

Bachelor-Thesis

Zur Erlangung des Akademischen Grades:
Bachelor of Science (B. Sc.)

Zum Thema:

***Bewältigungsanstrengungen von Hinterbliebenen
nach Suizid***

Abgabetermin: 05.09.2013

1. Gutachter: Frau Prof. Dr. habil. Gabriele Franke
2. Gutachter: Frau Melanie Jagla

Regina Schneider
Am Wilhelmsberg, 18
33104 Paderborn
E-Mail: regina.gym@gmail.com
Matrikelnummer: 20102858

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	4
2 Suizidalität	5
2.1 Begriffsklärung.....	5
2.2 Suizidformen.....	6
2.3 Statistische Daten.....	7
2.4 Risikofaktoren und Risikogruppen.....	9
2.5 Ätiopathogenesemodelle.....	11
2.5.1 Das Krisenmodell von Suizidalität.....	12
2.5.2 Krankheitsmodell von Suizidalität.....	14
2.6 Prävention.....	15
3 Hinterbliebene	17
3.1 Definition „Hinterbliebene“.....	18
3.2 Unmittelbar nach dem Suizid.....	18
3.3 „Normale“ Trauer.....	19
3.4 Trauer nach Suizid.....	21
3.5 Komplizierte Trauer.....	23
3.6 Entwicklung von Kindern nach Suizid eines Elternteils.....	25
4 Interventionen	26
4.1 Wann sollte professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden?.....	27
4.2 Selbsthilfe.....	28
4.2.1 Selbsthilfe am Beispiel von AGUS e.V.	29
4.3 Hinterbliebenenberatung.....	30
4.4 Hinterbliebenentherapie.....	34
5 Diskussion	36
Literaturverzeichnis	39
Ehrenwörtliche Erklärung	41

Zusammenfassung

Diese Arbeit zielt darauf ab, das Ausmaß von Suizidalität in Deutschland und die sich daraus ergebenden Folgen für die Umgebung, insbesondere die Hinterbliebenen, aufzuzeigen. Als Basis wird zunächst ein Überblick über die grundlegenden Themen von Suizidalität gegeben. Des Weiteren werden die besonderen Erschwernisse der Trauer nach einem Suizid aufgezeigt. Die Vielfalt unterschiedlicher Trauerprozesse erschwert eine Definition normaler bzw. komplizierter Trauer. Somit bestehen Schwierigkeiten sowohl bei einer Abgrenzung der komplizierten von der normalen Trauer, als auch bei der Zuordnung einer angemessenen Intervention. Es werden die bei einer Trauer bestehenden und effektivsten Möglichkeiten einer Intervention aufgezeigt und beschrieben.

1 Einleitung

Suizidalität stellt in unserer Gesellschaft bis heute noch trotz seiner großen Häufigkeit ein Tabuthema dar. Obwohl es inzwischen eine unüberschaubare Flut an Literatur zum Thema Suizidalität gibt, beschäftigt sich nur ein sehr geringer Teil der Autoren mit den Folgen suizidalen Verhaltens für das soziale Umfeld.

Zu einem besseren Verständnis der Thematik soll als Basis zunächst Suizidalität definiert und die verschiedenen Suizidformen beschrieben werden. Ebenso wichtig ist es zu klären wie häufig Suizide vorkommen, wer von Suizidalität betroffen ist, warum es überhaupt zu Suiziden kommt und wie man präventiv dagegen angehen kann. Aus der Häufigkeit von Suiziden soll sich ein Verständnis dafür entwickeln, wie viele Menschen direkt mit Suiziden konfrontiert werden und wie viele hinterbliebene und trauernde Menschen sich daraus ergeben, denen nur sehr selten Beachtung geschenkt wird. Der Fokus dieser Arbeit ist darauf ausgerichtet, aufzudecken, welche besonderen Bewältigungsanstrengungen sich bei Hinterbliebenen nach einem Suizid ergeben und ob die Trauer nach einem Suizid sich von normaler Trauer unterscheidet. Dazu ist zunächst eine Definition des Begriffs „Hinterbliebener“ notwendig. Des Weiteren soll der Versuch einer Abgrenzung zur komplizierten Trauer unternommen werden, um zu klären wann Trauer als behandlungsbedürftig gilt, denn bisher wird komplizierte Trauer weder im DSM (Diagnostic and Statistical Manual) noch im ICD (International Classification of Diseases) klassifiziert. Darüber hinaus soll geklärt werden, welche Unterstützungs- bzw. Interventionsmöglichkeiten für Hinterbliebene bestehen und welche dieser Möglichkeiten in welchem Fall indiziert ist.

Zum Schluss soll diskutiert werden, ob und was sich im Bezug auf die psychosoziale Versorgung Hinterbliebener nach einem Suizid in Deutschland noch verändern muss. Diese Arbeit ist eine reine Literaturarbeit.

2 Suizidalität

Suizid gehört in der Bundesrepublik Deutschland und anderen westlichen Industrieländern zu den häufigsten Todesursachen. Suizide treten häufiger auf als einige andere Todesursachen, die in der öffentlichen Wahrnehmung meist präsenter sind (Hegerl & Fichter, 2005). 2006 starben in Deutschland mehr als 1% aller Menschen durch Suizid, also fast doppelt so viele wie durch Verkehrsunfälle verstorbene Menschen (Rübenach, 2007).

2.1 Begriffsklärung

Der Begriff *Suizid* stammt aus dem Lateinischen „sui caedere“ und bedeutet „sich selbst töten“. Er stellt in der aktuellen Wissenschaft den wertfreiesten Begriff dar und beschreibt „eine Handlung, mit der ein Mensch willentlich durch eigenes Tun seinen Tod herbeiführt.“ (Oldenburg, 2007, S.12). Nach Teismann & Dormann liegt ein Suizid dann vor, „wenn es aufgrund eines von einer Person selbst ausgeführten, schädigenden Verhaltens zum Tod kommt und das gezeigte Verhalten mit einem gewissen Maß der Absicht zu sterben assoziiert war.“ (2013, S.298).

Der Begriff *Selbstmord* hingegen enthält ein moralisches Werturteil, welches den Suizid als Mord negiert und verurteilt. In Deutschland waren Suizidversuche noch bis zum Ende des 18. Jahrhunderts strafbar. Nach Oetzelberger ist dieser Begriff für jeden der damit assoziiert wird stigmatisierend und suggeriert unterschwellig eine kriminelle Tat. (2010). Derzeit werden die Begriffe Suizid und Selbstmord überwiegend synonym eingesetzt (Oldenburg, 2007).

Der Begriff *Freitod* impliziert die eigene Freiheit und Möglichkeit der Person. (Oldenburg, 2007). Da 90 % aller Suizide auf psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen sind, ist es laut Hegerl & Fichter unangemessen von „Freitod“ zu sprechen, da der Suizident sich nicht frei für dieses Handeln entschieden hat, sondern Opfer seiner psychischen Störung geworden ist. (2005). Das bedeutet „Suizidalität ist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch schwere Not.“ (Flüchter, Müller & Pajonk, 2012, S.469)

Der Suizidversuch kann den Tod beabsichtigen, das heißt er kann das willentliche Beenden des Lebens zum Ziel haben. (Oldenburg, 2007). In der Definition von

Wolfersdorf wird der kommunikative Aspekt eines Suizidversuchs deutlich. Er definiert ihn als eine „selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens etwas verändern zu wollen.“ (2008, S.1321). In dieser Definition wird ebenfalls deutlich, dass es sich um einen vagen Todeswunsch handelt.

Suizidalität beinhaltet alle „Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“ (Wolfersdorf, 2008, S.1321). Genau genommen gibt es keine Definition, die die gesamte Vielfältigkeit des Phänomens „Suizid“ erfasst. (Wolfersdorf, 2008). Faktoren die eine „Suizidale Handlung“ charakterisieren sind unter anderem kürzlich geschehene Suizidankündigungen, bereits vorgefallene Suizidversuche, das Vorliegen eines erhöhten Suizidrisikos aufgrund einer psychischen Störung oder Impulskontrollstörungen. (Wolfersdorf, 2008).

2.2 Suizidformen

Suizidmethoden werden in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich gegliedert und differenziert. (Rübenach, 2007). Oldenburg benennt vier Methoden: Den einfachen Suizid, den erweiterten Suizid, den Familien-Selbstmord und den Familien-Mord. Bei dem *einfachen Suizid* handelt es sich um den Suizid einer Person, die sich selbst das Leben nimmt. Bei dem *erweiterten Suizid* tötet ein Mensch zunächst andere Menschen und nachfolgend sich selbst. Bei einem Amoklauf z.B. handelt es sich um einen erweiterten Suizid. Bei einem *Familien-Selbstmord* handelt es sich um einen Mord, in dem ein Elternteil zunächst die Kinder mit ihrem Einverständnis und dann sich selbst tötet. Bei einem *Familien-Mord* werden die Familienmitglieder ohne ihre Einwilligung getötet. (2007).

Differenziert wird auch zwischen „harten“ und „weichen“ Methoden. Zu den weichen Methoden gehören zum Beispiel die Einnahme von tödlichen Tabletten bzw. eine Überdosis dieser, ebenso Vergiftungen unterschiedlicher Art wie zum Beispiel Vergasung. Unter die harten Methoden fallen unter anderem das Erschießen, Erhängen, Ertrinken, Sturz aus der Höhe, Sturz vor einen sich bewegenden Gegenstand, wie z.B. einen Zug und das tiefe Schneiden von Blutgefäßen.

Gewöhnlich kommt es bei harten Methoden auch zu starken, sichtbaren Veränderungen des Körpers. (Rübenach, 2007).

Durchgeführt werden zu 47,9% die harten Methoden. Im Jahr 2006 waren es 4679 Menschen, die sich auf diese Weise das Leben nahmen. (Rübenach, 2007). Besonders von Männern werden harte Methoden bevorzugt. Im Geschlechtervergleich waren es 52,6% der Männer, die eine harte Methode angewandt haben und bei den Frauen hingegen „nur“ 34,5%. Eine weitere Tendenz die aus den Daten hervorkam war, dass auch junge Menschen harte Methoden gehäuft wählten. 2006 lag der Anteil bei den 10 bis 15-Jährigen bei 81,5%. (Rübenach, 2007).

2.3 Statistische Daten

Weltweit begehen jährlich fast eine Millionen Menschen Suizid, was bedeutet, dass sich alle 40 Sekunden ein gelungener Suizid vollzieht. (Schneider, 2003). Laut Statistischem Bundesamt starben in Deutschland im Jahr 2003 11.150 Menschen durch Suizid, was eine Suizidrate von 13,5 auf 100.000 Einwohner ergibt. Davon waren 8.179 Männer und 2.971 Frauen. (Oldenburg, 2007). Im Jahre 2005 waren es 10.260 Personen die durch einen Suizid starben, was eine Suizidrate von 12,4 auf 100.000 Einwohner ergibt. (Wolfersdorf, 2008). Männer sind mit einer Rate von 20,3 fast dreimal häufiger betroffen als Frauen mit einer Rate von 7,0. Vor allen Dingen bei Männern steigt die Suizidrate mit höherem Alter enorm. (Oldenburg, 2007). 2006 starben 9.765 Menschen durch Suizid und somit fast doppelt so viele wie durch in der Todesursachenstatistik erfasste Verkehrsunfälle. (Rübenach, 2007). Über die genannten Daten hinaus muss man von einer hohen Dunkelziffer ausgehen, da sich hinter vielen Todesarten wie z.B. bei Verkehrsunfällen oder Drogenkonsum unerkannte und somit nicht erfasste Suizide befinden. (Oldenburg, 2007). Die europäischen, eher sonnigeren und wärmeren Länder wie Spanien, Italien und Griechenland weisen oft niedrigere Suizidraten auf als die nord- oder mitteleuropäischen Länder wie Deutschland, Frankreich, Österreich, Finnland und Dänemark. (Hegerl & Fichter, 2005). Dieser Unterschied kann auch auf die ethische Einstellung und die Religionszugehörigkeit zurückgeführt werden. (Hegerl & Fichter,

2005). Seit 1980 geht die Zahl der Suizide tendenziell zurück, wofür allerdings keine eindeutigen Auslöser benannt werden können. (Oldenburg, 2007).

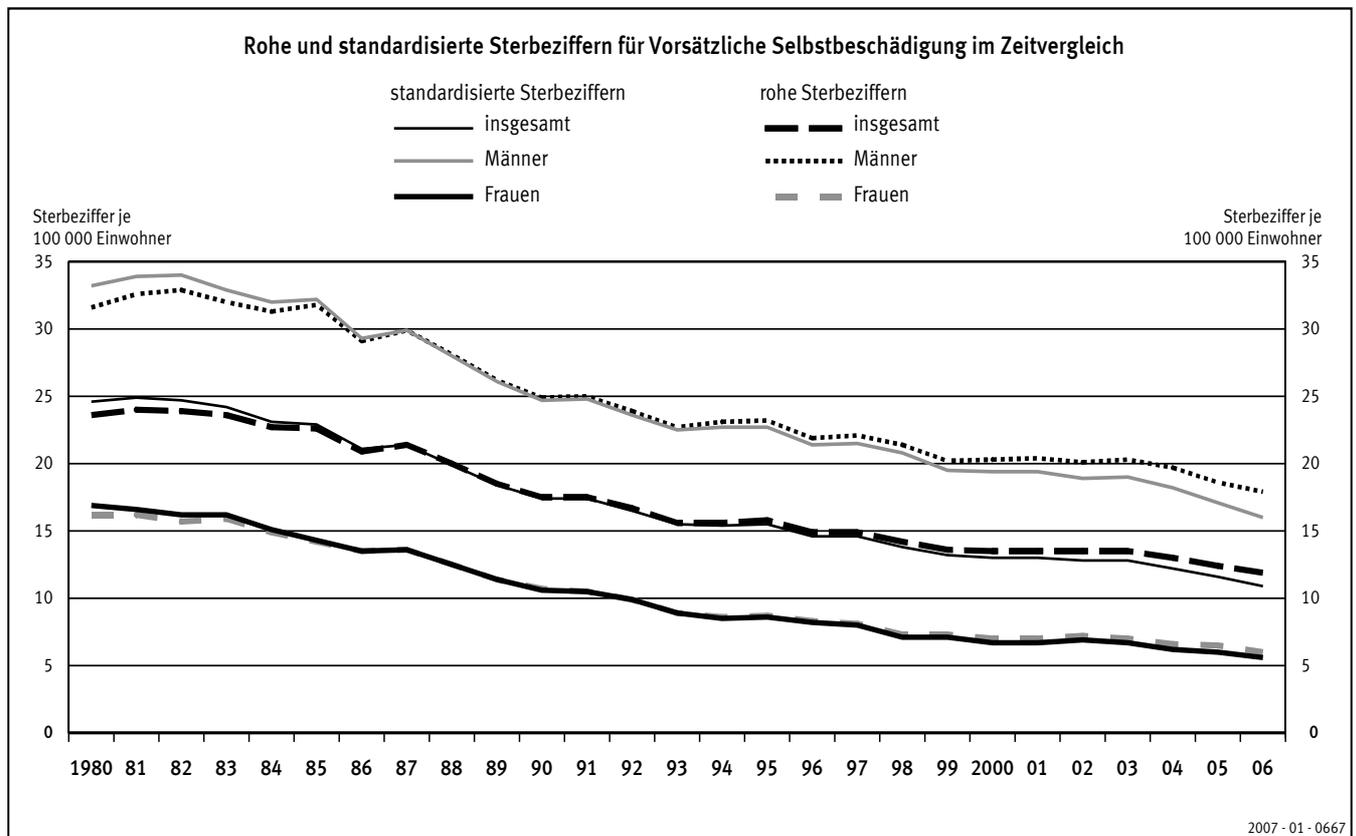


Tabelle 1 (Statistisches Bundesamt, 2007)

Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, gilt der Rückgang von Suizidraten sowohl für Frauen als auch für Männer. Des Weiteren ist ersichtlich, dass sich im Zeitraum von 1980 bis 2006 insgesamt einen Rückgang der rohen Sterberate um 49,6 % ergibt. Bei Männern sinkt der Wert um 43,3% und bei Frauen um 63,0%. Wenn die rohen Sterbeziffern durch eine direkte Standardisierung bereinigt werden, fällt die Abnahme der Todesfälle durch Suizid noch drastischer aus. Sie nimmt in diesem Fall um 55,7% ab. Bei Männern ist die Rate somit um 51,8% und bei Frauen um 66,9% gesunken. Es wird deutlich, dass es sich in Bezug auf die Sterberate durch Suizid seit 1980 um einen relativ kontinuierlichen Rückgang handelt. (Rübenach, 2007) Wolfersdorf führt diesen Rückgang unter anderem auf die verbesserte medizinisch-psychosoziale Versorgung (Allgemeinärzte, Psychiater und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, Nervenärzte, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Ausbildung von Theologen und Sozialpädagogen etc.) zurück (2008).

2.4 Risikofaktoren und Risikogruppen

Nach Rübenach erhöht eine psychische Erkrankung das Risiko eines Suizids enorm. Faktoren die mit Suizidalität im Zusammenhang stehen sind unter anderen Depressionen, Schizophrenie, manisch-depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und chronisch Kranke mit fehlender Heilungsaussicht. (2007). Auch psychologische Autopsiestudien zeigen, dass ein hoher Anteil der Suizidierten unter einer Depression litten. Schätzungen zufolge sind es 65 bis 95% aller Suizide die auf eine Depression zurückzuführen sind. (Rübenach, 2007). Den beiden folgenden Tabellen ist zu entnehmen, dass die affektiven Störungen bei Suizidenten in der Allgemeinbevölkerung überwiegen. (Wolfersdorf, 2008). Eine Komorbidität der genannten Erkrankungen und Faktoren potenzieren die Gefahr eines Suizids zusätzlich. (Flüchter, Müller & Pajonk, 2012).

Städte/Land	Erhebungszeitraum	N	Geschlechtsrelation	Psychiatrische Störung (%)	Depression ^a (%)	Sucht ^a (%)	Psychose ^a (%)	Persönlichkeitsstörungen ^a (%)	Körperliche Erkrankung (%)
St. Louis (USA)	1956–57	134	3,3:1	94	45	25	2	0	4 ^b
Seattle (USA) ^c	1957–58	114	2,2:1	100	30	27	12	9	57
London (England)	1966–68	100	1,1:1	96	70	16	3	27	4 ^b
Brisbane (Australien)	1973–74	135	1,7:1	–	55	46	4	3	70
San Diego (USA)	1981–83	204	2,9:1	100	47	78	13	5	–
Budapest (Ungarn)	1985	200	1,3:1	86	50	2	2	–	14
Finnland	1987–88	229	3,0:1	93	59	43	13	9 ^c	–
Taiwan	1989–91	116	1,6:1	97	87	48	7	–	–

^a Mehrfachdiagnosen möglich; ^b zum Tode führende körperliche Erkrankung; ^c Hauptdiagnosen

Tabelle 2. Psychologische Autopsiestudien (Wolfersdorf, 2008)

Psychische Erkrankung	Häufigkeiten (%)
Depressive Störung	17–89
Bipolare affektive Störung	0–2
Schizophrenie	2–19
Alkoholabusus/-abhängigkeit	15–56
Persönlichkeitsstörungen	0–62
Angststörungen gesamt	0–24
Essstörungen gesamt	0–5
Anpassungsstörung	2–21
Persönlichkeitsstörung (Achse I)	0–34
Irgendeine psychische Störung	70–100

Tabelle 3. Psychische Erkrankungen bei durch Suizid Verstorbenen (psychologische Autopsien). (Wolfersdorf, 2008)

Teismann & Dormann benennen fünf Merkmale die mit einem erhöhten statistischen Suizidrisiko einhergehen: Höheres Lebensalter, männliches Geschlecht, lediger bzw. geschiedener Familienstand, niedriger sozioökonomischer Status und Arbeitslosigkeit. (2012). Weitere Risikofaktoren könnten auch zum Beispiel Suizidversuche durch Angehörige oder im Bekanntenkreis in der Vorgeschichte, sexueller Missbrauch, niedrige soziale Schicht, geringe Schul- und Berufsbildung bzw. Arbeitslosigkeit sein. (Flüchter, Müller & Pajonk, 2012). Des Weiteren sind auch Krisensituationen wie zum Beispiel Trennung, Tod eines nahe stehenden Menschen, Kränkungen, Mobbing, finanzielle oder juristische Probleme oder die Diagnose einer schweren Erkrankung wichtige Risikofaktoren. (Flüchter et al., 2012).

Haenel (1983) gliedert einige Personengruppen, die eine erhöhte Suizidgefahr aufweisen. Als Risikogruppe mit dem höchsten Suizidrisiko benennt er Depressive, insbesondere Depressive mit ängstlichen Zügen. Danach folgen Drogenabhängige, alte und vereinsamte Menschen, Personen die schon einmal einen Suizid in irgendeiner Weise angekündigt haben und Personen die schon einmal einen Suizidversuch begangen haben. Er betont, dass es noch zahlreiche weitere

Risikogruppen gibt wie z.B. Studenten, Ärzte, Verfolgte aus religiösen, politischen oder rassistischen Gründen, Flüchtlinge sowie chronisch kranke Menschen.

Wolfersdorf (2008) spezifiziert sechs Risikogruppen und benennt zunächst ebenfalls Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität und alte Menschen. Darauf folgt die Gruppe der jungen Erwachsenen, bei denen oft Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen, Drogenprobleme, familiäre Probleme und Ausbildungsprobleme Gründe für einen Suizid darstellen. Auch Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen und Menschen mit chronischen, schmerzhaften, verstümmelnden, körperlichen Erkrankungen insbesondere des bewegungs- und zentralnervösen Systems werden hier als Risikogruppen benannt.

2.5 Ätiopathogenesemodelle

Bis heute gibt es noch kein einheitliches Ätiopathogenesemodell für Suizidalität. In der Literatur sind viele verschiedene Einteilungen von Erklärungsmodellen aufzufinden. Wolfersdorf unterscheidet grundsätzlich zwischen *Entwicklungsmodellen von Suizidalität*, die die jeweilige Ätiologie außen vor lassen und lediglich den Verlauf von einem bestimmten ausschlaggebenden Ereignis zur suizidalen Handlung erklären und den *Ätiopathogenesemodellen*, welche auch die Ursachen im psychologisch-psychodynamischen als auch im biologischen Gebiet mit einbeziehen. Als dritte Kategorie nennt Wolfersdorf die *komplexen Entwicklungsmodelle*, welche versuchen die unterschiedlichen Gesichtspunkte auf der biologisch-psychophysiologischen Ebene und der psychologisch-psychodynamischen Ebene zusammenzubringen (2008).

Im Folgenden werden das Krisenmodell und das Krankheitsmodell nach Wolfersdorf beschrieben. Diese beiden Modelle gehören zu den ätiopathogenetischen Modellen und sind in der Literatur mehrfach wiederzufinden.

2.5.1 Das Krisenmodell von Suizidalität

Das *Krisenmodell* von Suizidalität ist als Gegenmodell des damals bestehenden Krankheitsmodells entwickelt worden und hat sich weit verbreitet. Es vollzieht eine eigene Erfassung des Themas Suizidalität (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

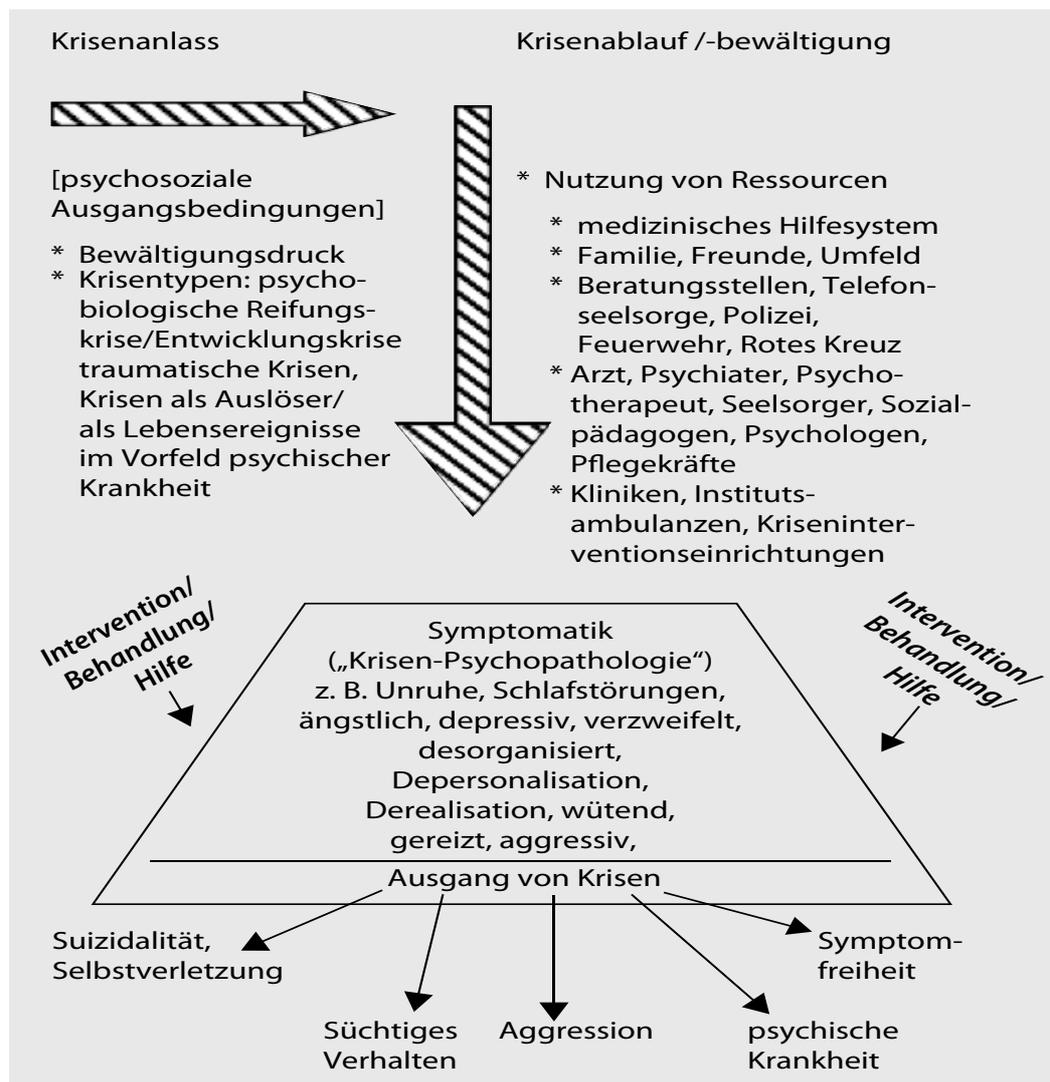


Tabelle 4. Krisenmodell: Anlass – Ablauf (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011)

Beim Eintritt eines schwer belastenden Ereignisses (Krisenanlass), das mit bisherigen Copingstrategien und Ressourcen nicht bewältigt werden kann, entsteht ein innerer Spannungszustand. Wenn dabei auch nicht die Möglichkeit besteht auf äußere Ressourcen wie Familie, Freundeskreis, Umfeld oder medizinisches System zurückzugreifen, kann sich der innere Spannungszustand zu einer

„Krisensymptomatik“ weiterentwickeln. Dazu gehören Unruhe, Schlafstörungen, Angst, Grübeln, Gefühle von Hilflosigkeit, Panikzustände, Hoffnungslosigkeit, Herzklopfen und Appetitlosigkeit. Nicht selten kommt es zum Wechsel von Gefühlen wie Wut und Verzweiflung, Scham und Selbstvorwürfe, Depersonalisation und Derealisation bis hin zur Störung des Realitätsbezuges und der Orientierung. Diese Zustände können sich vor allem im Rahmen eines traumatischen Ereignisses zuspitzen oder in verschiedene Zustände übergehen wie z.B. in völlige Symptombefreiheit, in ein dissoziatives Zustandsbild, eine psychotischen Krise oder ein depressives Zustandsbild. Es kann ebenso zu aggressivem Verhalten nach außen, aber auch nach innen gerichtet - in Form von suizidalem oder selbstverletzendem Verhalten - kommen. Eine Krise kann auch der ausschlaggebende Punkt für ein darauf folgendes Suchtverhalten sein. Für den Aspekt der Prävention wäre es hier von großer Bedeutung zu wissen welche Menschen zu welchem der genannten Ausgänge von Krisen münden. Um darüber konkrete Aussagen zu formulieren, gibt es allerdings nicht ausreichend Daten (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Eine weitere wichtige Rolle zur Entstehung einer „suizidalen Krise“ spielen die allgemein bekannten und auch schon genannten Risikofaktoren, wie z.B. psychische Krankheit, bereits frühere suizidale Erfahrungen etc. (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Im Krisenmodell ist eine der wichtigsten die *narzisstische Krise*. Die suizidale Handlung stellt einen Rettungsversuch des eigenen Selbstwertgefühls dar. Jemand mit narzisstischen Persönlichkeitsanteilen hat zur Erhaltung dieser Persönlichkeitsstruktur eine „spezifische Objektauswahl für seine Partnerbeziehung getroffen“ (Wolfersdorf, 2008, S.1328). Bei einer Gefährdung dieser Beziehung bzw. des betreffenden Lebenskonzeptes kommt es zu einer Selbstwertkrise, während der Suizid dem Ziel dient das Gefühl der eigenen Handlungsfähigkeit und der aktiven Kontrolle der Situation zu erhalten. Psychodynamisch wird Suizidalität als Ausdruck von Aggression, die eigentlich gegen eine andere Person gerichtet ist, aber nun gegen die eigene Person umgekehrt wird und als Ausdruck einer starken Demütigung des Selbstwertes einer Person, erklärt. Es wird als Bemühung beschrieben eine Beziehung durch Einsatz des eigenen Lebens zu bewahren. Des Weiteren ist Suizidalität die Folge einer schwerwiegenden, zerstörerischen früheren Beziehungserfahrung, von anderen tot erwünscht zu sein, die nun reaktiviert wird und dient der innerseelischen Spannungsregulation von psychischen Belastungen.

2.5.2 Krankheitsmodell von Suizidalität

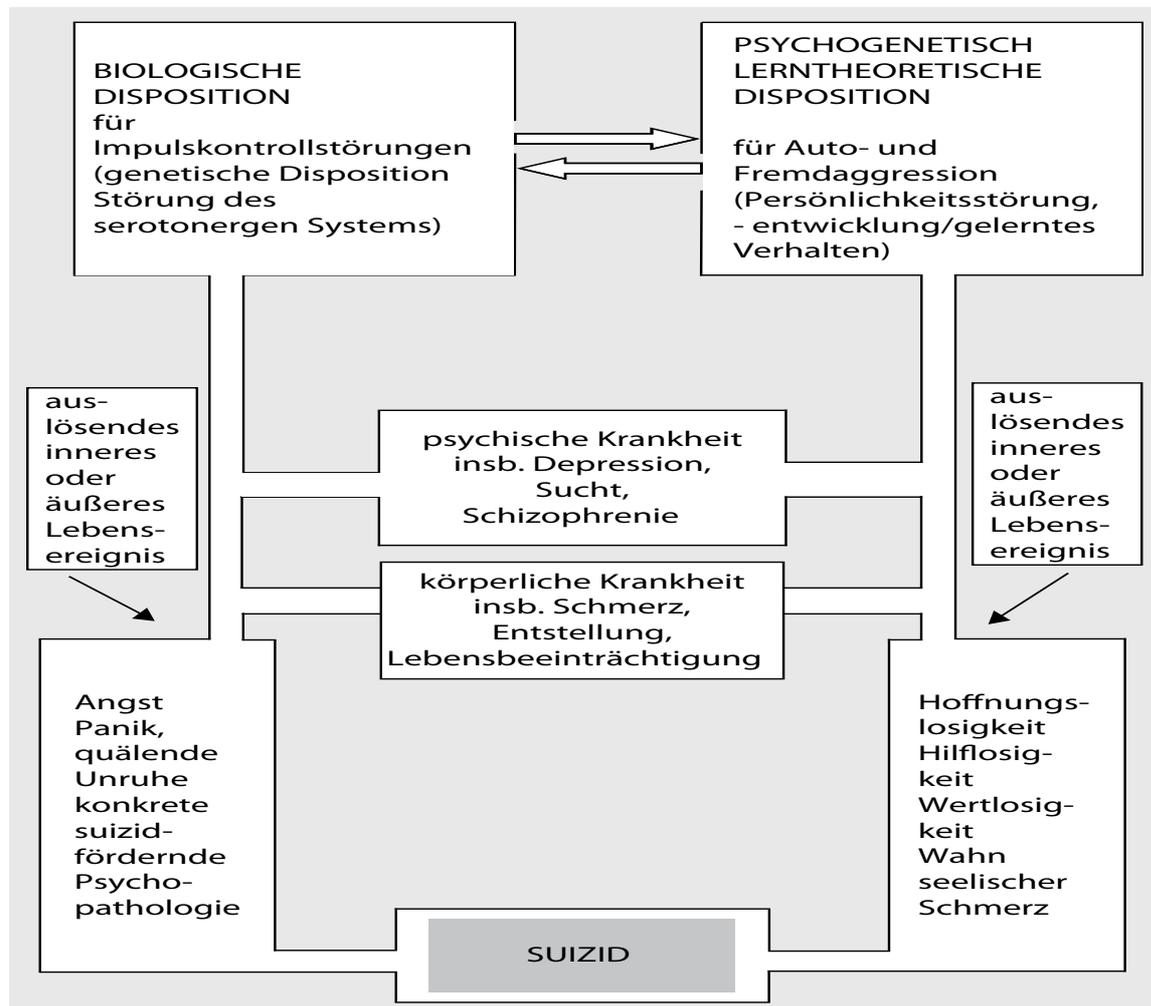


Tabelle 5. Dispositionelles Modell und Entwicklungsmodell für Suizid (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011)

Genau genommen ähneln sich das Krisen- und das Krankheitsmodell. Den Unterschied definiert Wolfersdorf zugespitzt:

Ein depressiv kranker Mensch kommt nach einem Suizidversuch, der im Zusammenhang mit einem aktuellen Ehekonflikt gesehen wird, in eine psychotherapeutische Praxis. Vor dem Hintergrund eines reinen Krisenmodells wird die therapeutische Intervention auf die Klärung des Ehekonfliktes abzielen, in der Erwartung, dadurch Suizidalität zu reduzieren. Vor dem Hintergrund eines Krankheitsmodells wäre die Behandlung der akuten Psychopathologie der Depression angesagt, in der Erwartung, dadurch

negative Einstellungen, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit positiv zu verändern und damit zur Neubewertung des Ehekonfliktes beizutragen. (Wolfersdorf, 2008, S.1328)

Im Krankheitsmodell wird Suizidalität als „psychopathologischer Ausdruck krankhaften psychischen Denkens, Erlebens und Verhaltens“ definiert und wird als ein mit der Symptomatik einer psychischen Krankheit einhergehendes Phänomen gesehen. Das Modell hat sich aus dem Wissen über den starken Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischen Störungen heraus entwickelt, sowie auch aus dem Wissen um neurobiologische, psychophysiologische und genetische Vorgänge in Verbindung mit Suizidalität. Es wurde festgestellt, dass bei Suizidopfern ein präsynaptisches serotonerges Defizit „mit kompensatorischer Zunahme der 5-HT₂-Rezeptoren im präfrontalen Kontext,“ besteht, „wobei die klinische Implikation reduzierte exekutive Funktionen und damit reduzierte Lernfähigkeit und Coping-Strategien beinhaltet.“ (Wolfersdorf, 2008, S.1329). Auch in den Resultaten der psychophysiologischen Forschung spiegelt sich das wider, wo von einer elektrodermalen Hyporeaktivität gesprochen wird. Besonders bei Verwendung der harten Suizidmethoden ist diese festzustellen. Das bedeutet, dass lediglich eine geringe Möglichkeit zur Anpassung an Reize oder Belastungen besteht (Wolfersdorf, 2008).

2.6 Prävention

Laut Reisch sind die vielfältigen Ätiologiemodelle aufgrund ihrer Komplexität in der Praxis nicht nutzbar und nur schwer zu vermitteln. In der Arbeit mit Patienten und Angehörigen wird daher mit einem verhaltens- und ablauforientierten 6-Phasen-Modell gearbeitet, um den Verlauf eines Suizidversuchs darzustellen. Es wird darauf hingewiesen, dass der Verlauf sehr individuell ist und die einzelnen Phasen dieses Modells unterschiedlich durchlaufen werden und manche somit auch übersprungen werden (2012).

Die erste Phase ist die präsuizidale Phase, in der davon ausgegangen wird, dass Menschen aufgrund einer psychischen Störung gleichzeitig eine erhöhte

Vulnerabilität aufweisen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der zugrundeliegenden Störung stellt in dieser Phase die Suizidprävention dar (Reisch, 2012).

Die zweite Phase wird als Mental-Pain-Phase bezeichnet. Durch Stressoren kommt es unter den genannten Voraussetzungen zu einer höchst problematischen Situation die für den Betroffenen nicht zu bewältigen ist. Meistens wirken sowohl externe als auch interne Stimuli und es entsteht ein stark aversiver Emotionszustand. In dieser Phase werden die Betroffenen noch nicht als suizidal, jedoch schon als überlastet und gestresst wahrgenommen. In solch einer Notsituation ist es dem Betroffenen nicht möglich auf vergangene positive Erfahrungen zurückzugreifen und die Verantwortung die für das direkte soziale Umfeld getragen wird, wird nicht mehr wahrgenommen. Hauptsächlich beschäftigt die Frage wie das Leiden beendet werden kann und das rationale Denken ist stark eingeschränkt, die Hirnaktivität ist verändert. Dadurch suchen Betroffene nach subjektiv greifbaren oder bekannten Lösungen z.B. in Medienberichterstattungen (Werther-Effekt) oder Suizide von Bekannten oder persönliche, frühere Suiziderfahrungen. Diese werden kognitiv oder auf der Handlungsebene mehrfach durchleuchtet. Schlussfolgernd wird die Relevanz einer Verhinderung des Werther-Effekts deutlich und somit auch die Wichtigkeit die Greifbarkeit von Suizidmethoden zu mindern (Reisch, 2012).

Die dritte Phase stellt die erste Suizidhandlungsphase dar. Sobald der Betroffene seine vermeintliche Lösung für die problematische Situation gefunden hat, ist der Schmerz nicht mehr präsent und der suizidale Patient wirkt nach außen relativ entspannt, wodurch das Risiko eines Suizids in dieser Phase oft falsch eingeschätzt wird. Aus klinischer Sicht entsteht hier ein Zustand der einer Dissoziation ähnelt. Der seelische Schmerz wird abgespalten und die Vorbereitungen für die Suizidhandlung laufen „automatisch“ ab. In der klinischen Praxis sollten daher plötzliche und deutliche Verbesserungen mit Bedacht geprüft werden und als Alarmzeichen betrachtet werden. Dazu werden große Unterschiede zur normalen Symptomverbesserung genannt wie z.B. Wortarmut, fehlender oder geringer Blickkontakt und vor allem eine nicht vorhandene Planung der nahen Zukunft (Reisch, 2012).

Die vierte Phase wird als Finale Ambivalenzphase bezeichnet, da in dieser Phase davon ausgegangen wird, dass viele suizidale Patienten kurz vor dem Suizid ein gleichartiges Bild aufweisen. Anhand von Videoaufzeichnungen konnte beobachtet

werden, dass viele Betroffene direkt vor der Handlung für einen Moment verweilen und diese kurz darauf abbrechen. Patienten, die kurz darauf vor den Zug sprangen oder sich von der Brücke fallen ließen standen kurz vorher mit verschränkten Armen nach vorne gebeugt, Blick nach unten gerichtet und wirken insgesamt nach außen sehr angespannt. In diesem Augenblick schaffen es Anwesende und Professionelle immer wieder die Suizidgefährdeten vom Suizid abzuhalten. Reisch vermutet, dass dieses direkte Abhalten vom Suizid die effektivste Suizidprävention darstellt, denn nur 5% derjenigen, die unmittelbar vor dem Sprung von der Golden Gate Bridge daran gehindert wurden, begangen in den nächsten 26 Jahren einen Suizid. Ein weiterer wichtiger Präventionsaspekt ist, dass die Berufsfachkräfte (Zugführer, Polizisten, Taxifahrer) dementsprechend geschult werden müssen. Sie müssen lernen Suizidgefährdete zu erkennen und die weiteren nötigen Maßnahmen treffen. Die Förderung von Zivilcourage stellt ebenfalls einen wichtigen Schritt dar (Reisch, 2012).

Die fünfte Phase ist die Finale Handlungsphase. Bei vielen Suizidmethoden kann die Finale Ambivalenzphase nicht getrennt von der finalen Handlungsphase betrachtet werden. In diesen Fällen ist es nicht mehr möglich den Handelnden z.B. vom Sprung vor den Zug abzuhalten (Reisch, 2012).

Die sechste Phase ist das Aufwachen, denn die meisten Menschen die einen Suizidversuch überleben bedauern ihre Tat. Bei vielen Suizidmethoden, wie z.B. dem Erschießen oder Erhängen ist die angefangene Handlung nicht mehr umkehrbar und das Aufwachen somit zu spät. Die Suizidprävention durch das Einschränken der Suizidmethoden hat bei diesen nicht mehr umkehrbaren Handlungen einen sehr hohen Stellenwert. Des Weiteren ist eine angemessene Anschlussbehandlung ausschlaggebend für einen positiven weiteren Verlauf. Hier besteht die Problematik, dass das Zeitfenster oft nur sehr kurz ist und nach einem Aufenthalt der Bezugstherapeut gewechselt wird (Reisch, 2012).

3 Hinterbliebene

In der unzähligen Menge an Literatur zum Thema Suizid fällt auf, dass nur sehr wenige Autoren auch die Thematik der Hinterbliebenen nach einem erfolgten Suizid mit einbeziehen. „Familie und Mitmenschen stehen auf eine andere Art im Zentrum

des Interesses: als mögliche Schuldige an der Isolierung des Selbstmörders; als Kontaktpersonen, die für die Prophylaxe wichtig sind; als Helfer, auf die es ankommt, - nicht aber, oder doch nur höchst selten, als Hinterbliebene nach erfolgtem Suizid.“ (Haller & Lingg, 1987).

3.1 Definition „Hinterbliebene“

Bei jedem Suizidfall sind 6-10 weitere Menschen aus dem Umfeld betroffen. Somit würden bei 11.000 Suizidfällen jährlich 66.000 bis 110.000 Menschen in Deutschland mit einem Suizid konfrontiert werden. Da der Begriff „Hinterbliebener“ noch nicht hinreichend operationalisiert wurde und die genaue Anzahl von Betroffenen nicht erhoben wird, kann es sich bei den genannten Zahlen nur um Schätzungen handeln (Winter, Brockmann & Hegerl, 2005).

Bei Hinterbliebenen handelt es sich um Personen, die mit dem Suizidopfer in enger, emotionaler Beziehung standen wie zum Beispiel Familienangehörige und Freunde. Bei dieser Definition handelt es sich um eine sehr stark eingeschränkte Definition von „Hinterbliebenen“. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass ein Suizid für nahe Angehörige und Freunde, die eine enge und emotionale Beziehung zum Opfer hatten, viel schmerzhaftere und tiefgreifendere Folgen hat. Jedoch dürfen die Auswirkungen die ein Suizid auf das weitere soziale Umfeld hat ebenfalls nicht unterschätzt werden. Demnach sollte die Definition des Begriffs „Hinterbliebener“ erweitert werden und auch Personen wie z.B. Arbeitskollegen, Lehrer, Mitschüler sowie Therapeuten und weitere professionelle Helfer mit einschließen (Winter et al., 2005). Nach Wolfersdorf & Etzersdorfer sind die Hinterbliebenen im Wesentlichen in fünf Gruppen zu unterteilen: Angehörige und Freunde; Mitpatienten; Ärzte, Notarzt, Therapeuten und Pflegepersonal; Polizei und Staatsanwaltschaft; Arbeitgeber, Klinikleitung, Krankenhausträger und Volksgemeinschaft (2011).

3.2 Unmittelbar nach dem Suizid

Unmittelbar nach dem Suizid erleben Angehörige ein starkes Durcheinander an Gefühlen wie Enttäuschung, Bestürzung, Angst, Wut, Trauer oder auch Gefühle

wie Erleichterung oder Beruhigung. In Krisengesprächen mit Professionellen, in denen Angehörigen Zeit und Raum gegeben wird ihre Gefühle auszudrücken und zu benennen, können diese oft gegensätzlichen Gefühle geordnet werden. Es kann sehr nützlich sein hierbei die Gefühle die man zum Suizidenten und die Gefühle die man als Hinterbliebener empfindet zu trennen. Des Öfteren wird von Angehörigen berichtet, dass sie sich in der Situation als Hinterbliebene sowohl vom Suizidenten als auch vom sozialen Umfeld allein gelassen fühlen (Hoffmann-Richter & Finzen, 1997).

Da es sich beim Suizid nicht um einen natürlichen Tod handelt, werden Hinterbliebene oft mit vielen Menschen wie z.B. Polizei, Notarzt usw. vor Ort konfrontiert. Zu der an sich schon schwierigen und belastenden Situation, in der sich die Betroffenen meist in einem „Schockzustand“ befinden kommt hinzu, dass sie oft miterleben müssen wie z.B. die Polizeibeamten den Fundort absichern und den Leichnam in Beschlag nehmen. Die Angehörigen werden von den Beamten befragt, persönliche Dinge des Opfers wie Laptop und Tagebuch werden beschlagnahmt und die Wohnung nach Hinweisen oder Abschiedsbriefen durchsucht. Diese Maßnahmen sind notwendig, damit die Beamten die Todesursache ermitteln und eine Straftat ausschließen können. Mit der Aufgabe die Todesnachricht zu überbringen sind die Beamten oft selbst überfordert und können diese Aufgabe deswegen oft nicht sensibel genug durchführen, wodurch es für die Angehörigen zu einer zusätzlichen Belastung kommen kann. Wenn es zusätzlich zu einer unsensiblen Medienberichterstattung kommt, kann es zu einer weiteren Verstärkung dieser Belastung kommen. (Winter et al., 2005).

3.3 „Normale“ Trauer

Die Bandbreite an Trauerreaktionen kompliziert eine allumfassende Formulierung einer Definition normaler Trauer (Kersting et al., 2001). Rosner & Wagner definieren Trauer als „eine individuelle Ausdrucksform nach dem Verlust einer nahestehenden Person und kann als natürliches und nicht-pathologisches Phänomen bezeichnet werden, das sich nur in Ausnahmefällen zu einer komplizierten Trauer entwickelt.“ (2009, S.442). Da Trauer ein individuell und kulturell bedingtes Phänomen ist, ist es schwierig Kriterien festzulegen, die beschreiben ab

welcher Intensität und Dauer es sich um komplizierte bzw. pathologische Trauer handelt (Rosner & Wagner, 2009). In der ICD-10 zählt die Trauerreaktion zu den „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen“ (Z 63.4 „Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen“). Länger andauernde und tiefer gehende Trauerreaktionen werden als „Anpassungsstörung“ (F43.28) eingestuft. Im DSM IV wird Trauer der Kategorie „weitere klinisch relevante Probleme“ eingruppiert (V62.82). Trauersymptome die länger als zwei Monate andauern und immer noch sehr ausgeprägt sind würden nach DSM IV als Major Depression kategorisiert werden (296.2x) (Kersting et al., 2001).

Viele Autoren beschreiben den Trauerprozess, indem sie ihn in Stufen- oder Phasenmodelle einteilen und obwohl diese Phasenmodelle nur selten empirisch belegt werden konnten, nehmen Rosner & Wagner an, dass der Trauerprozess strukturiert verläuft. Dabei nennen sie drei Phasen: Als erste Phase das Nicht-wahrhaben-wollen, als zweite Phase den Trennungsschmerz, den Zorn und die Depression und als dritte und letzte Phase die Akzeptanz. Dieses Modell konnte in durchgeführten Studien vom Ansatz her bestätigt werden (2009).

Worden kritisiert dieses Phasenmodell mit der Begründung, dass dieses dem Trauernden eine gewisse Passivität unterstellt, abzuwarten bis sich eine Phase nach der anderen von selbst abschließt. Traueraufgaben hingegen implizieren eine Aktivität, dass der Trauernde etwas unternehmen kann. Die erste Aufgabe ist es die Realität des Verlusts zu akzeptieren. Die zweite Aufgabe besteht darin, den Schmerz bzw. die emotionalen Aspekte zu erfahren und zuzulassen. Die dritte Aufgabe beinhaltet die Anpassung an eine Umgebung, in der die verstorbene Person fehlt und die vierte und letzte Aufgabe besteht darin, die starke und emotionale Bindung zum Verstorbenen aufzulösen und in eine neue Beziehung zu investieren und die Beziehung zur verstorbenen Person somit neu zu definieren (2007).

Trauer hält viel länger an, als von Laien und Experten angenommen. Man ist heute nicht mehr der Meinung, dass der Zustand der Trauer abgeschlossen werden muss, sondern dass die Situation akzeptiert und ein Umgang mit dieser gelernt werden muss. Das bedeutet, dass der Verlust in die persönliche Welt integriert wird und die hinterbliebene Person selber festlegt ob und wie stark die Bindung zur verstorbenen Person erhalten bleibt (Znoj, 2004). Jedoch wird über den zeitlichen Aspekt in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers diskutiert (Kersting et al., 2001).

Wenn Gedanken an den Verstorbenen keinen Schmerz mehr bereiten, kann man davon ausgehen, daß die Trauerreaktion beendet ist. Natürlich wird immer Traurigkeit aufkommen, sobald man an einen verstorbenen Menschen denkt, den man sehr geliebt hat, aber diese Traurigkeit ist anders als die frühere – sie schmerzt nicht mehr so. Man vermag des Dahingegangenen ohne körperliche Manifestationen wie z.B. bittere Tränen oder Herzbeklommenheit zu gedenken. Beendet ist das Trauern auch, wenn sich die hinterbliebene Person mit ihren Gefühlen wieder dem Leben und den Lebenden zuwenden kann. (Worden, 2007, S.26)

Der aktuelle Forschungsstand besagt, dass 60% der Trauernden die Trauer ohne professionelle Unterstützung bewältigen kann. Für eine erfolgreiche Bewältigung der Trauer gibt es jedoch Aspekte die eine wichtige Rolle spielen: ausreichende Unterstützung *vor* dem Tod, um dem Trauernden die Möglichkeit zu geben alles zu tun was möglich war; eine gute Verabschiedung; soziale Unterstützung nach dem Tod, damit eine Vereinsamung verhindert wird und der Trauernde die Möglichkeit bekommt über das Erlebte zu sprechen und es so zu verarbeiten (Weber, Weiher & Smeding, 2008). Bei einem Suizid besteht oft nicht die Möglichkeit sich gut zu verabschieden und bereits vor dem Tod mit den Angehörigen zu besprechen was ihnen wichtig wäre noch zu tun. Der Suizid kommt in den meisten Fällen plötzlich und bringt somit eine schwierige Situation für die Hinterbliebenen mit sich.

3.4 Trauer nach Suizid

Jeder Todesfall führt zu Kummer und Trauer. Der Kummer zeigt sich in verschiedenen psychologischen und körperlichen Reaktionen und Trauer ist die gesellschaftlich und sozial akzeptierte Ausdrucksform dieses Kummers. Faktoren wie z.B. ob der Tod plötzlich, unerwartet oder gewaltsam (wie durch Suizid, Unfall oder Mord) eintrat oder absehbar war (wie bei Krankheit), haben mit Sicherheit einen bedeutenden Einfluss auf die Art und das Ausmaß der emotionalen Reaktion des Hinterbliebenen. Darüber ob diese Unterschiede jedoch auch Einfluss auf z.B. die

Tiefe der Trauer oder zu unterschiedlichen Bewältigungsproblemen führen, ist man sich nicht einig. Eine Reihe an Studien, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen stellten fest, dass es sich nach einem Suizid um eine besonders schwere Form der Trauer handelt und spezielle Schwierigkeiten bei der Verarbeitung des Verlustes entstehen (Winter et al., 2005). Dabei wurden einige Gründe aufgelistet, weshalb die Suizidtrauer schwerer zu bewältigen sein könnte. Bei dem Tod durch Suizid handelt es sich um einen plötzlichen und unerwarteten Tod, was eine Bewältigung deutlich erschwert. Oftmals handelt es sich beim Suizid um einen gewaltsamen Tod („harte“ Methoden), wodurch starke emotionale Verhaltensweisen hervorgerufen werden. Weitere Gründe sind, dass es sich beim Suizid um eine Todesform handelt die vermeidbar gewesen wäre und somit bei Angehörigen oft Schuldgefühle entstehen die lange erhalten bleiben. Suizide treten vermehrt in Systemen auf, die schon längst unter großem Stress stehen und somit wird der Trauerprozess durch mehrfachen Stress negativ beeinflusst (Winter et al., 2005). „Dieses Schuldgefühl ist ein besonders schwieriges Problem, wenn sich der Selbstmord im Kontext eines zwischenmenschlichen Konflikts zwischen Dahingegangenen und Hinterbliebenem ereignet hat.“ (Worden, 2007). Gewöhnliche Trauerrituale sind im Fall eines Suizids oft nicht möglich, wodurch die Halt gebende Funktion der Rituale nicht mehr vorhanden ist. Meist kommt es auch zu schlimmen Schuldzuweisungen, Vorwürfen und schwierigen Kommunikationsmustern zwischen den Beteiligten und den Hinterbliebenen fehlt die übliche soziale Unterstützung (Rudestam, 1992). Zusätzlich stellt Suizidalität in unserer und in vielen anderen Kulturen ein Tabuthema dar und führt bei allen Beteiligten zu negativen Gefühlen. Das führt dazu, dass Betroffene und Außenstehende sich von diesem Thema verstärkt distanzieren und das begünstigt eine Erschwernis der Trauerverarbeitung. Zudem werden tief liegende Lebenseinstellungen und Lebensmotivationen bewegt, wodurch sich die Frage gestellt wird, ob es überhaupt legitim ist sich das Leben zu nehmen und ob es für einen selbst in Frage kommen würde. Es gibt Anhaltspunkte, dass gerade beim Suizid die Umwelt eine negative Einstellung entwickelt und diese sich dann auch auf die Hinterbliebenen überträgt (Jordan, 2001). Infolge des Stigmas, das mit Suizid verbunden ist, können Hemmungen im Umgang mit den Hinterbliebenen entstehen. Dadurch kann es dazu kommen, dass Mitmenschen so verunsichert sind, dass sie ungewollt den Kontakt zu den Hinterbliebenen und der Thematik meiden. Dadurch ergibt sich ein Schweigen, das dem Trauernden die

Bewältigung deutlich erschwert, weil das gemeinsame und entlastende Trauern ausbleibt. Ein weiterer erschwerender Aspekt ist, dass oft aggressive Aussagen wie „Wie konnte sie euch das nur antun?“ und andere Abwertungen des Verstorbenen von den Mitmenschen getroffen werden, die dem Trauernden tiefen Schmerz zufügen, die Verarbeitung erschweren und dazu führen können, dass der Trauernde sich zurück zieht (Winter et al., 2005). „Darüber hinaus sind Hinterbliebene häufig einer Reaktion der Umwelt ausgesetzt, die, einer jahrhundertealten Tradition folgend, der Familie die Schuld an dem Suizid zuschreibt.“ (Winter et al., 2005, S.49). Schuldzuweisungen intensivieren die ohnehin schon starken Scham- und Schuldgefühle von Hinterbliebenen. Es kann zu einem starken Einbruch des Selbstwertgefühls kommen, zu Gefühlen des Versagens, weil man nichts tun konnte bzw. nichts bemerkt hat, zum Infragestellen des bisherigen Lebens, zu einem Rechtfertigungsdruck bis hin zu eigenen Suizidgedanken (Winter et al., 2005).

Auch wenn die genannten Faktoren den Trauerprozess erschweren, wird in der Wissenschaft nicht davon ausgegangen, dass sich Trauer nach Suizid deutlich von „Normaler“ Trauer unterscheidet, da keine speziellen Reaktionen der Hinterbliebenen festgestellt werden konnten. Daher wird nicht mehr davon ausgegangen, dass die Trauer nach einem Suizid unbedingt tiefer ist, sondern dass verschiedene Bedingungen den Prozess behindern oder komplizieren können (Winter et al., 2005).

3.5 Komplizierte Trauer

Das Erleben und die Verarbeitung von Verlusten ist in den letzten Jahren zunehmend zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung geworden. Daher wurde immer klarer, dass es aufgrund der sehr individuellen und unterschiedlichen Symptomatik schwierig ist pathologische Trauer diagnostisch einzugrenzen (Kersting et al., 2001). In der Literatur sind viele verschiedene Bezeichnungen für die nicht normal verlaufende Trauer aufzufinden: U.a. pathologische, komplizierte, traumatische und prolongierte Trauer. Die Debatte um den passenden Begriff spiegelt vor allem die Problematik, der nicht normal verlaufenden Trauer eine Normierung zu geben, wider. Bisher wird die komplizierte Trauer weder im DSM IV noch im ICD-10 als eigenständige Störung klassifiziert. Jedoch wird derzeit scharf darüber diskutiert die komplizierte Trauer in die nächste Version des DSM

aufzunehmen, da dies entscheidende Vorteile mit sich bringen würde. Zum Beispiel wäre eine Verbesserung empirisch validierter diagnostischer Instrumente, eine Identifizierung von Risikofaktoren und die Entwicklung und Überprüfung von Interventionen für entsprechende Risikogruppen möglich. Ein wichtiger Aspekt der gegen die Aufnahme der komplizierten Trauer in das Klassifikationssystem spricht, ist die Gefahr einer Pathologisierung der normalen Trauer (Rosner & Wagner, 2009). Es wurde nachgewiesen, dass eine Psychotherapie bei Menschen die einen normalen Trauerprozess durchlaufen sogar destruktiv sein kann (Bonanno, 2004). Dies verdeutlicht die Relevanz der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten. Letztendlich überwiegen die positiven Gesichtspunkte einer einheitlichen Klassifizierung von komplizierter Trauer, während die Problematik einer Eingrenzung der Symptomatik komplizierter Trauer bleibt. Individuelle und kulturelle Faktoren haben einen großen und bedeutenden Einfluss auf die Art der Trauerreaktion, sowie die Art der Beziehung zur verstorbenen Person und verschiedene Stressfaktoren nach dem Verlust wie z.B. die ökonomischen und familiären Bedingungen. Des Weiteren stellt die Überschneidung der Bereiche Trauer und Trauma eine Schwierigkeit dar (Rosner & Wagner, 2009).

Znoj unterscheidet die einfache von einer komplizierten Trauer in den vier Dimensionen: Verlauf, Symptomatik, physische Gesundheit und soziale Folgen. Er beschreibt bei der einfachen Trauer eine langsame Annäherung und Gewöhnung an die neue Situation und eine abflauende Intensität der gefühlten Trauer. Bei der komplizierten Trauer bestehen intensive Gefühle wie Wut, Schuld und Angst und es kommt zu einer lang andauernden Trauerreaktion. Eine Anpassung an die neue Realität kommt bei der einfachen Trauer zu Stande, bei der komplizierten Trauer hingegen nicht. Bezüglich der Symptomatik kommt es bei der einfachen Trauerreaktion zum Rückzug mit Weinen, wobei die Reaktion hierbei stark von den kulturellen Normen bestimmt wird. Bei der komplizierten Trauer kann es zu selbstschädigendem Verhalten, zu Panikattacken, zu depressiven Reaktionen, zur exzessiven Reizbarkeit, zu wiederkehrenden Intrusionen und einem Gefühl innerer Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit kommen. Auf die Gesundheit hat die einfache Trauerreaktion langfristig keine gesundheitsschädigenden Auswirkungen, wohingegen es bei der komplizierten Trauer zu Schlaf- und Essstörungen oder einer gesteigerten Anfälligkeit für Infektionskrankheiten kommen kann. Bei der einfachen Trauerreaktion kommt es kurzfristig zu einem Rückzug aus dem alltäglichen sozialen

Umfeld, was langfristig jedoch keine negativen Folgen hat. In der komplizierten Trauer kommt es häufig durch Vernachlässigung der Mitmenschen zu Problemen im beruflichen Bereich und zur Vereinsamung (Znoj, 2004).

3.6 Entwicklung von Kindern nach Suizid eines Elternteils

Wenn es zu einem Verlust im Kindes- oder Jugendalter kommt, kann es passieren, dass die Trauer nicht adäquat verläuft. Ob und wie Kinder trauern ist stark von ihrem kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand abhängig. Der Verlust eines Elternteils ist eindeutig ein Trauma, jedoch muss dieser nicht zwangsläufig zu einer Entwicklungshemmung führen (Worden, 2007).

Die Trauer von Kindern nach einem Suizid eines Elternteils ist jedoch eine andere Art von Trauer, als die nach anderen Ursachen (Borst & Hepp, 2012). Qualitative Tiefeninterviews von Ratnarajah & Schofield mit erwachsenen Söhnen und Töchtern von Eltern, die sich Jahre zuvor suizidiert haben zeigten, dass meistens schon lange vor dem Suizid schwerwiegende Familienprobleme wie Armut, Trennung, Vernachlässigung, Gewalt, abnormer Alkoholkonsum und/oder Depressionen vorlag. Nach einem Suizid wird bei solch einem Familienklima oft vieles verschwiegen, verheimlicht und das Erleben von Gefühlen wird nicht besprochen oder reflektiert. Als zusätzlicher Verlust kommt es in solchen Situationen häufig zu einem Wohnungswechsel, Schulwechsel und auch zu einem ständigen Fernbleiben des lebenden Elternteils, was die Fähigkeit zum Coping und die Bildung von Resilienz verhindert bzw. belastet. Als mittel- und langfristige Folgen werden frühe und häufig ungünstig verlaufende Partnerschaften sowie das erhöhte Risiko selbst einen Suizid zu begehen genannt (2008). Einige Studien zeigen auf, dass bei Kindern suizidierter Eltern häufiger Depressionen, Angstsymptome und Traumafolgestörungen diagnostiziert wurden. Häufige Schulwechsel, Partnerschaftsprobleme und Trennungen verstärken nachweislich diese Symptome. Die Reaktionen von Kindern nach dem Suizid eines Elternteils sind von tieferer Traurigkeit, Angst, Ärger und Scham besetzt als die Reaktionen von Kindern andersartiger Verluste und sie haben somit länger mit emotionalen Schwierigkeiten zu kämpfen (Borst & Hepp, 2012). Kinder im Alter von 5 bis 7 sind eine besonders sensible und verwundbare Gruppe, denn sie sind kognitiv so weit entwickelt, dass sie viele Erlebnisse des Verlustes

verstehen, aber ihre Fähigkeiten das Erlebte zu verarbeiten nicht ausgereift sind. Sie sind somit nicht in der Lage mit der Intensität der Emotionen umzugehen und sich selbst zu schützen (Worden, 2007). Obwohl Kinder unter etwa zehn bis zwölf Jahren noch nicht vollständig verstehen können was der Tod bedeutet, sollte man den Tod weder verharmlosen, noch mit metaphorischen Darstellungen erklären. Aus den Erklärungen muss deutlich hervorgehen, dass eine Rückkehr der verstorbenen Person ausgeschlossen ist, sie nun keine Traurigkeit und keinen Schmerz mehr spürt. Mit jeder weiteren kognitiven und sprachlichen Entwicklungsstufe benötigt das Kind ein dem Entwicklungsstand entsprechendes, aufklärendes Gespräch. Es ist wichtig, dass das Kind in diesen Gesprächen die Möglichkeit bekommt seinen Gefühlen gegenüber dem Verlust Ausdruck zu verleihen (Borst & Hepp, 2012). Wie eine Studie von Cain (2006) aufzeigt, nimmt ein Suizid nicht nur auf die eigenen Kinder Einfluss, sondern auch auf die Generation danach. Gefühle wie Scham, Schuld, Wut, Angst und auch das Schweigen und Geheimnisse wirken bis in die dritte Generation hinein und verhindern eine offene Kommunikation und unter Umständen auch das weitere Kinder kriegen, weil aufgrund der Umstände eine große Angst entsteht (Borst & Hepp, 2012).

4 Interventionen

Viele Angehörige berichten von Hilflosigkeit, erheblichen Schwierigkeiten ihren Alltag zu bewältigen und große Probleme mit der Trauer, dem Ausbleiben der Trauer oder die über Jahre andauernde und nicht endende Trauer. Besonders wenn Schuldgefühle und die Frage nach der Ursache im Vordergrund stehen, besteht eine große Bedrücktheit und Besorgnis. Verstärkt werden diese Gefühle durch das Ausbleiben von Gesprächen und die fehlende Unterstützung des sozialen Umfeldes (Hoffmann-Richter & Finzen, 1997). Aber wann sollten Betroffene professionelle Hilfe in Anspruch nehmen bzw. wann gilt Trauer als behandlungsbedürftig?

4.1 Wann sollte professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden?

Die Abgrenzung der Betroffenheit von der Behandlungsbedürftigkeit stellt ein großes Problem dar und die Tatsache, dass Hinterbliebene Unterstützung benötigen bedeutet nicht, dass sie automatisch behandlungsbedürftig sind. Das bedeutet Hinterbliebene sind nicht als psychisch krank zu bezeichnen, weil Trauer selbst keine Krankheit ist, jedoch besteht bei Trauernden ein erhöhtes Risiko psychisch oder körperlich krank zu werden. Aufgrund fehlender epidemiologischer Daten und der unzureichenden Operationalisierung des Begriffs „Hinterbliebene“ weiss man nicht wie viele tatsächlich betroffen sind, wie viele davon professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen und wie die Versorgung dieser garantiert ist (Winter et al., 2005).

Znoj hat eine Liste mit Symptomen angefertigt, die als Orientierung gelten kann, wann Trauer als behandlungsbedürftig gilt. Wenn eines der Symptome öfter oder sehr intensiv auftritt, sollte ernsthaft über professionelle Hilfe nachgedacht werden. Zu den Symptomen gehören starke Schuldgefühle, die mehr umfassen als den Handlungsvorgang in der Todssituation; eigene Suizidgedanken, die über den Gedanken an sich und den Wunsch bei der verstorbenen Person zu sein hinausgehen; eine so intensive Hoffnungslosigkeit, dass man sich nicht vorstellen kann jemals wieder da raus zu kommen bzw. das Leben wieder zu lieben; eine lang andauernde Spannung oder Depression, sich über Monate eingesperrt oder wie gelähmt fühlen; physische Symptome wie Herzstechen oder übermäßiger Gewichtsverlust, der die Gesundheit gefährdet; unbeherrschte und übermäßige Wut die das soziale Umfeld abschreckt, aber auch unterdrückte Wut, die zu Rachegeanken führt; vermehrte Konflikte am Arbeitsplatz und die anhaltende Unfähigkeit die Aufgaben des Alltags zu bewältigen; Missbrauch von Substanzen wie Alkohol, Medikamente etc., die helfen den Schmerz den die Trauer mit sich bringt zu unterdrücken (2004).

Die genannten Symptome können in jeder Trauer auftauchen. Sollten diese jedoch über einen längeren Zeitraum nicht abschwächen, deutet dies auf einen komplizierten Trauerverlauf hin und bedarf einer professionellen Beratung zum weiteren Vorgehen (Znoj, 2004). So kann individuell geprüft werden, ob und welche Art von Unterstützung der Hinterbliebene benötigt.

4.2 Selbsthilfe

Von Berichten von Angehörigen weiß man, dass es weniger erwünscht ist eine Psychotherapie-Empfehlung zu bekommen, „sondern eine Gesprächsmöglichkeit zu finden, in der auch Schuldgefühle, mögliches Versagen und Zweifel geäußert werden können.“ (Hoffmann-Richter & Finzen, 1997, S.178). Viele berichten, dass sie in Selbsthilfegruppen mehr Verständnis und Empathie erlebt haben, als in einem psychotherapeutischen Setting, in dem es oft zügig um die Behandlung von Störungen ging (Hoffmann-Richter & Finzen, 1997).

Selbsthilfegruppen ermöglichen den Kontakt zwischen Hinterbliebenen die gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben und sich darüber austauschen möchten. Besonders bei Suizidhinterbliebenen bringt diese Form von Unterstützung große Vorteile mit sich, da besonders Scham und Schuld die Trauer erheblich erschweren und hier durch den Austausch das mit dem Suizid verbundene Stigma reduziert werden kann, die Betroffenen ganz praktische Hilfestellungen und Ratschläge bekommen und auch mit denen in Kontakt kommen die diese Form von Trauer bereits bewältigt haben und eine Vorbildfunktion übernehmen. Selbsthilfe ermöglicht dem Trauernden die persönliche Kompetenz im Umgang mit dem Erlebten zu entwickeln, sich auf die neue Realität einzustellen und dabei auch neue Lebensperspektiven zu entwickeln (Winter et al., 2005). Der Austausch mit Menschen die das gleiche erlebt haben besitzt dabei eine Qualität, die nur in diesem Rahmen zustande kommt (Seibl, 2001). Es kann zu einer großen Entlastung kommen, wenn man realisiert dass das eigene Erleben „normal“ ist und es auch erlaubt ist wieder zu lachen und das Leben zu lieben, denn Suizidhinterbliebene befürchten oft positive Gefühlsäußerungen könnten von Außenstehenden als mangelnde Liebe zum Verstorbenen beurteilt werden (Winter et al., 2005).

Trotz vieler Vorteile die eine Selbsthilfegruppe mit sich bringt, darf sie nicht als Ersatz für eine manchmal auch notwendige Psychotherapie gesehen werden. Sie stellt lediglich eine wichtige Ergänzung dar.

4.2.1 Selbsthilfe am Beispiel von AGUS e.V.

Die Initiative AGUS (Angehörige um Suizid) e.V. wurde 1989 von Emmy Meixner-Wülker aus der eigenen Betroffenheit heraus in Bayreuth gegründet. Die Initiative vergrößerte sich zu einer bundesweiten Organisation und 1995 folgte sogar die Eintragung als Verein. Aufgrund von großer Nachfrage sind mittlerweile zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen eingestellt, während der Vorstand und die Gruppenleiter ehrenamtlich arbeiten. Aktuell gibt es bundesweit ca. 800 Vereinsmitglieder und AGUS e.V. steht mit über 5000 Trauernden in Verbindung. Der Verein wird hauptsächlich über Spenden und Förderungen finanziert (AGUS e.V.).

Ziel des Vereins ist es die Suizidhinterbliebenen direkt zu beraten und zu betreuen, regionale Selbsthilfegruppen zu gründen und zu fördern und Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung des Themas Suizid durchzuführen. AGUS e.V. vermittelt Betroffene zur nächstgelegenen Selbsthilfegruppe bzw. vermittelt Kontakte zwischen Betroffenen mit ähnlichem Schicksal. Es werden Wochenendseminare organisiert, die nach Art der Verwandtschaftsbeziehung zum Verstorbenen (Partner, Tochter, Mutter etc.) differenziert, die von geschulten Betroffenen geleitet werden. Des Weiteren gehen zweimal jährlich per Rundbrief Mitglieder-Informationen rum und es werden Literaturempfehlungen gegeben, die auch auf der Webseite ersichtlich sind. Es finden bundesweite Jahrestagungen mit Fachvorträgen und Gesprächsgruppen statt; AGUS-Gruppenleiter werden in Grund- und Aufbauseminaren geschult. Vorträge, Unterricht und Schulberatung sind ebenfalls ein wichtiger Teil der Arbeit, wie auch die Mitarbeit im Nationalen Suizidpräventionsprogramm Deutschland (NaSPro) (AGUS e.V.).

Der Kontakt zu AGUS e.V. erfolgt überwiegend telefonisch, per E-mail oder über die Webseite. Wann es zu diesem Kontakt kommt ist abhängig vom Bedürfnis des Hinterbliebenen, denn manche bevorzugen nach dem Verlust zunächst einen Rückzug, andere sofortige Unterstützung. So kann es sein, dass sich einige Angehörige noch vor der Beerdigung bei AGUS melden, andere erst Jahre nach dem Suizid. Jeder Gruppenteilnehmer entscheidet selber wie oft er an den Sitzungen teilnimmt, denn es besteht keine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme. Dank der offenen Gruppenstruktur ist es jederzeit möglich für Neulinge in die Gruppe einzutreten. Die Gruppengröße liegt bei 6-15 Personen und es findet einmal monatlich ein Treffen von 2-3 Stunden statt. Die Mitglieder sind einander

gleichgestellt und entscheiden selbst wie die Gruppentreffen gestaltet werden. Da nur selten konkrete Themen für ein Treffen vorgegeben werden, besteht immer die Möglichkeit auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer einzugehen (AGUS e.V.).

4.3 Hinterbliebenenberatung

Die Hinterbliebenenberatung hilft Menschen, die eine unkomplizierte bzw. normale Trauer durchleben, den Kummer zu kanalisieren und die Trauer innerhalb eines dafür angemessenen Zeitraumes zu bewältigen. Eine Beratung kann dazu verhelfen seine Gefühle in Bezug auf den Verlust zu klären. Worden bezieht die Ziele der Hinterbliebenenberatung auf die im Kapitel 2.3 genannten vier Traueraufgaben. Zunächst ist das erste Ziel, die Realität des Verlustes bewusst zu machen und zu verstärken, woraufhin dem Beratenen dazu verholfen werden soll sowohl mit den ausgedrückten als auch mit den unterdrückten und verborgenen Gefühlen richtig umzugehen. Des Weiteren soll der Beratene Unterstützung bei der Anpassung an die neue Wirklichkeit, in der der Verstorbene fehlt, erhalten. Zum Schluss wird der Beratene durch den Berater dazu ermutigt, sich von dem Verstorbenen emotional auf eine gesunde Weise abzulösen und die ungebundenen Emotionen in eine andere Beziehung zu investieren (Worden, 2007).

Parkes nennt in seinem Aufsatz „Bereavement Counseling: Does it work?“ drei Grundtypen von Hinterbliebenenberatung. Zunächst zählt er die Gruppe der professionellen Helfer wie z.B. Ärzte, Psychologen, Schwestern oder Sozialarbeiter auf, die den Hinterbliebenen nach einem Verlust unterstützen. Als zweiten Typ nennt er diejenigen Dienste, die Freiwillige von Fachleuten auswählen und ausbilden lassen wie z.B. das Witwe-zu-Witwe-Programm. Der dritte Grundtyp meint die Selbsthilfegruppen, in denen Hinterbliebene sich gegenseitig unterstützen (1980).

Znoj betont, dass neben der emotionalen Verarbeitung auch die Neuorientierung des eigenen Lebens von großer Bedeutung ist. Trauerbegleitung darf nicht hauptsächlich aus dem „Zulassen der Trauer“ bestehen und dabei zu normorientiert sein, sondern auch eine aktive Auseinandersetzung mit dem Leben und den Aspekten, mit denen sich Trauernde konfrontiert fühlen, beinhalten (2007).

Worden nennt zehn Grundsätze, die Leitlinien für Berater darstellen und dabei helfen können, den Trauerprozess mit dem Klienten durchzuarbeiten und einen Weg aus der Trauer zu finden:

Der *erste Grundsatz* umfasst die Unterstützung des Beraters, beim Hinterbliebenen den Verlust zu aktualisieren. Oft erscheint der Tod der nahestehenden Person den Hinterbliebenen als unwirklich. Es ist wichtig dem Hinterbliebenen zunächst bewusst zu machen, dass der Verstorbene nicht mehr wieder kommt und der Tod der Realität entspricht. Erst dann können alle Emotionen, die zur Trauer dazu gehören, freigesetzt und bearbeitet werden. Der Berater kann dazu beitragen, indem er den Klienten dazu bringt detailliert über die Gesamtsituation (z.B. Details zur Bestattung, zum Tod, zur eigenen Reaktion und den Umständen) zu sprechen. Dies kann einige Zeit in Anspruch nehmen, denn viele Hinterbliebene müssen die Ereignisse viele Male durchgehen, bis sie realisieren können, dass es wirklich passiert ist (Worden, 2007).

Beim *zweiten Grundsatz* geht es darum den Hinterbliebenen beim erkennen und ausdrücken der eigenen Gefühle zu unterstützen. Viele Hinterbliebene haben Schwierigkeiten damit unangenehme Gefühle zuzulassen, insbesondere Gefühle wie Zorn, Schuld, Angst und Hilflosigkeit. Wenn diese Gefühle nicht ausreichend wahrgenommen und ausgelebt werden, ist der Ausweg aus der Trauer nicht möglich. *Zorn* kann, wenn er sich nicht gegen den Verstorbenen, das eigentliche Ziel, richtet, nach innen auf sich selbst gerichtet werden. Das kann zur Depression oder Schuld führen, das Selbstwertgefühl reduzieren oder im schlimmsten Fall auch zu eigenen Suizidgedanken führen. Der Berater sollte sich regelmäßig erkundigen, ob das der Fall ist, denn Selbstmordgedanken können auch aus dem Wunsch entstehen den Verstorbenen wiederzusehen. Zorngefühle werden selten zugegeben, wenn direkt danach gefragt wird. Wenn diese jedoch thematisiert werden, ist es wichtig den Klienten mit diesen Gefühlen nicht alleine zu lassen und ihm dabei zu helfen zu erkennen, dass die negativen Gefühle die positiven Gefühle nicht verhindern. Wenn die Person nur negative Gefühle empfindet, kann das ein Zeichen für unterdrückte Trauer und unterdrückte Zuneigungsgefühle sein (Worden, 2007).

Schuld ist ein sehr häufig vorkommendes Gefühl bei Hinterbliebenen. Die Gründe sind sehr vielfältig und individuell. Entscheidend ist jedoch, dass diese Schuld überwiegend irrational ist und sich auf die Todesumstände bezieht. Der Berater kann hier dazu verhelfen diese Schuldgefühle zu mindern, indem er bezüglich der

Schuldzuweisungen eine Realitätsprüfung durchführt. Wenn jemand Schuldgefühle hat, weil er der Meinung ist zu wenig getan zu haben, kann es helfen ihm vor Augen zu führen was er an Taten geleistet hat (Worden, 2007).

Angst ist häufig sehr präsent bei Hinterbliebenen und entsteht oft aus Gefühlen von Hilflosigkeit. Es wird befürchtet, man könnte den Alltag alleine nicht mehr bewältigen. Der Berater sollte in diesen Fällen mit dem Klienten besprechen, welche Dinge er auch vor dem Tod schon selbstständig erledigt hat. Das kann dazu beitragen diese Gefühle der Hilflosigkeit zu verringern. Ein weiterer Grund für Angst kann das Wissen um die eigene Sterblichkeit sein, die durch den Tod einer nahestehenden Person ausgelöst wird. Je nach Klient kann diese Angst um die eigene Sterblichkeit direkt angesprochen werden oder der Berater wartet ab und überlässt dem Klienten die Entscheidung ob über dieses Thema gesprochen wird.

Traurigkeit muss ebenfalls ausgedrückt werden. Dies geschieht meist in Form von Tränen, welche jedoch oft aus verschiedenen Gründen unterdrückt werden. Aus Angst kritisiert zu werden, Beziehungen zu Freunden zu belasten oder für andere peinlich zu sein. Hier kann der Berater zu einer neuen Betrachtungsweise verhelfen, dass Weinen sehr wichtig ist und das Weinen vor anderen besonders hilfreich sein kann. Der *dritte Grundsatz* beinhaltet die Hilfe beim Weiterleben in einer Realität ohne den Verstorbenen. Der Klient soll bei der Anpassung an ein neues Leben unterstützt werden, indem anhand von Problemlöse-Techniken geklärt wird worin die Schwierigkeiten des Hinterbliebenen bestehen und wie diese überbrückt werden können. Wichtig ist, dass der Trauernde mithilfe des Beraters die nötigen Fertigkeiten erlernt, um Aufgaben die zuvor erledigt wurden selbst zu übernehmen. Grundsätzlich sollte Trauernden davon abgeraten werden große und wichtige Entscheidung während des Trauerprozesses zu treffen, da die Urteilsfähigkeit in der akuten Phase getrübt sein kann. Im *vierten Grundsatz* geht es darum allmählich die emotionale Lösung vom Verstorbenen anzugehen. Besonders nach Verlusten eines Partners, brauchen Hinterbliebene oft Zuspruch, dass es in Ordnung ist neue Beziehungen einzugehen. Ein überstürztes Eingehen einer neuen Beziehung ist ebenfalls nicht anzuraten, da dies eine adäquate Lösung des Kammers verhindern kann und die neue Beziehung gefährden könnte. Der *fünfte Grundsatz* besagt, dass das Trauern seine Zeit braucht, denn es handelt sich dabei um einen Prozess der langsam vonstatten gehen muss. Familienmitglieder die möglichst schnell wieder einen normalen Alltag erzwingen wollen, können diesen langsamen Prozess erschweren.

Die Aufgabe des Beraters ist hierbei der betroffenen Person zu erklären, dass es normal und auch wichtig ist sich für diesen Trauerprozess Zeit zu nehmen. Der *sechste Grundsatz* bezieht sich auf das Verständnis und das Interpretieren normaler Trauerreaktionen. Trauernden sind viele Erfahrungen die sie im Trauerprozess machen müssen fremd und führen zu einer Verunsicherung. Der Berater hat hier die Aufgabe Aufklärung zu leisten und den Betroffenen zu beruhigen. Der *siebte Grundsatz* betrifft das Einkalkulieren individueller Unterschiede. Innerhalb einer Familie kann es dazu kommen, dass die einzelnen Familienmitglieder unterschiedliche Trauerreaktionen erleben. Dadurch kann es beim Betroffenen zur Irritation kommen und zur Frage, ob die eigene Reaktion normal ist. Der *achte Grundsatz* sieht einen kontinuierlichen Beistand vor. Gegenüber einer Therapie, die nur einen gewissen Zeitraum umfasst, ist ein Berater mindestens die ersten zwölf Monate nach dem Verlust kontinuierlich verfügbar. Umsetzbar ist die z.B. durch Gruppensitzungen, an denen regelmäßig teilgenommen werden kann. Der *neunte Grundsatz* einer guten Beratung ist, dass man gemeinsam mit dem Klienten seine persönlichen Abwehrverfahren und Bewältigungsstile analysiert, da diese durch eine belastende Situation wie einem Verlust verstärkt aktiv sein könnten. Bei einer guten Berater-Klient-Beziehung ist dies am besten möglich, da die Klienten ausreichend Vertrauen dem Berater gegenüber entwickelt haben, um sich zu öffnen. Es gibt gute Bewältigungsstile und Abwehrverfahren und es gibt jene, die nicht als gesund bzw. vernünftig bezeichnet werden. Der Berater könnte diese Bewältigungsstile erkennen und gemeinsam mit dem Klienten bewerten wie wirksam dieser Bewältigungsstil für ihn ist und unter Umständen andere mögliche Bewältigungsstile, die wirksamer sein könnten, erkunden und in Erwägung ziehen. Im *zehnten Grundsatz* wird die Anforderung an den Berater gestellt, eine komplizierte bzw. pathologische Trauerreaktion zu erkennen und den Klienten rechtzeitig an einen Therapeuten zu überweisen. Manchmal reicht eine Beratung nicht aus und es sind spezielle Interventionen erforderlich, die nicht zum Tätigkeitsbereich des Beraters gehören. Ein Berater sollte hier seine Grenzen kennen und einschätzen können ob er die nötigen Fähigkeiten besitzt diesen Fall zu beraten oder eine Überweisung an einen Therapeuten notwendig ist (Worden, 2007).

4.4 Hinterbliebenentherapie

Bisher gibt es keine speziell festgelegte Therapie für komplizierte Trauer (Znoj & Mearcker, 2008). Die Hinterbliebenentherapie nach Worden unterscheidet sich in ihrer Zielsetzung von der Hinterbliebenenberatung. In der Therapie stellt die Identifikation und Lösung der Trennungsproblematik, die die Bewältigung der Traueraufgaben blockiert, das Hauptziel dar. Eine Therapie ist dann indiziert, wenn die Trauerreaktion sich entweder als eine komplizierte und lang andauernde Trauer, als laviertes somatisches oder Verhaltens-Symptom oder sich auf eine übermäßig abnorme Art und Weise zeigt (Worden, 2007).

Die Trauertherapie nach Znoj und Maercker ist indiziert, wenn der Betroffene selbst seine Trauer als unerträglich empfindet. Die Intensität der Trauerreaktion wird von der Art der Beziehung zur verstorbenen Person bestimmt - deutlich stärker als andere Umstände. Die therapeutische Vorgehensweise ist abhängig von der Ursache der komplizierten Trauer. Sie kann sich durch eine bereits vorhandene psychische Störung, durch eine emotionale Überreaktion und dysfunktionale Kognitionen oder durch motivationale Konflikte ergeben. „Je nach Intensität der Realitätsverleugnung und des entsprechenden Vermeidungsverhaltens sollten die Behandlungsprioritäten anders gesetzt werden.“ (Znoj & Maercker, 2008, S.411). Aus diesem Grund ist es dringend notwendig individuelle Therapiekonzepte zu erstellen. So unterschiedlich die verschiedenen Trauertherapien auch sind, das Hauptaugenmerk liegt immer auf der emotionalen Verarbeitung der Ereignisse (Znoj & Maercker, 2008).

Maercker (1999) beschreibt ein modulares Programm, das aus Vertrauensaufbau, Psychoedukation, Konfrontation mit vermiedenen und assoziierten Stimuli sowie kognitiven therapeutischen Techniken besteht. Die vier großen Hauptbereiche sind die klärungs- und bewältigungsorientierten Verfahren, die Ressourcenaktivierung und die Aktivierung von problematischen Bereichen. Bei den klärungsorientierten Verfahren besteht die Zielsetzung darin die problematischen Überzeugungen einzusehen, eine Orientierung über die Trauer und ihre Symptome zu schaffen, eine Normalisierung wahrgenommener Gedanken und Gefühle zu erreichen, die Motivationen zu klären und schließlich eine Neuorientierung anhand narrativer Techniken zu erlangen. Das bewusste Wahrnehmen und Ausdrücken der Emotionen ist das relevanteste Kriterium therapeutischer Intervention bei komplizierter Trauer.

Dies kann jedoch nur bei einer guten Therapeut-Klient-Beziehung und ausreichend Vertrauen zustande kommen. Dabei müssen zeitgleich personale und soziale Ressourcen aktiviert werden. Erforderlich ist auch das Klären der Beziehung zum Verstorbenen, wobei Briefe schreiben oder ein Besuch der Grabstätte unterstützend wirken können. Beim bewältigungsorientierten Vorgehen kommt es zur Konfrontation mit den bisher stark vermiedenen Reizen. Ziel ist eine Veränderung der problematischen Kognitionen und Einstellungen, das Trainieren sozialer Kompetenzen und das Ermöglichen von korrigierenden Erfahrungen, wo auch Genusstraining ein wichtiger Teil von ist. Ressourcenaktivierung beinhaltet die Aktivierung von sozialen Kompetenzen, von positiven Gefühlen und Erfahrungen und sozialen Netzwerken. Hierbei sollen positive Erfahrungen mit der verstorbenen Person ermöglicht werden.

In der Problemaktivierung ist das Thematisieren und Symbolisieren des Verlustes sehr wichtig. Unangenehme und schmerzhaft Gefühle müssen erwähnt und besprochen werden und der Hinterbliebene mittels verschiedener Übungen mit solchen konfrontiert werden. Der Therapeut unterstützt den Trauernden dabei, den Gefühlen Ausdruck zu verleihen und die Beziehung zur verstorbenen Person zu rekonstruieren. Oft verstärkt sich Trauer durch ambivalente Gefühle und Haltungen gegenüber der Verstorbenen Person oder generalisierte Schemata sind die Ursache für lang andauernde Trauer. Aktivierende Techniken sind von großer Bedeutung, denn pathologische Schemata können nur im aktivierten Zustand bearbeitet und verändert werden. Es kann ein großer Widerstand den aktivierenden Techniken gegenüber bestehen, da oft eine große Angst besteht die schmerzhaften Emotionen noch einmal durchleben zu müssen. Daher ist es besonders wichtig, dass der Therapeut sich darauf einstellt und sich gut vorbereitet. Zu den aktivierenden Techniken gehören z.B. der Gebrauch von Symbolen, wie Fotos oder ähnliche Dinge, die man mit der verstorbenen Person verbindet. So besteht die Möglichkeit Emotionen zu aktivieren und inhaltlich diese Themen zu bearbeiten. Das Schreiben von Briefen ist ebenfalls sehr wirksam beim Aktivieren von Gefühlen und Gedanken und es kann zu einer Sortierung ambivalenter Gefühle der verstorbenen Person gegenüber dienen, Offenstehendes zu klären und abzuschließen. Durch Rollenspiele kann die Selbstwirksamkeitsüberzeugung erhöht werden und Fähigkeiten, die nützlich für den Umgang mit der Umwelt sind, geübt werden (Znoj & Maercker, 2008).

Erfolge sind z.B. schon vorhanden, wenn der Hinterbliebene ohne Vermeidungsstrategien und Schutzverhalten auf das Ansprechen, auf die verstorbene Person, reagieren kann. Neue Beziehungen können eingegangen und bestehende Beziehungen wieder gepflegt werden, da die emotionale Verbindung zur verstorbenen Person in einer transformierten Form verbleibt und somit keinen negativen Einfluss mehr auf das weitere Leben und andere Beziehungen hat. Traurigkeit, Sehnsucht und andere Gefühle der Trauer können auftauchen, werden jedoch in adäquater Form ausgedrückt und werden als kontrollierbar empfunden (Znoj & Maercker, 2008).

Bei einem Vergleich bisheriger Untersuchungen dominiert das konfrontativ-bewältigungsorientierte Verfahren mit positiven Effekten (Znoj & Maercker, 2008).

5 Diskussion

Aktuell lässt sich eine Vielzahl an Literatur zum Thema Suizidalität auffinden, allerdings beschäftigt sich nur ein geringer Teil davon mit den Folgen von Suizid auf ihre Umgebung und die Hinterbliebenen. Obwohl die Suizidraten seit 1980 kontinuierlich sinken, gehört Suizid immer noch zu den häufigsten Todesursachen. Die Suizidrate ist fast doppelt so hoch wie die Rate der durch Verkehrsunfälle Verstorbenen und ist trotzdem nicht so präsent wie andere Todesursachen, welche eine viel geringere Rate aufweisen. Dieses Missverhältnis zeigt, dass Suizidalität auch heute noch weitgehend ein Tabuthema darstellt. Sowohl für die Prävention als auch für die Intervention von Suizidalität ist es höchst relevant dieses Thema zu enttabuisieren. Besonders für die Trauerarbeit mit den Hinterbliebenen ist die Enttabuisierung der Thematik von höchster Bedeutung.

Trauer stellt häufig einen schwierigen und langen psychischen Prozess dar. Trauernde Menschen finden oft wenig Unterstützung und Platz für ihre Trauer und Mitmenschen reagieren oft überfordert auf sie. Die Meinung, dass es sich bei Trauer um einen krankhaften Gemütszustand handelt für den man sich schämen muss, ist sehr verbreitet. Für Hinterbliebene nach Suizid gilt das jedoch in besonderem Maße, da es sich um einen besonderen Todesumstand handelt und dieser bei den Hinterbliebenen zu Gefühlen von Schuld und Scham führt. Diese, oft lange anhaltenden und tief sitzenden, Gefühle verhindern oft einen „normal“ verlaufenden

Trauerprozess. Zusätzlich werden die Bedürfnisse von Hinterbliebenen und ihre Existenz immer noch nicht ausreichend wahrgenommen. Unmittelbar nach einem Suizid werden Angehörige oft mit der Polizei konfrontiert und werden befragt, obwohl sie sich oft in einem Schockzustand befinden, weil sie unmittelbar mit der Gewaltsamkeit und der Unnatürlichkeit der Todesart Suizid konfrontiert werden. Das Realisieren, dass ein nahestehender Mensch verstorben ist, dauert bei Hinterbliebenen nach Suizid oft länger.

Studien konnten bisher zwar nicht nachweisen, dass es sich nach einem Suizid um eine schwerere Form von Trauer handelt, jedoch konnte nachgewiesen werden, dass es besonders nach einem Suizid viele Faktoren gibt die den Trauerprozess erschweren: Bei einem Suizid handelt es sich meistens um einen gewaltsamen Tod der vermeidbar gewesen wäre, Vorwürfe und Schuldzuweisungen verstärken die ohnehin schon vorhandenen intensiven Scham- und Schuldgefühle, das soziale Umfeld wendet sich ab und es fehlt die gewohnte soziale Unterstützung. Die überforderten Freunde und Bekannte wenden sich oft aus Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit ab, obwohl der Hinterbliebene gerade in dieser Situation den Rückhalt bräuchte. Aufgrund solcher Erschwernisse ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine komplizierte Form des Trauerprozesses entsteht, sehr hoch. Somit wird deutlich, dass gerade Hinterbliebene nach Suizid eine Beratung oder Unterstützung durch eine Selbsthilfegruppe dringend benötigen.

Gerade die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen ist sehr effektiv, da es für Betroffene sehr erleichternd sein kann mit Menschen zu sprechen die in der gleichen Situation sind und die gleichen Gefühle durchleben. So erfahren Betroffene besonders viel Verständnis, Anteilnahme und ein Gefühl der Gemeinschaft. Diese Form von therapeutischer Unterstützung kann somit eine sehr wertvolle sein. Wenn jedoch festgestellt wird, dass es sich um eine komplizierte Form von Trauer handelt, ist eine Psychotherapie indiziert. Da Hinterbliebene nach Suizid ebenfalls eine Risikogruppe für Suizid darstellen, ist eine angemessene Intervention von großer Bedeutung. Somit ist eine Intervention bei Hinterbliebenen nach Suizid gleichzeitig auch Prävention.

In den letzten Jahren sind bezüglich der psychosozialen Versorgung viele positive Entwicklungen zu verzeichnen, wie zum Beispiel die Gründung des Vereins AGUS e.V. und die dadurch zunehmende Aufklärung zum Thema Suizid. Die Verbreitung von Selbsthilfegruppen in Deutschland führt dazu, dass immer mehr Betroffene die

Möglichkeit haben in ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe zu besuchen und ihre Trauer besser zu verarbeiten. Durch verschiedene Projekte, die vermehrte Aufklärung zum Thema Suizid und die zunehmende Beachtung der Hinterbliebenen wird zu einer Enttabuisierung der Thematik beigetragen. Trotz der positiven Entwicklungen bringt dieser Bereich noch viele Probleme mit sich und es muss noch viel getan werden, damit ein offenerer Umgang mit dem Thema Suizid möglich wird und die Hinterbliebenen mit weniger Erschwernissen, der ohnehin schon schwer zu bewältigenden Trauer, zu kämpfen haben.

Des Weiteren ist eine Abgrenzung zwischen normaler und komplizierter Trauer und die angemessene Aufnahme dieser in die nächste Version des DSM oder ICD von großer Bedeutung. Durch eine Aufnahme in das Klassifikationssystem wäre eine Verbesserung empirisch validierter diagnostischer Instrumente, eine Identifizierung von Risikofaktoren und die Entwicklung und Überprüfung von Interventionen für entsprechende Risikogruppen möglich. So könnte besser beurteilt werden um welche Form von Trauer es sich handelt und welche Form der Intervention in diesem Fall indiziert ist.

Literaturverzeichnis

- Bayerlein, K. (2013). AGUS - Angehörige um Suizid e.V. Zugriff am 15.8.13, www.agus-selbsthilfe.de
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychology*, 59, 20-28.
- Borst, U. & Hepp, U. (2012). Die Leiden der Angehörigen. Suizidalität und Suizid in der systemischen Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 13(2), 36-40.
- Cain, A.C. (2006). Parent suicide: Pathways of effects into the third generation. *Psychiatry*, 69(3), 204-227.
- Flüchter, P., Müller, V. & Pajonk, F.-G.B. (2012). Suizidalität - Procedere im Notfall. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*. 107, 469-475.
- Haenel, T. (1983). Die Beurteilung des Suizidrisikos. *Sozial- und Präventivmedizin*. 28, 71-75.
- Haller, R. & Lingg, A. (1987). Selbstmord. Verzweifeln am Leben?. Wien: Hannibal Verlag
- Hegerl, U. & Fichter, M.M. (2005). Suizidales Verhalten und Suizid. *Verhaltenstherapie*. 15, 4-5.
- Hoffmann-Richter, U. & Finzen, A. (1997). Zwischen Schuld und Trauer: Die Angehörigen nach dem Suizid. In Finzen, A. (Hrsg.), *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen* (S.177-186). Bonn: Thieme.
- Jakoby, B. (2007). *Keine Seele geht verloren. Hilfe und Hoffnung bei plötzlichen Todesfällen und Suizid*. München: Langen Müller Herbig.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav.* 31. 91-102.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Schütt, K., Wesselmann, U. & Rothermundt, M. (2001). Traumatische Trauer – ein eigenständiges Krankheitsbild?. *Psychotherapeut*. 46, 301-308.
- Mearcker, A. (1999). Psychotherapie von posttraumatischen Belastungsstörungen und komplizierter Trauer. *Psychomed*, 11, 45-50.
- Oetzelberger, M. (2010). *Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

- Oldenburg, J. (2007). Lebensstrategien. *Ein Simulationsmodell zur Früherkennung von Suizidalität und Optionen zur Stärkung der Lebensfähigkeit.* (S.11-33). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Parkes, C.M. (1980). Bereavement Counseling: Does it work?. *British medical journal*, 3-6.
- Ratnarajah, D., Schonfield, M.J. (2008). Survivors' narratives of the impact of parental suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 38, 618-630.
- Reisch, T. (2012). Wo kann Suizidprävention ansetzen? – Vorschlag eines 6-Phasen-Modells suizidaler Krisen. *Psychiatrische Praxis*, 39, 257-258.
- Rosner, R. & Wagner, B. (2009). Komplizierte Trauer. In Maercker, A. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S.441-456). Berlin Heidelberg: Springer.
- Rudestam, K. E. (1992). Research contributions to understanding the suicide survivor. *Crisis*. 13, 41-46.
- Rübenach, S.-P. (2007). Todesursache Suizid. *Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Schneider, B. (2003). *Suizidologie. Risikofaktoren für Suizid*. Regensburg: Roderer Verlag.
- Seibl, R. (2001). Hinterbliebene von Suizidopfern auf der Suche nach Antworten und Wegen aus der Krise. *Psychiatrische Praxis*, 28, 348-350.
- Teismann, T. & Dormann, W. (2013). Suizidalität - Risikoabschätzung und Krisenintervention. *Psychotherapeut*. 58, 297-311.
- Weber, M., Weiher, E. & Smeding, R. M. (2008). Arzt und Trauer. *Medizinische Klinik*. 103, 532-539.
- Winter, S., Brockmann, E. & Hegerl, U. (2005). Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. *Verhaltenstherapie*. 15, 47-53.
- Wolfersdorf, M. (2008) Suizidalität. *Nervenarzt*. 79, 1319-1336.
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.
- Worden, J.-W. (2007). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Bern: Huber.
- Znoj, H. (2004). Komplizierte Trauer - Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H. J.& Maercker, A. (2008). Trauerarbeit und Therapie der komplizierten Trauer. In Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual* (S.410-415). Heidelberg: Springer

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich mit meiner Unterschrift, dass die Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet zu haben. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner anderen Behörde vorgelegen.

Stendal, den 26. August 2013