im Sport oder den sozialen Medien.

Auch das Prinzip der EntSCHULDigung.

Ein Fehler ist immer auch ein Makel. Ein Fehler ist aber eigentlich nur der gescheiterte Versuch etwas zusammen zu bringen.

Der eingangs erwähnte Caspar wird wohl um die tausend Mal den „Fehler“ machen nicht alleine und frei gehen zu können und auf den Hintern fallen. Ist Caspar jetzt eigentlich an irgendetwas schuld?

Selbstverständlich tragen Hinterbliebene eine Mitverantwortung an der Einsamkeit eines Verstorbenen.

Natürlich bräuchte es zu Fragen der psychischen Gesundheit in unserer Welt viel mehr allgemeines Verständnis und Wissen. Wissen im Rahmen der Symptomerkennung genauso wie im Selbstverständnis zur Abgrenzung, sobald die eigene Expertise eben nicht mehr ausreicht, um zu helfen.

Aber schuldig sind wir nicht.

Schuld kann ja – in der konkreten Bedeutung des Wortes auch wirtschaftlicher Art sein. Man schuldet Geld.

Ja – da könnte ich mit:

der Kapitalismus, der denkt, das System könnte sich über die einzelnen Menschen stellen. Ja dieses System trägt zumindest Mitschuld am Tod verzweifelter Menschen.

Und ja, dieser Verantwortung sollten wir uns stellen: dass wir nämlich an jenem gesellschaftlichen System mitwirken, das in Diktaturen wie in China, Saudi-Arabien oder in Russland wohl am effektivsten funktioniert.

Ein bedingungsloses Grundeinkommen, mehr Verteilungsgerechtigkeit könnten gegen die Ursachen von psychischen Problemen und damit für weniger Trauer tatsächlich eine Chance sein.

Trauer ist jedenfalls „antikapitalistisch“. Denn Trauer widerspricht den großen Illusionen vom „jünger werden“, „reicher werden“ oder „schöner werden“.

Trauer bietet daher auch die große Chance, sich selbst zu finden. Trauer ist zutiefst persönlich, Trauer ist individuell, Trauer ist nie kollektivistisch.

Trauer beschreibt einen Menschen ganz persönlich.

Trauer kann zur Hilfe werden, sich selbst zu finden.

Was sind denn jene Themen, mit denen man sich im Leben noch beschäftigen möchte, sich überhaupt noch beschäftigen kann?

Trauer ist eine Form der Liebe zu anderen, aber eben auch zu sich selbst, wenn man diese zulässt.

Neben der Schuld gibt es dann eben auch noch den Zorn.

Und immer wieder höre ich gerade aus Psycholog:innen-Kreisen: „Zorn müsse man zulassen“ – „es ist immer gut, wenn man Emotionen zulässt.....“

Echt jetzt?

Was soll daran gut sein, dass man Zorn auf verstorbene Menschen hat?

Nicht nur, dass sich diese gegen eine von Vorwürfen und Egozentrik getragene Emotion nicht wehren können.

Was macht Zorn mit der eigenen Seele? Man stellt sich in den Mittelpunkt des Seins. Zorn ist eine andere weitere Form der Erhöhung über die Verstorbene oder den Verstorbenen.

Ich bin wichtiger als andere. Wie konnte man mir das nur antun? Wie schaut mein Leben jetzt nur aus?

Aber wären nicht die Leiden der Verstorbenen und deren so existentiellen Krisen – die sogar zum Suizid führten – zu bedauern? Statt man selbst.

Zorn ist egozentrisch, Zorn ist lieblos, Zorn ist kontraproduktiv. Zorn sollte man als Hinterbliebene so schnell wie möglich ablegen.

Und wenn vielleicht auch verständlich, so ist der Zorn kein Weg zu Versöhnung, keine Idee von innerem Frieden und eben keine Form der Trauer.

Auch wenn also Trauer im Gegensatz zu „Schuld“ und „Zorn“ ein Teil des Menschen sein mag. Es wäre schön, wenn es weniger Anlass zu unendlicher Traurigkeit geben würde.

Dementsprechend gilt es, neben Postvention und der Betreuung von Hinterbliebenen, vor allem an einem gesellschaftlichen Klima zu arbeiten, in dem weniger Menschen psychisch belastet würden, und es weniger Katastrophen, weniger Suizide zu beklagen gibt.

Weniger Menschen wären traurig, wenn es mehr Verteilungsgerechtigkeit gäbe (Armut macht krank).

Weniger Menschen wären traurig, wenn es ein Bildungssystem gäbe, das Talente fördert, statt Schwächen zum Thema zu machen (Selbstachtung).

Weniger Menschen wären traurig, wenn wir ein Leistungsverständnis hätten, in dem nicht nur der persönliche Erfolg, sondern auch die Auswirkungen auf die Allgemeinheit eine Bedeutung hätten (Klima und Umwelt).

Weniger Menschen wären traurig, wenn es in unserer Gesellschaft belohnt würde „Fragen zu stellen“, statt bereits bekannte „Antworten zu reproduzieren“ (Visionen und Utopien, statt einer ungezügelten Partizipation, die zur Rückwärtsgewandtheit neigt).

Denn dann wären wir in einer Welt, in der es weniger psychische Probleme gäbe, dann wären wir in einer Welt, in der der Tod – wenn schon nötig – ein natürlicher Abschluss des Lebens und keine familiäre Tragödie mehr sein müsste.

Dann gäbe es vielleicht ein Foto von Tobias, der seinen Neffen Caspar im Arm hält.

Neben die folgende Beschreibung der Bilder bitte die Bilder schwarz-weiß abdrucken*

PS: Hier noch einige ergänzenden Gedanken zu den Werken meines Sohnes Tobias (1989 – 2018)

Mein Sohn Tobias war Künstler. Seine Lieder, seine Texte oder auch seine Bilder lassen erkennen, wie sehr er wohl sein Leben lang auf der Suche nach Orientierung war. Seine Arbeiten zeigen Aspekte der Unruhe (wie das Wachsbild „digitalgrafitti“), der Verzweiflung (wie die Wort Bild Miniatur: „Ich kam sah und liebte“) oder stehen für Dilemmata (wie die Collage: „half full – half empty“). Er beschreibt Momente der Suche und zeigt Momente dieser Suche (wie mit der Rodinschen Pose des „Denkers“). Die Arbeiten stehen nie für Antworten, diese zeigen immer wieder sich neu stellende Fragen oder Denkprozesse. Man könnte den Kampf zwischen Krankheit und Selbstbestimmung hinein interpretieren, wenn man eine Waage mit zwei gleichartigen und gleich befüllten Gläsern sieht, die trotzdem nicht im Gleichgewicht stehen.

Nun bin ich als Hinterbliebener traurig darüber, dass ich seinerzeit nicht mehr mit meinem Sohn über diese seine Arbeiten gesprochen habe.

Bin aber jedenfalls dankbar dafür, dass er uns mit diesen Arbeiten Eindrücke und Momente seiner Krisen eröffnet hat.

Bin froh, dass er so intensiv mit sich gerungen und wohl nicht zuletzt durch seine künstlerische Tätigkeit solange gelebt hat.

Seine Werke stehen für den Versuch, weiter nach Sinn zu suchen und darüber hinaus eigentlich eben auch weiter leben zu wollen.

Wie könnte man als Hinterbliebener auch nur eine Sekunde zornig oder verletzt durch den Suizid eines Menschen sein, der sich derartig vehement gegen die Krankheit gestemmt hat!

Korrespondenzadresse

golli.marboe@vsum.tv

Literaturhinweis

Golli Marboe (2021). *Notizen an Tobias. Gedanken eines Vaters zum Suizid seines Sohnes*. Salzburg: Residenzverlag



Trauer nach Suizid

Martina Kommescher-Dittloff

In einem Artikel für die Zeitschrift Psychotherapie & Seelsorge wurde bereits 2010 zum Ausdruck gebracht: „*In den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gehört zunächst der trauernde Mensch mit all seinen vielfältigen Gefühlen, Gedanken und Erfahrungen. Als Nächstes gehört unsere Aufmerksamkeit dem Menschen, der gestorben ist, mit seinem ganzen Leben und seiner ganzen Persönlichkeit. Erst an dritter Stelle ist die Todesart interessant.*“

Fakten zum Suizid

Bezugnehmend auf die o.g. Aussage von Chris Paul, möchte ich die folgenden Angaben aus dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm aus dem Jahr 2021 ausschließlich als Hinweis auf die Wahrscheinlichkeit, auf einen Hinterbliebenen zu treffen, verstanden wissen. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2020.

- **9.206 Menschen starben** in Deutschland durch Suizid; in 2021 gab es eine minimale Erhöhung der Rate auf 9215 (Statistisches Bundesamt, November 2021)

- **über 100.000 Menschen unternahmen einen Suizidversuch**

- **etwa 60.000 Menschen** verloren einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid (lt. WHO sind von einem Suizid im Durchschnitt sechs nahestehende Menschen betroffen)

Natürlich sollte es um die Suizidprävention gehen. Die große Anzahl der hinterbliebenen Zugehörigen macht jedoch deutlich, dass wir in unterschiedlichsten sozialen Bezügen auf einen von ihnen treffen können. Dann ist es wichtig, reagieren, zuhören, sprechen, Beistand leisten zu können. Für Hinterbliebene liegt die Chance einer ressourcenorientierten und empathischen Begleitung darin, einen heilsamen Weg durch den Trauerprozess finden zu können.

Die Bedeutung für Hinterbliebene

Der Tod durch einen Suizid ist nicht nur unerwartet und überwältigend, wie bei anderen plötzlichen Todesfällen. Er ist auch die am stärksten tabuisierte Todesart in unserer Gesellschaft. Innerhalb von Zugehörigen-Gruppen wird häufig noch immer nicht offen über die Todesart des Verstorbenen gesprochen. Ein Lügenkonstrukt lässt den Tod anhaltend rätselhaft erscheinen. Die Todesart wird dann zum Familiengeheimnis, das u.U. über Jahre und Generationen hinweg bestehen bleiben kann. Die fehlende Kommunikation fördert Unsicherheit und fortschreitenden Vertrauensverlust innerhalb des sozialen Systems.

Auch wenn innerhalb der Zugehörigen-Gruppe offen kommuniziert wird, entstehen häufig um den eigentlichen Suizid Schreckensbilder bzgl. des Leidens und der vermuteten Verzweiflung der/des Verstorbenen, hinsichtlich ihres/seines Schmerzes und auch bzgl. des Aussehens des Leichnams. Sol-

che Schreckensbilder bleiben – oftmals aus vermeintlichem Schutz anderer Zugehöriger – unausgesprochen und können nicht aufgelöst werden. Mutmaßungen anderer fördern diese Schreckensbilder.

Scham und vor allem belastende Schuldgedanken und -empfindungen begleiten Zugehörige meist über einen langen Zeitraum. Schuldzuweisungen können von außen an die Hinterbliebenen gerichtet werden. Die meisten Zugehörigen suchen ohnehin bei sich nach Momenten, aus denen eine vermeintliche Schuld abgeleitet wird. Die Art des offiziellen Umgangs mit Hinterbliebenen kommt erschwerend hinzu: Die Kriminalpolizei erscheint zu Hause, evtl. werden Hinterbliebene zunächst als Zeugen oder gar als Verdächtige behandelt. Der Leichnam wird beschlagnahmt, sodass in den ersten Tagen auch dadurch viel Unklarheit und Unsicherheit herrscht. Die Phantasie bzgl. der Gedanken und etwaigen Beurteilungen durch Nachbar:innen, Arbeitskolleg:innen und/oder durch den Freundeskreis kommen hinzu. Dass noch immer in den Medien häufig der Begriff des „Selbstmordes“ genutzt wird, der aufgrund der unmittelbaren Nähe zum Strafgesetzbuch schnell Schuldgedanken aufkommen lässt, erschwert den Umgang mit Schuldzuweisungen zusätzlich.

Die Fragen nach dem „Warum“ und „Was habe ich übersehen, an welcher Stelle hätte ich anders handeln können um den Suizid zu verhindern?“ sind bestimmend für Hinterbliebene nach einem Suizid im nahen Umfeld.

Bei dem Tod durch Suizid steht also häufig die Todesart mehr im Focus als der Verlust des nahestehenden Menschen. Gleichzeitig löst die Todesart Angst aus und wirkt extrem beunruhigend. Dazugehörige Gefühle sind oft intensiver und länger andauernd als nach anderen (plötzlichen) Todesarten.

Begleitung trauernder Menschen nach einem Suizid im nahen Umfeld

In der Begleitung von trauernden Menschen nach Suiziderfahrung im nahen Umfeld geht es also in erster Linie darum, die Hinterbliebenen mit ihren individuellen Trauerprozessen wahrzunehmen, ressourcenorientiert die bisherigen Strategien im Umgang mit dem Verlust anzuerkennen und die Menschen in ihren eigenen Handlungsimpulsen positiv zu unterstützen.

Die unterschiedlichen Aspekte im Leben und in der Persönlichkeit der Verstorbenen werden wertgeschätzt und im Sinne des Wahrnehmens der Gesamtpersönlichkeit zusammengeführt.

Die eigentliche suizidale Handlung spielt in der Begleitung oftmals eine untergeordnete Rolle, der jedoch durch das soziale Umfeld häufig mehr Bedeutung beigemessen wird (bohrende

Nachfragen bzgl. der Tage vor dem Suizid oder bzgl. des genauen Hergangs, z.B.).

In der Trauerbegleitung orientiere ich mich an einem Trauerkonzept, das verschiedene Aufgaben im Trauerprozess umfasst: Überleben, den Tod als Realität begreifen, die Vielfalt der Gefühle durchleben, Anpassung an eine veränderte Umwelt, Verbunden Bleiben, Einordnen des Geschehens in das eigene Weiterleben.

Das **Überleben** bezieht sich meist zunächst auf existentielle Aspekte wie Nahrungsaufnahme, Atmung, Schlaf – das sind die lebensnotwendigen Dinge, die gewährleistet sein müssen. Mehr ist manchmal im Zusammenhang mit der Traueraufgabe des Überlebens nicht leistbar. Funktionieren wird häufig mit dem Überleben gleichgesetzt, geht aber in der Realität darüber hinaus und meint die Notwendigkeit, sich um Dinge kümmern zu müssen, die jetzt erledigt werden müssen. Das können Kinder sein, die Fürsorge und Aufmerksamkeit benötigen; das ist u.a. die Kommunikation mit der Kripo und die Organisation der Beisetzung mit allem, was dazu gehört. Für die Hinterbliebenen ist es wichtig, in dieser Aufgabe von ihren Begleitenden stabilisiert und in allen anfallenden Aufgaben unterstützt zu werden. Zugehörige erleben sich meist als extrem ohnmächtig und der Situation ausgeliefert. Umso wichtiger ist es, die Wahrnehmung eigener Handlungsmöglichkeiten zu stärken.

Gleichzeitig sollten Trauerbegleitende eventuelle Nachsterbe-Wünsche bedenken und Äußerungen der Hinterbliebenen in diese Richtung unbedingt ernst nehmen und beobachten.

Wenn Trauerbegleitende von der Notwendigkeit sprechen, den **Tod als Realität** zu begreifen, bedeutet das, dass der Tod durch Suizid zunächst häufig im Unwirklichen bleibt. Das Tabu Suizid und die empfundene Stigmatisierung führen zu einer Atmosphäre der Unwirklichkeit. Wenn ein Verstorbener dann nicht mehr angesehen und evtl. berührt werden kann, kann das u.U. das Empfinden der Unwirklichkeit verstärken. Aus dem Grund ist es wichtig, dass Begleitende Informationen dazu geben, was nach einem Tod durch Suizid möglich ist; z.B. dass Verstorbene nach Hause geholt und dort aufgebahrt werden können oder dass Bestattungsinstitute ausgewählt werden können, die in der Lage und bereit dazu sind, den toten Körper so aufzubereiten, dass zumindest Teile von ihm angesehen und evtl. berührt werden können. Auf diese Weise können Hinterbliebene im wahrsten Sinne des Wortes begreifen, dass der geliebte Mensch tot ist.

Die Ungewissheit über die letzten Stunden und den Vorgang der Selbsttötung führen außerdem oft zu Phantasien, die voller Schrecken und Gewalt sind. Phantasiebilder treten häufig an die Stelle der wirklichen Bilder von dem Toten und verbinden jede Erinnerung an ihn mit unerträglichem Grauen. Daher kann es hilfreich sein, alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen über die Tage vor dem Suizid, den Suizid selbst und alle folgenden Handlungen (Akteneinsicht, Befragung von

Beteiligten, Gespräche mit anderen Angehörigen, Freunden, Gespräche mit der Kripo bzgl. Beschlagnahmung, evtl. Obduktion, Freigabe, ...) zu nutzen. Im Bedarfsfall ist eine Weitervermittlung an entsprechende Fachstellen angeraten, die mit Traumafolgestörungen vertraut sind.

In der Begleitung ist es wichtig, bei der Findung und Durchsetzung von Entscheidungen immer wieder respektvolle und geduldige Unterstützung zu bieten. Das kann sich z.B. auf den unmittelbaren Abschied vom Verstorbenen beziehen oder auch auf die Bitte um Akteneinsicht oder die Herausgabe von persönlichen Gegenständen bei der Kripo. Jede Entscheidung des Trauernden verdient Unterstützung, denn sie führt ihn auch aus der Ohnmacht zur Wahrnehmung eigener Handlungsmöglichkeiten.

Die **Vielfalt der Gefühle**, die Zugehörige erleben und ertragen, lässt sie immer wieder daran zweifeln, psychisch gesund bleiben zu können. „Ich hatte das Gefühl, verrückt zu werden“, ist eine Aussage, die häufig getroffen wird. Oft ist die Erleichterung groß, wenn Zugehörigen vermittelt werden kann, dass der schnelle Wechsel an intensiven Gefühlen wie z.B. Sehnsucht, Trauer, Ohnmacht, Verzweiflung, Liebe dem Anlass angemessen und normal für diese außergewöhnliche Situation ist. Nicht die Hinterbliebenen werden verrückt, sondern die sichere und vertraute Welt, die sie bis dahin kannten, scheint durch die Selbsttötung verrückt worden zu sein.

Im Vordergrund steht bei Suizid-Hinterbliebenen häufig das Gefühl des Verlassenworden-Seins. Ein nahestehender Mensch hat sich das Leben genommen und damit die Zugehörigen mit ihrem Schmerz alleingelassen. „War unser Zusammenleben wirklich echt? Wo hat er oder sie mich und uns vielleicht schon seit langem getäuscht und belogen? Was kann ich eigentlich aus der Vergangenheit noch glauben, und was wird mit dem Suizid grundsätzlich infrage gestellt?“ Das Selbstwertgefühl und das grundlegende Vertrauen in das Leben an sich werden durch einen Suizid massiv erschüttert. Die Selbsttötung wird als schärfste Form der Zurückweisung und Trennung empfunden, und so entsteht ein tiefgreifendes Gefühl der Verlassenheit.

Für Begleitende ist daher die Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit im Umgang mit Trauernden entscheidend wichtig; das Einhalten von Absprachen und insgesamt das unbedingte Vermeiden von zusätzlichen Vertrauensbrüchen. Dabei steht der respektvolle Umgang mit dem trauernden Menschen unbedingt vor übertriebener Fürsorge. Es geht immer um die Impulse, die der Hinterbliebene selbst gibt, nicht um ungebetene Ratschläge.

Tabuisierte Gefühle

Zu beachten ist, dass zu den vielfältigen Gefühlserleben auch Wut und Erleichterung gehören können. Diese Gefühle gehören zu den tabuisierten Emotionen. Wie kann ich auf meinen geliebten Verstorbenen wütend sein, der offensichtlich so verzweifelt und perspektivlos war, dass er oder sie keine andere Möglichkeit als die Selbsttötung mehr sehen konnte?

Das sind kognitive Überlegungen, die sich im Gefühlsleben nicht unbedingt widerspiegeln. Hier taucht die Wut auf – vielleicht immer wieder im weiteren eigenen Leben: es gibt so viele Situationen, in denen der oder die Verstorbene fehlt, wo der Verlust noch einmal schmerzhaft und evtl. auch mit Wut erlebt wird.

Ähnlich verhält es sich mit dem Gefühl der Erleichterung. Viele Zugehörige haben bereits im Vorfeld des Suizides ein Leben zwischen Hoffen und Bangen geführt – in Zeiten psychischer Erkrankung, z. B. einer Depression, evtl. mit bereits geschehenen Suizidankündigungen und/oder -versuchen. Da kann es sein, dass Hinterbliebene auch spüren: „Nun ist es vorbei. Kein nächtelanges Warten mehr, keine Arztgespräche, keine Sorge über frühzeitige Entlassungen aus geschlossenen Psychatrien, ...“.

Über diese tabuisierten Gefühle zu sprechen, fällt schwer. Andere Zugehörige sollen nicht weiter belastet werden als sie es ohnehin bereits sind. Außenstehenden gegenüber fällt es ebenso schwer, sich dahingehend zu öffnen und über diese Emotionen zu sprechen. Oft ist es ja bereits schwierig, bei sich selbst diese Gefühle wahrzunehmen und zu akzeptieren.

In der annehmenden und ressourcenorientierten Trauerbegleitung ist Platz dafür, werden auch Wut und Erleichterung als angemessene Gefühle angenommen, besprochen und durchlebt.

Schuldgefühle und -gedanken

Die Suche nach dem Warum steht für viele Angehörige im Vordergrund. Viele Erklärungen werden herangezogen: welche Krisen gab es im Leben des Verstorbenen? Der Tote wird als Opfer widriger Umstände, als Opfer von Lebenskrisen verstanden. Alle Ursachen, die für eine tiefe Lebenskrise gefunden werden, können aber letztlich nicht die eine Frage beantworten, warum für diesen Menschen nur der Suizid eine Lösung dargestellt hat. Die Suche nach Antworten führt häufig zu Schuldzuweisungen – sich selbst oder anderen gegenüber. Auch kann Schuld von außen einem oder mehreren Hinterbliebenen zugewiesen werden (irgendetwas muss es doch in dieser Familie gegeben haben). Schuld ist DAS Thema nach einem Tod durch Suizid.

In der Begleitung ist es zunächst wichtig, Schuldzuweisungen zu hören und sie zu akzeptieren. Schuldzuweisungen sind irrational und können nicht wegdiskutiert werden. Aussagen wie: „Sie trifft keine Schuld, denn es war allein die Entscheidung eines anderen Menschen“ helfen Hinterbliebenen nicht. In der Regel fühlen sie sich unverstanden und bleiben mit ihren Selbstvorwürfen allein, sprechen sie künftig nicht mehr aus – umso quälender werden diese Gedanken u.U. und führen häufig zu Selbstbestrafungen in Form von massiver Einschränkung der eigenen Lebensqualität (Beispiele für solche inneren Überzeugungen sind: ich darf nicht mehr fröhlich sein, ich darf keine Leichtigkeit mehr empfinden).

Das Erarbeiten von Verständnis für die Funktionalität von Schuldzuweisungen kann in der Trauerbegleitung dazu beitragen, dass Schuldgefühle reduziert werden.

Auch eine Realitätsprüfung kann Betroffenen dabei helfen, einen anderen Blick auf ihre vermeintliche Schuld zu erhalten. Fragen wie „Hätten Sie zu dem entscheidenden Zeitpunkt anders handeln können?“ und „Hätten Sie etwas besser gewusst?“ und „Haben Sie absichtlich, im Wissen um die Konsequenzen, so gehandelt?“ verhelfen häufig zu einem neuen Blick auf die Schuldthematik.

Auch der Hinweis auf die Möglichkeit, dass der/die Verstorbene u.U. nicht wollte, dass die Hinterbliebenen etwas von ihren Gedanken und Nöten bemerken, dass er/sie vielleicht alles darrangesetzt hat, nahe Zugehörige zu schützen, kann dabei helfen, sich ein wenig von Schuldgedanken zu befreien.

Die **Anpassung an eine veränderte Umwelt** umfasst verschiedene Aspekte. Zunächst geht es um das **eigene Rollenverständnis**. Wie definiere ich mich selbst?

Ein weiterer Aspekt ist die **Wahrnehmung von außen**. Wie erleben mich andere Menschen, wie gehen sie mit mir um? Halten Sie meine Trauer aus und können sie sie mittragen oder wenden sie sich ab, melden sich nicht mehr – aus Scham, aus Überforderung? Weisen sie mir womöglich Schuld am Geschehenen zu?

Und ein dritter Aspekt bezieht sich auf die **eigene Spiritualität**. Die Frage nach dem ‚Warum ist das geschehen‘, wird ergänzt von ‚Warum hat Gott das zugelassen‘. Manche Menschen verlieren darüber ihren Glauben, andere finden Kraft im Glauben. Margot Käbmann hat 2009 in ihrer Predigt anlässlich der Trauerfeier für den Fußballer Robert Enke betont: „Gott geht mit uns in den schwersten Stunden unseres Lebens.“ Und Hartmut Schott schreibt in seinem autobiografischen Buch „Gott hat beim Suizid meines Sohnes zugeschaut“ auf Seite 52: „Es ist ein wissendes und erwartungsvolles Zuschauen, das sein ausgesandtes Geschöpf jetzt wieder nach Hause kommt und er die verantwortungsvolle Aufgabe hat, die Hinterbliebenen zu versorgen, mit allem was sie brauchen.“

Eine weitere Aufgabe im Trauerprozess widmet sich dem **Verbundenbleiben**. Noch immer berichten trauernde Menschen davon, dass sie den Rat erhalten, „loszulassen“, „nach vorn zu schauen“, „das Leben gehe weiter“. Empfehlungen, die aus der Hilflosigkeit der Gesprächspartner*innen resultieren, die die Trauernden wieder so wie vor dem Ereignis wahrnehmen möchten, die ihnen mehr Leichtigkeit und weniger Traurigkeit wünschen.

In der Trauerbegleitung werden Hinterbliebene darin unterstützt, (wieder) einen positiven Kontakt zum Verstorbenen herzustellen. Die Erinnerung an die gemeinsame Lebensgeschichte, die Eigenarten und Charaktereigenschaften des Verstorbenen erhalten allmählich wieder mehr Raum, sodass

Trauernde vielleicht auch erkennen können, was der verstorbene Mensch in ihnen quasi als Samenkorn angelegt hat und was davon in ihrem weiteren Leben gedeihen und wachsen darf. Auf diese Weise bleibt eine Verbindung zur gesamten Persönlichkeit des Verstorbenen bestehen oder kann neu entstehen – es geht also nicht um ein Loslassen sondern vielmehr darum, in Verbundenheit zu bleiben.

Genauso wie der/die Verstorbene in Gänze erfasst werden sollte, sollte auch das Leben der Trauernden in seiner Vollständigkeit betrachtet werden. Den Blick nicht ausschließlich auf das einschneidende Erlebnis des Suizides zu richten, ist ein Aspekt bei der Traueraufgabe des **Einordnens**. Rückblickend auf das eigene Leben, kann das Geschehene vielleicht irgendwann neu eingebettet werden. Was anfangs und häufig über einen langen Zeitraum ausschließlich als Katastrophe empfunden wird, kann dann im Laufe des eigenen Lebens beispielsweise auch zu einer neuen Aufgabe führen. Der Suizid kann dann eine neue Be-Deutung für das eigene Weiterleben erlangen.

Unterstützungsmöglichkeiten durch AGUS

Die Vermittlung an AGUS-Selbsthilfegruppen kann für Suizid-Hinterbliebene hilfreich sein – der Austausch mit anderen Betroffenen ist wohltuend, macht deutlich, dass niemand mit dem Erlebten alleine ist. Die Selbsthilfegruppen zeichnen sich durch ausgebildete Leitungskräfte aus, die immer auch selbst Betroffene sind, und durch die Zusammensetzung der Teilnehmenden, die ausnahmslos einen Verlust durch Suizid betrauern.

Das meist sofortige gegenseitige Vertrauen und die unmittelbare Öffnung füreinander kennzeichnen die „Vertrauen wagen-Seminare“, die von AGUS seit über 20 Jahren in unterschiedlicher Referent:innen-Besetzung angeboten und durchgeführt werden. Auch hier sind die Referent:innen immer auch selbst von Suizid im nahen Umfeld betroffen. Das Alleinstellungsmerkmal dieser Wochenendseminare ist die homogene Zusammensetzung der Zielgruppe – es gibt Angebote für Eltern, für Geschwister, für Kinder, für Partner:innen; das Verbindende ist die Erfahrung des Verlustes durch Suizid.

In beide Angebote fließt die Betroffenen-Kompetenz der Hinterbliebenen unterstützend ein. Der Austausch über das Erlebte, der individuelle Umgang mit dem Verlust durch Suizid wird als bereichernd und für den eigenen Trauerprozess als anregend erlebt.

Abschließend

Beziehungsarbeit ist die entscheidende Voraussetzung für eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen Begleitenden und Trauernden – wie in jeder anderen Beratungssituation auch. Erst mit einer stabilen Bindung, die von Verlässlichkeit, einem sicheren Rahmen und von Respekt geprägt ist, kann

der/die Trauernde Vertrauen zur begleitenden Person entwickeln und sich mit den individuellen Gedanken und Gefühlen öffnen.

Die wichtigste Voraussetzung besteht darin, dass sich der Begleitende der eigenen Haltung einem Suizid gegenüber bewusst ist, sodass diese Todesart nicht zwischen dem/der Begleitenden und dem/der Trauernden steht.

Um Re-Traumatisierungen zu verhindern, ist es außerdem hilfreich, wenn grundlegende Kenntnisse über Traumata und Traumafolgen vorliegen und im Bedarfsfall an entsprechende Fachstellen weitervermittelt werden kann.

Erfolgreiche Trauerarbeit bedeutet nicht, nie mehr Traurigkeit und Sehnsucht zu empfinden. Der Trauerprozess hilft dabei, immer wieder neu Balance zu finden – zwischen dem Blick auf Vergangenes, dem Blick auf das Leben mit dem Verstorbenen, die Trauer um ihn, die Fragen, die sich um seine Entscheidung ranken und dem behahenden Blick auf das gegenwärtige und zukünftige eigene Leben. Es geht um ein stabil werdendes Gleichgewicht.

Literatur

- Käßmann M (2009) <https://evangelisch.de/inhalte/96883/11-11-2009/margot-kaessmann-ansprache-bei-der-trauerandacht-fuer-robert-enke>*
- Nationales Suizidpräventionsprogramm (2021) <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2020.pdf>*
- Paul C (2010) Trauerbegleitung nach Suizid. Zeitschrift Psychotherapie & Seelsorge Februar 2010*
- Paul C (2010) Schuld Macht Sinn. Gütersloher Verlagshaus*
- Schott H (2021) Gott hat beim Suizid meines Sohnes zugeschaut: Wie ich den Tod meines einzigen Kindes überlebt habe. BoD – Books on Demand; 1. Edition (8. Juli 2021)*
- Statistisches Bundesamt (2022) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/suizid.html>*
- Worden, William (2011) Beratung und Therapie in Trauerfällen – ein Handbuch. 4. Auflage, Hans Huber*

Korrespondenzadresse

Martina Kommescher-Dittloff
Diplom-Pädagogin / Trauerbegleiterin (BVT)
E-Mail: martina.kommescher-dittloff@gmx.net

Hinterbliebene nach einem Suizid:

Psychische Belastungsfaktoren und Ergebnisse des Interventionsprogramms Hilfe nach Suizid

Laura Hofmann & Birgit Wagner

Zusammenfassung

Weltweit sterben jährlich 800.000 Menschen durch einen Suizid. Jeder Suizid hinterlässt Hinterbliebene, die mit den Folgen des Verlusts und der Trauer zurückbleiben. Der Suizid einer nahestehenden Person kann für die Hinterbliebenen weitreichende psychische, somatische und psychosoziale Folgen haben. Suizidhinterbliebene haben ein erhöhtes Risiko selbst durch Suizid zu versterben und zeigen erhöhte Prävalenzen für affektive Störungen, PTBS, anhaltende Trauer und Suchterkrankungen. Hinterbliebene haben zudem ein erhöhtes Risiko für psychosoziale Beeinträchtigungen wie Frühberentung, soziale Isolation und Arbeitsunfähigkeit. Auch wenn die Trauer nach einem Suizid in vielen Aspekten der Trauer nach anderen Verlustarten gleicht, gibt es Trauerreaktionen, welche spezifisch nach einem Verlust durch Suizid auftreten. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit den Folgen eines Suizids für die Hinterbliebenen und den spezifischen Trauerreaktionen nach einem Suizid unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands. Außerdem wird das Interventionsprogramm Hilfe nach Suizid und die Ergebnisse der begleitenden Evaluationsstudie vorgestellt.

Schlüsselwörter: Trauer nach Suizid, Suizidhinterbliebene, Suizidprävention, Trauer

Survivors after suicide: psychological stress factors and outcomes of the Help after Suicide intervention program.

Summary

Worldwide, 800,000 people die by suicide every year. Every suicide leaves behind bereaved individuals who are affected by the consequences of the loss. The suicide of a loved one can have far-reaching psychological, somatic and psychosocial consequences for the bereaved. Suicide loss survivors have an increased risk of dying by suicide themselves and show increased prevalence rates for affective disorders, PTSD, prolonged grief and substance abuse disorders. Bereaved people also often suffer from psychosocial impairments such as early retirement, social isolation and being unable to work. Although grief after suicide is similar in many respects to grief after other types of loss, there are grief reactions that occur specifically after a loss through suicide. This article focuses on the consequences of a suicide for the bereaved and the specific grief reactions after a suicide, taking into account the current state of

research. It also introduces the intervention programme Help after Suicide and the results of the evaluation study.

Keywords: Suicide bereavement, suicide loss survivors, suicide prevention, grief

Im Jahr 2021 starben in Deutschland 9.215 Personen durch einen Suizid (Destatis, 2023). Obwohl die Suizidrate in den letzten Jahren stetig zurückging und Präventionsmaßnahmen weiter ausgebaut werden, versterben noch immer 25 Personen pro Tag durch einen Suizid. Jeder Suizid hinterlässt Betroffene, die mit den Folgen und dem Schmerz des Verlusts zurückbleiben. Bisherige Studien gingen davon aus, dass durch jeden Suizid 6 – 10 Personen direkt betroffen sind (Andriessen & Krysinska, 2012). Aktuelle Studien schätzen die Anzahl der Hinterbliebenen jedoch als weitaus höher ein und sprechen von 60 – 135 Personen und schließen neben der Kernfamilie somit auch das erweiterte Umfeld der verstorbenen Person mit ein (Cerel et al., 2019). Gemäß einer Metaanalyse von Andriessen und Kollegen (2017) liegt die Lebenszeitprävalenz ein nahes Familienmitglied durch Suizid zu verlieren bei 3,9% und einen Suizid im Freundes- oder Bekanntenkreis zu erleben bei 14,5%. Insgesamt liegt die Wahrscheinlichkeit im Leben mit einem Suizid konfrontiert zu werden bei 29,4%. Somit ist der Verlust durch Suizid ein relativ häufig auftretendes Lebensereignis, allerdings unterscheidet sich die Prävalenz in der Abhängigkeit der sozialen Nähe zu der verstorbenen Person.

Der Suizid einer nahestehenden Person kann für die Hinterbliebenen weitreichende psychische, somatische und psychosoziale Konsequenzen haben. Suizidhinterbliebene zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko für affektive Störungen, PTBS, Suchterkrankungen sowie für anhaltende Trauer (Bellini et al., 2018; Kolves et al., 2019). Zudem haben Suizidhinterbliebene eine höhere Wahrscheinlichkeit selbst durch einen Suizid zu versterben (Molina et al., 2019). Aus diesem Grund bezeichnet die WHO seit 1989 Suizidhinterbliebene als Hochrisikogruppe für Suizide und beschreibt die Nachsorge dieser Hinterbliebenengruppe als wesentlichen Bestandteil der Suizidprävention (WHO, 2019). Zudem haben Betroffene häufig ein erhöhtes Risiko für psychosoziale Folgen wie Frühberentung, soziale Isolation oder Arbeitsunfähigkeit als Folge des Suizids (Bolton et al., 2013; Wilcox et al., 2015).

Verstirbt eine nahestehende Person durch einen Suizid, ändert sich das Leben der Hinterbliebenen meist grundlegend. Hinterbliebene sind plötzlich mit dem Verlust konfrontiert, erleben starke Trauer, Sehnsucht, aber mitunter auch Schuldgefühle und eigenes suizidales Erleben und Verhalten. In den letzten Jahren wurde vermehrt der Frage nachgegangen, inwiefern sich die Trauer nach einem Suizid von dem Trauerpro-

zess nach anderen Todesarten unterscheidet. Unabhängig von der Art des Verlusts zeigen Trauernde meist allgemeine Trauerreaktionen, wie zum Beispiel Traurigkeit, Sehnsucht nach der verstorbenen Person und Trennungsschmerz, aber auch Symptome wie Schlaflosigkeit, Appetitverlust und sozialer Rückzug (Wagner, 2019). Es gibt jedoch Trauerreaktionen, die spezifisch nach dem Verlust durch einen Suizid auftreten können. Suizidhinterbliebene leiden häufig unter belastenden Schuldgedanken und Verantwortungsgefühlen, sehen sich mit der Frage nach dem Sinn und dem Warum nach einem Suizid konfrontiert. Aus ihrem sozialen Umfeld erfahren sie signifikant häufiger Ablehnung und Stigmatisierung und daraus resultierend soziale Isolation und fehlende Unterstützung (Pitman, Rantell, et al., 2017). Diese spezifischen Trauerreaktionen können den Trauerprozess verlängern und intensivieren und somit zu einer erschwerteren Verarbeitung des Verlusts führen.

Aufgrund dieser spezifischen Belastungsfaktoren nach einem Suizid hat die Unterstützung der Hinterbliebenen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Bisher gibt es jedoch nur wenige evidenzbasierte Interventionen, die sich speziell an diese Hinterbliebenengruppe richtet.

Der vorliegende Artikel fokussiert sich auf die spezifischen Aspekte der Trauer nach einem Suizid, sowie die Herausforderungen für Interventionsangebote für diese Hinterbliebenengruppe. Zudem wird das Online-Interventionsprogramm Hilfe nach Suizid und die Ergebnisse der begleitenden Evaluationsstudie vorgestellt.

Die Sinn- und Warum-Frage

Für Hinterbliebene ist es häufig unbegreiflich, warum sich ein geliebter Mensch für einen Suizid entschieden hat. Auch die mitunter selbstdestruktive Gewalt des Suizids ist für die Angehörigen nur schwer zu begreifen und die bisherige Beziehung zu der verstorbenen Person wird durch den Suizid infrage gestellt. Zudem stellen sich Angehörige häufig die Frage, welchen Anteil sie an der Entscheidung ihrer nahestehenden Person hatten und ob sie eventuell eine Verantwortung an dem Suizid tragen (Castelli Dransart, 2017). Die Sinn- und Warum-Frage ist eine der schwierigsten Fragen, mit denen sich Suizidhinterbliebene konfrontiert sehen. Häufig beginnt nach dem Suizid die Suche nach Gründen oder Motiven für die Entscheidung (Michaud-Dumont et al., 2020). Angehörige hoffen darauf einen Abschiedsbrief oder andere Hinweise in Unterlagen, Tagebüchern oder Computern der verstorbenen Person zu finden, welche ihnen eine Antwort auf die Frage der Motivation des Suizidenten gibt. Jedoch hinterlässt etwa nur ein Drittel der Personen, die durch Suizid versterben, einen Abschiedsbrief.

Eine bevölkerungsbasierte Studie mit insgesamt 2.936 Suiziden untersuchte die Anzahl an hinterlassenen Abschiedsbriefen sowie die Zusammenhänge von demographischen Eigenschaften und den Umständen des Suizids und dem Verfassen eines Abschiedsbriefs über einen Zeitraum von sechs Jahren (Cerel et al., 2015). Insgesamt hinterließen nur 18,25% der Ver-

storbenen einen Abschiedsbrief. Die Autoren konnten zudem keine Zusammenhänge zwischen den Todesumständen oder der Demographie der Verstorbenen mit dem Verfassen eines Abschiedsbriefs finden. Im Rahmen der Studie „Hilfe nach Suizid“ von Wagner und Kollegen (2022) hinterließen 31% der Suizidenten einen Abschiedsbrief, auch hier gab es keine Unterschiede hinsichtlich der demographischen Daten. Wenn Abschiedsbriefe vorliegen können diese dennoch für Angehörige eine Unterstützung in der Verarbeitung des Suizids sein, insbesondere dann, wenn dadurch eine Erklärung für den Suizid gegeben und ihnen mitunter die Verantwortung an dem Suizid durch den Suizidenten abgenommen wird.

Gefühle von Schuld und Verantwortung nach einem Suizid

Der Suizid einer nahestehenden Person löst in den Hinterbliebenen häufig starke Schuldgefühle und Selbstvorwürfe auf. Nicht selten sind Angehörige der Überzeugung eine Mitschuld an dem Suizid zu haben und Warnzeichen im Vorfeld übersehen zu haben (Wagner et al., 2021a). Sie hinterfragen das eigene Verhalten und werfen sich vor, die verstorbene Person nicht ausreichend unterstützt zu haben oder durch ihre Handlungen gegebenenfalls zu der Entscheidung für den Suizid beigetragen zu haben. Hinterbliebene sind häufig der Überzeugung, der Suizid wäre vermeidbar gewesen, hätten sie sich im Vorfeld anders verhalten. Die meisten Angehörigen überschätzen ihre eigene Verantwortung an dem Suizid. Das eigene Verhalten wird häufig abgewertet und Hinterbliebene verlieren sich in übertriebenen „Hätte“- und „Wenn“-Gedanken, welche zu einer Intensivierung der bestehenden Schuldgefühle führen können. Gedanken wie „Wenn ich besser aufgepasst hätte, dann wäre das alles nicht passiert.“ oder „Hätten wir uns weniger gestritten, dann wäre mein Sohn noch am Leben“ sind Beispiele für typische Schuldkognitionen nach einem Suizid. Angehörige geben sich die alleinige Verantwortung an dem Suizid und andere Faktoren, wie beispielsweise vorangegangene psychische Erkrankungen als potentielle Ursache für den Suizid, werden kaum wahrgenommen.

In einer Studie mit 3.432 Hinterbliebenen nach einem plötzlichen Todesfall fanden Pitman et al. (2016) ein signifikant höhere Ausprägung von Schuldgefühlen bei Hinterbliebenen nach einem Suizid im Vergleich zu Hinterbliebenen nach anderen plötzlichen Todesarten. Schuldgefühle sind bei Suizidhinterbliebenen zudem intensiver und länger vorhanden als bei anderen Hinterbliebenengruppen (Camacho et al., 2018; Kolves et al., 2019). In der Studie „Hilfe nach Suizid“ untersuchten Wagner und Kollegen (2021a) den Zusammenhang zwischen Schuld und psychopathologischer Symptomatik. Schuldgefühle waren positiv mit Depression, PTBS und anhaltender Trauer assoziiert, wobei vorliegende Schuldgefühle signifikant zur Schwere der Symptome beitragen. Schuldgefühle können demnach bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen nach einem Suizid ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der Trauerverarbeitung darstellen und therapeutisch bearbeitet werden.

Stigmatisierung und Unterstützung des sozialen Umfelds

Stigmatisierung und die daraus resultierende soziale Isolation von Suizidhinterbliebenen ist ein weitreichendes Problem. Studien zufolge haben 31 – 87% der Suizidhinterbliebenen bereits Stigmatisierung erfahren (Eisma, 2018; Hanschmidt et al., 2016). Suizidhinterbliebene erleben häufig, dass sich das Verhalten des sozialen Umfelds ihnen gegenüber verändert, ihnen mit Schweigen und Distanz begegnet wird oder es sogar zu Kontaktabbrüchen kommen kann. Hinterbliebene fühlen sich dadurch isoliert und ausgeschlossen in einer Zeit, in der insbesondere die soziale Unterstützung wichtig wäre (Peters et al., 2016).

In einer Querschnittstudie von Pitman et al. (2017) mit insgesamt 4.432 Hinterbliebenen berichteten 44% von einer unzureichenden Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld. Suizid ist zudem der Verlust mit dem höchsten Grad an Stigmatisierung gegenüber den Hinterbliebenen.

Das Erleben von Stigmatisierung kann den Trauerprozess negativ beeinflussen und einen Einfluss auf die Entstehung psychischer Erkrankungen haben. Ähnlich wie die Schuldgedanken, steht eine erlebte Stigmatisierung im Zusammenhang mit Depressionen, anhaltender Trauer und eigener Suizidalität (Evans & Abrahamson, 2020; Scocco et al., 2019). Oexle et al. (2018) untersuchten 195 Suizidhinterbliebene und fanden, dass erlebte Stigmatisierung assoziiert war mit Problemen bei der Verarbeitung des Verlusts und höherer Suizidalität. Zudem hatte die Geheimhaltung des Suizids einen Einfluss auf diesen Zusammenhang.

Suizidhinterbliebene berichteten zudem von ausgeprägten Schamgefühlen hinsichtlich des Suizids und dem Gefühl, von anderen für den Suizid beschuldigt und verantwortlich gemacht zu werden (Evans & Abrahamson, 2020). Diese Erlebnisse führen dazu, dass Hinterbliebene den Suizid verschweigen und vermeiden darüber zu sprechen. Angehörige wissen demnach häufig selbst nicht, wie sie mit anderen über den Suizid sprechen möchten und fühlen sich überfordert mit ihrer Trauer.

Psychische Erkrankungen nach dem Verlust durch Suizid

Suizidhinterbliebene sind eine Hochrisikogruppe für eigene Suizide und psychische Erkrankungen. Der Verlust einer nahestehenden Person durch einen plötzlichen Todesfall, zu denen Suizide zählen, geht mit einer erhöhten Suizidalität und einem höheren Risiko für affektive Erkrankungen, PTBS und anhaltende Trauer einher (Hamdan et al., 2019; Scott, 2007). Zahlreiche Studien konnten bereits zeigen, dass Hinterbliebene nach Suizid jedoch noch einmal ein höheres Risiko haben als Hinterbliebene nach anderen plötzlichen Todesfällen (Kolves et al., 2019; Pitman, Rantell, et al., 2017). Erlangsen et al. (2017) analysierten in einer dänischen bevölkerungsbasierten Studie 6,7 Millionen Personendaten und fanden, dass Hinterbliebene nach dem Suizid des Lebenspartners oder Lebenspartnerin ein

signifikant höheres Risiko hatten affektive Störungen, Angststörungen suizidales Erleben und Verhalten, PTBS und Substanzmissbrauch zu entwickeln als die Allgemeinbevölkerung. Zusätzlich zeigten die Lebenspartner, welche einen Verlust durch Suizid erlebt hatten, ein höheres Ausmaß an Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und mehr Krankentage. Hinterbliebene leiden zudem vermehrt unter Schlafstörungen sowie unter somatischen Beschwerden und Erkrankungen (Brent et al., 2009). Eine kanadische bevölkerungsbasierte Studie untersuchte 1.415 trauernde Eltern nach dem Suizid eines Kindes (Bolton et al., 2013). Bei 45% lag mindestens eine psychische Erkrankung vor, bei 30% eine Depression und bei 23% eine Angststörung.

Der Suizid einer nahestehenden Person und die damit zusammenhängenden Umstände des Suizids können für Hinterbliebene ein traumatisches Erlebnis sein. Angehörige finden den Suizidenten nicht selten selbst auf oder sie werden gebeten, die verstorbene Person zu identifizieren (Young et al., 2012). Bis zu 51% der Hinterbliebenen erfüllt die Diagnosekriterien einer PTBS als Folge des Suizids (Dyregrov et al., 2003). Durch den erschwerten Trauerprozess nach einem Suizid haben Angehörige ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung. Die Prävalenz für eine anhaltende Trauerstörung liegt bei Suizidhinterbliebenen zwischen 43 – 80% (Bellini et al., 2018; Mitchell et al., 2005). Young und Kollegen (2017) untersuchten 395 Hinterbliebene nach verschiedenen Verlustarten und fanden bei Suizidhinterbliebenen die höchsten Werte für eine anhaltende Trauerstörung und insgesamt eine höhere Belastung bei dieser Hinterbliebenengruppe.

Besorgniserregend ist vor allem das erhöhte suizidale Erleben und Verhalten von Hinterbliebenen nach einem Suizid. Häufig treten nach dem Verlust durch einen Suizid bei den Angehörigen Nachsterbewünsche oder der starke Wunsch nach einer Wiedervereinigung mit der verstorbenen Person auf. Aber auch starke Schuldgefühle, soziale Isolation und starke Verzweiflung können bei Hinterbliebenen zu dem Auftreten von Suizidwünschen und –plänen führen. Aus diesem Grund ist die Abklärung von Suizidalität im therapeutischen oder psychiatrischen Kontakt mit dieser Hinterbliebenengruppe besonders relevant. Zahlreiche bevölkerungsbasierte Repräsentativstudien belegen die erhöhte Suizidrate. In ihrem Review fanden Molina und Kollegen (2019), dass 14,1 – 49% der Suizidhinterbliebenen von Suizidgedanken berichteten. Im Vergleich mit anderen Hinterbliebenengruppen zeigen Angehörige nach Suizid die höchste Suizidrate. Guldin et al. (2015) untersuchten die Folgen des Verlusts eines Elternteils von 7.302.033 Personen und fanden ein um 82% erhöhtes Risiko selbst durch Suizid zu versterben, wenn der Elternteil auch durch Suizid gestorben ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Verlust durch einen Suizid langfristige psychische Folgen für die Hinterbliebenen haben kann und zudem ein erhöhtes Risiko für Suizidalität vorhersagt.

Interventionen für Suizidhinterbliebene

Spezifische Interventionen für Suizidhinterbliebene stellen eine wichtige Präventionsmaßnahme für suizidale Handlungen und psychische Erkrankungen dar. Trotz der hohen psychischen Belastung suchen Suizidhinterbliebene selten professionelle Hilfe auf. In einer Studie aus Großbritannien gab nur jede vierte befragte Person an nach dem Suizid irgendeine Art der Unterstützung in Anspruch genommen zu haben (Pitman, Nesse, et al., 2017). Vor allem die Angst vor Stigmatisierung, aber auch das fehlende Versorgungsangebot führen dazu, dass Suizidhinterbliebene in ihrer Trauer nur wenig Unterstützung finden.

In Deutschland finden Hinterbliebene nach Suizid vorwiegend Unterstützung durch Beratungseinrichtungen, wie beispielsweise Angehörige um Suizid e.V. (AGUS) oder den Bundesverband für Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. (VEID), und deren Selbsthilfegruppen. Obwohl in den letzten Jahren einen Zuwachs an ehrenamtlichen Selbsthilfegruppen zu verzeichnen ist, gibt es wenige spezifische therapeutische Angebote für Hinterbliebene nach einem Suizid, welche empirisch validiert und somit auf deren Wirksamkeit untersucht wurden.

In ihrem systematischen Review analysierten Wagner und Kollegen (2021b) die Wirksamkeit von insgesamt sechs Interventionen für Suizidhinterbliebene. Es wurden nur randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen. Hierbei fanden sie bei den gruppeninternen Unterschieden kleine bis mittlere Effekte, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und den Kontrollgruppen der Studien. Es zeigte sich zwar eine Reduzierung der psychischen Belastung der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe, der Effekt konnte jedoch in einem kontrollierten Design nicht bestätigt werden und es wurden keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gefunden. Linde und Kollegen (2017) untersuchten in ihrem Review insgesamt sieben Interventionsstudien für Suizidhinterbliebene. Während sich einige der Interventionen als wirksam bei der Reduzierung von Trauerreaktionen und Suizidalität gegenüber einer Kontrollgruppe erwiesen, konnte nur eine Intervention eine Symptome der anhaltenden Trauerstörung bei den Teilnehmenden reduzieren. Die meisten der eingeschlossenen Studien fanden in einem Gruppenformat statt. Hier wiesen die Autoren auf die methodischen Einschränkungen und die insgesamt schwache Studienqualität hin, zudem fehlte bei einer Interventionsstudie eine Kontrollgruppe, sodass die Ergebnisse unter Berücksichtigung einer fehlenden Vergleichbarkeit interpretiert werden müssen. Auch Andriessen und Kollegen (2019) bemängeln in ihrem Review die schwache Studienqualität der randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien für Suizidhinterbliebene, betonen jedoch deren Wirksamkeit und die damit verbundene Notwendigkeit für weitere Interventionsstudien unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte. Demnach bedarf es eine genauere Fokussierung auf trauerbezogene Aspekte, Einheitlichkeit hinsichtlich der Messinstrumente sowie ein korrektes methodisches Vorgehen und eine Kontrollgruppe.

Mit fortschreitender Digitalisierung gewinnen auch internetbasierte Interventionen für Trauernde immer mehr an Relevanz. Das Internet ist eine wichtige Ergänzung in der Versorgung von Risikogruppen und kann dabei helfen, auch schwer erreichbaren Personen Unterstützung anzubieten. Webbasierte Angebote sind niedrigschwellig erreichbar und können zeitlich flexibel und örtlich ungebunden in Anspruch genommen werden. Vor allem für Suizidhinterbliebene, bei welchen Scham und Angst vor Stigmatisierung im Vordergrund steht und die Inanspruchnahme von Unterstützung erschwert, können webbasierte Interventionen durch eine gewisse Anonymität eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit sein. In einem systematischen Review und Metaanalyse untersuchten Maaß und Kollegen (2020) 14 Studien die Wirksamkeit von Trauergruppen auf Symptome von Depression und Trauer. Trauergruppen waren geringfügig effektiver als die Kontrollgruppen, jedoch zeigten sich keine Langzeiteffekte in den Interventionsgruppen. Durch die große Heterogenität der Trauerinterventionen ist eine Generalisierbarkeit jedoch erschwert.

Das Online-Programm Hilfe nach Suizid

Das Interventionsprogramm Hilfe nach Suizid ist ein zwölfwöchiges niedrigschwelliges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Online-Gruppenprogramm für Hinterbliebene nach Suizid. Das Projekt wurde von November 2017 bis Februar 2021 an der MSB Medical School Berlin unter der Leitung von Prof. Dr. Birgit Wagner entwickelt und evaluiert (Wagner et al., 2022) und von dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Das übergeordnete therapeutische Ziel war die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Hinterbliebenen nach Suizid in Deutschland mit einem Schwerpunkt der Prävention von Depression, suizidalen Gedanken und Trauersymptomen. Im Rahmen des Projekts wurde ein Manual unter partizipativer Beteiligung von Hinterbliebenen nach Suizid entwickelt sowie die online-basiertes Unterstützungsangebots in Form einer Online-Gruppenintervention (Wagner, Hofmann, & Maaß, 2020). Die begleitende Studie diente der Evaluation der Wirksamkeit des Programms.

Entwicklung der Intervention

Um die Situation und Bedürfnisse von Suizidhinterbliebenen umfassend erheben zu können, wurden in der ersten Projektphase insgesamt drei Fokusgruppen mit insgesamt 23 Hinterbliebenen durchgeführt. Im Rahmen dieser Fokusgruppen berichteten die Angehörigen von ihrem Verlust und dem Umgang mit ihrer Trauer, aber auch von ihren Erfahrungen mit Hilfsangeboten und ihren Bedürfnissen an die psychosoziale Versorgung von Suizidtrauernden. In den Gruppen wurden zudem gemeinsam spezifische Themen bei Suizidhinterbliebenen sowie hilfreiche Strategien erarbeitet, welche als Grundlage für die Entwicklung der Therapiemodule dienen. Die Fokusgruppen wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen, transkribiert und anschließend qualitativ ausgewertet.

Auf Basis dieser Transkriptionen wurden anschließend Drehbücher erstellt, welche für die Erstellung von Testimonial-Videos dienen. In diesen Videos berichten Betroffene, welche von Schauspielern verkörpert werden, von ihrer Erfahrung mit einem spezifischen Thema im Rahmen der Suizidtrauer (z.B. Schuld, Stigmatisierung) und ihrem Umgang damit im Verlauf des Trauerprozesses. Diese Videos dienen in den Gruppensitzungen als didaktisches Material, als thematische Einführung und Diskussionsgrundlage. Weiterhin wurden für insgesamt zwölf thematische Sitzungen mit psychoedukativen Inhalten zu den Themen erstellt sowie Arbeitsblätter, welche die Teilnehmenden nach jeder Sitzung bearbeiten konnten. Die Entwicklung des Programms und der detaillierte Aufbau der Studie ist als Studienprotokoll veröffentlicht (Wagner, Hofmann, & Maass, 2020).

Inhalt und Ablauf des Programms

Bei dem Programm Hilfe nach Suizid handelte es sich um ein 12-wöchiges Online-Programm spezifisch für Hinterbliebene nach einem Suizid. Teilnehmende nahmen einmal pro Woche an einem 90-minütigen Webinar teil, welches von zwei Gruppenleitern (Psychotherapeut & Selbsthilfegruppenleiter) geleitet wurde. Jede Sitzung behandelte ein festgelegtes Thema, welches sich für Suizidhinterbliebene in ihrer Trauerverarbeitung als relevant erwiesen hat. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Themen der einzelnen Sitzungen. Jede Sitzung folgte zudem einer festgelegten Struktur: (1) Mitteilungszeit, (2) Einführung in die Thematik, (3) Testimonial-Video und/oder Psychoedukation, (4) Diskussion und Austausch über eigene Erfahrungen, (5) Besprechung der vertiefenden Aufgabe, (6) Zusammenfassung und Abschluss der Sitzung. Nach jeder Sitzung hatten Teilnehmende die Möglichkeit selbstständig vertiefende Aufgaben zu bearbeiten, um sich mit verschiedenen Aspekten der Trauer (z.B. einen Brief an die verstorbene Person schreiben) auseinandersetzen zu können. Eine Gruppe bestand aus 10 – 12 Personen. Die Sitzungen fanden über das Programm Adobe Connect statt. Es bestand die Möglichkeit die Gruppensitzungen unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzbestimmungen durchzuführen und während der Gruppensitzungen eine PowerPoint-Präsentation und/oder ein Video zu präsentieren. Die Registrierung und die Kommunikation zwischen Teilnehmenden und Gruppenleitern zwischen den Sitzungen fand über die Website www.hilfe-nach-suizid.de statt.

Tabelle 1. Themen der Sitzungen

Sitzung	Thema
1	Kennenlernen
2	Der suizidale Modus
3	Meine Trauer
4	Suizid als traumatisierendes Ereignis
5	Sinn- und Warum-Frage

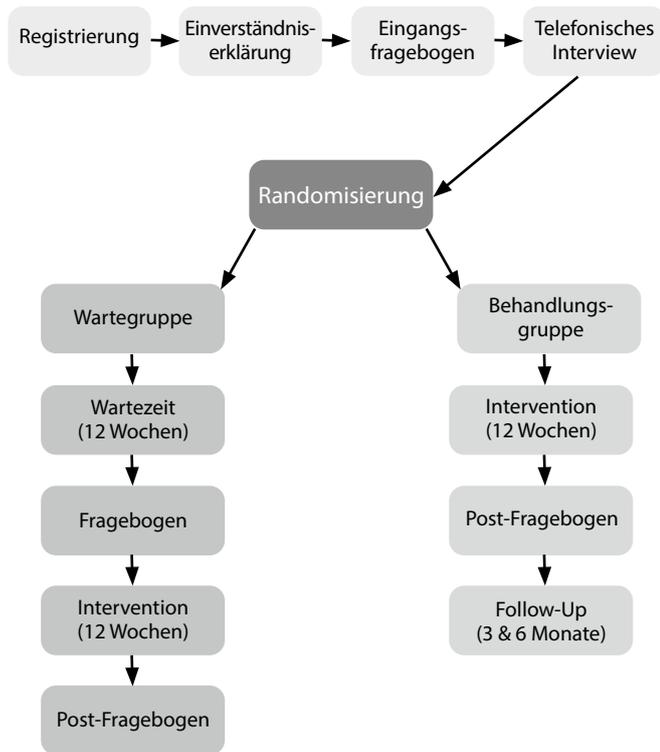
6	Erlebte Schuldgefühle
7	Eigene Suizidalität
8	Stigmatisierung und Geheimhaltung
9	Kommunikationsverhalten
10	Trauerrituale und Gedenken
11	Eigene neue Rolle und Zukunft
12	Abschied

Über die begleitende Studie

Um die Wirksamkeit des Programms zu evaluieren, wurde dieses von einer randomisiert-kontrollierten Studie begleitet. Es sollte überprüft werden, ob das Programm zu einer signifikanten Reduktion der erhobenen Therapie-Outcomes nach der Teilnahme an dem Programm im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe führt. Folgende Outcomes wurden erhoben: Depressivität, Suizidalität, PTBS, anhaltende Trauer, Hoffnungslosigkeit, Angststörung, posttraumatische Kognitionen, Stigmatisierung, Gefühle von Schuld und Verantwortung. Weiterhin sollte untersucht werden, inwiefern verlustbezogene Variablen (z.B. Alter bei Verlust, Beziehung zur verstorbenen Person, Abschiedsbriefe) einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Intervention hat. Teilnehmende mussten folgende Einschlusskriterien für die Teilnahme erfüllen (1) Volljährigkeit, (2) Verlust einer nahestehenden Person durch Suizid, (3) der Suizid liegt länger als 1 Monat zurück, (4) ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, (5) Zugang zum Internet. Personen wurden nicht in die Studie aufgenommen bei Vorliegen (1) akuter Suizidalität, (2) einer schweren depressiven Symptomatik, (3) einer unbehandelten PTBS und (4) einer Suchterkrankung.

Nachdem Teilnehmende sich auf der Website registriert und eine Einverständniserklärung unterschrieben hatten, erhielten sie einen Link zu dem Eingangsfragebogen. Nach dem Ausfüllen des Online-Fragebogens wurde mit den Teilnehmenden im Rahmen eines telefonischen Erstgesprächs diagnostische Ein- und Ausschlusskriterien mittels des strukturierten klinischen Interviews (Wittchen et al., 1997) überprüft sowie Fragen zu aktuellen Beschwerden und dem Verlust gestellt und Fragen zu der Teilnahme an dem Programm seitens der Studienkoordination geklärt. Das Erstgespräch dauerte etwa 90 Minuten. Sobald eine Person in das Programm aufgenommen werden konnte, wurde sie der nächsten Gruppe zugeteilt. Sobald eine Gruppe die maximale Teilnehmeranzahl von zwölf Personen erreichte, wurde diese Gruppe randomisiert. Die Sofortbehandlungsgruppe konnte sofort mit dem Programm starten und erhielt nach Beendigung der Interventionen einen Post-Fragebogen sowie drei und sechs Monate nach Abschluss nochmals Fragebögen. Teilnehmende der Wartegruppe mussten zwölf Wochen warten, erhielten dann einen Fragebogen nach der Wartezeit und konnten dann mit dem Programm starten. Der genaue Ablauf der Studie ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1. Ablauf der Studie
Ergebnisse



Um die Wirksamkeit des Programms zu überprüfen, wurden die Daten der Sofortbehandlungsgruppe nach der Intervention mit den Daten der Wartekontrollgruppe nach der Wartezeit verglichen. Somit konnte untersucht werden, ob das Programm Suizidhinterbliebene in ihrer Trauerverarbeitung unterstützen konnte.

Insgesamt nahmen 140 Personen an dem Programm teil. Davon waren 125 Personen (89,3%) weiblich, das durchschnittliche Alter lag bei 41,20 Jahren (Range: 21 – 69). 25,7% verloren einen Elternteil durch Suizid, 18,6% ein Kind, 22,9% verloren Bruder oder Schwester, 20,7% Partner oder Partnerin und jeweils 12,1% verloren eine andere Person (z.B. Freund, Großeltern, Kollegen) durch Suizid. Der Verlust der nahestehenden Person lag zwischen 1 Monat und 26 Jahren zurück mit einer durchschnittlichen Zeit von 2,42 (SD = 4,55) Jahren. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden beim Verlust betrug 38,75 (SD = 13,27) Jahre, das durchschnittliche Alter der verstorbenen Person lag bei 41,42 (SD = 17,22) Jahren.

Die Sofortbehandlungsgruppe verbesserte sich hinsichtlich der depressiven Symptomatik im Prä-Post-Vergleich signifikant und die Symptomreduzierung war über sechs Monate stabil, allerdings verbesserte sich auch die Wartekontrollgruppe und es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Ebenfalls zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Trauersymptomatik in der Sofortbe-

handlungsgruppe, jedoch konnte auch hier kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab es hinsichtlich des PTBS-Symptomclusters Vermeidung. Teilnehmende in der Sofortbehandlungsgruppe wiesen nach der Intervention signifikant niedrigere Werte auf als Personen in der Wartekontrollgruppe. Dennoch verbesserte sich die Wartelistenkontrollgruppe ebenfalls in der Wartezeit ohne Intervention signifikant. Für suizidales Erleben und Verhalten konnte in beiden Gruppen kein signifikanter Effekt erzielt werden. Die Teilnehmenden wiesen jedoch bereits zu Beginn sehr niedrige Werte hinsichtlich Suizidalität auf. Um die Langzeiteffekte des Programms überprüfen zu können, wurden die Daten drei und sechs Monate nach Abschluss des Programms der Sofortbehandlungsgruppe analysiert. Die Analysen zeigen, dass die Symptomreduktion aufrechterhalten werden konnte und sich nach Beendigung des Programms weiterhin signifikant reduzierten (s. Abb. 2). Faktoren, wie beispielsweise die Beziehung zur verstorbenen Person, Zeit seit dem Verlust oder Anzahl der teilgenommenen Sitzungen keinen Einfluss auf den Therapieverlauf. Die detaillierten Ergebnisse der Studie können in der dazugehörigen Publikation eingesehen werden (Wagner et al., 2022).

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel beschreibt die psychischen und psychosozialen Folgen nach dem Suizid einer nahestehenden Person und stellt zudem die Ergebnisse des Online-Interventionsprogramms Hilfe nach Suizid vor. Trotz der hohen Anzahl an Suizidtrauernden und der hohen Belastung dieser Hinterbliebenengruppe existieren bisher nur wenige spezifische Interventionen, welche zudem wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden. Das hier vorgestellte Online-Interventionsprogramm Hilfe nach Suizid konnte eine gute Ergänzung in der Versorgung Suizidhinterbliebener darstellen, war wirksam hinsichtlich der Reduzierung der PTBS-Symptomatik und konnte Hinterbliebene in der Verarbeitung der Trauer unterstützen. Dennoch konnte im Wartelisten-Kontrollgruppenvergleich nur eine signifikante Verbesserung für die PTBS (Vermeidung) gefunden werden. Dies kann eine Vielzahl von Gründen haben. Zum einen könnten Teilnehmende während der Wartezeit weitere Hilfsangebote (z.B. Psychotherapie, Beratung) in Anspruch genommen haben und sich somit auf andere Art und Weise mit dem Verlust und der Trauer auseinandergesetzt haben. Dies könnte zu einer Reduzierung der Symptome beitragen. Zudem kann sich die Symptomatik allein durch den Faktor Zeit verbessern. Ein nicht zu vernachlässigender und mit Sicherheit wichtiger Faktor ist der Einfluss der Perspektive auf Unterstützung und die Beschäftigung mit dem Verlust durch Fragebögen und das Telefoninterview, welches zwischen 60-90 Minuten dauerte. Durch den Online-Fragebogen beschäftigen sich Hinterbliebene bereits intensiv mit dem Verlust, das Gespräch mit den Projektkoordinatorinnen konnte durchaus entlastend für die Hinterbliebenen gewesen sein. Hinterbliebene machen häufig die Erfahrung mit wenigen Leuten über den Verlust

reden zu können, somit könnte das Telefoninterview eine positive Erfahrung für sie gewesen sein. Diese positive Therapieerwartung könnte gepaart mit der Hoffnung auf einen Therapiebeginn zu einer signifikanten Symptomreduzierung geführt haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die bisherigen existierenden Angebote für Suizidhinterbliebene eine wichtige Rolle in der Versorgung dieser Hinterbliebenengruppe darstellen. Ein Ausbau an Präventionsmaßnahmen und –angeboten ist aufgrund der hohen Anzahl an Suiziden und der damit hohen Anzahl Betroffener dringend notwendig. Weitere klinische Studien zu Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid sollten im Hinblick auf ein verbessertes evidenzbasiertes Angebot für diese Betroffenenengruppe durchgeführt werden. Aufgrund des limitierten Projektzeitraums kann das Online-Programm aktuell nicht mehr angeboten werden, eine Weiterverwendung der Materialien sowie die Entwicklung eines alternativen Unterstützungsangebots für Suizidhinterbliebene ist jedoch angedacht.

Referenzen

- Andriessen K, Krysinska K (2012) Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Andriessen K, Krysinska K, Hill NT, Reifels L, Robinson J, Reavley N, Pirkis J (2019) Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>
- Andriessen K, Rahman B, Draper B, Dudley M, Mitchell P B (2017) Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of psychiatric research*, 88, 113-120.
- Bellini S, Erbuto D, Andriessen K, Milelli M, Innamorati M, Lester D, Sampogna G, Fiorillo A, Pompili, M (2018) Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Front Psychol*, 9, 198. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2018.00198>
- Bolton J M, Au W, Leslie W D, Martens P J, Enns M W, Roos L L, Katz L Y, Wilcox H C, Erlangsen A, Chateau D, Walld R, Spiwak R, Seguin M, Shear K, Sareen J (2013) Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. *JAMA psychiatry*, 70(2), 158-167. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.275>
- Brent D, Melhem N, Donohoe M B, Walker M (2009) The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*, 166(7), 786-794. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>
- Camacho D, Pérez-Nieto M Á, Gordillo F (2018) Cause of death and guilt in bereavement: The role of emotional regulation and kinship. *Journal of Loss and Trauma*, 23(7), 546-558.
- Castelli Dransart D A (2017) Reclaiming and Reshaping Life: Patterns of Reconstruction After the Suicide of a Loved One. *Qual Health Res*, 27(7), 994-1005. <https://doi.org/10.1177/1049732316637590>
- Cerel J, Brown M M, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, Flaherty C (2019) How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cerel J, Moore M, Brown M M, van de Venne J, Brown S L (2015) Who leaves suicide notes? A six-year population-based study. *Suicide Life Threat Behav*, 45(3), 326-334. <https://doi.org/10.1111/sltb.12131>
- Destatis (2023) Suizide in Deutschland. Retrieved 05.05.2023 from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- Dyregrov K, Nordanger D A G, Dyregrov A (2003) PREDICTORS OF PSYCHOSOCIAL DISTRESS AFTER SUICIDE, SIDS AND ACCIDENTS. *Death Studies*, 27(2), 143-165. <https://doi.org/10.1080/07481180302892>
- Eisma M C (2018) Public stigma of prolonged grief disorder: An experimental study. *Psychiatry Res*, 261, 173-177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.064>
- Erlangsen A, Runeson B, Bolton J M, Wilcox H C, Forman J L, Krogh J, Shear M K, Nordentoft M, Conwell Y (2017) Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA psychiatry*, 74(5), 456-464.
- Evans A, Abrahamson K (2020) The influence of stigma on suicide bereavement: a systematic review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*.
- Guldin M, Li J, Pedersen H S, Obel C, Agerbo E, Gissler M, Cnattingius S, Olsen J, Vestergaard M (2015) Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1227-1234. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094>
- Hamdan S, Berkman N, Lavi N, Levy S, Brent D (2019) The effect of sudden death bereavement on the risk for suicide: The role of suicide bereavement. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- Hanschmidt F, Lehnig F, Riedel-Heller S G, Kersting A (2016) The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences—A Systematic Review. *PLoS One*, 11(9), e0162688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162688>
- Kolves K, Zhao J, Hawgood J, Spence S H, De Leo D (2019) Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *J Affect Disord*, 15(243), 96-102. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.018>
- Linde K, Trembl J, Steinig J, Nagl M, Kersting A (2017) Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS One*, 12(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162688>
- Maass U, Hofmann L, Perlinger J, Wagner B (2020) Effects of bereavement groups—a systematic review and meta-analysis. *Death*

- Studies*, 1(11). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1772410>
- Michaud-Dumont G, Lapierre S, Viau-Quesnel C (2020) The Experience of Adults Bereaved by the Suicide of a Close Elderly Relative: A Qualitative Pilot Study [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.538678>
- Mitchell A M, Kim Y, Prigerson H G, Mortimer M K (2005) Complicated Grief and Suicidal Ideation in Adult Survivors of Suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 35(5), 498-506. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.498>
- Molina N, Viola M, Rogers M, Ouyang D, Gang J, Derry H, Prigerson H G (2019) Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. *Behavioral Sciences*, 9(5), 53. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/bs9050053>
- Oxle N, Feigelman W, Sheehan L (2018) Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes. *Death Studies*, 44(4), 248-255.
- Peters K, Cunningham C, Murphy G, Jackson D (2016) 'People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *Int J Ment Health Nurs*, 25(3), 251-257. <https://doi.org/10.1111/inm.12210>
- Pitman A L, Nesse H, Morant N, Azorina V, Stevenson F, King M, Osborn D (2017) Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: a qualitative study of the views of 429 young bereaved adults in the UK. *BMC Psychiatry*, 17(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1560-3>
- Pitman A L, Osborn D P J, Rantell K, King M B (2016) The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>
- Pitman A L, Rantell K, Moran P, Sireling L, Marston L, King M, Osborn D (2017) Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 7(5), e014487. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014487>
- Soccco P, Preti A, Totaro S, Corrigan P W, Castriotta C, Team S (2019) Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *J Affect Disord*, 244, 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.098>
- Scott T (2007) Sudden traumatic death: caring for the bereaved. *Trauma*, 9(2), 103-109. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1460408607084127>
- Tal I, Mauro C, Reynolds III C F, Shear M K, Simon N, Lebowitz B, Skritskaya N, Wang Y, Qiu X, Iglewicz A (2017) Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, 41(5), 267-275. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Wagner B (2019) *Psychotherapie mit Trauernden*. Beltz.
- Wagner B, Grafiadeli R, Schäfer T, Hofmann L (2022) Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 28, 100542. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100542>
- Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R (2021a) The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of clinical psychology*, 77(11), 2545-2558. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
- Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R (2021b) Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. *Psychiatrische Praxis*, 48(01), 9-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1055/a-1182-2821>
- Wagner B, Hofmann L, Maaß U (2020) Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3891-5>
- Wagner B, Hofmann L, Maass U (2020) Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(45). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13063-019-3891-5>
- WHO (2019) *Suicide in the World - Global Health Estimates*. Retrieved 02.04.2022 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- Wilcox H C, Mittendorfer-Rutz E, Kjeldgard L, Alexanderson K, Runeson B (2015). Functional impairment due to bereavement after the death of adolescent or young adult offspring in a national population study of 1,051,515 parents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(8), 1249-1256. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00127-014-0997-7>
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T (1997) *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II (Vol. 28)*. Hogrefe.
- Young I T, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S (2012) Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>

Eingegangen: 31.05.2023

Angenommen: 26.06.2023

Korrespondenzadresse

Birgit Wagner
 Laura Hofmann
 Medical School Berlin
 Abteilung für klinische Psychologie
 Rüdeshheimer Straße 50
 14197 Berlin
 Birgit.wagner@medicalschooll-berlin.de
 Laura.hofmann@medicalschooll-berlin.de

AGUS – Angehörige um Suizid e. V.

Wie aus einer Idee eine Organisation wurde

Jörg Schmidt

Die Gründerin

Vor sechzig Jahren waren die sozialen Zuschreibungen Suizidhinterbliebenen gegenüber viel rigider als heute. Gerade in ländlichen Gegenden wurden sie als Angehörige eines „Selbstmörders“ regelrecht gebrandmarkt. In dieser Zeit und in diesem Umfeld hat Emmy Meixner 1963 ihren Ehemann durch Suizid verloren. Sie blieb mit ihren beiden kleinen Kindern zurück.

Im Laufe der Jahrzehnte stellte sie sich immer wieder die Frage, dass sie doch mit diesem Schicksal nicht allein sein konnte. Als eine der ersten Suizidhinterbliebenen ging sie Ende der 1980er Jahre in die Öffentlichkeit – noch mit der Zuschreibung „Witwe eines Selbstmörders.“ Unermüdlich setzte sie sich für die Belange von Trauernden nach Suizid ein und gründete 1989 die erste Selbsthilfegruppe in Bayreuth, zu der einmal im Monat Betroffene teilweise Anfahrtswege von über zwei Stunden in Kauf nahmen.

Der Selbsthilfe-Gedanke fand großes Interesse, und so erklärten sich nach und nach immer weitere Betroffene bereit, eine AGUS-Gruppe zu gründen; erst im näheren Bayreuther Umfeld, dann aber bundesweit, so dass es heute knapp 100 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland gibt.

Die zunehmende Professionalisierung und Digitalisierung

Als die AGUS-Selbsthilfegruppen Ende der 1990er Jahre stetig zunahmen und Emmy Meixner-Wülker altersbedingt nicht mehr alles erledigen konnte, stand der Verein AGUS, der 1995 gegründet wurde, vor der Frage, wie es weitergehen soll. Im Jahr 2000 wurde dann in Bayreuth die AGUS-Bundesgeschäftsstelle gegründet und Elisabeth Brockmann als erste hauptamtliche Geschäftsführerin eingestellt. Sechs Jahre später kam Elfriede Loser hinzu. Sie ist bis heute die erste Ansprechpartnerin für Betroffene, wenn diese sich per Telefon oder E-Mail melden.

Mit der stetigen Zunahme der Gruppen wurde es auch notwendig, die Gruppenleitenden zu schulen. So entstand in Zusammenarbeit mit der wahrscheinlich renommiertesten Trauerbegleiterin zum Thema Suizid, Chris Paul, schon ab dem Jahr 2000 ein Konzept mit Einführungskursen und Fortbildungen für die Gruppenleitenden. Zwei Jahre später kamen Wochenendseminare für Suizidhinterbliebene als Angebote hinzu, die ebenfalls von Chris Paul konzipiert und auch stetig weiterentwickelt wurden.

In der AGUS-Bundesgeschäftsstelle wurden erste Broschüren und Flyer konzipiert und auch der AGUS-Rundbrief, der von Emmy Meixner-Wülker noch als wirklicher Brief verschickt wurde, wurde zu einem Magazin weiterentwickelt. Heute hat der Rundbrief eine Auflage von stets 7.000 Exemplaren und erscheint in einem ansprechenden zeitgemäßen Layout. Die Broschürenreihe umfasst mittlerweile 22 Titel, die auf möglichst viele Situationen von Suizidhinterbliebenen eingehen. Für die Broschüren können stets entsprechende Experten als Autorinnen und Autoren gewonnen werden, was ebenfalls zu einer steten Professionalisierung von AGUS beiträgt.

2021 kam eine Online-Vortragsreihe hinzu, die jedes Jahr aus acht Vorträgen besteht und das Thema Trauer nach Suizid aus unterschiedlichen theoretischen und praktischen Perspektiven beleuchtet. Seit 2017 ist Jörg Schmidt Leiter der AGUS-Bundesgeschäftsstelle. 2018 wurde er in den DGS-Vorstand gewählt und seit Ende 2022 ist er auch Mitglied des Herausgeberteams der „Suizidprophylaxe.“ Stets bringt er dabei die Belange der Suizidhinterbliebenen ein.

Zentrale Veranstaltung für AGUS ist das Jahrestreffen, zu dem stets über 200 Betroffene und Interessierte ins Evangelische Bildungszentrum Bad Alexandersbad anreisen. Das Treffen besteht aus Vorträgen, Workshops und Gesprächsgruppen. Es ist die größte Veranstaltung für Suizidhinterbliebene in Deutschland. AGUS ist zudem mit über 1.000 Mitgliedern die größte Selbsthilfeorganisation für Suizidhinterbliebene in ganz Europa.

Die Selbsthilfe als bestimmender Faktor

In den über 30 Jahren, die seit der Gründung der ersten Selbsthilfegruppe vergangen sind, blieb der Gedanke der Selbsthilfe der bestimmende Faktor für alle Vereinsarbeit: Menschen zusammenführen, die alle vom Suizid eines nahestehenden Angehörigen betroffen sind und ihnen so die Möglichkeit des Austauschs und der Orientierung zu geben. Dies ist nur möglich durch das ehrenamtliche Engagement von suizidbetroffenen Männern und Frauen als Gruppenleitende, wovon es bei AGUS nun schon über 160 gibt.

Seitens AGUS werden diese Gruppenleitenden begleitet und es werden Fortbildungen angeboten, die ebenfalls von verschiedenen fachlichen Experten unterstützt werden. Auf diese Entwicklung wäre Emmy Meixner-Wülker (wie sie nach der Hochzeit mit ihrem zweiten Mann hieß) sicherlich stolz gewesen. Sie verstarb 2008 im Alter von 81 Jahren.

Suizidpostvention in der Schweiz

Was schon geleistet wird und wo Handlungsbedarf besteht

Jörg Weisshaupt

Zusammenfassung

In der Schweiz sterben jährlich rund 1000 Menschen durch Suizid, das sind fünfmal mehr als durch Verkehrsunfälle. Meist trifft es Angehörige und Nahestehende völlig unerwartet – für sie eine familiäre Katastrophe, die gravierende Auswirkungen haben kann. Im Vergleich zum Ausland wird in der Schweiz noch wenig für die Hinterbliebenen nach Suizid getan. Es fehlt an Wissen, Verständnis und Strukturen. Dies gilt ebenso für Personen, die wiederholt in ihrem Beruf mit Suizid konfrontiert werden.

Schlüsselwörter: Suizidprävention, Suizidpostvention, Schweiz, Suizidbetroffene, Selbsthilfegruppen, trauernetz.ch

Suicide Postvention in Switzerland

What is already being done and where action is needed

Abstract

In Switzerland, around 1000 people die by suicide every year, five times more than in road accidents. In most cases, relatives and loved ones are hit completely unexpectedly - for them it is a family catastrophe that can have serious consequences. Compared to other countries, little is done in Switzerland for the bereaved after suicide. There is a lack of knowledge, understanding and structures. This also applies to people who are repeatedly confronted with suicide in their profession.

Keywords: suicide prevention, suicide postvention, Switzerland, survivors, self-help groups, trauernetz.ch

Rückblick: IPSILON – Initiative zur Schaffung nationaler Fachkompetenz

2003 haben sich verschiedene Organisation und Institutionen, die sich in ihrer Arbeit täglich mit Suizid konfrontiert sehen, den Verein IPSILON mit dem Ziel gegründet, eine nationale Koordinationsstelle zu schaffen, die sie mit fachlicher, moralischer und politischer Kompetenz unterstützt. Der Verein soll dazu dienen, Suizid in unserer Gesellschaft zu verstehen und zu verhindern. Er soll nationales Sprachrohr und Bezugspunkt für dieses Anliegen werden.

Seine Schwerpunkte sind: Entwicklung der Forschung, Informationsaufbereitung und Dokumentation, Aufklärungs-

arbeit in Politik und Öffentlichkeit, Entwicklung von Konzepten und Programmen für die Suizidprävention, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Vermittlung von Anlaufstellen für praktische Hilfe.

Diese Arbeit finanziert der Verein mit Spenden, privaten und öffentlichen Beiträgen wie auch mit Erträgen aus Dienstleistungen.

Der Verein will:

- durch direkten und kooperativen Miteinbezug möglichst aller im Bereich der Suizidprävention tätigen Institutionen, Organisationen, Selbsthilfegruppen von Angehörigen und Betroffener eine breite Basis-Trägerschaft schaffen und deren Vernetzung fördern;
- durch die Schaffung einer permanenten schweizerischen Koordinationsstelle die Nachhaltigkeit von bisher bereits umgesetzten wie auch neuen oder noch zu erarbeitenden Konzepten und Strategien gewährleisten und den Informationsaustausch auf nationaler, kantonaler und regionaler Ebene fördern und erleichtern;
- durch die Erarbeitung eines wissenschaftlich abgestützten Konzeptes gesamtschweizerische Strategien zur Suizidverhütung entwickeln;
- durch die Formulierung anerkannter suizidpräventiver Maßnahmen den Bedarf an speziellen Präventionsprojekten klären;
- durch die Sensibilisierung für die Problematik Suizid / Suizidalität eine allgemeine Aufmerksamkeit und Bereitschaft unterstützen, sich mit der Problematik aktiv auseinanderzusetzen;
- durch Förderung der Forschung auf dem Themenbereich Suizidalität / Suizidprävention soll die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von suizidpräventiven Maßnahmen und Projekten erleichtert werden.

Im ersten Punkt greifen die Initianten von IPSILON die Suizidpostvention auf, die ihre Anfänge in den frühen 1970er Jahren in den USA nahm. Meist handelte es sich dabei um Initiativen Hinterbliebener in Form sogenannter suicide survivor support groups, also um Selbsthilfegruppen für Suizidbetroffene. Später kamen auch Hilfsangebote von Kriseneinrichtungen dazu (McIntosh et al. 2017). Das Modell der Selbsthilfegruppen verbreitete sich im Laufe der Jahre in ganz Nordamerika und darüber hinaus auf andere Kontinente. Bis heute sind solche Gruppen eine bewährte und wirkungsvolle Form von Suizidpostvention. Das liegt daran, dass die Begegnung und der Austausch mit anderen Betroffenen von vielen Hinterbliebenen als sehr hilfreich und stärkend erlebt werden. 20 Jahre später erreichte das Konzept der Postvention schließlich Mitteleuropa.

In Deutschland hat sich etwa Anfang der 1990er Jahre eine inzwischen große Organisation für Hinterbliebene gebildet: AGUS (Angehörige um Suizid).

In Österreich ist Postvention inzwischen Teil der SUPRA-Strategie und stellt in den kommenden Jahren einen Schwerpunkt der SUPRA-Aktivitäten dar. Zudem hat die SUPRA (Suizidprävention Austria) Empfehlungen für Suizid-Postvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen herausgegeben.

Einen Überblick über den Stand der Suizidpostvention in Europa gibt das im Jahr 2017 erschienene Buch *Postvention in Action* (Andriessen et al. 2017). Von den Beispielen aus 11 europäischen Ländern stammt keines aus Deutschland oder der Schweiz.

IPSILON will sich für Suizidbetroffene einsetzen

Schon 2005 rückte der IPSILON-Vorstand die Suizidpostvention ins Zentrum seiner Aktivitäten und formulierte einen Antrag zur Stärkung der Selbsthilfeorganisationen, die sich schon damals für Survivors einsetzten. Das Projektziel: Bekanntmachung, Unterstützung und Erweiterung der Angebote im Bereich Selbsthilfe für Hinterbliebene nach einem Suizid. Zitat aus dem Dokument:

// Jährlich sind in der Schweiz 5.000 – 10.000 Angehörige jeden Alters mit einem Suizid in ihrer Familie konfrontiert¹. Die Verarbeitung des Verlusts eines Angehörigen durch Suizid ist besonders schwer. Dabei besteht ein erhöhtes Risiko, an Depression oder anderen psychischen Störungen zu erkranken. Zudem wächst die Wahrscheinlichkeit eines überhöhten Suchtmittelkonsums und Schwierigkeiten in der Familie und am Arbeitsplatz². Diese gesundheitlichen und sozialen Probleme, die unter anderem aus unverarbeiteten Schuldgefühlen und chronifizierter Trauer resultieren, führen bei den Hinterbliebenen zu einem erhöhten Risiko für Suizidhandlungen³. Angehörige müssen somit als Hochrisikogruppe betrachtet und in die Suizidprävention miteinbezogen werden⁴. Es bedarf konkreter Maßnahmen, mit denen eine den Bedürfnissen entsprechende Betreuung garantiert werden kann.

Die Nachsorgemaßnahmen umfassen dabei neben den Unterstützungsmöglichkeiten durch Fachpersonen auch die Selbsthilfe. Unter Selbsthilfe werden alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen verstanden, die sich auf die Bewältigung (Coping) eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen⁵.

Oft wird Selbsthilfe in gemeinschaftlichen Zusammenschlüssen in Form von Selbsthilfeorganisationen/-gruppen realisiert. Aussagekräftige Studien zu Selbsthilfeforschungsergebnissen und ihre gesundheitliche und soziale Wirkung gibt es vor allem in den Bereichen Suchterkrankungen, psychiatrische Erkrankungen und Übergewicht. Gesamthaft belegen die Forschungsergebnisse die grundsätzliche These, wonach die krankheits- und problembezogene, gemeinschaftliche Selbsthilfe einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leistet⁶. Die Wirkung, die einer Selbsthilfegruppe zugesprochen wird (Vermittlung von sozialer Geborgenheit, Stärkung des Selbstbewusstseins, Erlernen neuer Bewältigungsstrategien, Förderung der Eigenaktivität, Anregung und Unterstützung, den eigenen Lebenssinn neu zu finden und Vermittlung von Informationen auf Sachebene und persönlicher Ebene⁷), entspricht dabei derjenigen eines gut funktionierenden sozialen Netzwerks. Da beim Schutz vor Suizidhandlungen dem sozialen Netzwerk eine besonders hohe Bedeutung zukommt⁸, ist davon auszugehen, dass der Beitritt zu einer Selbsthilfegruppe eine risikovermindernde Wirkung mit sich führt.

Eine kanadische Studie über die Bedürfnisse von Hinterbliebenen nach einem Suizid hat gezeigt, dass neben der Unterstützung durch Fachpersonen aus dem medizinischen und psychologischen Bereich die Möglichkeit der Selbsthilfe als äußerst wichtig empfunden wird. Als hilfreich werden unter anderem die gemeinschaftliche Selbsthilfe in Form einer Selbsthilfegruppe, die Unterstützung durch enge Bekannte und Freunde und ein hohes Maß an konkreten Informationen über praktische Aspekte und emotionale Reaktionen für die Zeit nach dem Suizid eines nahen Verwandten oder Bekannten betrachtet⁹.

Angesichts der zunehmenden Akzeptanz der Selbsthilfe als kompetenter Akteur und integrativer Bestandteil des Gesundheitssystems bildet sie ein zukunftssträchtiges Konzept im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

IPSILON bezweckt die Bekanntmachung, Unterstützung und Erweiterung der Angebote im Bereich Selbsthilfe für Hinterbliebene nach einem Suizid. Damit leistet es neben den medizinischen und psychologischen Maßnahmenmöglichkeiten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Qualität der Betreuung von Hinterbliebenen und trägt somit in der Form einer Health-Care-Maßnahme zur Prävention von Suizid bei¹⁰.

1. World Health Organisation (2000) Suizidprävention
2. Parkes & Weiss et al. (1998) Facing loss. *BMJ Clinical Research* 316(7143):1521-4;
Farberow et al. (1987) An examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide. *Gerontologist* Oct;27(5):592-8
3. Bundesamt für Gesundheit (2005,) Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Seite 24
4. Verein trauernetz (2021) Suizidprävention/Strategien, siehe Anhang
5. Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven; Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber (ISBN 3-456-84027-6), S. 14

6. Bernhard Borgetto (2004) Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven; Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber, S. 17ff.
7. Vogelsanger, V (1995) Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz, Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Lichtenstein. Seismo Verlag, 978-3-908239-20-8 (ISBN), S. 1-6
8. Bundesamt für Gesundheit (2005) Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, S. 19
9. Davis C & Hinger B (2005) Assessing the needs of survivors of suicide: A needs assessment in the Calgary Health Region (Region 3). Calgary AB: Calgary Health Region
10. Bundesamt für Gesundheit (2005) Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, S. 21-24

Zwei Teilziele werden verfolgt:

1. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Selbsthilfe

Konkret geht es um die Ausarbeitung und Anpassung von Informationsmaterial für Hinterbliebene nach einem Suizid, was zum einen ein Faltblatt mit Kurzinformationen über bestehende Selbsthilfeorganisationen/-gruppen und zum anderen zwei Broschüren mit konkreten Informationen für die Zeit unmittelbar nach dem Suizid eines nahen Verwandten oder Bekannten (Organisation einer Beerdigung, Verhalten den Kindern gegenüber, etc.) umfasst.

Die Erarbeitung des Informationsmaterials liegt im Zuständigkeitsbereich einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern der Selbsthilfegruppen/-organisationen in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle IPSILON und entsprechenden Expertinnen und Experten aus den durch die Problematik betroffenen Fachkreisen (Polizei, Medizin, Psychologie, etc.).

2. Die Sicherung beziehungsweise Verbesserung der in den Selbsthilfeorganisationen/-gruppen geleisteten Aktivität

Konkret geht es um die Ausarbeitung von Möglichkeiten zur Weiterbildung von Leiterinnen und Leitern von Selbsthilfegruppen. Dazu gehören die Erarbeitung eines Fortbildungskonzepts und eines Handbuchs zur spezifischen Selbsthilfegruppenarbeit im Bereich Suizid und die Erstellung eines Konzepts zur regelmäßigen Supervision für Selbsthilfegruppenleiter:innen durch entsprechende Expert:innen.

Da für die Erarbeitung des genannten Weiterbildungsangebots zum einen Fachwissen im Bereich Psychologie und Erwachsenenbildung und zum anderen die Erfahrungen aus der direkten Arbeit mit Hinterbliebenen in der Selbsthilfegruppe von großer Bedeutung ist, wird eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Selbsthilfegruppen/-organisationen und entsprechenden Expertinnen und Experten gebildet. //

Zusammenfassende Matrix

Ziel	Indikatoren	Mittel der Erfassung	Voraussetzung / Ausgangslage
Globales Ziel Selbsthilfe als ein Element der Suizidprävention, v.a. bei der Risikogruppe der Hinterbliebenen			Die Effizienz von Selbsthilfe ist anerkannt. Das Mitmachen in einer Selbsthilfegruppe ist eine kulturell akzeptierte Praxis bei verschiedenen Gruppen.
Teilziel 1 Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Selbsthilfe			
1.1 Bekanntmachung des Angebotes von Selbsthilfeorganisationen und -gruppen	Flächendeckung (verschiedene Landessprachen, andere Sprachen / Kulturen) Anzahl / Anteil der Fachgruppen erreicht	Anzahl Anpassungen des Informationsmaterials (Übersetzungen, etc.) Befragung Wahrnehmung des Angebotes (auch der neuen Mittel)	Die Möglichkeiten zur Verbreitung der Information bestehen.
1.2 Informationsmaterialien für Hinterbliebene	Ausarbeitung von Informationsmaterial Verständlichkeit des Materials	die Dokumente Kommentar / Kritik von Zielgruppen	Der Nutzen / Erfahrung existiert und ist auf den hiesigen Kontext übertragbar.
Teilziel 2 Qualitätssicherung, -Verbesserung der in den Selbsthilfeorganisationen geleisteten Aktivität			Fachleute / Fachwissen Zur Qualitätsarbeit ist vorhanden.
2.1 Möglichkeiten der Weiterbildung für Leiterinnen und Leiter von Selbsthilfegruppen	Anzahl Leiterinnen und Leiter, welche von diesem Angebot Gebrauch machen Anzahl Fortbildungen / Supervisionen in diesem Bereich	Befragung der verschiedenen Leiterinnen und Leiter. Sowohl der Teilnehmenden / Benützerinnen und Benützer wie auch jener, die dem Angebot fernbleiben	Organisationen / Gruppen sind bereit, in diese Richtung zu arbeiten.

Das Projektziel „Bekanntmachung, Unterstützung und Erweiterung der Angebote im Bereich Selbsthilfe für Hinterbliebene nach einem Suizid“ hätte bis 2007 erreicht werden sollen, aber das Engagement von IPSILON im Bereich der Suizidpostvention blieb mangels finanzieller Mittel bescheiden und beschränkte sich auf punktuelle Aktivitäten, sei es die Durchführung einer Tagung zum Thema Nachsorge, das Herstellen eines Flyers für Suizidbetroffene in Zusammenarbeit mit Survivors (Hinterbliebene) oder die Kommunikation von Postventions-Angeboten Dritter auf ihrer site www.ipsilon.ch. Die fehlenden Mittel führten auch dazu, dass der Verein seit 2014 ohne Geschäftsstelle auskommen muss.

Eine Literaturstudie und Bestandsaufnahme von INTERFACE zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kam 2015 zum Schluss, dass „bis anhin nur wenige Kantone die Suizidprävention als Handlungsfeld in strategischen Papieren detailliert verankert und konkrete Ziele definiert haben. Die Suizidprävention ist somit vorwiegend in privaten und freiwilligen Initiativen verankert.“ Für die Postvention trifft das bis heute zu.

Förderung der Suizidpostvention im Kanton Zürich

Bereits 2001 wurde im Kanton Zürich das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) gegründet. Der interdisziplinäre und regionale Verein versucht eine stärkere Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis voranzutreiben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Suizidprävention für Jugendliche, konkreten Forschungsprojekten sowie der Öffentlichkeitsarbeit. Zudem wurde das FSSZ vom Regierungsrat beauftragt, gemeinsam mit dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (EBPI) ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention zu erarbeiten. Der Regierungsrat beschloss daraufhin im Jahr 2015 ein Schwerpunktprogramm Suizidprävention umzusetzen. Das Programm umfasst eine breite Palette von Projekten wie beispielsweise Maßnahmen zur Einschränkung von Suizidmethoden, Fortbildungen für Fachpersonen, Sensibilisierung von Medienschaffenden und Maßnahmen für Risikogruppen. Eine dieser Risikogruppen sind die Hinterbliebene. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Schwerpunktprogramms 2018 in Zusammenarbeit mit der Kantonspolizei Zürich und dem Verein „trauernetz“ ein Angebot in der Suizidnachsorge für Hinterbliebene aufgebaut. Die Kantonspolizei Zürich verteilt routinemäßig einen Flyer an Hinterbliebene mit Notfallnummern und weiteren Ansprechpersonen. Zudem informiert sie Hinterbliebene einige Tage nach einem Suizid über die Möglichkeit einer Beratung durch eine Fachperson. Falls dies erwünscht ist, bietet die Polizei den Verein «trauernetz» auf. Das Projekt soll den Hinterbliebenen die Chance geben, bald nach dem Suizid die Trauerarbeit anzugehen, dies ist besonders wichtig, da eine amerikanische Studie zeigt, dass Hinterbliebene nach einem Suizid in der Regel vier Jahre benötigen, bis sie psychologische oder Selbsthilfe in Anspruch nehmen. Seit dem Jahr 2018 finden

pro Jahr durchschnittlich 20 Vermittlungen der Kantonspolizei an den Verein „trauernetz“ Jahr statt. Daneben werden die vom Verein trauernetz durchgeführten Selbsthilfegruppen im Kanton Zürich durch das Schwerpunktprogramm finanziell unterstützt.

Alle Informationen zu den Projekten und Maßnahmen des Schwerpunktprogramm Suizidprävention finden sich auf der Website die <https://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/themen/suizidpraevention>

Zusätzlich zum Schwerpunktprogramm im Kanton Zürich wurde die Website suizidpraevention-zh.ch erarbeitet. Diese richtet sich an Betroffene und ihr Umfeld. Auf Hinweis von trauernetz.ch sind auf der Website auch viele Informationen für Hinterbliebene nach einem Suizid zu finden. Die Inhalte der Zürcher Website waren die Basis für die nationale Website „Reden kann retten“ <https://www.reden-kann-retten.ch>, die auch französisch und italienisch übersetzt wurde.

Verein „trauernetz“

Der oben erwähnte gemeinnützige Verein trauernetz.ch wurde 2015 ins Leben gerufen, ist konfessionell und politisch neutral und engagiert sich in der Prävention und der Postvention.

Der Verein bezweckt

1. den Betrieb und Qualitätssicherung der Vernetzungsplattform www.trauernetz.ch
2. die Förderung geführter Selbsthilfegruppen und den Aufbau eines Qualitätszirkels für die Leitenden
3. die Sensibilisierung und Kompetenzvermittlung zum Thema Suizid-Nachsorge im Fachumfeld

Das Angebot des Vereins umfasst die folgenden drei zentralen Punkte zur Trauerbegleitung:

- Entgegennahme von telefonischen Unterstützungsanfragen sowie proaktive Kontaktaufnahme mit Hinterbliebenen nach Suizid, falls der Wunsch gegenüber den Mitarbeitenden der Kantonspolizei geäußert wurde.
- Persönliche Treffen mit den Hinterbliebenen nach Suizid
- Langfristige Begleitung der Hinterbliebenen in Selbsthilfegruppen

Die fachgeleiteten Selbsthilfegruppen werden für drei Altersgruppen angeboten:

- nebelmeer_kids: 6-14jährige (ab Sommer 2023)
- [nebelmeer](http://nebelmeer.net): u 30 (www.nebelmeer.net)
- trauernetzgruppen: (aktuell teilweise mit dem Namen «Refugium»): ü 30

Aktuell bestehen acht Gruppen in der deutschsprachigen Schweiz, mittelfristig will der Verein in den zehn größten Städten der Deutschschweiz präsent sein.

Daneben bietet trauernetz.ch Beratung und Weiterbildung für Fachpersonen an und ist in der Öffentlichkeits- und Medien-

arbeit aktiv. Zudem stellt er Vorstandsmitglieder beim Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich sowie bei IPSILON, die jeweils das Anliegen der Nachsorge einbringen.

Konkrete Praxisbeispiele von trauernetz.ch

1. „Suizid – Perspektiven für Hinterbliebene“ Handbuch für Selbsthilfe und Therapie

Dieses Handbuch soll dazu beitragen, dass Betroffene im Rahmen von Selbsthilfegruppen über ihren traumatisierenden Verlust sprechen können. Es dient zudem Fachpersonen in ihrer therapeutischen Tätigkeit mit Hinterbliebenen. Es ist in fünf Kapitel gegliedert:

1. Kapitel: Krise und Suizid
2. Kapitel: Suizidbetroffene verstehen
3. Kapitel: geführte Selbsthilfe für Survivors
4. Kapitel: Beschreibung der einzelnen Gruppentreffen
5. Kapitel: 19 Themen für Gruppentreffen
(teilweise für Gruppenabende komplett vorbereitet)

Das Handbuch ist auf trauernetz.ch aufgeschaltet. Es steht so Fachpersonen und Betroffenen gleichermaßen jederzeit zur Verfügung.

2. Neue geführte Selbsthilfegruppen

Wo sich Survivors zusammenschließen, unterstützen wir sie im Aufbau einer moderierten Monatsrunde oder Selbsthilfegruppe. Derzeit geschieht das im Raum Basel, St. Gallen, Winterthur und Luzern.

Über den Wert oder die Bedeutung von Selbsthilfegruppen braucht heute nicht mehr spekuliert zu werden. Das unentgeltliche Angebot der verschiedenen Selbsthilfegruppen entspricht allein in der Schweiz gleichwertigen professionellen Leistungen von über 100 Mio. Franken pro Jahr. Dabei stellen Selbsthilfegruppen eine „heilsame“ Ergänzung zu Angeboten der Psychiatrie, der Psychologie, der Sozialarbeit und der Seelsorge dar und stehen in keiner Weise in Konkurrenz zu diesen.

Betroffene haben ein tieferes Verständnis für das Leiden Gleichbetroffener als Außenstehende. Und dieses Gefühl wirklich verstanden zu werden, stellt für die Besserung der eigenen Situation ein zentrales Element dar.

Erwartungen an die Gruppenleitung

Ein Gruppenleiter oder eine Gruppenleiterin muss eine gereifte Person sein, die weiß, wer sie ist, und authentisch auftritt. Die Thematik (Umgang mit dem Tod oder einem Suizid) muss im Leben dieser Person eine wichtige Rolle spielen. Für mich ist das Wichtigste, dass keine Ratschläge erteilt werden, denn Ratschläge sind Schläge und es soll keine Wertung von Aussagen gemacht werden. Die Gruppe muss auch wirklich geleitet werden; das bedeutet, dass immer wieder Themen spontan aufgegriffen und diskutiert werden können und entsprechende Inputs und Gedanken der Leitung eingebracht werden.

Alex

Selbsthilfegruppen fördern die Solidarität unter den Betroffenen, regen Selbstheilungskräfte an, reaktivieren persönliche Ressourcen und ermuntern zur Eigeninitiative. Persönliche schmerzliche Erfahrungen werden in der Gruppe zur Erfahrungskompetenz, die für andere tröstlich und hilfreich ist.

Alle in unserer Gruppe haben ein Familienmitglied durch Suizid verloren: den Partner, ein Geschwister oder ein Kind. Meine Tochter hat sich getötet. Dass ein Gruppenmitglied unter uns ist, welches um seine Schwester trauert, ist für mich sehr wertvoll, denn durch dessen Gedanken und geschilderte Gefühle kann ich meinen Sohn und seinen Trauerprozess besser verstehen.

Sabine

Die Abbruchquote in nicht geleiteten Selbsthilfegruppen beträgt rund 40 %. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Selbsthilfegruppen ohne Leitung insbesondere für Verwitwete kein geeignetes Hilfsangebot darstellen. In der Trauer „erfahrene“ Personen, die ihre eigene Trauer erfolgreich bewältigen konnten, verkörpern hingegen für soeben Verwitwete die Hoffnung auf Besserung ihres Zustandes.

Wichtig ist auch festzuhalten, dass eine Selbsthilfegruppe an sich keineswegs automatisch eine positive Veränderung der Situation Trauernder bewirkt. Über das Aussprechen der eigenen Leiden, Ängste und Unsicherheiten hinaus besteht ein „erfolgreicher“ Trauerprozess im Wesentlichen aus einer aktiven psychischen Handlung der Trauernden selbst.

Eine positive Veränderung von Teilnehmenden von Trauer-Selbsthilfegruppen kann in der Regel nur dann festgestellt werden, wenn die Betroffenen sehr aktiv am gruppendynamischen Prozess teilhaben und zeitweise selber eine (informelle) Leitungsfunktion ausüben.

Die Selbsthilfegruppe sollte dabei nicht die einzige Form der Unterstützung sein. Es sollte nach Möglichkeit von einem individuellen Therapie- oder Beratungskonzept Gebrauch gemacht werden.

Was hat mir das Schreiben meiner Geschichte gebracht?

Das Schreiben meiner Geschichte war höchst emotional und anstrengend. Viele Gedanken gingen mir durch den Kopf und ich war nochmals in all den vielen Emotionen, und es hat mich viel Kraft und Tränen gekostet. Es war mir sehr wichtig, meine Geschichte aufzuschreiben und den anderen Teilnehmern vorzulesen. Wir waren in der Selbsthilfegruppe eine längere Zeit zusammen und haben vieles zusammen geteilt, und ich konnte offen über den Verlust meines Sohnes sprechen, wie sonst nirgends. Aus diesem Grund wurde es für mich sehr wichtig, allen Teilnehmern meine ganze Geschichte erzählen zu dürfen. Im Nachgang betrachtet ist es gut zu wissen, dass alle die Fragmente, die man im Kopf hat und immer wieder hochkommen, festgehalten sind und nicht vergessen gehen. Dadurch ist in meinem Leben diesbezüglich ein wenig Ruhe eingekehrt und ein guter und für mich sehr würdiger Abschluss in der Selbsthilfegruppe. Meine Geschichte werde ich nur ausgewählten Personen zum

Lesen zur Verfügung stellen, denn es ist sehr persönlich und ich musste feststellen, dass auch nicht viele Menschen damit umgehen können. Es ist für mich ein wichtiger Schatz geworden, den ich entsprechend verwalte und hüten werde.

27.06.2021 / Thomas

Gründe, weshalb es Selbsthilfegruppen nach traumatisierenden Verlusten gibt:

- Um Unterstützung anzubieten und um zu erreichen, dass die Hinterbliebenen sich wieder als Teil einer Gemeinschaft fühlen können
- Um einem Raum zu bieten, in welchem Hinterbliebene sich frei äußern können, ohne verurteilt zu werden
- Um Menschen willkommen zu heißen, die sich sonst von der Gesellschaft zurückgewiesen und ausgeschlossen fühlen
- Um einen Raum zu schaffen, in dem Menschen frei über ihre Sorgen, Ängste und Unsicherheiten sprechen können
- Um Verlustängste abzubauen und wieder beziehungsfähig zu werden
- Um die Hoffnung zu stärken, dass das Leben wieder zur „Normalität“ zurückkehren kann
- Um neue Verhaltensstrategien zu erlernen
- Um zusammen mit anderen Jahrestage und Feiertage zu erleben

3. Neue moderierte Online-Community für Suizidbetroffene

Bis sich eine Gruppe real treffen kann, ist ein virtuelles Angebot hilfreich. Die Erfahrung mit Videokonferenzen für Survivors während der COVID-19-Pandemie zeigt das Bedürfnis, mit Gleichbetroffenen das Gespräch über den Verlust führen zu können. Deshalb bieten wir auch weiterhin eine monatliche moderierte Online-Community an.

4. Buchprojekt „Darüber reden – Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen“

Von und für Suizidbetroffene, die erfahren möchten, wie andere einen traumatisierenden Verlust erleben und damit umgehen.

Die sehr persönlichen Texte wollen Menschen in gleicher Situation in ihrer Trauerarbeit unterstützen, aber auch Nichtbetroffene für das Thema sensibilisieren, um sie aus einer blockierenden Sprachlosigkeit im Umgang mit Hinterbliebenen zu führen. Das Buch ist in gedruckter Form nur noch bei trauernetz.ch oder als E-Book im Handel erhältlich.

5. Broschüre: Den Kindern helfen

Wie man Kinder nach einem Suizid unterstützen kann.

Die Broschüre informiert Eltern und weitere Betreuungspersonen darüber, wie Kinder mit Trauer umgehen, was für sie hilfreich für ihre Trauerverarbeitung ist und warum es wichtig ist, mit Kindern über Suizid zu sprechen. Zudem gibt sie Hinweise, wie Eltern ihre Kinder während der Bestattung unterstützen können. Schließlich enthält sie Hinweise auf Literatur und Unterstützungsangebote.

6. Wanderausstellung „Suizid – und dann? – Was ein Suizid bei Hinterbliebenen, ihrem Umfeld und Helfenden auslösen kann“

Die Wanderausstellung „Suizid – und dann?“ wurde vom Verein trauernetz erstellt. Die Ausstellung richtet sich an die Bevölkerung sowie an Fachpersonen. Sie informiert über Suizidalität und die möglichen Folgen eines Suizids für Hinterbliebene und Fachpersonen. Die Wanderausstellung kann von Gemeinden, Vereinen, Schulen, Firmen etc. ausgeliehen werden.

Die Wanderausstellung beinhaltet vier Module mit je vier bis sechs Rollups:

- Suizid – Zahlen und Fakten
- Hinterbliebene
- Helfende
- Spiritualität

Die Rollups sind 85 x 211 cm groß und können als Gesamtpaket oder modular ausgeliehen werden. Institutionen, welche die Ausstellung ausleihen möchten, benötigen einen großen Eingangsbereich, Saal etc. Die Rollups können wahlweise auf geraden Linien oder in Bogenformen gestellt werden (Länge total 23 Meter). Der Verein trauernetz unterstützt die lokalen Veranstalter bei der Planung eines Rahmenprogramms (z. B. Vorträge, Workshop, Filmvorführung mit Podium, firmeninterne Schulung usw.) rund um die Ausstellung.

7. Interdisziplinäre Kurse/Fortbildung

trauernetz.ch gestaltet Schulungen auf Anfrage an Höheren Fachschulen und Fachhochschulen oder Akutkliniken, Kirchen und Volksschulen, Heimen, für die Schweizerischen Bundesbahnen, Feuerwehr, Grenzwaache, Polizei, Sanität oder wie diesen Herbst im Tagungshaus Kloster Kappel vom 9./10. September:

„Umgang mit Suizid: Prävention und Nachsorge“

Sicherheit gewinnen im Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen

Der Kurs richtet sich an Suizidbetroffene: Angehörige und Hinterbliebene sowie Menschen, die beruflich mit Suizidalität konfrontiert sind. Eingeladen sind Einzelpersonen und Paare, die sich ein Basiswissen über Suizidalität aneignen wollen, sei es aus präventivem Interesse oder weil sie dem Thema im privaten oder beruflichen Umfeld begegnen. Der Kurs vermittelt wichtiges Wissen und Handlungssicherheit im Umgang mit Suizidalität und zeigt Hilfestellungen für Hinterbliebene und Fachpersonen auf. Durch Impulsreferate, Interviews mit Angehörigen und den Dialog unter den Kursteilnehmenden werden konkrete Schritte entwickelt, welche die eigene Sicherheit stärken und zu eigenem professionellen Handeln führen. Der Kurs ist auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden zugeschnitten. Falls gewünscht / vorhanden, können die Teilnehmenden eine Fallgeschichte mitbringen, die im Kurs besprochen wird.

trauernetz.ch setzt sich dafür ein, dass das Thema Suizidprävention in der deutschsprachigen Schweiz interessierten Institutionen / Multiplikatoren angeboten wird.

8. Welt-Suizid-Präventionstag am 10. September

(World Suicide Prevention Day: Working Together to Prevent Suicide)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2003 erstmals den 10. September als Welt-Suizid-Präventionstag ausgerufen. Die Unterorganisation der WHO „International Association for Suicide Prevention IASP“ geht von insgesamt 135 Betroffenen pro Suizid aus, da sie nicht nur die Folgen für die engen Bezugspersonen, sondern auch weitere Kreise (Berufskolleg:innen, Kolleg:innen in privatem Kontext) sowie die Berufsgruppen, die bei einem Suizid involviert sind, berücksichtigt (Andriessen et al. 2017), was 108 Millionen pro Jahr entspricht (IASP, 2018). Neben den nächsten Angehörigen sind das Mitarbeitende von Blaulicht- und Gesundheitsorganisationen, Lokführer, Schul- und Arbeitskollegen, Freunde aus Freizeitaktivitäten, etc.

Ein Suizid löst bei Angehörigen, Mitarbeitenden und Freunden häufig eine hohe emotionale Belastungssituation aus, welche unter Umständen zu nachhaltigen Schäden führen kann. Bei der Verarbeitung des Suizids oder Suizidversuchs kann die proaktive Unterstützung hilfreich/notwendig sein.

Vier Ebenen der Nachsorge werden unterschieden:

- Mitarbeiter/Freunde
- Vorgesetzte
- Angehörige
- System

trauernetz.ch greift das Thema jährlich auf und führt dazu mit Partnern eine kulturelle Veranstaltung durch (Konzert, Podium, Filmabend, Lesung, Theater, Standaktion). 2023 fällt der 10. September auf einen Sonntag und „Suizidpostvention“ könnte von Theolog:innen in den Predigten thematisiert werden. trauernetz.ch stellt eine Broschüre mit Materialien zur Verfügung.

Weitere Praxisbeispiele finden sich auf <https://www.bag-blueprint.ch/> vom Bundesamt für Gesundheit.

Der nationale Aktionsplan Suizidprävention (2016)

Bund und Kantone haben gemeinsam mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz sowie weiteren Akteuren des Gesundheitswesens und anderer Gesellschaftsbereiche den Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet. Die Umsetzung des Aktionsplans startete 2017:

Der Aktionsplan will einen Beitrag leisten, Suizide oder Suizidversuche während – oft vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen zu reduzieren. Konkret soll die Anzahl nicht-assistierter Suizide pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner bis 2030 um rund 25 Prozent sinken (verglichen mit 2013). Dadurch ließen sich längerfristig rund 300 Suizide pro Jahr verhindern. Die Anzahl

Suizide bliebe aber aufgrund des Bevölkerungswachstums bei jährlich rund 1000 Fällen und der Handlungsbedarf somit weiterhin hoch.

Die 10 Ziele des Aktionsplans

- Persönliche und soziale Ressourcen stärken.
- Über Suizidalität informieren und sensibilisieren.
- Hilfe anbieten, die schnell und einfach zugänglich ist.
- Suizidalität frühzeitig erkennen und frühzeitig intervenieren.
- Suizidale Menschen auf ihrem Genesungsweg wirksam unterstützen.
- Suizidale Handlungen durch einen erschwerten Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden erschweren.
- Hinterbliebene und beruflich Involvierte unterstützen.
- Suizidpräventive Medienberichterstattung und suizidpräventive Nutzung digitaler Kommunikationsmittel fördern.
- Monitoring und Forschung fördern.
- Beispiele guter Praxis aus der Schweiz und aus dem Ausland verbreiten.

Nach fast fünf Jahren seit der Verabschiedung des Aktionsplans zieht die vorliegende Ist-Analyse eine erste Zwischenbilanz. Im Schlussbericht von INFRAS vom 1. September 2021 „Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention“ liest man zusammenfassend:

In Bezug auf die Maßnahme „VII.1: Bedürfnisgerechte Unterstützungsangebote für Hinterbliebene und beruflich Involvierte etablieren und über Angebote informieren“

Ziel: Hinterbliebenen und Berufsgruppen, die nach Suiziden stark involviert sind, stehen Unterstützungsangebote bei der Bewältigung zur Verfügung.

Maßnahme: Bedürfnisgerechte Unterstützungsangebote für Hinterbliebene und beruflich Involvierte etablieren und über Angebote informieren.

Zusammenfassung

Suizide führen bei Hinterbliebenen oder beruflich Involvierten, wie z.B. Mitarbeitenden von Rettungsorganisationen, Lokführer:innen, der Polizei oder Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen zu großem Leid. Zudem sind Suizide im familiären Umfeld ein Risikofaktor für suizidale Handlungen. Im Rahmen von Maßnahme VII.1 sollen professionelle Beratungs- und Behandlungsangebote oder bewährte Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene in der ganzen Schweiz etabliert werden. Hinterbliebene sollen systematisch über die verschiedenen Angebote informiert werden.

Stand der Umsetzung Ziel VII: Hinterbliebene und beruflich Involvierte unterstützen:

Fortschritte und Stärken

- Es bestehen spezialisierte Angebote für familiär Hinterbliebene in mehreren Kantonen und Städten.

- Es existieren einzelne Beispiele für Vernetzung zwischen Krisenintervention und langfristiger Begleitung für Hinterbliebene.
- Neu sind auf der nationalen Webseite „Reden kann Retten“ Informationen für Hinterbliebene verlinkt.
- Wichtige Arbeitgeber verfügen über Angebote für beruflich Involvierte (z.B. SBB).

Lücken und Herausforderungen

- Die Tabuisierung des Themas kann eine Hürde für Hinterbliebene und beruflich Involvierte sein, sich Hilfe zu suchen.
- Das bestehende Angebot für familiär Hinterbliebene ist lückenhaft (bei beruflich Involvierten Informationen zur Situation nur zum Teil vorhanden).
- Spezialisierte Angebote für familiär Hinterbliebene sind schwach institutionell verankert und die Finanzierung ist herausfordernd.
- Zum Teil besteht (noch) eine Unterversorgung bei generellen Angeboten, wie z.B. Psychotherapie über die Grundversicherung (vgl. auch Ziel V).

Potenziale und Stoßrichtungen

- Vernetzung unter den Angeboten für Hinterbliebene sowie Organisation und Finanzierung stärken.
- Bestehende Angebote für trauernde Angehörige (wie Trauercafés, Trauergruppen etc.) auf die Hinterbliebenen nach einem Suizid ausrichten bzw. deren Bedürfnisse aufnehmen.
- Schulungsangebote für Betreuende von Hinterbliebenen zu den spezifischen psychischen Folgen bereitstellen.
- Über Betreuungsangebote für Hinterbliebene im Rahmen von Sensibilisierungsaktivitäten (z.B. Schulungen für Multiplikatoren) systematischer informieren.
- Hinterbliebene als vulnerable Zielgruppe bei der Projektförderung Kantonale Aktionsprogramme (KAP) aufnehmen.
- Breiter abklären, welche Angebote für beruflich involvierte Personen existieren (u.a. Lehrpersonen, Jugend-/Sozialarbeiter:innen etc.).

Tatsächlich gibt es in der deutschsprachigen Schweiz neben trauernetz.ch nur wenig – und lediglich regionale – Initiativen, welche kaum unterstützt werden. Drei Beispiele:

1. Verein „Refugium“: Drei Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene nach Suizid in Basel, Bern und Luzern. Der Verein Refugium wurde im Jahre 2000 gegründet, um Hinterbliebenen nach dem Suizid eines Partners oder einer Partnerin einen Zufluchtsort zu bieten.

2. „Suizidhinterbliebene Basel“: Die Privatinitiative „Suizidhinterbliebene Basel“ gibt mit dem Projekt „Suizid – wie weiter?“ Orientierung für Betroffene nach dem Suizid einer nahestehenden Person. Aus einem Austausch von betroffenen Hinterbliebenen ist 2018 eine private Arbeitsgruppe hervorgegangen, die sich für die Nachsorge von Hinterbliebenen engagiert. Die Arbeitsgruppe hat eine Broschüre und eine umfassende Webseite erarbeitet.

3. „Gang Nit“, Wallis: Der Walliser Verein „Gang Nit“/„Pars Pas“ ist eine im Jahr 2002 gegründete gemeinnützige Organisation, die eine zweisprachige (D/F) Helpline und eine Online-Hilfe (per E-mail) für Menschen in Lebenskrisen und existentiellen Notlagen anbietet. Sie bietet zudem Selbsthilfegruppen für trauernde Hinterbliebene.

Fazit

Die politische (föderalistische) Struktur im Gesundheitswesen in der Schweiz erschwert die Bemühungen der Initiativen, Vereine und Projektträger. Es bleibt zu hoffen, dass Politik und Öffentlichkeit den Schlussbericht des BAG ernst nehmen und den Nichtregierungsorganisationen nicht nur das Arbeitsfeld in der Suizidpostvention überlassen, sondern diese auch finanziell fördern und mittragen. Nur so können die erkannten Lücken und Herausforderungen zeitnah und professionell angegangen werden.

Literatur

World Health Organisation (2000) Suizidprävention

Parke & Weiss et al. (1998) Facing loss. BMJ Clinical Research 316(7143):1521-4; Farberow et al. (1987) An examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide. Gerontologist Oct;27(5):592-8

Bundesamt für Gesundheit (2005,) Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Seite 24

Verein trauernetz (2021) Suizidprävention/Strategien, siehe Anhang Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven; Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber (ISBN 3-456-84027-6), S. 14

Bernhard Borgetto (2004) Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven; Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber, S. 17ff.

Vogelsanger, V (1995) Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz, Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Lichtenstein. Seismo Verlag, 978-3-908239-20-8 (ISBN), S. 1-6

Bundesamt für Gesundheit (2005) Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, S. 19

Davis C & Hinger B (2005) Assessing the needs of survivors of suicide: A needs assessment in the Calgary Health Region (Region 3). Calgary AB: Calgary Health Region

Bundesamt für Gesundheit (2005) Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, S. 21-24

Korrespondenzadresse

Jörg Weisshaupt
Geschäftsführer Verein trauernetz.ch
Vorstandsmitglied Verein IPSILON
Höhestrasse 80
8702 Zollikon
E-Mail: joerg@weisshaupt.ch
+41 76 598 45 30

Die Geschichte der Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene nach Suizid in Vorarlberg

Hannelore & Martin Ilg

Geschichte

2004 sind wir durch unsere eigene Betroffenheit zu einem Ehepaar gestoßen, das eine Selbsthilfegruppe gründen wollte. Wir setzten uns zusammen, und mit der Unterstützung einer Frau, die Erfahrung mit Trauergruppen hatte, wagten wir den Anfang. Wir luden Prim. Lingg zu einem Fachvortrag ein. Es waren 8 Personen anwesend und es war für uns sehr informativ. Damit starteten wir. Unterstützung für finanzielle und organisatorische Aktionen sollten wir durch die Selbsthilfeorganisation in Dornbirn erhalten. Das klappte unterschiedlich gut. Unsere Runde mit anfangs 8 - 10 Betroffenen fand dann schnell zusammen, besonders an einem Wochenende für uns. Wir organisierten Fachvorträge z.B. mit Regina Seibl, mit dem Krankenhauseelsorger Johannes Heil, Informationsabende für Krankenschwestern, Vorträge für Schüler/innen im Alter von 16-18 Jahren zusammen einem Religionslehrer, Tagungen im Bildungshaus St. Arbogast und in Innsbruck zum Thema Suizid als Betroffene. Als wir im siebten Jahr ein Intensivwochenende für unsere Gruppe zur Trauerarbeit mit einem professionellen, sehr einfühlsamen Ehepaar für dieses Thema organisierten und sehr positiv bewältigten, fanden allmählich alle TeilnehmerInnen in ihr Leben zurück. Diese Jahre waren sehr intensiv und halfen allen entscheidend in der Trauerarbeit, wie wir aus Rückmeldungen immer wieder erfuhren.

Die Gruppenabende und alle organisatorischen Tätigkeiten wurden von mir selbst erarbeitet und durchgeführt, eine übergeordnete Unterstützung gab es nicht. In den weiteren Jahren stellten wir uns im Internet als Ansprechpartner/in für Hinterbliebene zur Verfügung. Das wurde auch immer wieder genutzt und wir konnten so zwei bis drei Mal im Jahr Stütze sein.

2019 riefen plötzlich sehr viel mehr Menschen an und fragten auch nach einer Selbsthilfegruppe. Mit Unterstützung durch „Lebensraum Bregenz“ wagten wir einen Neuanfang und luden abermals Prim. Lingg zu einem Vortrag für Hinterbliebene nach Suizid ein. An diesem Abend waren ca. 40 Menschen anwesend. Daraus ergab sich wieder eine Gruppe mit 8 - 10 Betroffenen, die wir monatlich begleiteten. Wieder gab es z.B. einen Info-Abend bei „Gemeinsam leben lernen“ mit Herrn Lerbscher und einen weiteren Abend mit Prim. Lingg, bei dem unsere TeilnehmerInnen ihre persönlichen Fragen stellen konnten. Dann kam Corona, zwischenzeitlich wuchs die Gruppe auf 16 Betroffene an, und wir überlegten eine Teilung. Das klappte allerdings, auch in Folge von Corona, nicht. Wir waren auch bestrebt, NachfolgerInnen für die Gruppen-

leitung zu finden, doch auch das klappte nicht. Nach Corona kamen immer weniger Teilnehmer:innen, wir saßen manchmal alleine oder mit 1-2 Teilnehmer:innen zusammen. Einige bedankten sich sehr für die Zeit bei uns und meinten, dass sie jetzt wieder zurechtkommen. Das ist ja auch das Ziel. Wir werden wieder als Ansprechpartner im Internet bereit sein, sonst aber unsere Gruppe im April 23 abschließen. Vielleicht entsteht etwas ganz Neues, und dazu wünschen wir allen einen guten Weg.

Was hat uns selbst (in unserer Trauer und im Rahmen der Gruppe) gutgetan, was und wer hat uns begleitet

Am Anfang war es unfassbar schwer, selbst das KIT-Team habe zumindest ich nicht wahrgenommen. Das ging auch fast allen unseren TeilnehmerInnen so, die wir begleiten durften. Für uns persönlich waren der Weg und die spätere Verantwortung für die Gruppe eine zusätzliche Hilfe für die Aufarbeitung unserer eigenen Trauer. Zum Beispiel als Rückendeckung bei den Einsätzen in der Schule oder anderen Aktivitäten. Die Vorbereitung dazu half besonders meinem Mann in der Trauerarbeit. In dieser Zeit begleiteten uns privat Freunde aus der Pfarre, später in der Gruppe auch der Krankenhauseelsorger Mag. Heil und in der Schule mit Vor- und Nachbereitung der dortige Religionslehrer.

In der Gruppe waren wir anfangs sehr durcheinander und mit der „seelsorgerischen Unterstützung“ unserer Trauerbegleiterin durften wir uns ausweinen und die ersten Schritte der Trauerarbeit gehen. Dass in der Gruppe immer wieder über das traumatische Ereignis erzählt werden darf, auch nach Jahren, wurde von allen als besonders hilfreich empfunden. Denn im Familien- und Freundeskreis wurde es zunehmend mühsam. Als Trauernde hatte man auch das Gefühl, dass man die Anderen damit belastet. In der Gruppe dagegen fühlten sich alle verstanden, egal wie sie gerade über den/die Verstorbenen dachten oder welche Gefühle sie gerade bewegten. Das unterschied sich auch von der therapeutischen Begleitung, die die meisten in Anspruch nehmen oder genommen hatten. Dort kamen oft andere Themen zur Sprache oder sie spürten, dass der oder die Therapeut:in nicht selbst betroffen ist. Was nicht heißen soll, dass diese Unterstützung nicht hilfreich und sehr wichtig war und ist.

Durch das immer wieder berichten ergaben sich überraschende Wendungen. Eine Teilnehmerin bemerkte beispielsweise, dass sie jetzt „umblättern“ kann. Es sei wie ein Buch, sie kann umblättern und es tut sich eine neue leere Seite auf, die sie jetzt mit Leben füllen kann. Gleichzeitig kann sie auch wieder zurückblättern, ohne dass alles so schmerzlich wird. Ein anderer Teilnehmer wollte erst einmal kommen und schauen, was

in der Gruppe so passiert und gar nichts erzählen. Aber bereits bis zum Ende des Abends schüttete er sein ganzes Herz aus. Später erzählte er, dass die Gruppe für ihn „überlebenswichtig“ war, denn er wollte selbst nicht mehr leben. Eine weitere Teilnehmerin verarbeitete in der Runde einen Suizid in der Familie, der schon 20 Jahre zurücklag und nie angesprochen wurde. Sie fand den Mut, mit der Mutter darüber zu sprechen und einiges zu klären. Ebenfalls durch die Gruppe traute sich eine Teilnehmerin, mit Begleitung eines Vertrauten an den Ort des Suizids ihres Mannes zu gehen und Abschied zu nehmen. Wieder ein anderer Teilnehmer hatte das für ihn positive Gefühl, immer eine „Hausaufgabe“ mitzunehmen, über die er nachdenke und die ihm helfe. Es gab noch mehr berührende Ereignisse, die mit und durch die Gruppe ermöglicht wurden und die kleinere oder größere Schritte in ein Leben mit dem Verstorbenen ermöglichten und bei denen die Gruppe als Hilfe erfahren wurde.

Die Gruppe hat einen besonderen Zugang und ermöglicht es Unterstützung und Freundschaft zu erfahren. Bei den Rück-

meldungen unseres letzten Treffens wurde mehrfach betont, dass es sehr auf die Führung dieser Gruppe ankam, damit die Teilnehmer:innen nicht in allem Leid, das erzählt wurde, zusätzlich belastet werden. Wichtig war, dass ein Programm mit sanfter Gesprächsführung und der Hinweis auf kleine machbare Schritte als Hilfe empfunden wurden. Des Weiteren wurden untereinander auch Hilfsangebote und Vernetzungen angeboten.

Sollte sich jemand dafür entscheiden, eine solche Gruppe zu leiten, wäre für mich die eigene Betroffenheit wichtig und außerdem eine kleine Gesprächsführungs- und Gruppenleiterausbildung, damit sich alle sicher fühlen können.

Korrespondenzadresse

Hannelore & Martin Ilg
E-mail: ilg.martin@gmx.at

INTERVIEW

Interview mit dem Partner einer Frau, die sich assistiert das Leben nahm

Das folgende Interview führte Jörg Schmidt, Leiter der AGUS-Bundesgeschäftsstelle, im Jahr 2022. Der Interviewpartner war zum Zeitpunkt des Interviews 42 Jahre alt und hatte sechs Jahre in der Beziehung mit seiner Lebensgefährtin gelebt. Sie ist im Alter von 33 Jahren im Dezember 2019 gestorben. Einige Monate vorher hatte sie sich vor dem Hintergrund der Erkrankung am Ehlers-Danlos-Syndrom und den absehbaren Folgen zum assistierten Suizid entschlossen.

Könnten Sie zu Beginn bitte erzählen, wie für Sie und Ihre Partnerin die Situation war, weswegen Sie den Weg des assistierten Suizids gegangen sind.

Der Hintergrund war eine seltene genetisch bedingte Erkrankung. Nach der ersten Einblutung einer Arterie 2014 hatte sie stets Angst, dass dies erneut auftreten könnte. So kam es dann auch 2016, als sie zwei Einblutungen direkt nacheinander hatte. Nach einigen Untersuchungen stellte sich heraus, dass es die vaskuläre Variante des Ehlers-Danlos-Syndroms war, einer Erkrankung, die unter anderem zu fragilen Gefäßen führt. Sie recherchierte, dass die maximale Lebenserwartung mit dieser Diagnose bei Ende 30 liegt. Wir sind dann nach Österreich gezogen, weil meine Partnerin Österreicherin war und zurück in ihr Heimatland wollte. Dort gab es erneut eine genetische Untersuchung, bei der das fehlerhafte Gen bestimmt werden

konnte. Ende Mai 2019 fand die vierte Einblutung statt. Da wurde ihr klar, dass es bald zu Ende gehen wird und dass es für sie kein gutes Ende nehmen wird. Ihre größte Sorge war, dass eine Einblutung zu einem Schlaganfall führt und sie handlungsunfähig wird. Sie hatte massive Angst, ein Pflegefall zu werden und nicht mehr selbst über ihr Leben bestimmen zu können. Hier sprach sie dann von Suizid; davon, in die Schweiz zu gehen. Es ging ihr dann körperlich immer schlechter. Sie hatte immer eine spezielle Position im Bett, in der sie einigermaßen schmerzfrei liegen konnte. Es ging vor allem um Schmerzreduktion. Körperliche Nähe war zum Schluss hin nicht mehr möglich.

Wie ging es Ihnen dabei? Das war sicherlich keine einfache Situation.

Mir ging es dabei sehr schlecht. Verzweiflung und Wut haben den Alltag sehr stark bestimmt.

Sie war schon immer ein fordernder Typ. Sie hat nach meiner permanenten Anwesenheit verlangt, da sie Angst hatte, dass etwas passieren könnte, wenn sie alleine ist. Ich habe daher bei meinem Arbeitgeber angefragt, ob ich von zuhause aus arbeiten konnte, was für den Großteil meiner Arbeitszeit möglich war. Aber mal einfach vor die Tür gehen oder sich mit Freunden

treffen war nur sehr bedingt möglich. Ich hatte kaum Zeit für mich.

Wann ist dann in ihr der Entschluss gereift zu sagen, ich kann so nicht mehr?

Direkt nach der vierten Einblutung hat sie ernsthaft darüber nachgedacht und kurz darauf hatte sie die Idee, dass sich ihr Tod in der Schweiz verwirklichen ließe. Es war diese Angst vor einem bösen Ende. Dieser Einfall, dass es den assistierten Suizid gibt, war eher eine Rettung, eine Brücke, die das Unvermeidliche auf einem besseren Weg erreichen lässt.

Und wie haben Sie reagiert, als Ihre Partnerin den assistierten Suizid zum ersten Mal erwähnt hat?

Ich glaube, ich war reichlich schockiert. Ich habe es nicht abgelehnt. Ich weiß nicht, wie ich es sagen soll, aber vielleicht hielt ich es für eine Stufe zu früh. Ich hatte Mühe mit dem Konzept, dass man damit seinen Todestag festlegt.

Wie ging es dann weiter, als der erste Schock verdaut war?

Es lag natürlich an mir, ganz viele Dinge zu tun in diesem Prozess, was zu einigen Konflikten geführt hat. Sie hat recherchiert, welche Organisationen es gibt, was man tun muss und was man auch zahlen muss. Es mussten auch ärztliche Befunde und Einschätzungen vorgelegt werden, was gar nicht so einfach war. Zum einen muss man erstmal einen Arzt finden, mit dem man darüber sprechen kann und zum anderen bringt der dann doch immer wieder den Gedanken, ob man nicht doch etwas machen kann. Aber das war für sie zu dem Zeitpunkt bereits ausgeschlossen. Außer einigen engen Freunden in Deutschland wusste niemand davon, und ich hatte in Österreich auch niemanden, mit dem ich darüber sprechen konnte.

Wie ging es Ihnen dabei?

Schlecht. Es war sehr belastend.

Wie oft war assistierter Suizid Thema im Alltag? Hat sie Sie nach Ihrer Einschätzung gefragt? Hat sie vielleicht auch konkret gefragt „Unterstützt du mich dabei?“

Assistierter Suizid war bei uns Dauerthema. Nach meiner Einstellung hat sie mich nie gefragt. Sie hat eher nachgehakt, wenn es ihr mal wieder nicht schnell genug ging. Ich denke, dass sie davon ausgegangen ist, dass ich sie unterstützen werde. Und das zurecht! Ich hätte sie auch nie alleine gelassen. Das hätte ich nie übers Herz gebracht. Auch wenn es sich teilweise nicht mehr nach Liebe angefühlt hat, wusste ich, dass ich sie nicht alleine lassen kann.

Haben Sie sich dann eher verpflichtet gefühlt?

Ja.

Wie lange waren Sie zu dem Zeitpunkt zusammen?

Sechs Jahre. Wir haben uns in Berlin kennengelernt und ich habe mich in der Zeit, als wir in einer kleineren Stadt in Österreich waren, immer nach Berlin zurückgesehnt. Ich habe dann für mich meinen eigenen Plan gefasst, dass wenn das dann passiert ist, ich wieder schnellstmöglich nach Berlin zurückziehe und meinen Neuanfang starte. Das war auch etwas, in das ich mich gedanklich hin flüchten konnte. Während sie neben mir lag und gelitten hat und permanent etwas verlangt hat, habe ich mir Fotos von früher angeschaut und mir vorgestellt, wie ich daran wieder anknüpfen kann.

Wann war der konkrete Zeitpunkt, dass es fix wurde mit dem assistierten Suizid?

Das war im November 2019, als alle Unterlagen eingereicht waren und das „provisorische grüne Licht“ erteilt worden ist. Dazu wurden wir angerufen und es konnte ein Termin vereinbart werden. Das war ein absurder Moment. Klar, für meine Partnerin war es eine große Freude, eine große Erleichterung, aber es ist dann festgelegt, in vierzehn Tagen wird sie sterben. Sie hat es sich auch in den Kalender geschrieben.

Hatten Sie dann eine Begleitung in der Zeit vor dem Tod?

Nein, eigentlich ganz im Gegenteil. Weniger als je zuvor. Wir haben Hotel und Zugfahrt gebucht. Meine Partnerin hatte in dieser Zeit große Angst, dass auf den letzten Metern noch etwas schief gehen könnte. Es durfte daher auch nicht darüber gesprochen werden, weil sie Bedenken hatte, dass man es sonst „verschreit“ (das war ihr Ausdruck). Das waren zwei sehr zähe Wochen für uns, wo man früh aufsteht und zählt, wie viele Tage es noch sind, bis das hier vorbei ist.

Wie haben Sie dann diese Zeit gestaltet? Fanden sich noch andere Themen oder haben Sie versucht – so gut es ging – noch Sachen umzusetzen, die Sie unbedingt zusammen machen wollten? Was war da noch möglich?

Da war eigentlich gar nichts mehr möglich. Sie lag im Bett und hat über den Laptop Fernsehen geschaut. Und während ich in der Zeit davor noch von meinen eigenen Zukunftsplänen sprechen konnte – aus heutiger Sicht empfinde ich, dass es zu viel war – so war das dann auch tabu. Das hätte ja heißen, schon damit planen, dass es schon passiert ist. Und wenn wir nochmal Leute getroffen haben, war das quasi ein Doppelleben. Wir wussten zum Beispiel, dass wir unseren guten Freund K. zum letzten Mal gemeinsam sehen. Er wusste aber nichts davon.

Weil Ihre Partnerin dadurch den assistierten Suizid gefährdet sah?

Genau.

Und dann kam der große Tag, als wir in die Schweiz gefahren sind. Im Hotelzimmer macht sich der Arzt, der das Medikament verschreibt, nochmals ein Bild. Und erst als er deutlich

gemacht hat, dass jetzt nichts mehr schiefgehen wird, dass er das Medikament ausstellt und es nicht verweigert und wir ihn auch anrufen können, wenn in der Nacht noch etwas passieren sollte, da war der Moment gegeben, wo sie entspannt war.

Und wie ging es Ihnen in diesem Moment?

Da habe ich einerseits funktioniert und andererseits meine eigene Zukunft greifbar gehabt. Also da war auch Vorfreude dabei auf die Freiheit, die ich wiedergewinne, dass ich mein eigenes Leben wieder habe.

Wie war eigentlich die Familie Ihrer Partnerin involviert?

Es gab keine. Zu ihrem Vater hatte sie keinen Kontakt. Sie ist bei ihrer Mutter und der Großmutter aufgewachsen. Die Großmutter ist schon tot und die Mutter hatte sich 2004 suizidiert. Sie war zudem ein Einzelkind, wie ich auch. Meine Eltern sind auch schon tot. Also Familie spielte für uns beide keine Rolle. Wir waren wir zwei.

Wenn Sie sagen, Sie waren zu zweit, wie war es dann für Sie nach dem Tod Ihrer Partnerin, allein zu sein?

Ich habe nach ihrem Tod gar nicht gewusst, wie ich mich fühle. Ich habe meinen Plan gehabt, auch für den Tag und den erstmal durchgezogen. Wir sind gemeinsam in dieses Gewerbegebiet gefahren und in dieses Haus hineingegangen. Sie ist da gestorben.

Wie lief das ab?

Natrium-Pentobarbital wird zum Trinken gegeben. Man kommt an und unterschreibt verschiedene Verträge. Man bekommt auf jeden Fall die Zeit, die man braucht. Man hätte dort den ganzen Tag verbringen können. Von dort aus haben wir nochmal länger mit unserem Freund K. telefoniert. Er hat es dabei erfahren.

Wie hat der Freund reagiert?

Er war fassungslos. Er hat nichts geahnt. Meine Partnerin hat es ihm gesagt. Dafür war ich ihr sehr dankbar. Und dann hat sie ihm gesagt, dass wir in der Schweiz sind und sie nicht zurückkommt. Er hat dann noch aus der Ferne versucht sie umzustimmen. Er hat auch später gemeint, dass er auf jeden Fall versucht hätte es zu verhindern, wenn er es gewusst hätte. Das war genau der Grund, warum sie gesagt hat, er darf es nicht wissen.

Wie ging es für Sie dann weiter?

Nachdem ich mich von ihr verabschiedet habe und sie tot war, hab' ich recht schnell geschaut, dass ich dort weg komme. Ich hatte nichts mehr zu tun. Sie hatte verfügt, dass kein Geld für eine Beerdigung ausgegeben werden sollte. Darum wurde

sie eingäschert und verstreut. Ich habe das Geschehen dort sich selbst überlassen und bin zum Bahnhof. Ich habe dann mit einem Freund und am Abend mit einem anderen Freund telefoniert. Also ich habe schon dafür gesorgt, dass ich da mit Menschen in Kontakt stehe. Ansonsten bin ich mit einer merkwürdigen Melange aus Gefühllosigkeit, Freiheit und Traurigkeit – wie auch immer – durch die Stadt gelaufen. Ich habe dann noch im Hotel übernachtet und bin am Folgetag direkt nach Berlin gefahren, weil ich in der Zeit vor Weihnachten nicht alleine sein wollte. Meine alte WG hatte mich wieder aufgenommen. An diesem Tag war ich guter Dinge. Zuerst war es ein Gefühl der Erleichterung.

Und wann wurde es anders?

Zwei Tage später. Da hat mich massive Traurigkeit überfallen, mit diesem Gefühl, dieser Erkenntnis, dass ich nur meine Partnerin zurückwill. Es blieb dann nicht konstant so. Im Februar 2020 herrschte Aufbruchstimmung. Da habe ich den Umzug aus Österreich durchgezogen und hatte auch Vorstellungsgespräche. Es lief alles sehr gut. Gleichzeitig kam die Pandemie immer näher. Für mich ging die Trauer und die Coronazeit ineinander.

Wann wurde es für Sie wieder anders? Wie fühlen Sie sich heute?

Ich weiß nicht, ob es das wurde. Meine Trauer ist heute sehr stark.

Würden Sie es heute nochmal genauso machen? Sie würden Ihre Partnerin wieder dabei unterstützen? Sagen Sie, dass die Entscheidung richtig war?

Die Entscheidung war richtig. Ich hatte aber sehr viel falsch gemacht und hätte gerne die Kraft gehabt, es anders zu machen. Ich haderte viel mit der Situation und hatte eher meine Freiheit und meine Hoffnungen im Fokus. Das kommt mir im Rückblick so egoistisch vor. Und ich hätte da noch viel lieber mehr Verständnis und Mitgefühl für sie gehabt. Und ich hätte am letzten Tag gerne ausgesprochen, dass ich sie liebe – was ich aber nicht getan habe. Aber dass ich da war und dass ich das gemacht habe, das betrachte ich als eine der größten Taten meines Lebens.

Korrespondenzadresse

Jörg Schmidt M.A.
Leiter der AGUS-Bundesgeschäftsstelle
Kreuz 40
95445 Bayreuth
E-Mail: joerg.schmidt@agus-selbsthilfe.de

Beratungsstelle für Angehörige betroffen von assistiertem Suizid

Laura Hofmann & Birgit Wagner

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 wurde das Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland aufgehoben. Während Beratungstermine bei Sterbehilfeorganisationen zwar gemeinsam mit der sterbewilligen Person wahrgenommen werden können, fokussiert sich diese Beratung nur selten auf die Bedürfnisse der Angehörigen. Dabei sind diese häufig bereits vor Inanspruchnahme des assistierten Suizids stark belastet. Sie stehen vor der Herausforderung wie und in welchem Ausmaß sie die Person unterstützen möchten, wie sie die letzte gemeinsame Zeit gestalten möchten, und ob sie bei dem assistierten Suizid dabei sein möchten. Die Angehörigen fühlen sich häufig mit der Entscheidung ihrer nahestehenden Person überfordert und hadern mit dem Umstand, dass sie den genauen Todestag der sterbewilligen Person kennen. Auch die Zeit nach dem Tod durch den assistierten Suizid kann für die Trauernden eine schwierige Trauerverarbeitung und eine psychische Belastung bedeuten. Bisher untersuchten erst wenige Studien den Trauerprozess nach einem assistierten Suizid. Diese Studien zeigten, dass sich dieser Verlust in einigen Aspekten von der Trauer nach anderen Todesarten unterscheidet.

Zum einen kann es für Angehörige entlastend sein, dass die sterbewillige Person selbstbestimmt sterben kann. Ein assistierter Suizid bietet zudem die Möglichkeit, sich auf den Verlust vorzubereiten und gemeinsam Abschied zu nehmen und offene Angelegenheiten zu klären (Andriessen et al., 2019; Wojtkowiak et al., 2012). Der Verlust durch assistierten Suizid wird jedoch von einigen Angehörigen auch als besonders belastend erlebt (Gamondi et al., 2013; Wagner et al., 2012). Studien zeigten, dass Angehörige höhere Prävalenzen für Depressionen und PTBS aufweisen (Wagner et al., 2012). Angehörige empfanden vor allem Komplikationen während des Sterbeprozesses als besonders belastend sowie Ängste bezüglich des Sterbetermins, Gewissenskonflikte sowie Angst vor Stigmatisierung (Gamondi et al., 2019; Starks et al., 2017). Aus

diesen Gründen ist es wichtig, dass es für die betroffenen Angehörige vor und nach dem assistierten Suizid spezifische Unterstützungsangebote gibt. Eine frühzeitige Inanspruchnahme eines solchen Angebots ist aufgrund der vorherzusehenden Belastung der Angehörigen wichtig um spätere psychische Belastungen präventiv zu reduzieren.

Bisher gibt es deutschlandweit keine unabhängigen Beratungsstellen für Angehörige. Bisher sind vor allem die Sterbehilfeorganisationen selbst Ansprechpartner für die betroffenen Angehörigen. Die Beratungsstelle der Medical School Berlin möchte diese Lücke schließen und bietet Angehörigen sowie Berufsgruppen, die mit Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid arbeiten, kostenlose Beratungstermine an. Der Fokus soll hierbei auf einer neutralen Beratung liegen, bei welcher Angehörige die Möglichkeit haben, ihre Belastung anzusprechen, sich zu informieren und im Prozess begleitet zu werden.

Die Beratungstermine werden von approbierten psychologischen Psychotherapeutinnen im Rahmen der Hochschulambulanz der Medical School Berlin durchgeführt und sind kostenlos. Das Beratungsangebot kann sowohl vor Ort in Berlin als auch online als Videosprechstunde stattfinden. Um das Beratungsangebot stetig weiterentwickeln zu können, wird die Beratung im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie evaluiert. Angehörige werden hierfür gebeten vor und nach der Beratung einen kurzen Fragebogen auszufüllen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website: Spezialambulanz für Suizidprävention | MSB Berlin (medical-school-berlin.de)

Kontakt und Anmeldung

Prof. Dr. Birgit Wagner
 Laura Hofmann
 Medical School Berlin
 E-Mail: laura.hofmann@medicalschooll-berlin.de
 @suizidforschung

Anzeige



WIR VERÖFFENTLICHEN
IHR MANUSKRIFT

„Je weiter sich die Digitalisierung ausbreitet,
desto bleibender wird der Wert
des gedruckten Buches“



S. Roderer Verlag
info@roderer-verlag.de
www.roderer-verlag.de

Originalarbeit

AdoASSIP – Ein Kurzinterventionsprogramm für Jugendliche nach Suizidversuch

Eine spezifische Therapie, die innerhalb von vier Sitzungen zum Verständnis suizidaler Mechanismen führt und zukünftigen suizidalen Handlungen entgegenwirkt.

Marianne Rizk, Martina Preisig, Isabelle Häberling, Dagmar Pauli, Susanne Walitza, Konrad Michel und Gregor Berger

Zusammenfassung

AdoASSIP (Adolescent Attempted Suicide Short Intervention Program) ist eine hochspezialisierte Kurztherapie für Jugendliche nach einem Suizidversuch. Es hat zum Ziel, das Risiko wiederholter Suizidhandlungen zu reduzieren und die Suizidrate zu senken, die Anzahl von Suizidversuchen systematischer zu erfassen, relevante Akteure zu sensibilisieren und zu vernetzen, sowie Gesundheitskosten zu senken. Im Jahre 2021 wurde basierend auf der Kurztherapie ASSIP für Erwachsene (Attempted Suicide Short Intervention Program; Gysin-Maillart et al., 2016) eine adaptierte Version für Jugendliche entwickelt und im Rahmen eines Projektes der Gesundheitsförderung Schweiz erfolgreich in den klinischen Alltag von 15 (Halb-) Kantonen der Schweiz eingeführt. AdoASSIP ist eine Ergänzung zu einer bestehenden Psychotherapie, die die Jugendlichen und ihre Familien befähigen soll, den wiederkehrenden suizidalen Handlungsdrang zu verstehen und effektiver damit umzugehen (im Sinne einer suizidverhindernden Maßnahme). In Ergänzung zum Erwachsenen-ASSIP hat es sich bei Jugendlichen bewährt, ein Vorgespräch gemeinsam mit den Eltern durchzuführen, um das Ziel von AdoASSIP und dessen Durchführung zu besprechen. In der ersten Sitzung, die auf Video aufgenommen wird, erzählen die Jugendlichen jeweils ihre Geschichte (das Narrativ). In der zweiten Sitzung versuchen Patient und Therapeut anhand der gemeinsamen Betrachtung des Narrativs die suizidale Handlung zu verstehen und Schlüsselszenen zu identifizieren, in welchen der Jugendliche in einen suizidalen Modus oder auf den suizidalen Weg gelangte (kollaborativer Ansatz). Zwischen den Sitzungen werden den Patienten Hausaufgaben gegeben, in denen sie wichtige Informationen zur Suizidalität via Smartphone erhalten und die Möglichkeit haben, ihre Geschichte auch selbst schriftlich festzuhalten. Anhand dieser Information entwerfen die AdoASSIP-Therapeuten eine Fallformulierung. Diese beinhaltet neben der Zusammenfassung des Narrativs die verletzten oder nicht erfüllten Grundbedürfnisse, die Auslösesituationen (Trigger) und langfristige Maßnahmen und Ziele. Herauszuarbeiten, wie die Betroffenen

ihre Grundbedürfnisse wahrnehmen und erfüllen können, ist bei Jugendlichen von großer Bedeutung. Weiter werden persönliche Warnzeichen identifiziert und ein individueller Notfallplan erstellt. Bei der abschließenden vierten Sitzung sollen die erarbeiteten Inhalte den Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen (Geschwister, Betreuer, ambulante Behandler) nähergebracht werden. Schließlich werden die erarbeiteten Maßnahmen in einer Gesundheitsapplikation (Robin Z App; Franscini & Traber-Walker, 2019) festgehalten, sodass sie den Betroffenen immer zur Verfügung stehen. Zudem werden AdoASSIP-Teilnehmende nach Abschluss der Kurztherapie für zwei Jahre regelmäßig durch den AdoASSIP-Therapeuten an das Erarbeitete erinnert (Outreach).

Schlüsselwörter: Suizidversuch, Adoleszenz, Kurztherapie, Suizidprävention

AdoASSIP – A short intervention program for adolescents after suicide attempt

A specific therapy that leads to an understanding of suicidal mechanisms within four sessions and reduces future suicidal acts

Summary

AdoASSIP (Adolescent Attempted Suicide Short Intervention Program) is a specific brief therapy program for adolescents after suicide attempt. It aims to reduce the risk of repeated suicidal acts and the mortality rate due to suicides. Furthermore, it contributes to the systematic recording of suicide attempts, to the sensitization and networking of health professionals and the reduction of health care costs. In 2021, we adapted the ASSIP for adults (Attempted Suicide Short Intervention Program; Gysin-Maillart et al., 2016) for adolescents. Since then we successfully introduced the adapted version into clinical practice in 15 (half-) cantons in Switzerland supported by a suicide prevention program of Health Promotion Switzerland (Gesundheitsförderung Schweiz). AdoASSIP is a brief and highly specialized therapy that is conducted adjunct to a regular treatment. AdoASSIP is designed to enable the

adolescents and their families to understand and deal more effectively with recurrent suicidal urges (in the sense of a suicide preventive measure). In contrast to the adult ASSIP, it emerged that a preliminary meeting with parents and patient about the goals and the implementation of AdoASSIP is crucial. In the first session, which is videotaped, the adolescent tells his or her story (the narrative). In the second session, the patient and therapist try to develop collaboratively an understanding of the adolescent's suicidality by watching key sequences in the video-recorded narrative together and to identify steps how to stop the suicidal act (collaborative approach). Between sessions, the patient completes a homework assignment via smartphone receiving important information about suicidality. Additionally the patient has the opportunity to write down their story. Based on this aggregated information, the therapist designs a case formulation. In addition to the narrative of the suicide attempt, basic needs are identified and long-term measures and goals are formulated. Furthermore, personal warning signs are identified and an individual crisis management plan is put down in writing. In the fourth and final session, the case formulation and coping strategies are presented to the parents and significant others (siblings, caregivers, outpatient treatment providers). The crisis management plan is saved in a health application (Robin Z App; Franscini & Traber-Walker, 2019), being accessible at any time. In addition, the AdoASSIP therapist regularly contacts AdoASSIP participants electronically with a reminder of the crisis management plan over a period of two years after completion of the therapy (outreach element).

Key words: Suicide attempt, adolescence, brief therapy, suicide prevention

Relevanz

Der Suizid ist bei Jugendlichen die zweithäufigste Todesursache. Rund ein Viertel aller Todesfälle bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind auf Suizide zurückzuführen (WHO, 2014). Suizidalität und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten bei Adoleszenten haben sich national und international zu einem klinisch und gesundheitspolitisch relevanten Problem der Altersgruppe unter 25 Jahren entwickelt. Dennoch gibt es bis anhin kaum eine systematische Erfassung von Suizidversuchen. Bei einer bereits länger zurückliegenden Befragung an Zürcher Sekundarklassen (Züger, 2008) berichtete jedes 4. Mädchen und jeder 10. Knabe von Suizidgedanken. In einer Studie der UNICEF, die in der Schweiz und Lichtenstein durchgeführt wurde, gaben 8.3% der 1197 befragten Jugendlichen an, bereits einmal einen Suizidversuch verübt zu haben (Barrense-Dias, Chok & Surís, 2021). Jugendliche und deren Familien, aber auch im Jugendbereich aktive Akteure (z.B. Ärzte, Psychologen, Schulpersonal) sind zunehmend durch die hohe Inanspruchnahme ihrer Dienstleistungen überfordert (Borschmann & Kinner, 2019).

Da frühere Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten besonders relevante Prädiktoren für zukünftige Suizidversuche oder Suizide sind (Faktor 40-60), ist es von großer Wich-

tigkeit, die betroffenen Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko zu identifizieren und gezielte spezifische Therapieangebote im Sinne suizidverhindernden Maßnahmen zu etablieren. Beobachtungsstudien sowie randomisierte kontrollierte Untersuchungen geben Hinweise, dass präventive Ansätze in Bezug auf Suizidalität einen protektiven Effekt aufweisen (Godoy Garza et al., 2019; Walrath et al., 2015; WHO, 2014). Die proaktive Versorgung von Jugendlichen, die sich wegen Suizidalität auf Notfallstationen präsentieren, führt demnach zu einer Reduktion von suizidalem Verhalten (Czyz et al., 2016; Forte et al., 2019; O'Neill et al., 2019). Durch das Erarbeiten eines Notfallkrisenplans sollen künftige suizidale Krisen durch das Erkennen von Warnsignalen antizipiert und Methoden zur Krisenbewältigung unter Vermeidung suizidaler Verhaltensweisen angewandt werden können.

Obwohl das Risiko eines wiederholten Suizidversuches wie oben beschrieben hoch ist, nehmen viele Jugendliche keine professionelle Hilfe wahr oder brechen diese nach kurzer Zeit ab (Lizardi & Stanley, 2010). In einer aktuellen Schülerbefragung befanden sich nur 12% der betroffenen Jugendlichen nach einem Jahr noch in Therapie (Kaess et al., 2020).

Aus den soeben erläuterten Gründen ist eine kompakte, auf Suizidversuche und erhöhte Suizidalität spezialisierte Strategie dringend nötig. Hierfür ist im ersten Schritt eine systematische Identifizierung und Erfassung der Suizidversuche und die Involvierung und Zusammenarbeit mit involvierten Akteuren (somatische Spitäler, ambulante Behandler) notwendig, um Prozesse zur Einbindung in die AdoASSIP-Therapie zu vereinfachen.

Zielgruppe der AdoASSIP-Therapie

Alle Jugendlichen nach einem Suizidversuch können an der AdoASSIP-Therapie teilnehmen. Im Rahmen von AdoASSIP werden die Kurztherapien durch die kantonalen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsangebote in Ergänzung zu einer bestehenden regulären psychotherapeutischen Anbindung durchgeführt. Ist eine Anbindung noch nicht etabliert, können die AdoASSIP-Therapeuten dabei unterstützen, eine solche aufzugleisen, bevor mit der AdoASSIP-Kurztherapie begonnen wird. Das Vorhandensein einer regulären Therapie ist wichtig, da die AdoASSIP-Therapie kurzfristig negative Gefühle reaktivieren kann, was bei manchen Jugendlichen eine Destabilisierung auslösen kann. Deshalb muss die Betreuungssituation während der AdoASSIP-Therapie sowohl mit der Familie als auch mit dem regulären Therapeuten vorab geklärt werden, damit der Jugendliche während dieser Zeit engmaschig begleitet wird. Auch erleichtert die psychotherapeutische Anbindung, dass nach Abschluss der AdoASSIP Kurztherapie die Patienten weiter therapeutisch angebunden sind.

Deshalb wurde im Verlaufe der Zürcher Pilotphase auch ein Vorgespräch eingeführt, bei welchem die Betroffenen und die Familie im Detail über die AdoASSIP-Therapie informiert, die Motivation für eine Teilnahme geprüft und bei einer Passung

das schriftliche Einverständnis eingeholt wird. Die schriftliche Einwilligung sowohl der Betroffenen als auch der sorgeberechtigten Eltern ist dabei aus rechtlicher sowie therapeutischer Sicht unabdingbar.

Ablauf der AdoASSIP-Kurztherapie

Die Kurztherapie besteht aus vier Sitzungen und wird als «addon» Behandlung zusätzlich zur regulären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung angeboten. Während die AdoASSIP-Therapie das Verständnis und den Umgang mit der suizidalen Handlung fokussiert, bleiben die Bearbeitung anderer Themen (z.B. Beziehungsprobleme, Missbrauch etc.) im Aufgabengebiet des regulären Behandlers.

- In der ersten Sitzung sollen die Jugendlichen im Rahmen eines narrativen Interviews möglichst frei und so detailliert wie möglich ihre Geschichte erzählen, wie es zur Suizidhandlung gekommen ist. Dieses Narrativ wird per Videokamera aufgezeichnet. Zum Ende aller Sitzungen erfolgt eine klinische Einschätzung des Suizidrisikos durch den AdoASSIP Therapeuten. Bei Bedarf (z.B. aufgrund von hohem Suizidrisiko) kann im Sinne des Vieraugenprinzips eine Führungsperson beigezogen werden.
- Zwischen der ersten und zweiten Sitzung erhalten die Jugendlichen über ihr Smartphone eine Hausaufgabe („Suizid ist keine überlegte Handlung“) mit Informationen zur suizidalen Entwicklung und der Aufforderung, ihre eigene Geschichte und eigene Bewältigungsstrategien aufzuschreiben.
- In der zweiten Sitzung bespricht der AdoASSIP-Therapeut zuerst die Hausaufgaben. Dann werden die vom Therapeuten ausgewählten Videosequenzen gemeinsam analysiert. Im Rahmen dieser Analyse wird näher auf die Gedanken, Emotionen, vegetativen Symptome und das damit verbundenen Verhalten eingegangen. Wesentlich ist der Fokus auf den suizidalen «Modus» (Tunnelblick, Autopilot), der meist mit der suizidalen Handlung einhergeht (daher der Satz «Suizid ist keine überlegte Handlung»).
- Nach der zweiten Sitzung erarbeitet der AdoASSIP-Therapeut anhand der gewonnenen Informationen einen Entwurf einer schriftlichen Fallkonzeption, wobei auch verletzte Grundbedürfnisse, längerfristige Maßnahmen, persönliche Warnzeichen sowie ein Krisenplan verschriftlicht werden.
- In der dritten Sitzung werden die vorbereitete Fallkonzeption, die längerfristigen Ziele, die individuellen Warnsignale und der Krisenplan gemeinsam mit dem Jugendlichen überarbeitet. Der Krisenplan wird elektronisch in der Robin Z App (Franscini & Traber-Walker, 2019) abgespeichert, einer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie Zürich entwickelten App für das Monitoring von psychiatrischen Symptomen. Zum Ende wird die anstehende Familiensitzung (4. Sitzung) vorbesprochen. In Einzelfällen kann es notwendig sein, eine zusätzliche Sitzung vor der abschließenden Familiensitzung anzubieten, insbesondere wenn die oben aufgeführten Aufgaben der 3. Sitzung nicht innerhalb der vorgesehenen Zeit durchgeführt werden konnten oder bei komplexen familiären Situationen,

die eine ausführliche Planung der Familiensitzung notwendig machen.

- Die vierte Sitzung (Familiensitzung) wurde speziell für AdoASSIP entwickelt und findet in Anwesenheit von relevanten Bezugspersonen sowie wenn möglich vom regulären Behandler statt. Die Jugendlichen stellen hierbei dem Helfernetz ausgewählte Teile der Fallkonzeption, die verletzen Grundbedürfnisse, die längerfristigen Maßnahmen und den Krisenplan vor.

Nach Abschluss der AdoASSIP-Therapie werden die Jugendlichen jeweils nach drei, sechs, neun, 12, 18 und 24 Monaten mittels halbstandardisierter schriftlicher oder elektronischer Nachrichten kontaktiert. Ziel der Nachrichten ist es, an den Notfallplan zu erinnern. Weiterhin besteht auch nach Abschluss der vier Sitzungen eine niederschwellige Kontaktmöglichkeit zum AdoASSIP, um den antisuizidalen Effekt der therapeutischen Beziehung mit dem «Suizidspezialisten» aufrechterhalten zu können (in Ergänzung zur Kontaktmöglichkeit zum regulären Therapeuten). Zusätzlich werden die Jugendlichen gebeten, auf freiwilliger Basis einen Follow-Up-Fragebogen auszufüllen.

Implementierung der AdoASSIP-Kurztherapie

Eine randomisierte Studie zur Kurzintervention ASSIP für Erwachsene nach Suizidversuchen (Gysin-Maillart et al., 2016) zeigte, dass die Häufigkeit eines erneuten Suizidversuches innerhalb von zwei Jahren von 26.7% auf 8.3% reduziert werden konnte. Mit AdoASSIP wurde diese Kurzintervention erstmals auf Jugendliche angepasst und im Rahmen eines Projektes der Gesundheitsförderung Schweiz (PGV03.083.9428/2) in 15 (Halb-)Kantonen implementiert. Altersgerechte Anpassungen der Materialien, Strategien der Sensibilisierung der verschiedenen Akteure, die mit Jugendlichen zusammenkommen, die einen Suizidversuch gemacht haben, sowie die Einführung des Vorgesprächs sowie die verstärkte Involvierung des Helfernetzes anhand der Einführung eines Familiengesprächs waren notwendig und hilfreich, sodass die Durchführung der beiden zusätzlichen Gespräche mittlerweile eine Voraussetzung für die Teilnahme ist. Durch die ausführliche Aufklärung im Vorgespräch (auch über Nebenwirkungen) konnte sichergestellt werden, dass die Jugendlichen für die Durchführung bereit sind. Durch die verschiedenen Herangehensweisen an das Thema Suizidalität (Hausaufgabe, narratives Interview, direktives Interview beim Videoplayback), konnten die Jugendlichen einen individuellen Weg finden, über die Thematik zu kommunizieren. Die Implementierung wurde durch die Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Prävention in der Gesundheitsversorgung mit 1.5 Millionen Franken gefördert. Seit Juni 2021 wurden allein im Kanton Zürich 608 Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter registriert (Stand: 31.12.2022; eigene Erhebung der Autoren an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich), wobei teilweise pro Patient mehrere Suizidversuche registriert wurden. Seit Juni 2021 haben

über 100 Patienten mit ihren Familien sowie ihrem Helfernetz an der AdoASSIP-Kurztherapie teilgenommen.

Qualitative Rückmeldungen von Jugendlichen und deren Angehörigen

Eine Umfrage nach Abschluss der Pilotphase ergab, dass vier von fünf Personen AdoASSIP weiterempfehlen würden und durch die Intervention ein besseres Verständnis für ihre suizidale(n) Krise(n) entwickeln konnten. Auch Familienmitglieder geben positive Rückmeldungen über den Prozess der Auseinandersetzung mit dem Suizidversuch des jugendlichen Familienmitgliedes.

«... weil ich denke, es ist eine gute Möglichkeit, die Situation besser zu verarbeiten und genauer hinzusehen, was Warnzeichen sein könnten.»

«... Es [AdoASSIP] hat mir geholfen, aber es hat auch Erinnerungen geweckt, an die ich jeden Tag denken muss.»

Eine Schwester einer Patientin sagte: «... ich konnte das erste Mal über meine Schuldgefühle sprechen, die ich seit dem schweren Suizidversuch meiner Schwester habe. Vielen Dank, dass ich bei dem Familiengespräch dabei sein durfte.» Die Patientin sprang aus dem fünften Stock und war über mehrere Monate hospitalisiert und die Familie hatte bis zum Zeitpunkt der AdoASSIP-Therapie nie die Möglichkeit gehabt, als Familie über den Suizidversuch gemeinsam zu sprechen.

Qualitative Rückmeldungen der AdoASSIP-Therapeuten

Rückmeldungen der AdoASSIP-Therapeuten geben Hinweise zu Besonderheiten der Altersgruppe der Jugendlichen. So scheint die Schwelle suizidale Handlungen durchzuführen bei Jugendlichen niedriger zu sein als bei Erwachsenen (was auch durch die Häufung von Suizidversuchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen untermauert wird).

Eine Untergruppe von Jugendlichen scheint Suizidversuche als eine akzeptable Bewältigungsstrategie bei negativen Gefühlszuständen zu erachten und dabei den möglichen Tod zu akzeptieren. Für diese Subgruppe ist die Motivation, in Zukunft suizidale Handlungen zu vermeiden, auffällig klein. Diese Jugendlichen hinterließen den Eindruck, dass sie ihre Suizidalität und die damit verbundene Einbindung in die Psychiatrie als einen Vorteil im Umgang mit ihren Gefühlszuständen und ihrer Lebenssituation erlebten, aber der Gedanke an eine Therapie als Lösungsansatz für ihre Probleme als beängstigend erlebt und nicht erstrebenswert eingestuft wurde. Vielen Betroffenen geht es eher darum, ihren erlebten seelischen Schmerz zu beenden. Der Wunsch zu sterben scheint weniger im Vordergrund zu stehen. Einige Jugendliche hatten Schwierigkeiten, sich selbst im Videoplayback zu sehen und fokussierten stark auf ihr Aussehen oder ihre Stimme anstatt über ihre emotionalen Zustände zu sprechen.

Schlussfolgerung

Das zentrale Anliegen von AdoASSIP ist die Reduktion oder Vermeidung von weiteren Suizidversuchen. Hierfür sollen relevante Akteure sensibilisiert werden und Strategien zur Identifikation und therapeutischen Anbindung der Hochrisikogruppe von Jugendlichen nach Suizidversuchen etabliert werden. Wichtig ist, dass die AdoASSIP Kurztherapie nur als add-on zu einer bestehenden regulären Behandlung etabliert wird, wobei die enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Behandler von großer Bedeutung ist, da viele Themen, die in der AdoASSIP-Therapie angeschnitten werden, im Rahmen der vier Sitzungen nicht abschließend bearbeitet werden können und deshalb an den ambulanten Behandler zurückgemeldet werden. Mit dem Verständnis für die Mechanismen, die zur suizidalen Handlung geführt haben, und den erarbeiteten längerfristigen Maßnahmen sollen verletzte Grundbedürfnisse angegangen werden. Mit dem Krisenplan sollen Betroffene erkennen, wann es gefährlich wird und was für akute Maßnahmen helfen können, mit diesen gefährlichen Situationen umzugehen. So bringt AdoASSIP einen wirksamen Beitrag im Einzelfall, aber auch eine strukturelle Verbesserung für das Helfernetz durch Vernetzung der Akteure entlang der Versorgungskette und einen gesamtgesellschaftlichen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Schließlich hilft die systematische Erfassung der Suizidversuche auch der Psychiatrieplanung, da hierdurch eine bessere Schätzung zur Anzahl Suizidversuche sowie Informationen zu deren Verläufen ermöglicht wird.

Nicht zuletzt können durch die Präventionsmaßnahme AdoASSIP Kosten im Gesundheitsbereich reduziert werden (Park, Gysin-Maillart, Muller, Exadaktylos, & Michel, 2018). Wenn davon ausgegangen wird, dass die Wirksamkeit von AdoASSIP bei Jugendlichen vergleichbar ist mit der von ASSIP bei Erwachsenen und schweizweit 100 Jugendliche pro Jahr am AdoASSIP-Programm teilnehmen würden, könnten jährlich 18 behandlungsbedürftige Suizidversuche verhindert werden. Gemäß Park und Kollegen (2018) geht man davon aus, dass ein Suizidversuch im Gesundheitssystem CHF 19'000.- Kosten verursacht. Am Ende des dreijährigen Projektes wären dies bei 54 verhinderten Suizidversuchen Einsparungen von etwa CHF 1'026'000.-. Dies sind allein die ökonomischen Kosten. Die persönlichen Kosten und der Schmerz, der in den Familien vermieden werden kann, sind natürlich ungleich höher.

Neben den klinischen, strukturellen und finanziellen Fortschritten ermöglicht AdoASSIP jugendspezifische Risiko- und Schutzfaktoren für Suizidversuche und Suizide zu identifizieren. Eine Evaluation des Einflusses der Kurzintervention AdoASSIP auf Psychopathologie, Lebensqualität, Funktionsniveau und Zufriedenheit der Jugendlichen, ihren Familien und den Zuweisenden ist ein integraler Bestandteil des Gesamtprojektes. Die Themen Familien- und Peerbeziehungen werden zudem im Rahmen von zwei Dissertationen intensiv beforscht.

Zusammenfassend scheint AdoASSIP zum jetzigen Zeitpunkt ein wirksames Kurztherapieprogramm zu sein, das Jugendlichen nach einem Suizidversuch ein besseres Verständnis für

die suizidalen Krisen vermittelt, und hilft, die zugrundeliegenden Probleme anzugehen. Durch das Erkennen möglicher Warnzeichen sowie dem gemeinsam erarbeiteten Notfallplan und dem Miteinbezug des nahestehenden sozialen Umfeldes soll der Umgang mit künftigen Krisen verbessert und eine Reduktion von suizidalen Handlungen erreicht werden.

Literatur

Barrense-Dias Y, Chok L, Surís J (2021) A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein. Lausanne: Université-Centre universitaire de médecine générale et santé publique

Borschmann R & Kinner S (2019) Responding to the rising prevalence of self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 548-549

Czyz E, Berona J, King C (2016) Rehospitalization of suicidal adolescents in relation to course of suicidal ideation and future suicide attempts. *Psychiatric Services*, 67(3), 332-338

Forte A et al. (2019) Suicidal risk following hospital discharge: a review. *Harvard review of psychiatry*, 27(4), 209-216

Franscini M & Traber-Walker N (2019) Evaluation des Therapieprogrammes ROBIN: standardisiertes Manual+ Smartphone-App für Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose Antrag für den Förderpreis 2019. 70

Godoy Garraza L et al. (2019) Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *Journal of child psychology and psychiatry*, 60(10), 1142-1147

Kaess M et al. (2020) Twelve-month service use, suicidality and mental health problems of European adolescents after a school-based screening for current suicidality. *European child & adolescent psychiatry*, 1-10

Lizardi D & Stanley B (2010) Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*, 61(12), 1183-1191

O'Neill S, Graham B & Ennis E (2019) Emergency department and hospital care prior to suicide: A population based case control study. *Journal of affective disorders*, 249, 366-370

Park A et al. (2018) Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide: A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*, 1(6), e183680

Walrath C et al. (2015) Impact of the Garrett Lee Smith youth suicide prevention program on suicide mortality. *American Journal of Public Health*, 105(5), 986-993

WHO (2014) Preventing suicide: A global imperative WHO World Health Organization

Züger F (2008). *Gesundheit und Lebensstil bei Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung 2007/08 und Empfehlungen*

Eingegangen: 30.03.2023

Angenommen: 14.07.2023

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Gregor Berger

Leitender Arzt Notfalldienst / Home-Treatment / Triage

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Ambulatorien und Spezialangebote

Neumünsterallee 3

8032 Zürich

E-Mail: gregor.berger@pukzh.ch

Webseite: www.adoassip.ch

Tagungsbericht

like a BRIDGE – over troubled water –

Jubiläumstagung 45 Jahre Kriseninterventionszentrum im Wiener Rathaus am 4. November 2022

Ein Tagungsbericht von

Thomas Kapitany und Andrea Poschalko

Es sind besonders bewegte Zeiten, wie der Titel der Tagung „like a Bridge – over troubled water“ anlässlich des 45-jährigen Bestehens des Kriseninterventionszentrums aufgreift. Viele

Herausforderungen und Gefährdungen haben wir gesamtgesellschaftlich zu bewältigen – die Covid-Pandemie und ihre Auswirkungen, die Folgen von Gewalt (Femizide, rassistische motivierte Gewalt, ...) und Kriegen, die gesetzliche Regelung des Assistierte Suizids oder die Folgen der Klimakrise. Nicht nur als Kollektiv sind wir gefordert, auch auf individueller Ebene sind viele Menschen besonders belastet oder geraten aus

dem psychischen Gleichgewicht. Ein zusätzlicher Krisenanlass ist dann oft nur noch das Tüpfelchen auf dem i. Bestimmte Gruppen der Gesellschaft sind dabei besonders betroffen. Der Bedarf an Hilfe in persönlichen Krisen (in Form von Krisenintervention) hat stark zugenommen.

Die ganztägige Tagung, mit dem Ehrenschatz des Bürgermeisters der Stadt Wien Dr. Michael Ludwig, des Gesundheitsstadtrats Peter Hacker sowie des Bundesministers für Soziales und Gesundheit Johannes Rauch, fand am 4. November 2022 im Festsaal des Wiener Rathauses statt und widmete sich diesen besonderen Herausforderungen.

Die Tagung adressierte mit einem hochkarätigen Tagungsprogramm ein interessiertes Fachpublikum aus dem psychosozialen Bereich. Knapp 500 Teilnehmer:innen rezipierten und diskutierten im feierlichen Ambiente einen Tag lang zu folgenden Themen: Krisenintervention bei Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung, die Situation von Hinterbliebenen nach einem Suizid, den Folgen der Regelung des Assistierten Suizids, junge Erwachsene als besonders betroffener Gruppe der Pandemiekrise sowie Gewalt in der Familie. Die Folgen von Verlusten und deren Verarbeitung wurden aus der Sicht des Narzissmuskonzepts und mittels bindungstheoretischer Überlegungen beleuchtet.

Ein Grund zum Feiern war auch eine besondere Ehrung, die im Rahmen der Eröffnung der Tagung stattfand: Dr. Claudius Stein, langjähriger Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Kriseninterventionszentrums, wurde mit dem Silbernen Ehrenzeichen für sein Engagement für Krisenintervention und Suizidprävention für das Land Wien ausgezeichnet.

Die Gruß- und Eröffnungsworte sprachen AL Dr.in Christina Dietscher für das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Landtagsabgeordneter Komm.Rat Kurt Wagner, Ausschuss für Gesundheit und Chefarzt Dr. Georg Psota, Psychosozialer Dienst für die Stadt Wien; Univ.-Prof. Dr. Christian Haring, Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention; sowie Ing. Harald Ettl, BM a.D, Vorstandsvorsitzender des Trägervereins Kriseninterventionszentrum. Moderiert wurde die Tagung von Johann Kneihls, ORF.

Seitens des Kriseninterventionszentrums betonte Prim. Dr. Thomas Kapitany, nunmehriger Ärztlicher Leiter und Tagungsverantwortlicher die Bedeutung des Mitarbeiterteams der Institution und die vorhandene Kompetenz und Expertise, die die oft sehr herausfordernde Arbeit der Krisenintervention verlangt. Beziehung und Begegnung als essenzielle Komponenten für Beratung und therapeutische Arbeit bildeten auch bei der Tagung einen wertvollen Rahmen. Ein wichtiger Fokus lag auf den Themen der Suizidprävention – eine österreichische Erfolgsgeschichte. Begonnen hat diese Geschichte mit Erwin Ringel, fortgeführt durch Gernot Sonneck – er feierte im Jubiläumsjahr seinen 80. Geburtstag – und zahlreiche Mitstreiter:innen, die mitverantwortlich für die Gründung und die Entwicklung des Kriseninterventionszentrums waren. Aktuell

reicht diese Geschichte über die Entstehung der auf europäischer Ebene bereits zweimal ausgezeichneten Suizidprävention Austria (SUPRA) bis zur bereits vierten Verleihung des Papageno Medienpreises durch den Gesundheitsminister anlässlich des Weltsuizidpräventionstages 2022. Als Themengeber für die Inhalte der Tagung waren besonders die folgenschweren Entwicklungen und Ereignisse der vorangegangenen Jahre und die damit verbundenen Erfahrungen von Verlust und Trauer ausschlaggebend.

Im Folgenden kann nur ein kurzer Einblick in die einzelnen Vorträge und Tagungsthemen gegeben werden, auf der Website des Kriseninterventionszentrums können jedoch die Tagungsbeiträge in Form von Audiomitschnitten und Präsentationsfolien nachgehört bzw. nachgelesen werden.

Univ.-Prof. Dr. Stephan Doering, Leiter der Klinik für Psychoanalyse & Psychotherapie an der MedUni Wien, beleuchtete in seinem Vortrag „Narzissmus und Verlust“ die Folgen von Verlusten und deren Verarbeitung vor dem Hintergrund des Narzissmus-Konzepts. Verlusterlebnisse sind häufige Krisenauslöser, doch insbesondere für Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit können Verluste eine tiefe psychische Krise mit suizidaler Gefährdung auslösen. Dabei erläuterte Stephan Doering, dass es nicht „den“ Narzissmus gibt, sondern dass es sich um ein Spektrum handelt – von „gesundem“ Narzissmus, wie beispielsweise dem berechtigten Stolz bei einem Erfolg, bis hin zum „pathologischen“ Narzissmus mit einem übertriebenen Gefühl der Überlegenheit und Grandiosität. In seinem Vortrag spannte Stephan Doering einen Bogen über die Psychodynamik narzisstischer Störungen, die sich daraus ergebenden besonderen Schwierigkeiten mit Verlusten und Trauer bis hin zu den oft schwierig verstrickten Bindungen narzisstischer Patient:innen. Er erörterte weiterhin das Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial, das bei Bedrohung des Größenselbst narzisstischer Menschen durch (auto-)destruktive Anteile entstehen kann.

Bindungstheoretische Überlegungen zu Verlust und Trauer erläuterte Univ.-Prof. Dr. Anna Buchheim in ihrem Vortrag. Anna Buchheim, die an der Universität Innsbruck lehrt und forscht, präsentierte eine Vielfalt an Forschungsergebnissen und ging dabei speziell auf drei Aspekte ein: So berichtete sie über Auswirkungen von frühen Verlusten und Trennungserfahrungen auf die weitere Entwicklung und als weiteren Aspekt psychopathologische Phänomene aufgrund unverarbeiteter Verlusterfahrungen. Als dritten Aspekt brachte sie die Veränderbarkeit von unverarbeiteten Verlusterfahrungen durch Psychotherapie ein. Dabei arbeitete Buchheim heraus, inwieweit Bindung als Schutz-, Vulnerabilitäts- bzw. Risikofaktor in Krisensituationen wirkt. Weiters sprach sie transgenerationale Modelle an, die sowohl als Prädiktoren von Bindungsverhalten als auch für die Prävention von ungünstigen Entwicklungen eine hohe Relevanz haben. Anna Buchheim präsentierte in diesem Zusammenhang auch aktuelle Forschungsergebnisse zu den Herausforderungen der Pandemiesituation für Familien (Social Distancing, Homeschooling, etc.).

Dr. Claudius Stein, ehem. Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Kriseninterventionszentrums, sprach über Krisenintervention für Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Fluchterfahrung, ein Thema von anhaltender Aktualität. Claudius Stein erläuterte in seinem Vortrag sowohl die Merkmale und Auslöser von Krisen migrierter und/oder geflüchteter Menschen, als auch die Besonderheiten der Krisenintervention bei dieser Zielgruppe. Neben demografischen Daten und internationalen Forschungsergebnissen präsentierte Claudius Stein Evaluationsdaten und Erfahrungswerte, die im Rahmen eines Projektes des Kriseninterventionszentrums und darüber hinaus gesammelt werden konnten. Claudius Stein sprach ebenso die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen an und nahm die Politik in die Verantwortung Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen menschenwürdigen Umgang mit migrierten/geflüchteten Menschen ermöglichen. Das Projekt „Krisenintervention für Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Fluchterfahrung. Suizid- und Gewaltprävention in psychosozialen Krisen“, wurde 2018 bis Februar 2020 von „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag – eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“ – gefördert. In der Versorgungstätigkeit des Kriseninterventionszentrums werden weiterhin Dolmetsch-unterstützte Beratungen und Behandlungen angeboten und es besteht eine intensive Vernetzung mit anderen Institutionen der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund.

Einen besonders bewegenden Tagungsbeitrag gestalteten Dr. Regina Seibl, pro mente Tirol, und Mag.a Saskia Jungnikl-Gossy, freie Journalistin und Autorin. Die beiden Vortragenden widmeten sich in Form eines Dialoges dem Thema Unterstützung für Hinterbliebene nach einem Suizid. Regina Seibl brachte die Perspektive als Expertin und professionelle Helferin ein, während Saskia Jungnikl-Gossy einen sehr persönlichen Einblick als Hinterbliebene nach Suizid gab. Sie rezitierte aus ihrem Buch „Papa hat sich erschossen“, erschienen 2014, im S. Fischer-Verlag. Regina Seibl arbeitete in ihrem Vortragsteil heraus, welche Besonderheiten die Trauer nach einem Suizid mit sich bringt und wie sie sich von der Trauer nach anderen Todesursachen unterscheidet. Zudem präsentierte sie Möglichkeiten und Empfehlungen zur Postvention und was im Trauerprozess helfen kann. Saskia Jungnikl-Gossy ließ das Publikum teilhaben an ihren Erinnerungen, Reflexionen und Recherchen, vom Zeitpunkt als sie in einem Coffeeshop mit einem doppelten Espresso in der Hand die Nachricht vom Suizid des Vaters erhielt, über die Suche nach Erklärungen und Gefühlen der Trauer, Wut, Schuld und Zweifeln, über die Reaktionen des Umfeldes bis hin zu dem Moment, als es ihr zum ersten Mal merklich besser ging.

Der Vortrag von PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka, Leiterin der Arbeitsgruppe „Suizidforschung“ am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden, beschäftigte sich mit der Neuregelung des Assistierte Suizids und deren Auswirkungen im psychosozialen und psychiatrischen Kontext. Zunächst unternahm Ute Lewitzka den Versuch der Differenzierung, welche Beweggründe hinter dem Wunsch nach einem assistierten Suizid stecken könnten, und verdeutlichte damit, wie inhomogen

die Gruppe der „Betroffenen“ ist und damit die Schwierigkeiten der Ausgestaltung eines Gesetzes zum assistierten Suizid. Sie erlaubte den Teilnehmer:innen einen Blick über die Landesgrenzen hinaus und gab einen Überblick der aktuellen Rechtslage und einen Rückblick auf die Entwicklung des Themas in Deutschland. Ute Lewitzka beleuchtete das Thema assistierter Suizid bzw. Tötung auf Verlangen aus verschiedenen Perspektiven, der formalrechtlichen und berufsrechtlichen sowie der ethischen Perspektive, und griff auch die öffentliche Diskussion und Stellungnahmen verschiedener psychosozialer Institutionen auf. Darüber hinaus diskutierte sie durchaus pointiert die zumindest bedenklichen gesellschaftlichen Auswirkungen des assistierten Suizids bzw. der Tötung auf Verlangen anhand von Erfahrungen aus anderen Ländern. Darüber hinaus lud Ute Lewitzka ein, auch die Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen beispielsweise die Notwendigkeit, suizidpräventive Maßnahmen als auch die Palliativmedizin zu stärken sowie die Situation Hinterbliebener nicht aus dem Blick zu verlieren.

Warum und wie junge Erwachsene besonders von der Pandemiekrise betroffen sind, darüber sprach Mag.a Andrea Poschalko, Mitarbeiterin des Kriseninterventionszentrums Wien. „Junge Erwachsene in der (Corona-) Krise – Krisenintervention, Suizid- und Gewaltprävention für Menschen bis 25“ lautete der Titel des Vortrages. Sie präsentierte damit die rezenten Ergebnisse eines Projektes, das unter der Leitung von Prim. Dr. Thomas Kapitany, von Mai 2021 bis April 2022 im Kriseninterventionszentrum Wien durchgeführt, und durch das Sozialresort des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gefördert wurde. Andrea Poschalko berichtete von der zunehmenden Nachfrage nach Unterstützung im Kriseninterventionszentrum im Pandemieverlauf und insbesondere dem verstärkten Zulauf von jungen Erwachsenen (18-15 Jahre). Sie führte weiters aus, mit welchen Problemen und Symptomen die jüngsten Klient:innen kämpften und was sie dahingehend von älteren Hilfesuchenden unterscheidet. Dabei zeigte sich, ähnlich zu anderen Forschungsergebnissen, dass vor allem depressive Beschwerden, aber auch Angstzustände bei den jungen Menschen deutlich zugenommen haben. Grund zur Sorge bereitet aber vor allem die steigende Suizidalität unter den jungen Klient:innen. 41% der persönlich betreuten jungen Klient:innen waren zumindest leicht suizidgefährdet. Schließlich weist sie darauf hin, dass es, obwohl sich die Pandemiesituation langsam entschärft, besonders wichtig ist, die jungen Menschen nicht aus dem Blick zu verlieren. Die langfristigen Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit und die aktuellen ökonomischen Probleme betreffen besonders junge Menschen. Die verstärkte Betreuung der Zielgruppe der jungen Erwachsenen (28-25 Jahre) im Kriseninterventionszentrum wird daher nachhaltig bestehen.

Den Abschluss der Tagung bildeten, last but not least, zwei Vorträge zum Thema Gewalt. Dr.in Bettina Zehetner vom Verein frauen* beraten frauen* sprach über Gewalt in der Familie als gesellschaftliches Problem und ging auf die Situation betroffener Frauen ein. Alexander Haydn BSc von der Männerberatung Wien berichtete hingegen über Gewalt in der Familie und die

Arbeit mit Männern als Tätern. Bettina Zehetner machte zu Beginn ihres Vortrages darauf aufmerksam, dass v.a. psychische, ökonomische und institutionelle Gewalt zu wenig sichtbar und bewusst sei. Daher brauche es in der Gesellschaft und bei der Unterstützung betroffener Frauen ein Hinsehen und ein Benennen der Gewalt. Insbesondere das Victim-Blaming bzw. die Täter-Opfer-Umkehr müsse beendet werden. Es brauche eine klare Verortung der Verantwortung beim Täter, Solidarität und eine klare Verurteilung von Gewalt. Bettina Zehetner arbeitete weiters heraus, was in der Beratung wirkt und welche Haltung dabei wichtig ist. Abschließend benannte sie Voraussetzungen für eine Gesellschaft ohne geschlechtsspezifische Gewalt und nimmt damit die Gesamtgesellschaft und die Politik in die Pflicht. Alexander Haydn berichtete in seinem Vortrag, über die Arbeit mit Männern im Kontext familiärer Gewalt, womit leider häufig Täterarbeit gemeint ist. Er betonte die Wichtigkeit der Vernetzung von Täter- und Opferarbeit und das isolierte Täter- und Opferarbeit wenig Sinn ergibt. Alexander Haydn erörterte die Entstehung von männlicher Gewalt und gab einen Einblick in die Praxis der Täterarbeit.

Mit diesem gesellschaftlich leider sehr aktuellen Thema ging die Jubiläumstagung zu Ende. Zu allen Referaten gab es kräftige Resonanz aus dem Auditorium und wertvolle Diskussionsbeiträge. Wie schon angesprochen, zeigten die Teilnehmer:innen besonders bei der Präsentation zum Thema Hinterbliebene

nach Suizid deutlich berührte Reaktionen. Engagiert wurde die Diskussion auch bei dem Vortrag zum Thema Suizidbeihilfe geführt, wobei im Auditorium durchaus unterschiedliche Positionen angesprochen wurden.

In der Tradition des Kriseninterventionszentrums findet alle fünf Jahre eine Jubiläumstagung statt. Wir freuen uns schon auf das 50-jährige Jubiläum des Kriseninterventionszentrums im Jahr 2027. Alle Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie auf der Website des Kriseninterventionszentrums unter <https://kriseninterventionszentrum.at/aktuelles-uebersicht/aktuelles/>. Die Audiomitschnitte und Folienpräsentationen der Vorträge der 45. Jubiläumstagung können ebenfalls auf der Website des Kriseninterventionszentrums unter <https://kriseninterventionszentrum.at/aktuelles-uebersicht/downloads/> nachgehört bzw. nachgelesen werden.

Korrespondenzadresse

Mag.a Andrea Poschalko
Dr. Thomas Kapitany
Kriseninterventionszentrum Wien
Lazarettgasse 14A
1090 Wien
E-Mail: andrea.poschalko@kriseninterventionszentrum.at
E-Mail: thomas.kapitany@kriseninterventionszentrum.at

Anzeige

Die Zeitschrift Suizidprophylaxe sucht eine Redaktionsassistenz

Die Zeitschrift Suizidprophylaxe sucht eine engagierte an der Suizidologie interessierte Redaktionsassistenz im Ausmaß von 6 Wochenstunden auf Honorarbasis oder Minijob (ca. 500.- EUR pro Monat).

Zu den Aufgaben der Redaktionsassistenz gehören

- Koordination und Kommunikation mit dem ehrenamtlichen Herausgeberteam
- Akquise von Manuskripten (z.B. bei Tagungen)
- Prüfung von Texten (bezüglich Formalien und Sprache)
- Organisation der Manuskriptabläufe (Terminplanung, Erinnerung, etc.)
- Koordination der Peer-Reviews
- Vorbereitung der jeweiligen Ausgabe für den Satz
- Erstellung von Protokollen der Herausgebersitzungen
- Koordination und Kommunikation mit dem Verlag
- Kommunikation zw. DGS/ÖGS/IPSILON (Veranstaltungskalender, Berichte der Gesellschaften)
- Beantwortung von Autorenanfragen

Bei Interesse kontaktieren Sie bitte:

Dr. Uwe Sperling
Koordinierender Herausgeber der
Zeitschrift „Suizidprophylaxe“
E-Mail: uwe.sperling@suizidprophylaxe.de

Oder
Die Geschäftsstelle der DGS
PD Dr. Gerd Wagner
Geschäftsführer
E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
Universität Jena
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philosophenweg 3
D-07743 Jena

DGS-Nachrichten

Kommen Sie zur 51. Herbsttagung der DGS nach Kassel!

Wir hoffen auf eine rege Teilnahme aller DGS Mitglieder und aller Interessierter, um mit Ihnen in einen Austausch zu kommen und über die Zukunft der DGS und die vielen wichtigen Themen zu sprechen, die uns derzeit beschäftigen. Informationen zur Tagung und zu Anmeldung finden Sie unter <https://www.suizidprophylaxe.de/servicebereich1/herbsttagung-2023/>.

Ankündigung der DGS Mitgliederversammlung 2023

Die diesjährige Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention wird am Freitag, den

13.10.2023 von 17.00 – 18.30 Uhr im Rahmen der 51. Herbsttagung der DGS in Kassel stattfinden. Neben den aktuellen politischen Entwicklungen zu Suizidprävention und Suizidassistenz werden wir auch die Änderung der Satzung der DGS diskutieren. Die Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern individuell zugeschickt.

Folgen Sie der DGS auf Instagram

Seit kurzem bietet die DGS einen Instagram Kanal: https://www.instagram.com/dgs_ev/. Dieser befindet sich im Aufbau und wird allmählich – auch durch die Unterstützung der Mitglieder – mit weiterem Leben gefüllt. Setzen Sie sich mit Ihren Ideen oder Anregungen gerne mit uns in Verbindung.

Buchbesprechung

Herbert Csef

Gemeinsam sterben. Die berühmtesten Doppelsuizide

Regensburg: Roderer, 2023, 108 Seiten

Dass Lebewesen andere Lebewesen töten, ist ein naturgegebener Alltag. Dass sie ihr Leben aus eigenem Antrieb selbst beenden, ist allerdings allein den menschlichen Wesen vorbehalten. Trotz aller gesellschaftlicher Bemühungen seitens der Staaten und der Religionen ist und bleibt der Suizid ein präzentes menschliches Wesensmerkmal – schon solange es Menschen auf der Erde überhaupt gibt. Über die Gründe, weshalb Junge und Alte, Frauen und Männer ihr Dasein vorzeitig eigenhändig beenden, ist – nicht zuletzt in dieser Zeitschrift – viel diskutiert und spekuliert worden, ohne ein generell überzeugendes, schlüssiges Ergebnis.

Erst seit knapp 200 Jahren sind Fälle bekannt geworden, in denen zwei eng miteinander verbundene Menschen gemeinsam aus eigenem Entschluss und in gegenseitiger Absprache ihr Leben beenden. Der Würzburger Psychosomatiker Herbert Csef hat mit der vorliegenden Schrift einen Überblick über das gegeben, was wir heute über derartige Suizidpakte wissen.

Ausgiebige Erwähnung finden unter vielen anderen Beispielen nicht nur die von Ehepaaren in der Zeit des „Dritten Reiches“ in Deutschland verübten gemeinschaftlichen Verzweiflungs-Suizide jüdischer Mitbürger:innen, um der Deportation und Vernichtung durch die damaligen Machthaber zu entgehen, sondern auch diejenigen der für diese Suizidaten Verantwortlichen, der Nazi-Größen Hitler und Goebbels, die unmittelbar beim Zusammenbruch ihrer totalitären Herrschaft gemeinsam mit ihren Frauen – Goebbels auch mit seinen vielen Kindern – sich selbst den Tod gaben. Die in einigen Staaten seit noch nicht langer Zeit gesetzlich geregelte ärztliche oder auch nichtärztliche Suizidassistenz für Sterbewillige hat der gemeinschaftlich vollzogenen Selbsttötung noch einmal einen neuen Aspekt verliehen. Es

erhebt sich seitdem die bedrückende Frage, ob diese Form der Lebensbeendigung in Zukunft zu einer Art Norm, einer allgemeinen Regel werden könnte.

Csef enthält sich durchweg einer moralischen Bewertung. Er erörtert die Gründe, die allgemein bekannt gewordenen Doppelsuiziden zugrunde gelegen haben oder zugrunde gelegen haben könnten. Nach und nach wird immer deutlicher erkennbar, dass in den Medien publizierte, dadurch in der Öffentlichkeit sichtbar gewordene Vorbilder einen nicht geringen Einfluss auf Suizidentschlüsse und Suizidhandlungen anderer Menschen haben können. Das gilt nicht zuletzt für die Darstellung von gemeinschaftlich verübten Suiziden in Theater und Film.

Zugleich beschreibt das Büchlein des Psychosomatikers einen sich deutlich abzeichnenden gesellschaftlichen Wandel. Die Tatsache, dass immer mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, öffnet bei vielen von ihnen das Tor zu dem Wunsch, dieses als zunehmend sinnlos erscheinende, oft von Krankheit

und Siechtum durchsetzte Altwerden nicht länger hinnehmen zu müssen. Das gilt insbesondere für Ehepaare, die mehr als ein halbes Jahrhundert gemeinsam verbracht und durchlebt haben, die von einem weiteren Auf-der-Welt-Sein nichts mehr glauben, erwarten zu dürfen.

Nachdrücklich weist der Autor darauf hin, dass die vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom Februar 2020 angemahnte Neuregelung selbstbestimmten Sterbens durch den Deutschen Bundestag noch immer aussteht. Ohne eine klare gesetzliche Regelung besteht die Gefahr, dass Suizidgefährdete ohne hinreichende Beratung geschäftemachenden Agenturen in die Hände fallen und somit ihr Leben vorzeitig sinnlos dahingehen.

Die Lektüre des Buches ist sehr anregend und nimmt den Leser gut mit, um die inneren Umstände der Handlungen zu verstehen.

Hans Wedler

Tagungskalender

SGPP Jahreskongress/ PSY-Kongress 2023

Die Zukunft der Psychiatrie –
Herausforderungen für die
psychiatrisch-psycho-
therapeutische Versorgung

7.-8. September 2023

Kursaal Bern, Schweiz

Info: <https://www.psy-congress.ch>

Tagung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)

Gesellschaft und Suizid. Interven-
tionen im Rahmen des Nationalen
Suizidpräventionsprogramms

12. Oktober 2023

Kassel, Deutschland

Kontakt: geschaeftsstelle@naspro.de

IASR/AFSP International Summit on Suicide Research

15.-18. Oktober 2023

**World Trade Center Barcelona,
Spanien**

Info: <https://suicideresearchsummit.org/>

Messe Leben und Tod

20.-21. Oktober 2023

Messe Freiburg

Info: <https://www.leben-und-tod.de/ausstellen-freiburg/>

IASP 32nd World Congress

19.-23. September 2023

Piran, Slowenien

Info: <https://www.iasp.info/>

DGS-Herbsttagung

Suizidprävention in der Gesell-
schaft

12.-14. Oktober 2023

Kassel, Deutschland

Info: <https://www.suizidprophylaxe.de/servicebereich1/herbsttagung-2023/>

XVI. DGGPP-Kongress

Gerontopsychiatrie 2023 – Krisen
bewältigen

20.-22. September 2023

Haus der Technik, Essen, Deutschland

Info: <https://www.dggpp.de/>

Ein politischer Skandal: Doppelsuizid im österreichischen Kaiserhaus 1889.

Charles Garabed Atamian (1872-1947): Erzherzog Rudolf, Kronprinz von Österreich (1858 - 1889), tötet sich und seine Geliebte, Baronin Mary Vetsera, in seinem Jagdhaus in Mayerling, 1906. Lithographie, 40,6 x 60,0 cm. Privatsammlung.

Am Morgen des 30. Januar 1889 gegen 07:00h beging Erzherzog Rudolf, Kronprinz von Österreich, und seine Geliebte gemeinsam Suizid, indem er im beiderseitigen Einvernehmen sie und anschließend sich erschoss. Die Nachricht verbreitete sich rasend und entwickelte sich zu einem politischen Skandal.

Rudolf, am 21. August 1858 als Sohn und Tronfolger Kaiser Franz Josephs I. von Habsburg und der Kaiserin von Österreich Elisabeth („Sissi“) geboren, war eine schillernde Persönlichkeit und Sinnbild des Verfalls des Hauses Habsburg. Als Kind militärisch gedrillt und traumatisiert, entwickelte er sich im Schulalter unter berühmten Lehrern prächtig, wurde breit gebildet und freisinnig. Als Vogelliebhaber profilierte er sich unter dem Zoologen Alfred Brehm (1829-84) durch mehrere Bücher und Aufsätze zum Ornithologen, wofür er 1884 zum Ehrendoktor der Universität Wien promoviert wurde. Von ausgedehnten Reisen durch halb Europa sowie Ägypten und Palästina verfasste er umfangreiche Reisebeschreibungen und politisch-kritische Schriften. Kaum erwachsen geworden, stürzte er sich in zahlreiche Liebesaffären, die nahtlos neben Verlöbnis und Verehelichung mit der 16-jährigen Prinzessin Stephanie von Belgien fortgeführt wurden. Letztere steckte er nach der Geburt der gemeinsamen Tochter Elisabeth („Erszi“) 1883 mit seiner Geschlechtskrankheit (Gonorrhoe, Syphilis?) an und machte sie infertil. Rudolfs letzte große Liebe war seit 1886 Maria („Mizzi“) Caspar, eine Edelprostituierte, die er 1888 mehrfach ersuchte, sich mit ihm gemeinsam zu erschießen, was sie ablehnte und der Polizei meldete, folgenlos. Sie verstarb 1907 an den Folgen von Siphylis.

Im Nov. 1888 lernt er die 17-jährige Baroness Mary Vetsera kennen, die ihn abgöttisch verehrt. Sie verbringen am 28. Januar 1889 gemeinsam die Nacht in seinem Jagdschloss Mayerling und begehen am 29. Januar morgens gemeinsam Suizid. Es folgt eine beispiellose Schlacht zwischen Medienpräsenz und Vertuschungspolitik des Wiener Hofes: Die Leiche der Baroness wird erst versteckt, dann im „Selbstmördereck“ auf dem Friedhof von Heiligenkreuz beerdigt; Rudolf – so wird behauptet – sei von ihr vergiftet worden; er habe einen Schlaganfall erlitten; schließlich wird er wegen „Sinnesverwirrung“ für zurechnungsunfähig erklärt und kann so „in Ehren“ beerdigt werden. In einem Abschiedsbrief schreibt er selbst: „... Ich gehe ruhig in den Tod, der allein meinen guten Namen retten kann...“ Die Original-Abschiedsbriefe Mary Vetseras werden erst 2015 bei einer Archivrevision der Wiener Schoellerbank entdeckt. Die Affäre Mayerling avanciert zum spektakulären Eigenleben in Büchern, Filmen und wirren Autoren. Ein verstehbares Motiv für den Suizid Rudolfs und seiner Suche nach einer Suizidpartnerin, wie wir es auch im komplizierten Suizidvorspiel von Heinrich von Kleist kennen, kann bis heute nicht recht bzw. nur in Ansätzen nachvollzogen werden.

Der französische Maler Charles Garabed Atamian (1872-1947) ist ein in Istanbul geborener Armenier, der seine künstlerische Ausbildung in seiner Geburtsstadt und in Venedig absolvierte. 1894 bis 1896 wurde er Chefdesigner der Yildiz-Porzellanfabrik in Istanbul. In dieser Zeit kam es in Osmanien unter Sultan Abdülhamid II. zu den sogen. Hamidischen Massakern mit ca. 300.000 getöteten Armeniern. Atamian flüchtete deshalb 1896 nach Frankreich und blieb dort bis an sein Lebensende. In Paris avancierte er zu einem gefragten Buchillustrator und Bühnenbildner. 1903 gelang ihm sein künstlerischer Durchbruch im Salon d'Automne. Seine Landschaften und Porträts wurden jährlich mit großem Erfolg im berühmten Salon der Société Nationale des Beaux-Arts in Paris gezeigt. In Saint-Gilles-Croix-sur-Vie an der Atlantikküste entstanden seine berühmtesten Werke, sie sind heute in vielen Ländern Europas, in den USA und in Japan ausgestellt.

Bildbeschreibung: Als Atamian sein Bild schuf, waren die Abläufe der Bluttat noch nicht in der Öffentlichkeit bekannt. Er stellt den Hergang in pastösen Farben dramatisch und fast fotografisch dar. Die Baroness liegt auf einem türkisgepolstertem Sofa, ihr ausgebreitetes Kleid in Fliederpink beherrscht farblich die Szenerie. Rudolf wird im Anzug in dunklem Ultramarinviolett in halbsitzender Position auf dem Teppichboden vor und unter der Baroness mit Einschusswunde an der rechten Schläfe abgebildet, sein linker Arm auf einem Polsterstuhl, neben seiner rechten Hand der Revolver auf dem Boden liegend. Im nahen Hintergrund prangt ein salonartiges Zimmer in Brauntönen mit Samtmöbeln in Türkis und einem Eisbär-Vorleger, Tür und Fenster mit roten Vorhängen. Es symbolisiert eine biedermeierliche Atmosphäre, in der die beiden Toten fremdartig wie aus der Zeit gefallen wirken.

Werner Felber

Literatur:

Etzlstorfer, Hannes: *Kronprinz Rudolf. „Alles ist besser als die Wahrheit.“* Berndorf: Kral-Verlag, 2020

Linke, Reinhard: *Kronprinz Rudolf und der „Mythos Mayerling“.* Nideroesterreich ORF.at, 30. Januar 2021

Der Suizid in der bildenden Kunst



**Charles Garabed Atamian (1872-1947):
Erzherzog Rudolf, Kronprinz von Österreich (1858 - 1889), tötet sich und
seine Geliebte, Baronin Mary Vetsera, in seinem Jagdhaus in Mayerling, 1906.
Lithographie, 40,6 x 60,0 cm. Privatsammlung.**

**Abbildung der farbigen Werke
zum Beitrag “Trauer ist keine Krankheit”
von G. Marboe (Seite 89–91)**



**Tobias Marboe (1989 – 2018), “
digitalgrafitti” und “Le Penseur”**