

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Fachbereich 07: Psychologie und Sportwissenschaft

Diplomarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
einer Diplom-Psychologin

Thema:

Hinterbliebene trauern: Erfahrungen in Trauergruppen nach Suizid
Eine qualitativ-sozialwissenschaftliche Untersuchung

Vorgelegt von:

Nicola Zelle aus Bonn

Erstgutachter: Prof. Dr. Franz Breuer
Ko-Gutachter: Prof. Dr. Wolfgang Keil

Münster, den 06. Juni 2007

Danke

Ich möchte allen Menschen meinen Dank sagen, die es mir ermöglichten, diese Arbeit entstehen zu lassen.

Vor allem den Mitgliedern der Trauergruppen nach Suizid, den Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleitern, meinem Lebensgefährten Thomas Edion, dem Supervisor, sowie Prof. Dr. Franz Breuer und dem Forschungskolloquium.

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung in die Thematik: Angehörige nach Suizid.....	6
1.	Suizid.....	6
1.1	Definition und Begriffswahl Suizid.....	6
1.2	Häufigkeit von Suiziden.....	8
1.3	Ursachen von Suiziden.....	8
2.	Angehörige nach Suizid.....	12
2.1	Definition Angehörige nach Suizid.....	12
2.2	Anzahl der Angehörigen nach Suizid.....	12
3.	Trauer.....	13
3.1	Definition Trauer.....	13

3.2	Trauerverlauf und allgemeine Determinanten von Trauer.....	14
4.	Determinanten von Trauer nach Suizid.....	15
4.1	Plötzlich und unerwartet.....	15
4.2	Todesumstände, Abschiedsbrief.....	16
4.3	Gewaltsame Tode.....	16
4.4	Erschwertes Abschiednehmen.....	17
4.5	Infragestellen des bisherigen Lebens.....	17
4.6	Stärkere Schuldgefühle und die Frage nach den Ursachen des Suizids.....	18
4.7	Gefühl des Versagens und Abgelehntseins, Angst beschuldigt zu werden.....	19
4.8	Bewältigen, dass der Gestorbene seinen Tod selbst herbeiführte.....	20
4.9	Eigene Suizidgedanken und Wut auf den Toten.....	20
4.10	Schuldzuweisungen des Umfeldes und fehlende soziale Unterstützung.....	21
4.11	Verlauf von Trauer nach Suizid.....	21
II.	Gesellschaftlicher, kultureller, religiöser und historischer Rahmen...23	
1.	Der Rahmen von Trauer allgemein.....	23
2.	Der Rahmen von Trauer nach Suizid.....	25
2.1	Staat.....	25
2.2	Glaubensgemeinschaften.....	26
2.3	Schule.....	26
2.4	Psychiatrie.....	27
2.5	Reaktionen der Umwelt.....	27
3.	Professionelle Hilfsangebote für Angehörige nach Suizid.....	30
III.	Fragestellung und methodische Herangehensweise.....	32
1.	Verfahrensdokumentation.....	32
1.1	Vorannahmen und mein Bezug zum Thema.....	32
1.2	Die Entwicklung der Fragestellung.....	33
1.3	Fragestellung.....	35
1.4	Auswahl der Erhebungsmethode.....	35
1.5	Die Suche nach Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern.....	36
1.6	Die Gespräche.....	36
1.7	Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner.....	38
1.8	Äußere Struktur der Trauergruppen nach Suizid.....	38
1.9	Geltungsbereich der Ergebnisse der Gespräche.....	39
2.	Argumentative Interpretationsabsicherung.....	40
IV.	Die Ergebnisse der Gespräche mit den Angehörigen nach Suizid.....	42
1.	Soziale Rahmenbedingungen und Effekte der Trauergruppen nach Suizid.....	42

1.1 Die Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleiter und ihre Effekte.....	42
1.2 Die Schicksalsgemeinschaften und ihre Effekte.....	45
2. Inhaltlicher Rahmen und Effekte der Trauergruppen nach Suizid.....	48
2.1 Probleme, mit denen die Angehörigen nach dem Suizid konfrontiert waren und ihre Verarbeitung in den Gruppen.....	48
2.1.1 Keine (institutionalisierten) Ersthilferegeln.....	48
2.1.2 Kein (institutionalisiertes) Hilfsnetz.....	49
2.1.3 Trauerkultur.....	52
2.1.4 Noch zu wenig Aufklärung zu Trauer nach Suizid.....	53
2.1.5 Die Forschung kennt noch nicht die Ursachen von Suiziden.....	57
2.2 Weitere Gruppeninteraktionen und ihre Effekte.....	60
V. Zusammenfassung, Diskussion und Forschungsausblick.....	64
VI. Literaturverzeichnis.....	78
VII. Anhang.....	88
Anhang A: Adressen für Angehörige nach Suizid in Deutschland.....	88
Anhang B: Gesprächsleitfaden und Brief an die Trauergruppen nach Suizid.....	96
Anhang C: Transkriptionsregeln.....	99
Anhang D: Brief an die Angehörigen mit Bitte um Rückmeldung.....	100
Anhang E: Die entwickelten Modelle zu Trauergruppen nach Suizid.....	101

I. Einführung in die Thematik: Angehörige nach Suizid

„Es ist nicht einfach, die richtigen Worte für den Umgang mit Tod und Trauer zu finden“ (Paul, 2004, S. 12). Deswegen bitte ich um Verzeihung und Rückmeldung, wenn ich die passenden Worte nicht finde.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, von welchen Erfahrungen Angehörige nach Suizid berichten und welche Erfahrungen sie in Trauergruppen nach Suizid machten.

Die Arbeit gliedert sich in die folgenden Kapitel:

In diesem ersten Kapitel gebe ich eine kurze Einführung in die Thematik. Ich definiere die Begriffe Suizid, Angehörige nach Suizid, Trauer, Trauerverlauf und allgemeine Determinanten von Trauer, sowie die besonderen Determinanten von Trauer nach Suizid.

Kapitel zwei beschreibt gesellschaftliche, kulturelle, religiöse und historische Rahmenbedingungen, in denen sich Angehörige nach Suizid bewegen können.

Kapitel drei enthält die Fragestellung und die methodische Herangehensweise.

Kapitel vier erläutert die Ergebnisse der Gespräche mit den Angehörigen nach Suizid.

In Kapitel fünf fasse ich die Arbeit kurz zusammen, reflektiere sie und gebe einen Ausblick auf weitere lohnende Forschungsarbeiten.

1. Suizid

Wie definiere ich den Begriff Suizid? Warum habe ich nicht die Begriffe Selbstmord oder Freitod gewählt? Wie häufig geschehen Suizide und was könnten deren Ursachen sein? Diese Fragen werde ich nun als erstes klären:

1.1 Definition und Begriffswahl Suizid

Der Begriff Suizid kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Selbsttötung (Bronisch, 2002, S. 8-9). Ein Suizid ist eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung mit tödlichem Ausgang. Es ist nicht entscheidend, ob der Tod bewusst oder unbewusst gesucht wurde (Hömmen, 1989, S. 20). Ich habe hier eine sehr weite Definition des Begriffs Suizid gewählt, um keine Angehörigen auszuschließen. Denn wenn Angehörige den Tod ihres Nahestehenden als Suizid begreifen, so ist das ausschlaggebend. Demgemäß kann die gegen das eigene Leben gerichtete Handlung, auch in einem Unterlassen einer lebenserhaltenden Handlung bestehen. Beispiele hierfür sind die Nichteinnahme von lebenswichtigen Medikamenten, Nahrungsmitteln und/ oder Flüssigkeit (Suizid, 2006, S. 1). Unter Suizid ist hier auch die verzögerte Selbsttötung zu verstehen (dagegen Bronisch, 2002, S. 12; Comer, 2001, S. 231). Man nennt sie auch Suizide auf Raten, subintentionale Tode oder chronische Suizide (Comer, 2001, S. 231). Dazu gehören Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Magersucht, extreme Fettsucht, sowie riskante Aktivitäten mit einem hohen Risiko für Leib und Leben der Betroffenen. Unfälle können sogenannte verdeckte bzw. unerkannte Suizide sein (AGUS, 2007b, S. 1). Gehen einem Suizid die Tötung anderer Menschen (meist Partner und/ oder Kinder) voraus, spricht man von einem erweiterten Suizid. Auch der Amoklauf mit abschließendem Suizid ist ein erweiterter Suizid, bei dem der Amokläufer blindwütig Menschen tötet (Suizid, 2006, S. 2). Des Weiteren zähle ich den Opfertod zu den Suiziden (dagegen Bronisch, 2002, S. 12). Beim Opfertod tötet man sich für einen anderen Menschen, eine Gemeinschaft, eine Idee, eine Ideologie oder für einen Glaubensinhalt (Bronisch, 2002, S. 12).

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird oft das Wort „Selbstmord“ verwendet (Suizid, 2006, S. 2). Doch der Wortbestandteil „Mord“ lässt die Assoziation von Verwerflichkeit und Handlung aus niederen Beweggründen mitschwingen. Dadurch klingt die jahrhundertealte Verdammung, Tabuisierung und Diskriminierung an, die sich gegen „Selbstmörder“ und ihre Angehörige gerichtet hat. Ihre Not und das Leiden kommen in diesem Wort nicht zum Ausdruck (Krisenhilfe Münster, 2005, S. 1).

Der Begriff „Freitod“ erweckt Assoziationen dahingehend, dass jemand aus freiem Willen in den Tod gegangen sei. Vertreter dieses Wortes wollen betonen, dass der Suizid die letzte und radikalste menschliche Freiheit sei (Krisenhilfe Münster, 2005, S. 1). Doch suizidieren sich Menschen selten „frei“, bei klarem Bewusstsein und nach reichlicher Überlegung (Aebischer-Crettol, 2000, S. 12; Otzelberger, 2005, S. 18). Die Entscheidung zum Suizid wird meistens in einer Phase existenzieller Not und psychischer Einengung getroffen (Diodà & Gomez, 1999, S. 9; Krisenhilfe Münster, 2005, S. 1).

Daher bevorzuge ich das neutrale und in der Wissenschaft übliche Wort des Suizids (Bronisch, 2002, S. 8-9; Otzelberger, 2005, S. 18), das lediglich die Handlung der Selbsttötung und nicht deren Motive beschreibt (Suizid, 2006, S. 2).

1.2 Häufigkeit von Suiziden

In Deutschland suizidieren sich pro Jahr zirka 12.000 Menschen. Unberücksichtigt sind dabei die unerkannten Suizide, wie zum Beispiel ungeklärte Unfälle, heimliches Absetzen oder Nehmen von Medikamenten, oder Essensverweigerung (AGUS, 2007b, S. 1). Die

Dunkelziffer beträgt 25 Prozent. Männer töten sich fast dreimal so häufig wie Frauen. Die Suizidhäufigkeit nimmt mit fortschreitendem Alter kontinuierlich, nach dem 60sten Lebensjahr beschleunigt, zu. Suizide sind die häufigste Todesursache in der Altersgruppe der 15- bis 35-jährigen, gefolgt durch den Tod durch Unfall (Dross, 2001, S. 54; Suizid, 2006, S. 3). Die Zahl der Suizide in Deutschland ist rückläufig (Statistisches Bundesamt, 2003, S. 1). Zurückgeführt wird dies auf eine verbesserte fachärztliche Versorgung und die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen (Suizid, 2006, S. 3).

1.3 Ursachen von Suiziden

Was können nun die Ursachen von Suiziden sein? Nach landläufiger Meinung tragen Menschen, die sich suizidieren, nicht die Verantwortung für ihr Tun. Nach dieser Ansicht suizidieren sie sich nicht wirklich selbst, sondern werden von den Umständen und der Lieblosigkeit ihrer Mitmenschen getötet (Paul, 2004, S. 83). Doch Menschen, die gefoltert und in Lagern gefangen gehalten wurden, Vergewaltigungen und Demütigungen ausgesetzt waren, haben zu Hunderttausenden mit diesen Erfahrungen weitergelebt. Auch werden Trennungen, Arbeitslosigkeit und Krankheiten von vielen sensiblen Menschen überlebt. Äußere Faktoren können also nicht für sich allein genommen die Entscheidung zum Leben oder zum Suizid erklären. Für diese Entscheidung trägt jeder erwachsene Mensch selbst die Verantwortung (Paul, 2004, S. 83). Auch ist zu bedenken, dass man niemanden ständig daran hindern kann, sich zu suizidieren. Für einige Zeit kann es möglich sein das zu tun. Aber wenn jemand von seinem Entschluss, sich zu töten, nicht abzubringen ist, wird er oder sie irgendwann eine Möglichkeit finden, sich zu suizidieren. Darüber scheinen sich auch die verschiedenen Therapierichtungen einig zu sein (Dorrmann, 2002, S. 24). Jedoch muss man alles Menschen Mögliche tun, um das Leben von Menschen so lange wie möglich zu schützen und wenn möglich zu retten. Des Weiteren ist die Eigenverantwortung von Erwachsenen nicht dahingehend mißzuverstehen, dass man nun getrost lieblos mit anderen Menschen umgehen könnte.

Auslösende Faktoren von Suiziden sind zumeist belastende Ereignisse, Alkohol- und anderer Drogenkonsum, psychische Störungen und Modelllernerfekte (Comer, 2001, S. 234):

Menschen nach einem Suizidversuch nannten in einer Studie doppelt so viele belastende Ereignisse im Jahr vor ihrem Versuch, wie nicht suizidale depressive Menschen, oder nicht depressive psychiatrische Patienten (Cohen-Sandler et al., 1982, zitiert nach Comer, 2001, S. 234). Eins der verbreitetsten belastenden Ereignisse, im Zusammenhang mit Suizid, ist der Verlust eines geliebten Menschen durch Tod, Scheidung, Streit oder Zurückweisung (Jacobs et al., 1999, zitiert nach Comer, 2001, S. 234). Der Verlust des Arbeitsplatzes zählt ebenfalls zu solchen belastenden Ereignissen (Caces & Harford, 1998, zitiert nach Comer, 2001, S. 234). Naturkatastrophen können sogar bei Kindern zu einem Auslöser für Suizid werden (Krug et al., 1998, zitiert nach Comer, 2001, S. 234). Menschen reagieren unterschiedlich auf Belastungen: Manche suizidieren sich eher nach lang-, andere nach kurzfristigen oder episodischen Belastungen. Drei Arten langfristiger Belastung treten oft vor einem Suizid auf: Schwere Krankheit, Belastung durch Gewalt, oder durch den Beruf (Comer, 2001, S. 235).

Alkohol kann eine Rolle vor und während eines Suizids spielen. Durch Studien wurde belegt, dass mindestens 60 Prozent der Menschen kurz vor einem Suizid Alkohol trinken und dass ein Viertel auch im juristischen Sinne betrunken war (Flavin et al., 1990; Suokas & Lonnqvist, 1995, zitiert nach Comer, 2001, S. 236). Alkohol kann enthemmend auf Menschen wirken. Diese Wirkung fördert die Überwindung der Angst vor einem Suizid. Auch können die Gewalthemmungen eines Menschen (auch gegen sich selbst) gesenkt und Aggressionen ausgelöst werden. Zudem beeinträchtigt Alkohol die Urteils- und Problemlösefähigkeiten von Menschen. Auf Grund von Forschungen ist zu vermuten, dass andere Drogen eine ähnliche

Wirkung auf suizidgefährdete Menschen ausüben können (Comer, 2001, S. 236). Manchmal werden Alkohol und/ oder andere Drogen gezielt eingesetzt, um sich zu töten.

Menschen, die versuchen, sich selbst zu töten, müssen nicht an einer psychischen Störung gemäß dem DSM-IV-TR (Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, vierte Auflage - Textrevision) leiden. Doch sind bei mehr als der Hälfte der Suizidgefährdeten psychische Störungen zu beobachten (Jacobs et al., 1999, zitiert nach Comer, 2001, S. 236). Die psychischen Störungen, die am engsten mit Suizid verknüpft sind, sind Depressionen und bipolare Störungen (depressive und manische Phasen treten wiederholt auf), substanzbezogene Störungen (insbesondere Alkoholismus), und Schizophrenie (Comer, 2001, S. 193, 236).

Die Gründe für den Zusammenhang zwischen substanzbezogenen Störungen und Suizid sind unklar (Weiss & Hufford, 1999, zitiert nach Comer, 2001, S. 237). Möglicherweise führen der langfristige Konsum von Alkohol und/ oder anderen Drogen, der damit verbundene Lebensstil, die medizinischen Komplikationen chronischen Drogengebrauchs, - oder das Gefühl, von einer Droge nicht mehr loszukommen, - zu Suizidgedanken. Der Konsum von Drogen, als auch die Suizidideen, könnten aber auch von einem dritten Faktor verursacht sein, wie zum Beispiel von psychischen oder physischen Schmerzen, oder Verzweiflung (Frances & Franklin, 1988, zitiert nach Comer, 2001, S. 237).

Eine populäre Meinung besagt, dass sich Menschen mit Schizophrenie suizidieren, weil die Stimmen in ihrem Kopf ihnen das befehlen würden oder weil sie die Vorstellung hätten, Suizid sei eine großartige und noble Handlung. Forscher fanden aber heraus, dass das Motiv von Menschen mit Schizophrenie meistens eher in einer Demoralisierung zu sehen ist (Reid, 1998, zitiert nach Comer, 2001, S. 237). Es sind vor allem junge und arbeitslose Menschen mit Schizophrenie, die sich suizidieren. Nach wiederholten Rückschlägen glauben sie, dass sie ihr Leben mit dieser Störung nicht bewältigen können (Comer, 2001, S. 237).

Modelllernerfekte können ebenfalls zu Suiziden beitragen: Manche Menschen machen Suizidversuche, nachdem sie von einem Suizid gelesen oder einen miterlebt haben (Diodà & Gomez, 1999, S. 94). Vielleicht zeigte ihnen der Suizid des anderen Menschen einen scheinbaren Ausweg aus ihren Problemen, oder er gab ihnen den letzten Anstoß dazu. Drei Arten von Suiziden scheinen insbesondere Suizide auslösen zu können: Suizide von berühmten Menschen, Suizide mit großer Wiederhall in der Öffentlichkeit, und Suizide von Kollegen (Comer, 2001, S. 237-238). Ein Suizid kann folglich ein ansteckendes Phänomen sein. Er kann Ängste in Bezug auf die eigene Suizidgefährdung auslösen (Diodà & Gomez, 1999, S. 94).

Zahlreiche Situationen können zu einem Suizid führen, doch viele Menschen in einer solchen Situation versuchen nicht, sich zu suizidieren. Daher ist zu vermuten, dass es zusätzlich noch andere Faktoren geben könnte, die zu einem Suizid beitragen können. Im Folgenden habe ich aus der Vielzahl von Suizidtheorien (siehe zum Beispiel Aebischer-Crettol, 2000a, S. 68ff.; Hartmann, 2003, S. 22ff.; Ringel, 2002) psychoanalytische, biologische, und soziokulturellen Theorien ausgewählt, und werde sie kurz vorstellen:

Psychoanalytische Theorien nach Freud (1917, zitiert nach Comer, 2001, S. 239) vermuten, dass Menschen bei einem realen oder empfundenen Verlust eines geliebten Menschen, diesen schließlich unbewusst in ihre eigene Identität integrieren und dann sich selbst gegenüber ähnliche Gefühle, wie gegenüber dem verlorenen Menschen, verspüren. Negative Gefühle gegenüber dem verlorenen Menschen können als Selbsthass erlebt werden und eine depressive Reaktion zur Folge haben. Teilweise wurde diese Auffassung durch Forschungsarbeiten gestützt (Kaslow et al., 1998, zitiert nach Comer, 2001, S. 239).

Soziologische Theorien nach Emil Durkheim (1897, zitiert nach Comer, 2001, S. 240) besagen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizids dadurch bestimmt werde, wie stark ein Mensch in soziale Institutionen (zum Beispiel Familie, Kirche und Gemeinde) integriert sei. Je mehr sich ein Mensch zugehörig fühle, desto geringer sei das Suizidrisiko bei diesem

Menschen. Doch bestehe wahrscheinlich eine Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen und individuellen Faktoren (Comer, 2001, S. 240).

Manche biologische Theorien haben herausgefunden, dass bei Menschen, die sich suizidiert haben, oft ein niedriger Serotoninspiegel (Botenstoff des Gehirns) zu finden ist (Mann & Arango, 1999, zitiert nach Comer, 2001, S. 242). Der niedrige Serotoninwert könnte für aggressive Gefühle und impulsives Handeln verantwortlich sein und Menschen für sich selbst oder andere gefährlich werden lassen (Comer, 2001, S. 242).

Leider können auch diese Theorien nicht alle Suizidarten erklären. Wahrscheinlich sind viele komplexe Zusammenhänge für Suizide verantwortlich, die miteinander verbunden werden müssen. Ein befriedigendes Erklärungsmodell für Suizide fehlt noch (Comer, 2001, S. 239).

2. Angehörige nach Suizid

Wie definiere ich den Begriff Angehörige nach Suizid?

2.1 Definition Angehörige nach Suizid

Angehörige nach Suizid sind Familienangehörige, Freunde und alle Menschen, die sich der oder dem Gestorbenen verbunden fühlen (Paul, 2004, S. 12). Sie sind „Trauernde, die einen nahe stehenden Menschen durch Suizid verloren haben, unabhängig davon, wie lange dies her ist“ (AGUS, 2007a, S. 1). Auch das weitere soziale Umfeld leidet oft unter den Folgen des Suizids und je nachdem lange. Folglich muss der Begriff Angehörige nach Suizid, neben Familie und Freunden, auch Kollegen, Lehrer, Mitschüler, Therapeuten und andere professionelle Helfer, umfassen (McIntosh, 1996, zitiert nach Seibl, Antretter & Haring, 2001, S. 319-320; Wolfersdorf, 2006, S. 26). Wolfersdorf (2006, S. 28) geht von fünf unterschiedlichen Suizidhinterbliebenengruppen aus: Als erstes von den nächsten Angehörigen (Partner, Kinder, Eltern, Großeltern, Freunde), als zweites von den Helfern vor Ort (Polizei, Feuerwehr, Ärzte,), als drittes von den Mitarbeitern der Klinik (Therapeuten, Pfleger), als viertes von den Mitpatienten, und als fünftes von den Arbeitgebern.

2.2 Anzahl der Angehörigen nach Suizid

Jeder Suizidtote hinterlässt fünf bis sieben Angehörige. Folglich würden in Deutschland pro Jahr zirka 60.000 bis 80.000 Menschen direkt mit einem Suizid konfrontiert (AGUS, 2007b, S. 1). Diese Zahlen sind aber nur Schätzungen, da die Anzahl der Angehörigen bisher nicht erhoben und der Begriff Angehörige nach Suizid bis jetzt nicht genau operationalisiert wurde (Winter, Brockmann & Hegerl, 2005, S. 47). Mitschüler, Arbeitskollegen, Nachbarn, Vereinsfreunde, und andere Menschen mit mehr Distanz zum Toten, die jedoch trotzdem von Fassungslosigkeit, Hilflosigkeit und Trauer getroffen werden, sind bei diesen Zahlen nicht berücksichtigt. Die Trauer nach dem Suizid eines nahestehenden Menschen kann ein

lebensbestimmendes Thema sein (AGUS, 2007b, S. 1). Es ist zu vermuten, dass fast jeder jemanden kannte, der sich suizidiert hat (Otzelberger, 2005, S. 14).

3. Trauer

Wie ist der Begriff Trauer definiert, wie sieht ihr Verlauf aus, und welche Faktoren bestimmen Trauer?

3.1 Definition Trauer

Von Trauer wird im DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003, S. 809-810) gesprochen, wenn die Reaktion auf den Tod eines Nahestehenden im Vordergrund steht: Dauer und Ausdruck von Trauer sind kulturabhängig. Manche Trauernde entwickeln Symptome, die typisch für eine Depression sind (zum Beispiel Traurigkeit, Schlafstörungen, Appetitminderung und Gewichtsverlust). Die Diagnose einer Depression wird aber nicht vergeben, es sei denn, die Symptome sind zwei Monate nach dem Tod noch vorhanden. Folgende Beschwerden sprechen, laut DSM IV TR, eher für eine Depression als für Trauer:

1. Schuldgefühle, die sich nicht auf Handlungen beziehen, die der Überlebende zum Zeitpunkt des Todes getan oder nicht getan hat;
2. Gedanken an den Tod, außer solche Gedanken des Überlebenden, dass er besser auch tot wäre oder daß er mit der verstorbenen Person zusammen hätte sterben sollen;
3. krankhafte Beschäftigung mit Gefühlen von Wertlosigkeit;
4. deutliche psychomotorische Verlangsamung;
5. verlängerte und ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen und
6. andere halluzinatorische Erlebnisse als der Eindruck, die Stimme des Verstorbenen zu hören oder vorübergehend sein Gesicht zu sehen.

Diese Definition des DSM IV TR ist umstritten. Hautzinger (2003, S. 11), zum Beispiel, sieht es als krankhaft an, wenn die Trauer über sechs Monate unverändert anhält, oder wenn Suizidalität oder psychotische Symptome auftauchen.

Trauer kann sich auf kognitiver Ebene durch Verwirrtheit, Konzentrations-, Identitätsstörungen, Perspektivlosigkeit und durch die Suche nach Sinn, äußern. Emotional können Ärger, Gereiztheit, Feindseligkeit, Traurigkeit, Angst, Schuldgefühle, Sehnsucht und Einsamkeit (sozial, emotional), auftreten. Gesundheitsprobleme können sich entwickeln, wie zum Beispiel Atem-, Herz-, Verdauungsbeschwerden, und Störungen der Immunkfunktion. Soziale Störungen können die Folge sein, bestehend beispielsweise aus Rückzug von und Konflikten mit Mitmenschen (Fabry, 2005, S. 5).

3.2 Trauerverlauf und allgemeine Determinanten von Trauer

Beim Durchleben von Trauer kann es viele individuelle Unterschiede geben: Trauer kann, zum Beispiel, unterschiedlich intensiv erlebt werden. Bei manchen beginnt die Trauer, sobald sie von dem Verlust erfahren, bei anderen kommt sie später. Trauer kann nach kurzer Zeit abklingen, oder sie kann nie mehr weichen wollen (Worden, 2004, S. 41). Auf Grund unterschiedlicher Belastungen und Ressourcen (zum Beispiel soziale Unterstützung), gibt es andere Verläufe „der“ Trauer bei unterschiedlichen Menschen. „Trauer ist von Mensch zu Mensch so verschieden wie unsre Lebensläufe“ (Kübler-Ross & Kessler, 2006, S. 20). Trotzdem werden mehrere Trauerphasen und -modelle unterschieden (siehe zum Beispiel Canacakis, 1987; Kast, 1999; Smeding & Heitkönig-Wilp, 2005; Worden, 2004). Einen guten Überblick über Modelle findet man bei Diderich (2003). Mittlerweile ist man sich in der Literatur einig, dass es „den“ typischen Trauerverlauf nicht gibt (Winter et al., 2005, S. 50). Außerdem existiert keine generelle Notwendigkeit, zu trauern und den Verlust zu akzeptieren,

um psychisch gesund zu sein (Silver & Wortmann, 1980, zitiert nach Dross, 2001, S. 69). Eine richtige Art zu trauern gibt es nicht (Kübler-Ross & Kessler, 2006, S. 7). Was bei den einen Schwierigkeiten mit der Verlustbewältigung vorhersagen lässt, kann bei den anderen andere Folgen haben (Worden, 2004, S. 50). Doch auch wenn sich der Verlauf von Trauer beim Einzelnen nicht vorhersagen lässt, gibt es doch Determinanten von Trauer. Diese bestimmenden Faktoren ermöglichen zumindest Vermutungen über die Art und den Verlauf von Trauer. Parkes (1974, S. 139) entdeckte folgende Faktoren, die Einfluss darauf haben können, wie Trauer erlebt wird:

Frühere Erfahrungen (besonders Verluste wichtiger Personen), seelische Erkrankungen (speziell Depressionen), und Lebenskrisen vor dem Verlust, können das Trauererleben beeinflussen. Auch ist die Beziehung zum Gestorbenen von Bedeutung: Das Verwandtschaftsverhältnis (Partner, Kind, Eltern usw.), die Stärke und Sicherheit der Bindung, der Grad der Abhängigkeit, und die Intensität der Ambivalenz (Liebe und Hass), spielen eine Rolle. Streit unmittelbar vor dem Tod (so Aebischer-Crettol, 2000a, S. 256; Bodner, 2002, S. 181), sowie die Art und Weise des Todes (Zeitpunkt, Vorbereitung auf den Verlust), können Auswirkungen auf die Trauer haben. Das Geschlecht der Trauernden kann ebenfalls Einfluss darauf haben, wie getrauert wird. Des Weiteren ist das Alter des Angehörigen (siehe auch W. Stroebe, M. Stroebe & Schut, 2003, S. 116), sowie des Gestorbenen, und die Persönlichkeit (Neigung zu Gram, Gefühlsgehemtheit), von Bedeutung. Auch der sozioökonomischer Status, die Nationalität, der Glauben und die Gesellschaft, in der man lebt, sind Faktoren, die den Ausdruck von Trauer beeinflussen können. Kulturelle und familiäre Faktoren, soziale Stützsysteme, die Lebenssituation, auftauchende neue Lebenschancen, und sekundärer Stress, können ebenfalls Einflussfaktoren sein. Alle Determinanten von Trauer ausführlich zu beschreiben, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher werde ich mich nun auf Determinanten, die für Trauer nach Suizid kennzeichnend sind, konzentrieren:

4. Determinanten von Trauer nach Suizid

Das Sterben eines geliebten Menschen bedeutet für die Angehörigen Verlustschmerzen, Veränderung des Familiengefüges und der Zukunftsplanung. Dabei macht es einen Unterschied, ob der Tote gewaltsam (wie durch Unfall, Mord oder Suizid) oder auf Grund seines Alters gestorben ist. Ob die verschiedenen Todesarten auch eine unterschiedliche Tiefe der Trauer oder verschiedene Probleme bedingen, wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Winter et al., 2005, S. 48). Einige Studien (zum Beispiel Clark & Goldney, 1995; Jordan, 2001, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48) belegen eine besonders schwere Art der Trauer und spezielle Probleme bei der Verlustverarbeitung nach Suizid. Aus den folgenden Gründen könnte Trauer nach Suizid schwerer zu bewältigen sein, als Trauer nach anderen Todesarten (Rudestam, 1992, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48):

4.1 Plötzlich und unerwartet

Suizide sind oft plötzlich und unerwartet (Rudestam, 1992, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48). Verluste, die plötzlich und ohne Vorwarnung auftreten (wie zum Beispiel Unfälle, plötzliche Herztode), sind schwerer zu verarbeiten, als der Tod nach einer langen Krankheit (Winter et al., 2005, S. 48). „Die Lebensumstände der Angehörigen verändern sich von einem Augenblick zum nächsten“ (Paul, 2004, S. 9). Auch fehlt die Möglichkeit, sich vom Gestorbenen zu verabschieden (Stroebe et al., 2003, S. 115). Doch bedeutet vorgewarnt zu sein, nicht immer gewappnet zu sein. Auch wenn noch Zeit bestand sich, zum Beispiel, auf der Intensivstation zu verabschieden, man durch vorherige Suizidversuche gewarnt war, oder die Toten lange nicht gefunden werden konnten: Vortrauer kann die Trauer zwar lindern oder

abkürzen, das muss sie aber nicht (Kübler-Ross & Kessler, 2006, S. 17). Callahan (2000, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 318) vermutet, dass Angehörige nach Suizid besonders dadurch belastet sind, dass sie trotz ihres Wissens um den drohenden Suizid, diesen nicht verhindern konnten. Andererseits berichtet eine Mutter nach dem Suizid ihres Sohnes:

Ich glaube, die Tatsache, daß ich die Zeit hatte, die Entwicklung seiner Krankheit mitzuerleben, zu sehen, wie schmerzvoll es war, hat dazu geführt, daß ich mit dem Verlust leichter weiterleben kann. Ich hatte es auf verschiedene Weise viele Monate lang vor mir gesehen, und als es passierte, hatte ich schon einen Teil der Trauerarbeit hinter mir... (Böhle, 1992, S. 95).

Eine Angehörige erlebte ein Gefühl der Erleichterung, weil mit dem Suizid auch für sie eine lange Leidenszeit zu Ende gegangen war (Bättig, 2006, S. 21).

4.2 Todesumstände, Abschiedsbrief

Studien untersuchten weitere Faktoren, die Unterschiede bei der Trauerverarbeitung erklären könnten. Zu diesen Faktoren gehörte, ob der Angehörige Zeuge des Suizids war, den Toten entdeckt, oder den Leichnam am Ort des Todes gesehen hat. Eine Studie mit Teilnehmern einer Selbsthilfegruppe (Callahan, 2000, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49) ergab, dass wenn sie den Leichnam am Ort des Todes gesehen hatten, dies der stärkste Vorhersagefaktor für eine hohe Ausprägung ihres Leidens war. Des Weiteren könnte es zusätzlich belastend sein, wenn der Tote in der gemeinsamen Wohnung gefunden wurde oder an einem Ort, den man häufig sieht.

Außerdem ist es von Bedeutung, ob ein Abschiedsbrief vorhanden ist und welchen Inhalt er hat: Manche Abschiedsbriefe sind voller Liebe, Dank, Abschiedsschmerz und Hinweisen auf die inneren Zwänge, die die Gestorbenen leiteten. Belastend kann es sein, wenn in den Briefen Schuldzuweisungen stehen. Zu Lebzeiten hätten sie vielleicht ausgeräumt werden können, doch nun stehen sie auf dem Papier. - Viele töten sich aber ohne jeden Abschied und lassen damit viele Fragen unbeantwortet (Bodner, 2002, S. 182).

4.3 Gewaltsame Tode

Suizide sind zudem oft gewaltsame Tode (Winter et al., 2005, S. 48). Als gewaltsame oder harte Suizidmethoden werden Stiche, Schnitte, Ertrinken, Erhängen, Absturz, Schuss, und der Schientod bezeichnet. Als „weiche“ Methoden werden Tabletteneinnahme und Vergiften durch Gas angesehen. Vielleicht wird diese grobe, und nicht immer zutreffende, Unterscheidung auf Grund des vermuteten körperlichen Schmerzes bis zum Eintreten des Todes, oder durch den Grad der äußerlichen Zerstörung des Körpers, vorgenommen (Hartmann, 2003, S. 10). Die Vorstellung eines gewaltsamen Todes ist für viele Angehörige schwer zu ertragen (Winter et al., 2005, S. 48).

4.4 Erschwertes Abschiednehmen

Auch wird das Abschiednehmen vom Gestorbenen oft erschwert (Paul, 2004, S. 21). Bei einem Suizid muss geklärt werden, ob es nicht Mord, Totschlag oder ein Unfall war. Das heißt, dass die Polizei den Todesort absichern und den Körper des oder der Gestorbenen beschlagnahmen muss. Eventuell muss eine Obduktion vorgenommen werden (Winter et al., 2005, S. 48). Der Körper des Gestorbenen kann dann erst nach ein bis zwei Tagen freigegeben werden, - so lange dürfen Angehörige den Toten nicht sehen. Dies kann das Realisieren des Todes und das Abschiednehmen ebenso erschweren, wie gut gemeinte Ratschläge, den Toten lieber nicht anzusehen und ihn „so im Gedächtnis zu behalten, wie sie oder er war“ (Paul, 2004, S. 21). Außerdem müssen die Angehörigen verhört, persönliche

Dinge des Toten (zum Beispiel Computer, Tagebücher) gesichert, und die Wohnung nach einem Abschiedsbrief durchsucht werden (Winter et al., 2005, S. 48).

Mit dem Überbringen der Todesnachricht und den geschilderten Maßnahmen sind viele Polizisten zudem selbst überfordert. Auch Angehörige, die sich gegenseitig von dem Suizid benachrichtigen, tun dies oft auf eine Art, die von der eigenen Überforderung und Abwehr geprägt ist (Paul, 2004, S. 37-38). Wenn Medien unsensibel bzw. reißerisch über den Suizid berichten, kann dies eine weitere Belastung für die Angehörigen sein (Winter et al., 2005, S. 48).

4.5 Infragestellen des bisherigen Lebens

Durch den Tod eines geliebten Menschen können außerdem bewusste oder unbewusste Annahmen, wie unser Leben aussehen sollte, ungültig werden. Dazu kann die Vorstellung gehören, dass wenn wir alt sind, wir unsere Familie einladen, ihr sagen, dass wir sie lieben, und wir danach friedlich entschlafen. Ereignisse der Art, dass ein uns Nahestehender mit 40 Jahren an Krebs stirbt, oder sich suizidiert, oder ein Kind stirbt, sind nicht vorgesehen. Wenn solche Dinge geschehen, müssen wir nicht nur den Verlust eines Menschen betrauern, sondern auch den Verlust unseres Glaubens an eine sichere und gerechte Welt. Wir wissen zwar mit dem Verstand, dass Schlimmes geschieht, aber doch nicht uns,... (Kübler-Ross & Kessler, 2006, S. 102-103). Viele Angehörige nach Suizid glauben zudem, „sich auf nichts und niemanden mehr verlassen zu können. Wenn es möglich ist, dass der geliebte Mensch sich das Leben nimmt, dann, so die Befürchtung, sind alle anderen unvorstellbaren Dinge auch möglich“ (Diodà & Gomez, 1999, S. 57).

Suizide können plötzlich einen bis dahin als normal und funktionierend empfundenen Lebenszusammenhang zerstören. Ein solcher Tod kann eine scharfe Grenze zwischen dem Leben davor und dem Leben danach bewirken. Anders als bei einem Unfalltod kann ein Tod durch Suizid aber das gesamte Leben vorher in Frage stellen. Im Rückblick erscheint möglicherweise vieles als eine Ansammlung von Fehlern und versäumten Chancen (Paul, 2004, S. 30). Wenn der Nahestehende keine andere Lösung sah als den Suizid, dann muss ihnen die Tragweite seiner Not entgangen sein, meinen manche Angehörige (Diodà & Gomez, 1999, S. 112). Das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Situationen richtig einzuschätzen und sich entsprechend zu verhalten, kann tief erschüttert werden. Dadurch können Angehörige nach Suizid nicht nur den Verlust eines Nahestehenden zu verkraften haben, sondern zusätzlich noch den Verlust des Glaubens an sich selbst (Paul, 2004, S. 30). Kleine Fehler, die zu jeder Beziehung gehören, können im Nachhinein eine andere Bedeutung erhalten (Diodà & Gomez, 1999, S. 111). Ein Suizid kann dazu führen, dass Angehörige die gesamte Beziehung neu interpretieren und nicht mehr glauben, was sie vorher gefühlt und gedacht haben (Paul, 2004, S. 104). Das bisherige Leben wird in Frage gestellt: „Hat er mich und die Kinder überhaupt geliebt?“ (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49).

4.6 Stärkere Schuldgefühle und die Frage nach den Ursachen des Suizids

Untersuchungen zeigten zwei weitere Merkmale, die Angehörige nach Suizid von anderen Trauernden unterscheiden: Sie haben stärkere Schuldgefühle als Hinterbliebene nach anderen Todesarten, und sie haben ein stärkeres Bedürfnis zu verstehen, weshalb der Nahestehende starb. Angehörige nach Suizid suchen länger nach den Gründen für den Tod und sie stellen sich häufiger religiöse Fragen. Blutsverwandte befürchten zum Teil, dass sie durch Vererbung ebenfalls anfällig für Suizid sein könnten (Diodà & Gomez, 1999, S. 83). Ihre Schuldgefühle spiegeln sich in den Fragen wider, die sie sich in einer quälenden Endlosschleife stellen: „Warum?“ und „Warum konnten wir es nicht verhindern?“, fragen sie sich immer wieder.

Auf diese Fragen gibt es meistens keine Antwort, was sehr belastend für die Angehörigen sein kann. „Das Grübeln über versäumte Möglichkeiten, den Todeswilligen... zu retten und das Bewußtsein der eigenen Unzulänglichkeit lösen fast zwingend Schuldgefühle aus“ (Diodà & Gomez, 1999, S. 112). In jeder Beziehung gibt es Versäumnisse oder Verletzungen. Diese können aber ein besonderes Gewicht bekommen, wenn ein Suizid damit verbunden wird (Winter et al., 2005, S. 49). „Ich muss eine schlechte Ehefrau gewesen sein“ (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49), vermutet eine Angehörige. Jeder Mensch hat ein eigenes Innenleben, von dem auch sehr nahestehende Menschen nicht alles erfahren. Auch die beste Ehefrau oder Mutter, zum Beispiel, kann nicht alle Wünsche des geliebten Menschen erkennen und erfüllen (Diodà & Gomez, 1999, S. 115-116). Oft dauert es lange, bis vermeintliche Schuld zu den möglichen Ursachen und Auslösefaktoren eines Suizids ins rechte Verhältnis gerückt und relativiert werden können (Winter et al., 2005, S. 49). „Niemand kann die Verantwortung für ein anderes Leben übernehmen und niemand soll die Schuld... auf seine Schultern laden“ (Diodà & Gomez, 1999, S. 116).

4.7 Gefühl des Versagens und Abgelehntseins, Angst beschuldigt zu werden

Suizide bewirken oft ein Gefühl des Versagens („Ich konnte es nicht verhindern.“) und einen Einbruch des Selbstwertgefühls: „Ich bin es nicht wert, dass man meinetwegen weiterlebt“ (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49). Angehörige nach Suizid fühlen sich vom Gestorbenen häufiger abgelehnt als Angehörige nach anderen Todesarten (Diodà & Gomez, 1999, S. 83). Auch kann der Suizid einfach nicht wahr sein, weil er so unfassbar ist (Diodà & Gomez, 1999, S. 74). Manche verleugnen den Suizid. Dies kann auch aus Angst vor Schuldzuweisungen geschehen, da Suizide zumeist noch als verwerflich angesehen werden (Schütz, 2002, S. 14). Angehörige haben Angst vor dem Bekanntwerden des Suizids und öffentlicher Diskreditierung (Pohlmeier, 1976, zitiert nach Jörns, 1979, S. 113-114). Außerdem befürchten manche Angehörige, dass es das Andenken der Gestorbenen beschmutzen könnte, wenn die Leute erfahren, dass es ein Suizidtod war (Böhle, 1992, S. 121). „Niemand darf erfahren, dass der Vater meiner Kinder ein Selbstmörder ist“ (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49). Der Suizid wird, zum Beispiel, als Unfall ausgegeben, als Sturz aus dem Fenster oder als Vergiftung. Die Angehörigen leben dann mit der Angst, dass doch eines Tages bekannt wird, dass der oder die Gestorbene sich getötet hat (Böhle, 1992, S. 26). Wenn Kinder hinterlassen wurden, befürchten die erwachsenen Hinterbliebenen, dass die Kinder durch Unachtsamkeit oder Böswilligkeit anderer erfahren könnten, was geschehen ist: Dass andere erzählen, was sie selbst erzählen wollten, und dass andere Worte verwendet werden könnten, als sie selbst sie für richtig halten. Sie fragen sich oft: „Was soll ich den Kindern erzählen? Wann ist der richtige Zeitpunkt, es ihnen zu sagen“ (Böhle, 1992, S. 38-39)?

4.8 Bewältigen, dass der Gestorbene seinen Tod selbst herbeiführte

Der Tod eines geliebten Menschen bedeutet Leid und hinterlässt eine Lücke. Angehörige nach Suizid müssen zusätzlich die Tatsache bewältigen, dass der Gestorbene seinen Tod selbst herbeiführte (Diodà & Gomez, 1999, S. 15).

4.9 Eigene Suizidgedanken und Wut auf den Toten

Oft hat ein Suizid auch eigene Suizidgedanken und Wut auf den Toten zur Folge: „Wie konntest du mir das antun“ (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49)! Wut kann ein schwieriges Gefühl nach einem Suizid sein. Wie ist sie zu rechtfertigen, wenn sie sich gegen einen Menschen richtet, der sich suizidiert hat? Ein solcher Mensch soll

bedauert werden, nicht verflucht und beschimpft, meinen manche. Außerdem kann die Wut so groß sein, dass Angehörige den Toten am liebsten wegen des Suizids umbringen würden. Dies kann wieder Schuldgefühle auslösen. Wut kann jedoch wichtig sein, um Distanz zu den Toten zu schaffen (Paul, 2004, S. 84). Zum Teil wird die Wut stellvertretend an einem zufällig Anwesenden ausgelassen. Die Wut kann auch selbstzerstörerische Züge bis hin zum Suizid annehmen. Oft hat die Wut ihren Ursprung in der vermeintlichen, durch den Gestorbenen erfolgten, Ablehnung der eigenen Person (Aebischer-Crettol, 2000a, S. 246). Ein anderer Grund für die erhöhte Suizidgefährdung Angehöriger kann im Verstehenwollen des Toten liegen. So konnte eine Angehörige den Weg, den ihr Partner gewählt hatte, immer besser verstehen und fühlte sich ihm verbundener als mit dem Rest der Welt. Immer mehr schien ihr der Suizid auch eine Möglichkeit für sich selbst. Sie hatte das Gefühl, dass diese Mauer, die einen gesunden Menschen normalerweise vom Suizid trennt, mit seinem Suizid auch für sie plötzlich durchbrochen war (Bättig, 2006, S. 23-24).

4.10 Schuldzuweisungen des Umfeldes und fehlende soziale Unterstützung

Untersuchungen zeigten, dass Angehörigen nach Suizid häufig die sonst übliche soziale Unterstützung entzogen wird (Diodà & Gomez, 1999, S. 83; Winter et al., 2005, S. 48). Sie fühlen sich dann allein gelassen (Diodà & Gomez, 1999, S. 83) und befinden sich oft unter einem Rechtfertigungsdruck: „Wir haben unser Kind doch nicht vernachlässigt“ (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49). Wenn jemand nach einer Krankheit oder durch einen Unfall stirbt, wird von der Umwelt üblicherweise nicht die Frage gestellt, ob die Angehörigen Schuld an dem Tod haben könnten (Käsler, 1993, S. 110). Manche Therapeuten sind uninformiert über die Situation Angehöriger nach Suizid und sehen, gemäß dem gängigen Vorurteil, die Familie als die Schuldigen am Suizid an (Dunne, 1992, p. 35). Angehörige nach Suizid hören auch oft: „„Ich kann die immer gleichen Fragen nicht mehr ertragen, ich weiß auch keine Antwort““ (Winter et al., 2005, S. 50). Allgemeine Trauergruppen können sich von Angehörigen nach Suizid überfordert fühlen (Winter et al., 2005, S. 50). Das Scheitern der Hilfsversuche wird oft den Angehörigen angelastet. Unterschwellige Schuldzuweisungen begünstigen ein solches Verhalten. Ihnen wird vorgeworfen, sie wollten sich nicht helfen lassen. Dies kann bei ihnen das Gefühl hervorrufen, versagt zu haben, ein Gefühl, das Angehörige bereits als Folge des Suizids kennen. Selten können Trauernde nach Suizid von angemessener Unterstützung in Kliniken berichten (Dunne, 1992, p. 35). Sie befinden sich dann in Isolation, in einer Distanz zu Freunden und zu Helfern (Clark & Goldney, 1995, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49).

4.11 Verlauf von Trauer nach Suizid

Bei „unkompliziertem“ Trauerverlauf geht man davon aus, dass nach dem ersten Jahr sich die Situation verbessert hat. Alle Familienfeste, Geburtstage und Feiertage wurden einmal ohne den Gestorbenen erlebt, für die Angehörigen folgt eine Phase der Neuorientierung. Von Suizidtrauernden wird daher erwartet, dass nach dem ersten Trauerjahr eine langsame Normalisierung des Lebens stattfindet. Doch viele Angehörige nach Suizid haben zu diesem Zeitpunkt lediglich die ersten zwölf Monate „überlebt“ – eine Verarbeitung steht noch aus (Winter et al., 2005, S. 50). Aufgrund methodischer Mängel (zum Beispiel wurde die Zeit seit dem Suizid nicht erfasst; es gibt wenige Langzeitstudien) haben Untersuchungen widersprüchliche Befunde geliefert. So ist es unklar, ob es (unabhängig von der Art des Todes) möglicherweise verschiedene „Typen“ von Trauerverläufen gibt, die sich allerdings nach zirka anderthalb bis zwei Jahren, bezüglich der Schwere der Trauer, nicht mehr unterscheiden, - oder ob sich nicht doch die Trauer nach Suizid von der Trauer nach anderen Todesarten unterscheidet. Zum Beispiel könnte die Intensität der Trauer nach Suizid, nach

zwei bis drei Jahren, sogar noch zunehmen (Callahan, 2000; Jordan, 2001, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 50).

Die Charakteristika von Trauer nach Suizid weisen darauf hin, dass Hilfsbedürftigkeit nicht auf Behandlungsbedürftigkeit reduziert werden darf. Trauer ist keine Krankheit. Außerdem gibt es unterschiedliche Annahmen darüber, was normale und was krankhafte Trauer ist. Auch die Frage, ob eine gering ausgeprägte Trauer eher negative Konsequenzen hat (unter der Annahme, dass der Angehörige seine wahren Trauergefühle unterdrückt und abwehrt, was zu psychosomatischen Beschwerden führen kann), oder vielleicht im Gegenteil sogar positive Konsequenzen, ist aus heutiger Sicht nicht zu beantworten (Fabry, 2005, S. 4). Als praktische Konsequenz sollten professionelle Helfer ihre normativen Vorstellungen über regelgerechtes „gesundes“ und „pathologisches“ Trauern hinterfragen (Dross, 2001, S. 68).

Trotz dieser charakteristischen Determinanten von Trauer nach Suizid, haben Studien oft mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen Trauer nach Suizid, und Trauer nach anderen, vor allem gewaltsamen, Toden festgestellt (Barrett & Scott, 1990; Demi, 1984; Rudestam, 1992, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48). Man konnte keine nur für die Trauer nach Suizid charakteristischen Verhaltensweisen identifizieren (Ellenbogen, 2001, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48). In den siebziger Jahre sind in den USA Untersuchungen durchgeführt worden, die zeigten, dass bei Trauernden nach Suizid, die Trauer schwerer und komplizierter ist als bei Krankheit oder Unfall (Diodà & Gomez, 1999, S. 83). Inzwischen geht man aber davon aus, dass nach einem Suizid die Trauer selbst nicht notwendigerweise tiefer sein muss, sondern dass individuelle und gesellschaftliche Faktoren den Trauerprozess erschweren können (Diodà & Gomez, 1999, S. 82-83; Harwood et al., 2002; Jordan, 2001; McIntosh, 1993, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48). Erschwerende Faktoren des gesellschaftlichen Umfeldes werde ich im folgenden Kapitel skizzieren:

II. Gesellschaftlicher, kultureller, religiöser und historischer Rahmen

Angehörige nach Suizid bewegen sich in gesellschaftlichen, kulturellen, religiösen und historischen Rahmenbedingungen. Gesellschaftliche Konventionen regeln den Umgang mit Sterben und Tod, wie zum Beispiel bei Beerdigungen und dem Trauerjahr zu sehen ist (Winter et al., 2005, S.50). Kulturelle Riten, verbales und nonverbales Verhalten definieren, welches Trauerverhalten „angemessen“ ist (Barth, Kerp & Müller, 2003, S. 10). Dieser soziale Kontext unterliegt historischen Wandlungen. Er ist in drei Themenblöcke einteilbar: In den Rahmen der Trauer allgemein, in den Rahmen Trauer nach Suizid, und in derzeitige professionelle Hilfsangebote für Angehörige nach Suizid. Diese werde ich nun beschreiben:

1. Der Rahmen von Trauer allgemein

In unserer Gesellschaft lösen Begegnungen mit Trauernden allgemein eher Verlegenheit und Hilflosigkeit aus als fürsorgliche Anteilnahme (Voss-Eiser, 1988, S. 109-110). Der eigene Tod ist vielen Menschen so fremd, dass sie Angst davor haben, ein Testament zu machen. Sie befürchten, dass sie den Tod herbeirufen, sobald sie an ihn denken oder ihn vorbereiten. Daher werden auch die Sterbenden selbst gefürchtet und gemieden, und damit auch die Trauernden (Paul, 2004, S. 14). In einer Gesellschaft, in der Leistung und Konkurrenz, Jugend, Schönheit und permanente Gesundheit propagiert werden, - wo Alter, Krankheit und Sterben zum Verschwinden gebracht werden soll, - ist Trauer fehl am Platz (Canacakis, 1987, S. 85). Alte, Kranke und Sterbende gelten in unserer Gesellschaft als Verlierer, und sie haben auch gelernt, sich selber so zu sehen (Voss-Eiser, 1988, S. 110).

Trauern ist etwas, das jede und jeder mit sich alleine abmachen soll. Das ist in Israel zum Beispiel anders. Die Angehörigen werden dort eine Woche lang nicht allein gelassen. Das heißt im jüdischen Glauben die Schiwa, die Trauerwoche. Den Angehörigen werden alle

Haushaltstätigkeiten abgenommen. Es wird zusammen geweint und geklagt und über die Gestorbenen gesprochen. Alle, die sich angesprochen fühlen, sind im Haus der oder des Gestorbenen willkommen. Auch Bekannte und Mitarbeiter des Krankenhauses sind eingeladen, die ersten Trauertage mit ihnen zu teilen (Paul, 2004, S. 99).

In Südeuropa wird Trauer nach außen stark gefühlsbetont gelebt. Die Gestorbenen werden zu Hause aufgebahrt und die Angehörigen dürfen ihren Schmerz laut zum Ausdruck bringen (Diodà & Gomez, 1999, S. 121).

In Nordeuropa dagegen wird von Trauernden erwartet, dass sie die Beerdigung und die Trauer nach außen hin gefasst durchstehen (Diodà & Gomez, 1999, S. 121). Weinen wird eher als peinlich empfunden (Aebischer-Crettol, 2000a, S. 268). In unserer Gesellschaft gilt es als Stärke, wenn man Trauer schnell „überwindet.“ Wird die Trauer nicht genügend zugelassen, kann das jedoch zu Depressionen führen, die dann für die Betroffenen ein Rätsel sein können (Diodà & Gomez, 1999, S. 79; Kast, 1999, S. 93). Viele Trauernde teilen die abwertenden Urteile anderer Menschen über Gefühle und Trauer. Trauer ist aber keine Krankheit, kein beginnender Wahnsinn und keine Charakterschwäche (Paul, 2004, S. 59). Die zeitlich tolerierten Freiräume für Trauernde sind in unserer Gesellschaft zu kurz und werden der individuell unterschiedlich langen Trauer nicht gerecht (Diodà & Gomez, 1999, S. 78).

Genau wie Schuldgefühle und Schuldzuweisungen gehört auch Wut zu jeder Trauer dazu. Während Schuldgefühle von der Gesellschaft verstärkt werden, wird Wut schnell als unangemessen bewertet. Über Verstorbene soll „nur Gutes“ gesagt werden, heißt es. Für Frauen gilt es auch als gesellschaftlich akzeptabler, mit Schuldgefühlen zu reagieren, als wütend zu werden (Paul, 2004, S. 84). Doch kann Trauer zu Depressionen führen, wenn Wut auf den Verstorbenen nicht zugelassen werden darf (Kast, 1999, S. 94). Männern wird eher zugestanden, dass sie wütend und gewalttätig auf einen Verlust reagieren. Das Zerschlagen von Sachen, sich Betrinken und Schlägereien werden bei einem trauernden Mann bis zu einem gewissen Grad toleriert. Doch auch Wut kann zum Eindämmen von Trauer benutzt werden, wenn die Trauer nicht gelebt werden darf (Paul, 2004, S. 85).

Bis Mitte des letzten Jahrhunderts waren schwarze Kleidung, eine schwarze Armbinde oder ein Trauerknopf, das äußere Zeichen, das die Mitmenschen wissen ließ, dass der Träger in Trauer war. Es wurde „Trauer getragen.“ Diese Zeichen waren eine Bitte um Nachsicht, und haben eine soziale Rolle kenntlich gemacht, die mit bestimmten Verhaltensnormen und -erwartungen einhergingen. Mit dem Verschwinden der äußeren Hinweise auf Trauer, wuchs gleichzeitig die Isolation der Angehörigen. Heute kann keiner errahnen, ob er gerade einem Trauernden begegnet (Aebischer-Crettol, 2000a, S. 237-238). Außerdem wurde die Frage nach dem Befinden zur unverbindlichen Floskel degradiert. Wenige Menschen trauen sich mitzuteilen, wie es ihnen wirklich geht. Eine allgemeine Verunsicherung im Verhalten und Sprache ist im Umgang mit Tod und Trauer feststellbar (Aebischer-Crettol, 2000a, S. 238).

2. Der Rahmen von Trauer nach Suizid

Suizide unterliegen in unserer Kultur zudem nach wie vor einem verbalen Tabu (Otzelberger, 2005, S. 14; Winter et al., 2005, S. 48). „Dabei verstehe ich unter verbalen Tabus... Themen, über die nicht... kommuniziert werden soll...“ (Schröder, 1999, S. 1). Wenigen ist bekannt, dass in den alten und neuen Bundesländern schon über ein halbes Jahrzehnt die Zahl der Suizidtoten höher ist als die der Verkehrstoten. Jeder 67ste Mann und jede 143ste Frau suizidieren sich (Schmidtke & Weinacker, zitiert nach Bronisch, 2002, S. 9). Offiziell gab es Suizide in der DDR nicht. Es gab weder den Suizid des Pfarrers Oskar Brüsewitz noch den anderer Bürger. Suizid war ein Staatsverbrechen. Die Suizidzahlen unterlagen der Geheimhaltung (Otzelberger, 2005, S. 31-32). Man kann nur spekulieren, warum trotz des durch seine Häufigkeit kaum zu übersehenden Problems des Suizids der

Mantel des Schweigens über dieses Thema gelegt wird. Ist es die ehemalige Strafandrohung des Staates, die vergangene Haltung der großen Religionen dem Suizid gegenüber, oder ist es eine uns innewohnende selbstzerstörerische Tendenz, die wir fürchten und verleugnen müssen (Bronisch, 2002, S. 9)? Im Folgenden werde ich den Rahmen von Trauer nach Suizid auf den Ebenen Staat, Glaubensgemeinschaften, Schule, Psychiatrie, und Reaktionen der Umwelt, näher beschreiben:

2.1 Staat

In Deutschland waren bis zum Ende des 18. Jahrhunderts Suizidversuche unter Strafe gestellt (Otzelberger, 2005, S. 18). 1954 urteilte der Bundesgerichtshof: „Jeder Selbstmord, ..., ist vom Sittengesetz streng missbilligt, da niemand selbstherrlich über sein eigenes verfügen und sich den Tod geben darf“ (Sonderheft Suizid des Forums Ethik und Berufsethik, 1997, S. 8, zitiert nach Otzelberger, 2005, S. 30). Noch im Jahr 1972 wurde in einem Gerichtsurteil ein Suizid als „eine sittlich verwerfliche Willensentscheidung“ bezeichnet (Sonderheft Suizid des Forums Ethik und Berufsethik, 1997, S. 8, zitiert nach Otzelberger, 2005, S. 30). Auch der in der Umgangssprache verwendete Begriff „Selbstmord“, weist auf eine fortdauernde Verurteilung hin. Die Assoziation mit dem Straftatbestand des „Mordes“ liegt nahe (Otzelberger, 2005, S. 17). Der Begriff Selbstmord erklärt damit eine Verzweiflungstat zur kriminellen Handlung (Diodà & Gomez, 1999, S. 9; Käsler-Heide, 2001, S. 15). Doch nur die vorsätzliche Tötung eines anderen Menschen verwirklicht den Tatbestand des Mordes (AGUS, 2007a, S. 1). Ein Suizid ist straffrei (Paul, 2004, S. 119-120). Das Wort „Selbstmord“ ist stigmatisierend für alle, die mit ihm in Verbindung gebracht werden (Otzelberger, 2005, S. 17). Eine Stigmatisierung ist „eine Zuschreibung negativer Eigenschaften..., die zur Diskriminierung führt“ (Stigmatisierung, 2006, S. 1).

2.2 Glaubensgemeinschaften

Für die quälenden Schuldgefühle Angehöriger macht eine Angehörige das Christentum verantwortlich:

Ich finde es unerhört, dass es in Italien bis heute Priester gibt, die sich weigern, Verstorbene wie Andreas auf einen Friedhof zu beerdigen. Selbst wenn die Geistlichen in unserem Land liberaler sind, die moralische Haltung der Kirche spukt immer noch in vielen Köpfen herum (Diodà & Gomez, 1999, S. 29).

Seit 1983 darf, gemäß dem Gesetzbuch der katholischen Kirche, es nicht mehr verweigert werden, einen Suizidtoten kirchlich zu begraben. Die Begründung lautet:

Da es sich nicht nachweisen lasse, ob jemand in der Selbsttötung wirklich ein letztes Nein zu sich selbst und Gott gesprochen habe, verurteile die Kirche zwar die Sünde des Selbstmords, aber nicht den Menschen, von dem nicht sicher sei, ob er wirklich ein Selbstmörder bei klarem Bewusstsein gewesen sei (Otzelberger, 2005, S. 24).

Im evangelischen Erwachsenenkatechismus, Kursbuch des Glaubens, heißt es:

So wenig es also dem Christen ansteht, einen Selbstmörder zu verdammen, so sehr muß er sich ins Bewusstsein rufen..., dass es eine Anmaßung ist, sich selbst zum Herr über das eigene Leben zu ernennen. Nach christlicher Auffassung hat der Mensch kein Recht zu einem solch zerstörerischen Eingriff, da er sich das Leben auch nicht selbst gab, sondern mit einem Lebensauftrag von Gott geschenkt bekam (Otzelberger, 2005, S. 24).

Auch Auslegungen des Koran, des Talmud und buddhistischer Schriften haben Suizide verurteilt (Diodà & Gomez, 1999, S. 31; Tulku, 2000, S. 26).

2.3 Schule

Bei jungen Menschen ist das Thema Suizid noch ein Tabu (Schütz, 2002, S. 12). Auch in den meisten deutschen Schulen wird dieses Thema nicht behandelt. Viele Lehrer haben Angst, dass das Reden über Suizid es auslösen könnte, dass „so etwas passiert“ (Otzelberger, 2005, S. 51). Diese Angst ist auf unsere Tabus, und damit zusammenhängend auf unser magisches Denken, zurückführbar: Man glaubt, wenn man davon spricht, geschieht es. Solche Tabus sind eine Belastung, sowohl für suizidgefährdete Menschen, als auch für Angehörige nach Suizid. Doch ist offenes Sprechen über Suizid notwendig, um Suiziden vorzubeugen zu können (Böhle, 1992, S. 40).

2.4 Psychiatrie

Zudem werden Menschen nach missglücktem Suizidversuch häufig als Versager verachtet: „Nicht einmal das machen sie richtig“ (Dickhaut, 1995, S. 53). Suizid ist in unserer Kultur ein verwerfliches Tun, eine Sünde, eine Schande für die ganze Familie, eine Schande für den Berufsstand. Suizide werden vertuscht oder als Sensation ausgeschlachtet. Suizidgefährdete stoßen – ähnlich wie Suchtkranke – in ihrer Umgebung meist auf angstbesetzte Abwehr oder auf Feindseligkeit, oft auch bei Ärzten. Rat- und Hilflosigkeit, sowie Ohnmachtsgefühle gegenüber dem Verzweifelten, sind weit verbreitet (Dickhaut, 1995, S. 19-20). So wie Suizidgefährdete und Suizidtote stigmatisiert werden, so stigmatisiert die Gesellschaft auch deren Angehörige: „Ihnen wird unterstellt, psychisch kränker, weniger lebenswürdig, schuldiger, beschämter, psychisch behandlungsbedürftiger und depressiver zu sein als andere Trauernde“ (Diodà & Gomez, 1999, S. 83). Menschen neigen dazu, für Unbegreifliches Erklärungen zu suchen. Daher hat man früher, auch in der Wissenschaft, die Schuld an psychischen Erkrankungen in der Familie und bei den Angehörigen gesucht. Dies war ein Irrweg der psychiatrischen Forschung (BApK, 2003, S. 8). Doch haftet der Makel des Suizids noch an den Angehörigen (Otzelberger, 2005, S. 18).

2.5 Reaktionen der Umwelt

Tode lösen bei vielen Menschen Ängste vor dem eigenen Sterben aus, auch ohne dass sie selber direkt betroffen wären. Suizide bewirken ein noch höheres Distanzbedürfnis, da sich Fragen stellen wie: „Darf sich ein Mensch das Leben nehmen?“, „Wäre... Suizid auch für mich ein denkbarer Ausweg?“ (Winter et al., 2005, S. 48). Suizid ist daher „kein Thema, über das sich „locker plaudern“ lässt“ (Otzelberger, 2005, S. 16). Wenn jemand gestorben ist, wird meist gefragt, woran der Mensch gestorben ist, und eine zufriedenstellende Antwort erwartet. Der Unfalltod eines jungen Menschen wird meist als tragischer empfunden, als der natürliche Tod eines betagten Menschen. Doch lassen sich beide Antworten problemlos in unser Denkmuster einfügen: Der Unfall des Jungen ist trauriges Schicksal, der Tod des alten Menschen seiner hohen Lebensspanne zuzuschreiben. Die Antworten sind befriedigend, weil es nachvollziehbar ist, weshalb der Mensch starb. Außerdem vermutet der Fragende meistens, dass die Angehörigen nichts mit der Verursachung des Todes zu tun haben. Beim Suizid führte aber der Gestorbene seinen Tod selbst herbei. Deshalb ist der Fragende gezwungen, darüber nachzudenken, weshalb er sich suizidierte (Diodà & Gomez, 1999, S. 44-45). Durch die Konfrontation „mit der letzten Konsequenz des Todes“, entwickelt die soziale Umwelt häufig eine negative Einstellung dem Suizidtoten gegenüber, die auch auf die Angehörigen übertragen wird (Jordan, 2001, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 48). Daraus kann sich eine Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen nach Suizid ergeben: „Wie kondoliert man bei einem Suizid?“ Möglicherweise ohne es zu wollen, vermeiden sie das Thema und den Kontakt zu den Angehörigen. Angehörige nach Suizid sehen sich dadurch häufig von einer „Mauer des Schweigens“ umgeben. Die entlastende, gemeinsame Trauer fehlt (Winter et al., 2005, S. 48-49). Von Trauernden wird gefordert, dass sie sich rasch von der Trauer lösen und

in den Alltag zurückkehren. Wer nach zwei oder drei Monaten noch unglücklich und schwach ist, wird schnell für depressiv oder labil erklärt (Diodà & Gomez, 1999, S. 120; Paul, 2004, S. 58). Daher halten manche Angehörige mit Disziplin einen geregelten Alltag aufrecht: Familien werden versorgt, der Beruf gemeistert und soziale Kontakte gepflegt. Dahinter kann eine Verzweiflung stehen, die nicht an die Oberfläche dringen darf. Ein Grund für diese Anstrengung kann die Angst vor gesellschaftlicher Ächtung und sozialer Isolation sein. Auch kann die Angst bestehen, sich in einem Augenblick von Kontrollverlust, selbst zu suizidieren (Paul, 2004, S. 23). Die Erwartung von Mitmenschen, nach einem Jahr müsse „es aber gut sein“ mit dem Trauern, kann die Tendenz zum Verdrängen verstärken. Das Verdrängen der Gefühle kann aber dazu führen, dass anstelle von Wut, Angst, Sehnsucht und Schuldgefühlen, - sich eine Bitterkeit und ein verhaltener Zorn auf alles, was lebt und alle, die glücklich sind, einstellt (Paul, 2004, S. 77). Manche Menschen sehen in der „Gefasstheit“ der Angehörigen einen Hinweis darauf, dass ihnen der Suizid offenbar „ganz recht“ oder „egal“ sei. Das heißt, dass Trauernde für jedes Verhalten, das sie zeigen, sich rechtfertigen müssen (Paul, 2004, S. 49).

Im Denkmuster vieler außereuropäischer Kulturen dagegen, stehen die Angehörigen nicht im Mittelpunkt. Im Hochland des Himalajas sind Geister für einen Suizid verantwortlich. Dort ist es wichtig, den Gestorbenen beim Geleit ins Totenreich zu helfen und die Geister zu besänftigen oder zu vertreiben. Die Trauerzeit wird durch Rituale unterstützt und dauert häufig länger als in unserer Gesellschaft (Diodà & Gomez, 1999, S. 44-45).

Unabhängig von der Todesursache des Gestorbenen, erleben fast alle Trauernde, dass andere Menschen einer Begegnung mit ihnen aus dem Wege gehen, dass Freunde sich nicht mehr melden, dass andere Angehörige und selbst der Partner ihnen nicht zuhören wollen (Paul, 2004, S. 75). Auch Arbeitskollegen, Nachbarn und Bekannte sind häufig überfordert, die Angehörigen in ihrer Trauer zu unterstützen (Diodà & Gomez, 1999, S. 121). Die Hilflosigkeit und Abwehr anderer Menschen gegen das Thema Tod und Trauer verdoppeln sich, wenn es um Suizid geht (Paul, 2004, S. 75). Suizide werden oft unter dem Vorwand nicht angesprochen, dass man nicht unnötig in Wunden stochern will. Das kann Trauernde verstummen lassen (Diodà & Gomez, 1999, S. 121). Es hat kaum jemand gelernt, offen über Suizid zu reden. Suizide werden noch mit offener oder heimlicher Verachtung betrachtet (Otzelberger, 2005, S. 14). Doch wenn wir von den Toten nicht sprechen, machen wir sie zu, wie Fachleute sagen, einer Nicht-Person. Es ist, als haben sie nicht existiert (Böhle, 1992, S. 28-29). „Der Tod meines Mannes wurde einfach übergangen, es herrschte Schweigen. Da es für mich aber kein anderes Thema mehr gab, hatten meine Familie, Freunde und ich einander nichts mehr zu sagen. Ich war gezwungen, mir neue Freunde zu suchen“ (Diodà & Gomez, 1999, S. 122), erzählte eine Angehörige. „Der Verlust eines Menschen durch Suizid zieht so oft den Verlust von weiteren Bindungen nach sich“ (Paul, 2004, S. 75).

Susanne hat gelernt, mit dem Suizid ihres Mannes zu leben. Doch ihr Stigma als Witwe eines „Selbstmörders“ glaubt sie... nicht mehr loswerden zu können. Ein neuer Bekannter, dem sie kürzlich vom Tod ihres Mannes erzählte, fragte sie: „Hast du ihn denn nicht glücklich gemacht (Diodà & Gomez, 1999, S. 133)?“

Angehörige sind häufig einer Reaktion der Umwelt ausgesetzt, die, einer jahrhundertalten Tradition folgend, der Familie die Schuld an dem Suizid zuschreibt. Eine Pastorin fasste dies bei der Trauerrede eines durch Suizid verstorbenen Mannes treffend zusammen: „Trauernde haben einen Mitleidvorschuss, Suizidtrauernde einen Schuldvorschuss.“ Offene oder verdeckte Schuldzuweisungen („Es gibt immer Warnzeichen vor einem Suizid.“, „Suizidalität wird vererbt.“) können Schuldgefühle von Angehörigen verstärken (Winter et al., 2005, S. 48-49). Eine andere Angehörige „...erzählt, dass sie sehr kurz nach dem Tod ihres Sohnes in ihrem Schrank im Krankenhaus einen Zettel fand: Eltern von Selbstmördern sind selbst Mörder (Ide, 1988, S. 37)!“

Weitere Beispiele solcher erschwerender Aspekte sind Abwertungen des Gestorbenen in seiner Gesamtheit durch das Umfeld. Derartige Reaktionen können schmerzen und zu einem Rückzug der Trauernden führen (Winter et al., S. 49).

Angehörige, die schon vor dem Suizid durch Herkunft, Hautfarbe, Religion oder Lebensstil von gesellschaftlichen Normen abgewichen sind, können nach dem Suizid eine weitere Ausgrenzung erleben. Das Gefühl, ausgegrenzt und isoliert zu sein, von „allen“ abgelehnt zu werden, kann für Angehörige, die sich ohnehin als „Außenseiter“ empfinden, lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Für Angehörige, die vorher in einer relativ stabilen und gesellschaftlich angepassten Situation gelebt haben, kann soziale Ausgrenzung ein weiterer Schock sein (Paul, 2004, S. 75-76).

Der stärkste schützende bzw. hilfreiche Faktor ist hingegen die erlebte soziale Unterstützung durch Familie und Freunde. Das ergab eine Studie mit Teilnehmern einer Selbsthilfegruppe (Callahan, 2000, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49).

3. Professionelle Hilfsangebote für Angehörige nach Suizid

Welche professionellen Hilfsangebote gibt es für Angehörige nach Suizid in Deutschland? Shneidman (1972, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 289) prägte diesbezüglich den Begriff der Suizidpostvention. Als Suizidpostvention werden professionelle Angebote bezeichnet, die den nachteiligen Konsequenzen eines Suizids auf Nahestehende entgegenwirken sollen (Shneidman, 1971, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Resnick (1969, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 287) bezeichnet Postvention als „psychologische Resynthese.“ Wie Aebischer-Crettol (2000b, S. 289), verwende ich die Begriffe „professionelle Hilfsangebote für Angehörige nach Suizid“ bzw. „Begleitung von Hinterbliebenen.“

Bei einer geschätzten Zahl von 70.000 neuen Angehörigen pro Jahr erstaunt das geringe und teilweise unspezifische Hilfsangebot für Trauernde nach Suizid. Ideal wäre eine Palette von Hilfsangeboten, die Informationsmaterial, Aufklärung, Prävention und Gruppenangebote umfasst (Jordan, 2001, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 50). Pfarrer, Lehrer oder Erzieher, sind bzw. könnten, auch aufgrund ihrer früheren Beziehung zum Gestorbenen, wichtige Anlaufstellen für Angehörige nach Suizid sein (Winter et al., 2005, S. 51). Ähnlich verhält es sich mit Psychotherapeuten. Es gibt zwar Praxen und Kliniken, die Trauerbegleitung anbieten, doch sind es bisher zu wenige bzw. sind sie noch zu unbekannt.

Bis in die 90er Jahre existierten in Deutschland kaum Selbsthilfeangebote für Angehörige nach Suizid. Mittlerweile gibt es offene und geschlossene Trauergruppen nach Suizid, geführt von Angehörigen, professionellen Helfern oder gemeinsam geleitet von Vertretern beider Gruppen, - mit festgelegter Anzahl von Treffen versus nicht begrenzten Terminen. Die Zusammensetzung solcher Gruppen ist so heterogen wie die Gruppe der Angehörigen selbst: Partner, Geschwister, Eltern, Kinder, Enkel, Großeltern, und Freunde des Gestorbenen nehmen teil. Es bestehen regionale Initiativen wie zum Beispiel Neuhland, die auch einen Schwerpunkt auf Suizidprävention legen (Winter et al., 2005, S. 51). Von der Organisation „Verwaiste Eltern e.V.“ werden ebenfalls Trauergruppen nach Suizid angeboten. Obwohl es der Name „Verwaiste Eltern“ nicht vermuten lässt, können auch Geschwister und Großeltern zu den Gruppen kommen (Verwaiste Eltern, 2007, S. 1). Daher fände ich den Namen „Verwaiste Mütter, Väter, Geschwister“ oder „Verwaiste Nahestehende“ eindeutiger.

AGUS (Angehörige um Suizid) ist eine bundesweite Selbsthilfeorganisation für Angehörige nach Suizid in Deutschland (AGUS, 2007a, S. 1). Einen Überblick von Hilfsangeboten für Angehörige nach Suizid, mit weiteren Erläuterungen, habe ich im Anhang A (S. 88-95) zusammengestellt.

Leider ist es in Deutschland noch oft dem Zufall überlassen, ob Angehörige direkt nach einem Suizid Zugang zu Hilfsangeboten wie Notfallseelsorge, Krisendienst, zu

Psychotherapie oder Trauergruppen nach Suizid, erhalten (Winter et al., 2005, S. 50). Ein weiteres Problem ist, dass durch die Stigmatisierung und die daraus resultierende Isolation oft ein reduziertes Hilfesuchverhalten der Angehörigen entstanden ist (Dunne, 1992, p. 35).

III. Fragestellung und methodische Herangehensweise

In diesem Kapitel beschreibe ich den Entstehungsprozess dieser Arbeit. Ich erläutere meinen Bezug zum und mein Vorverständnis des Themas, die Entwicklung der Fragestellung, die Methoden, sowie die Durchführung der Gespräche mit den Angehörigen. Mayring (2002, S. 144-145) nennt das Verfahrensdokumentation.

Danach schildere ich, welche Regeln ich bei der Interpretation der Gespräche beachtet habe [sogenannte argumentative Interpretationsabsicherung (Mayring, 2002, S.145-148)].

Weitere Kriterien für Verfahrensdokumentation, sowie Interpretationsabsicherung, geben Breuer (1996, S. 38-40), Devereux (1976) und Strauss & Corbin (1990). Diese Kriterien werde ich im Folgenden implizit aufgreifen.

1. Verfahrensdokumentation

Welche Vorannahmen und welchen Bezug hatte ich zum Thema?

1.1 Vorannahmen und mein Bezug zum Thema

„Warum gerade dieses Thema? Kannst Du nicht über etwas Fröhlicheres schreiben? So oder ähnlich fragten viele, mit denen ich über das Projekt [suizidgefährdete Jugendliche] sprach“ (Weber, 1994, S. 164). Auch mein Forschungsvorhaben wurde in dieser Weise kommentiert. Doch wie Weber (1994, S.166) hat mich die Auseinandersetzung mit dem Thema Trauer nach Suizid, gelehrt, dass in jedem Augenblick ein Nahestehender sterben kann. Dadurch wird vieles relativiert: Vermeintlich wichtige Dinge werden unwesentlich, andere gewinnen an Bedeutung. Eine weitere Vorannahme von mir war, dass Angehörige nach Suizid mit drei Tabuthemen konfrontiert sind: Dem Tabu Tod und Trauer, dem Tabu Suizid, und dem Tabu psychische Krankheit, wenn der Gestorbene psychisch erkrankt war oder es ihm oder seinen Angehörigen unterstellt wurde. Ich nahm an, dass einem Suizid viele Ursachen zu Grunde liegen, dass diese jedoch zum Teil noch unbekannt sind.

Was ist nun mein Bezug zum Thema? Eine Klassenkameradin hat sich mit 15 Jahren suizidiert. Seitdem begleitet mich das Thema Trauer nach Suizid. Die Themen Trauer und Suizid sind im Diplompädagogik- und im Psychologiestudium wenig besprochen worden; etwas mehr in Psychiatricvorlesungen, der Ausbildung in Transaktionsanalyse und in der Ausbildung im Neurolinguistischen Programmieren. Daher konnte ich mir vorstellen, folgende Themen als Diplomarbeit zu bearbeiten: Hilfen für Angehörige von Menschen in suizidalen Krisen, Suizidprophylaxe und Ehrenamt, Angehörige Suizidgefährdeter aus der Sicht professioneller Helfer, Rat (-schläge) für Angehörige von Suizidgefährdeten in der Literatur, Reden über Suizid, und Angehörige nach Suizid erzählen. Ich habe mich dann für das Thema „Angehörige nach Suizid erzählen“ entschieden.

1.2 Die Entwicklung der Fragestellung

Wie gut zugänglich ist schriftliches Informationsmaterial, wenn man mit Trauer nach Suizid konfrontiert ist?, fragte ich mich zu Beginn der Entwicklung meiner Fragestellung.

Buchhandlungen haben eher Bücher über Trauer im Allgemeinen vorrätig; Bücher über Trauer nach Suizid sind dort wenige vorhanden, aber bestellbar. Die Stadtbücherei Münster verfügt über viele Bücher zum Thema. Im Literaturverzeichnis (S. 78-87) habe ich gekennzeichnet, welche der hier verwendeten Bücher in ihr zu finden sind und welchen Standort sie dort haben. Im Internet habe ich eine Fülle von Seiten über, von und für Angehörige nach Suizid entdeckt. Allerdings musste ich mich von Adresse zu Adresse, von neuem Suchwort zu neuem Suchwort klicken. Doch erstellt die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) zurzeit eine Adressenliste von professionellen Hilfsangeboten für Angehörige nach Suizid. Eine begonnene Adressenliste der DGS findet sich im Internet (DGS, 2007). Im Anhang A (S. 88-95) habe ich eine Übersicht von Adressen für Angehörige nach Suizid in Deutschland verfasst.

Welche Angehörigen nach Suizid könnte ich nun bitten, mir von ihren Erfahrungen zu erzählen? Sollte ich mich eher auf Männer oder auf Frauen konzentrieren? Über Männertrauer nach Suizid gibt es lediglich bisher das Buch von Jaffke (2002), und einzelne Berichte im Buch von Heilborn-Maurer & Maurer (1990), Lang (2006), sowie im Buch von Otzelberger (2005). Zu Männertrauer nach anderen Todesarten gibt es mehr Literatur, wie zum Beispiel einen Vortrag von Goldmann-Posch (1990), eine Broschüre über Männertrauer von den Verwaisten Eltern (2006), und Bücher über Trauer nach Unfalltod (Jülicher, 2005; Kachler, 2005). Da Männer scheinbar ungerne über ihre Trauer reden bzw. publizieren, könnte es schwer werden, Gesprächspartner zu finden. Wenn ich mich nun zuerst Frauen zuwenden würde, aus welcher Altersgruppe sollten sie sein? Da ich für die Zusammenarbeit mit Erwachsenen qualifiziert bin, habe ich mich für Gespräche mit Erwachsenen entschieden. Wie sinnvoll wäre es, sich auf bestimmte soziale Rollen (Großmütter, Partnerinnen, Töchter, Schwestern usw.) zu konzentrieren? Zur Trauer von Großmüttern stand lediglich eine Suchanzeige von Kammer (2006) bei den Verwaisten Eltern im Internet, in der sie diese bittet, sich bei ihr zu melden. Geschwistertrauer nach Suizid ist selten in der Literatur vertreten (siehe zum Beispiel Otzelberger, 2005, S. 107-112; Lang, 2006, S. 74-87; zu Geschwistertrauer allgemein: Baßler & Schins, 1992; Devita-Raeburn, 2005). Partnerinnen nach Suizid veröffentlichen häufiger ihre Erfahrungen (zum Beispiel Häußler, 2001; Meixner-Wülker, 1998; Paul, 2004). Auffällig ist, dass viele Mütter nach Suizid in Form von Büchern an die Öffentlichkeit gehen (zum Beispiel Bättig, 2006; Bodner, 2002; Ide, 1988; Jauch-Hesse, 2004; Matzel, 2002; Salzbrenner, 1998). Eine weitere Frage war, ob es sinnvoll wäre, zwischen unerwarteten Suiziden, erwarteten Suiziden, Suiziden nach Krankheit, und angedrohten Suiziden, zu unterscheiden.

Nach diesen Vorüberlegungen war es gut, wieder pragmatisch zu werden und abzuwarten, wer sich überhaupt auf meine Bitte, von ihren bzw. seinen Erfahrungen zu erzählen, meldet.

Eine Bekannte von mir erzählte, als sie von meinem Thema hörte, spontan von ihren Erfahrungen. Sie berichtete kurz und ich hatte den Eindruck, dass sie es möglichst schnell hinter sich bringen wollte. Sie sagte auch: „Keiner will darüber reden, wegen dem Schmerz und den Schuldgefühlen.“ Daher habe ich sie nicht gebeten, mir mehr zu berichten, sondern war dankbar, dass sie sich mir zu liebe überhaupt überwunden hatte, zu erzählen.

Die erste formulierte Erzählaufforderung („Erzählen Sie bitte möglichst ausführlich, was Sie nach dem Suizid erlebt haben.“) habe ich zuerst an mir ausprobiert. Dabei stellte ich fest, dass ich außer der Erzählaufforderung am Anfang, weitere Erzählanreize brauchte, um verschiedene Bereiche thematisieren zu können. Außerdem brauchte ich ein „Echo“, um über dieses Thema reden zu können. Ich brauchte Bestätigung, um mich bei meinem imaginierten Gegenüber sicher zu fühlen. Ich wollte sicher sein können, dass ich nicht beschuldigt werde, dass ich mich nicht rechtfertigen muss und dass mein Gesprächspartner zumindest in Grundzügen nachvollziehen kann, wovon ich spreche. Mir war wichtig, dass mir geglaubt wird, dass meine Erfahrungen zählen und nicht irgendein „Expertenwissen.“ Ich wollte, dass mir nichts Falsches hineininterpretiert wird. Darüber hinaus wollte ich meine Anonymität

gewahrt wissen. Ich fürchtete mich vor unsensiblen Fragen, Penetranz und Sensationswut. Außerdem wünschte ich mir eine Möglichkeit des Aufgefangenwerdens nach dem Gespräch, falls dies nötig sein sollte: Also entweder Zeit für mich zu Hause zu haben, die Möglichkeit eines Telefonats oder eine Verabredung mit einer Freundin. Auch wurde mir deutlich, dass es empfehlenswert ist, Angehörige zu fragen, die es gewohnt sind, von ihren Erfahrungen zu erzählen, und die ihre Trauer schon so weit verarbeitet haben, dass sie sagen können, was ihnen geholfen hat bzw. hilft. Daher bin ich auf die Idee gekommen, Mitglieder aus Trauergruppen zu bitten, mir von ihren Erfahrungen zu erzählen. Außerdem könnte es auch für sie gut sein, sich zu erinnern, was ihnen geholfen hat. Meine Erfahrungen sind in die Vorbereitung und Durchführung der Gespräche eingeflossen. Sie haben auch zu neuen Erzählaufforderungen bzw. einer neuen Fragestellung geführt:

1.3 Fragestellung

Welche Erfahrungen haben die befragten Angehörigen nach Suizid gemacht? Was haben sie in den Trauergruppen nach Suizid erfahren?

1.4 Auswahl der Erhebungsmethode

Für die Beantwortung dieser Frage musste eine Erhebungsmethode gewählt werden, die es den Angehörigen erlaubte, den Gesprächsverlauf weitgehend selbst zu bestimmen und den Verlust und die Erfahrungen hinterher, mit individuellen Schwerpunkten, zu rekonstruieren. Die Methode des narrativen Interviews (nach Schütze, 1987) bietet diese Möglichkeit, denn die Gesprächspartner werden nach einer die Erzählung stimulierenden Eingangsfrage gebeten, möglichst ausführlich von sich zu erzählen. Das narrative Interview ist speziell dafür geeignet, um schwer bzw. nicht mit Fragebogen abfragbare Sinnstrukturen, zu erhalten (Mayring, 2002, S. 74). Des Weiteren war ich bereits durch zwei Seminare in dieser Methode geübt.

Um die Erfahrungen der Angehörigen interpretieren zu können, bietet die sogenannte „Grounded Theory“-Methodik (Methodik der „gegenstandsbegründeten Theoriebildung“ von Glaser & Strauss, 1967, zitiert nach Breuer, 1996, S. 16) einen geeigneten Rahmen: Diese Methodik zeichnet sich dadurch aus, dass das Thema zunächst relativ offen und explorativ angegangen wird. Die Gespräche werden mit Tonband aufgezeichnet und verschriftlicht. Im Laufe der Gespräche und ihren Interpretationen entwickeln und schärfen sich dann Begriffe, inhaltliche Schwerpunkte und theoretische Ideen (Breuer, 1996, S. 16-40). Ein Forschungstagebuch zu führen war dabei hilfreich (siehe auch Muckel, 1996, S. 74). Schließlich bringt man alles in eine systematische Ordnung und bildet daraus ein (idealtypisches) Gesamt-Modell (Breuer, 1996, S. 16-40). Dabei sucht man nach einer Kernkategorie. Die Kernkategorie ist eine Kategorie, die die anderen Kategorien miteinander verbindet; sie reflektiert das Kernproblem, das zentrale Element, um das es in den Daten geht (Strauss & Corbin, 1990, p. 18, 35).

1.5 Die Suche nach Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern

Im Forschungskolloquium wurde diskutiert, ob man Angehörige nach Suizid befragen dürfe oder ob das zu belastend für sie ist. Daher entschloss ich mich, eine anfängliche Idee von mir, in die Tat umzusetzen und Supervision bei einem erfahrenen Fachmann zum Thema Supervision/ Angehörige nach Suizid einzuholen. Mit Hilfe des Supervisors überprüfte ich meine Vorannahmen und reflektierte meinen Bezug zum Thema. Der Supervisor bestärkte mich in der Annahme, dass Suchanzeigen in Zeitungen zu schalten, wahrscheinlich nicht zum gewünschten Ergebnis führt, weil Suizidgefährdete sehr wahrscheinlich überlesen, dass ich

Angehörige nach Suizid suche. Eine Erfahrung von Thomas (2001, S. 251) beim Kirchentag bestätigte dies: Angehörige und er mussten ihren Stand, den sie „Trauer nach Suizid“ genannt hatten, um den Zusatz „Hinterbliebene trauern“ ergänzen, da junge Menschen an Trauer nach einem fehlgeschlagenen Suizidversuch gedacht hatten. Auch musste AGUS (2006, S. 1) auf ihrer Internetseite darauf hinweisen, dass Suizidgefährdete oder deren Angehörige sich zwar oft an sie wenden, sie jedoch für diese nicht die richtigen Ansprechpartner sind. Mit dem Supervisor habe ich auch durchgesprochen wie ich intervenieren würde, wenn Angehörige suizidgefährdet sein sollten. - Durch ihn erfuhr ich von einer Kirchengemeinde, in der Trauergruppen nach Suizid stattfinden. Dort wurde mein Forschungsvorhaben begrüßt. Es haben sich dann gleich neun Angehörige bereit erklärt, von ihren Erfahrungen zu erzählen. Bei einer anderen Institution meldeten sich drei Angehörige.

1.6 Die Gespräche

Vor den Gesprächen habe ich die Trauergruppenleiter gebeten darauf hinzuweisen, dass es für die Angehörigen gut sein könnte, nach dem Gespräch mit mir, Zeit für sich oder mit Freunden einzuplanen – eben gut für sich zu sorgen. Drei Angehörigen, die mich anriefen, konnte ich das gleich selber sagen. Des Weiteren habe ich ihnen die Erzählaufforderungen (siehe Anhang B, S. 96) gegeben, damit sie wissen, was ich sie vielleicht fragen könnte, wenn sie im Erzählfluss stecken bleiben. Zusätzlich habe ich ihnen einen kurzen Brief mit einem Foto von mir (siehe Anhang B, S. 98) geschickt, damit sie im Vorfeld schon einen Eindruck von mir bekommen konnten. Eine Trauergruppe erhielt meinen Brief per Post und ohne Foto.

Die Angehörigen sind nicht von mir selbst gefragt worden, ob sie zu einem Gespräch mit mir bereit wären. Die Gruppenleiter haben mein Anliegen vorgestellt oder mein Brief ist Angehörigen zugeschickt worden. Das hatte den Vorteil, dass sie so in meiner Abwesenheit diskutieren und entscheiden konnten, ob sie zu einem Gespräch mit mir bereit sind. Außerdem ist auf diese Weise ihre Anonymität gewahrt worden. Es war ihnen frei gestellt, ob sie sich, bei den Trauerbegleitern oder bei mir, melden.

Von der Kirchengemeinde bekam ich das sehr nette Angebot die Gespräche in einem den Gesprächspartnerinnen bekannten Raum zu leiten. Darüber war ich sehr froh und dankbar, da so die Umgebung vertraut und gemütlich war. Bei drei Angehörigen, aus einer Trauergruppe in anderer Trägerschaft, fanden die Gespräche in einem neutralen öffentlichen Gebäude statt.

Vor dem Gespräch habe ich, wie auf Seiten 32/ 33 beschrieben, kurz von mir erzählt. Danach vergewisserte ich mich, dass meine Gesprächspartner damit einverstanden waren, dass eine Aufzeichnung des Gesprächs erstellt wurde. Es war gut, dass ich zwei Audiotapes nutzte, da bei einem Gespräch nur eine Aufnahme technisch einwandfrei funktionierte. Des Weiteren habe ich darauf hingewiesen, dass sie mir auf meine Fragen nicht antworten müssen. Ich habe ihnen angeboten, dass ich einen Entwurf des Ergebnisteils meiner Arbeit den Trauerbegleitern zuschicken könnte, damit diese den Entwurf an die Angehörigen weiterleiten können. Die Angehörigen könnten mir dann rückmelden, ob ich alles richtig beschrieben habe. Außerdem habe ich angeboten, ihnen zum Schluss die Diplomarbeit zu senden, wenn sie möchten.

Mit neun Angehörigen habe ich Einzelgespräche geführt. Zwei Angehörige haben mir, auf ihren Wunsch, gemeinsam von ihren Erfahrungen erzählt, weil sie sich gerne gegenseitig ergänzen wollten. Eine Angehörige hat abgesagt. Die Gesprächsdauer betrug bei den meisten anderthalb, bei den beiden die zu zweit kamen zwei Stunden, und bei einer Angehörigen drei Stunden.

1.7 Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner

Um herauszufinden, auf welche Angehörigen man vielleicht noch gezielter zugehen könnte, um Unterstützung anzubieten, habe ich nach Informationen gefragt, die eine Rolle beim Aufsuchen von Trauergruppen spielen könnten: Die Gesprächspartnerinnen und -partner sind zwischen 40 und 70 Jahre alt. Sie sind katholisch oder evangelisch und gehören der Mittelschicht an. Die Angehörigen kamen Wochen bis Jahre nach dem Suizid zur Trauergruppe. Die Angehörigen besuchten die Gruppen über einen Zeitraum von einem halben Jahr bis zu drei Jahren.

Die geliebten Menschen, die sich getötet haben waren junge Erwachsene bis hin zu Menschen im letzten Lebensviertel. Viele haben sogenannte harte Methoden gewählt, um sich zu suizidieren. Die Gestorbenen sind Partner, Partnerin, Töchter, Mütter, Vater, Sohn, Schwester. Ein entlastender und ein beschuldigender Abschiedsbrief wurden geschrieben. Die Suizide waren, außer einem, unerwartet. Bei dem befürchteten Suizid waren vorherige Versuche vorausgegangen. Eine Nahestehende suizidierte sich nach mehreren Versuchen, zu einem Zeitpunkt, als eine Angehörige dachte, sie wäre außer Gefahr. Eine Angehörige hat den Gestorbenen während des Suizids gesehen, eine Nahestehende wurde nach dem Suizid gefunden. Drei Angehörige hatten mehrere Suizide Nahestehender zu verkraften.

1.8 Äußere Struktur der Trauergruppen nach Suizid

Ich werde nun zuerst die äußere Struktur der Trauergruppen der katholischen Kirchengemeinde beschreiben. Eine Trauergruppe nach Suizid wurde gegründet, weil gleichzeitig mehrere Suizidtrauernde zu ihnen in die allgemeine Trauergruppe kamen. Die Gruppengröße variierte zwischen drei bis zehn Teilnehmern. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zwischen 20 und 70 Jahre alt. Auch Männer besuchten die Trauergruppen, waren aber in der Minderheit. Die Konfessionen in den Gruppen waren gemischt. Die Gruppen fanden alle zwei Wochen für den Zeitraum von anderthalb Stunden statt und bestanden für jeweils ein Jahr. Dieser Zeitrahmen wurde als wohltuend empfunden. Es wurde auch begrüßt, dass die Treffen abends stattfanden und nicht mit der Berufstätigkeit kollidierten. Die Inhalte wurden von den Angehörigen bestimmt. Bei Bedarf gaben die Begleiterin und der Begleiter Impulse und Rückmeldungen. Die Teilnahme an den Gruppen kostet einen kleinen Beitrag für den Raum und ist nicht an die Mitgliedschaft in einer Glaubensgemeinschaft gebunden. Ihre Arbeit wird nicht mit öffentlichen Mitteln unterstützt. Eine regelmäßige Teilnahme ist gewünscht, aber nicht erforderlich. Alle der acht Angehörigen sind vollsten zufrieden mit diesem Angebot.

Die Trauergruppe nach Suizid, die von einem anderen Träger geleitet wurde, hat auch alle zwei Wochen, doch für zwei Stunden (inklusive viertelstündiger Pause), stattgefunden. Sie umfasste zehn Sitzungen. Diese begrenzte Zeit wurde als wohltuend überschaubar empfunden. Es war wichtig, dass das Seminar vor und nach der Weihnachtszeit stattfand. Dorthin kamen acht Angehörige, die fast alle gleich alt waren: Anfang bis Ende 40. Auch hier waren Männer in der Minderheit. Das Seminar arbeitete mit verschiedenen kreativen, den eigenen Ausdruck ermöglichenden Methoden, um die einzelnen in ihrer Trauer zu unterstützen. Es wurde um eine Spende für die Materialien gebeten. Alle drei befragten Angehörigen waren sehr zufrieden mit dem Seminar.

Alle Trauerbegleiterinnen und -begleiter haben eine Zusatzausbildung für diese Tätigkeit und fortlaufend Supervision. Sie haben durch ein Vorgespräch den Angehörigen Gelegenheit gegeben, sie kennenzulernen und Informationen über die Trauergruppen nach Suizid zu erhalten. Es war ein Angebot zur Gruppe zu kommen, und, wenn sie möchten, über alles zu reden. Dadurch fühlten sich die Angehörigen nicht bedrängt. Die voraussichtliche Gruppengröße wurde mitgeteilt und ob manche schon an vorherigen Gruppen teilgenommen haben. Des Weiteren wurde auf die Anonymität inner- und außerhalb der Gruppen

hingewiesen. Alle Begleiter bieten auch Einzelgespräche an. Zu Angehörigen, die sich mit ihnen in Verbindung setzen, den Schritt in die Gruppe jedoch nicht schaffen, pflegen sie telefonisch, schriftlich oder persönlich Einzelkontakte.

1.9 Geltungsbereich der Ergebnisse der Gespräche

Wie groß ist der Geltungsbereich der Ergebnisse der Gespräche? Da die Gesprächspartner sich freiwillig zu einem Gespräch mit mir gemeldet haben, hat eine Selektion stattgefunden. Ihre Aussagen stehen nicht stellvertretend für alle Angehörigen, was von ihnen selbst auch betont wurde. Es haben sich Partnerinnen, Mütter, Tochter, Sohn und Bruder nach einem Suizid, bei mir gemeldet. Die verschiedenen sozialen Rollen und die damit verbundenen unterschiedlichen Perspektiven ergänzten sich sehr gut und verdeutlichten Unterschiede wie Gemeinsamkeiten von Angehörigen nach Suizid.

Ein Trauerbegleiter und eine Trauerbegleiterin sprachen an, dass es sinnvoll sein könnte, Kontakt mit denjenigen aufzunehmen, die eine Gruppe abgebrochen hatten. Da dies aber meist der Fall war, weil das Hören von Schicksalen anderer Angehöriger als zu belastend empfunden wurde, befürchteten wir, dass dann auch das Gespräch mit mir zu belastend sein könnte. Es wäre dann auch zu klären gewesen, wo sie Unterstützung finden könnten, wenn sie das Bedürfnis gehabt hätten, aufgefangen zu werden,

Ich habe keine Angehörigen gesprochen, die jünger als 40 Jahre alt sind und niemanden, der noch nie in einer Trauergruppe nach Suizid war. Alle standen den Gestorbenen emotional nahe und wünschten, dass ihre Nahestehenden noch leben würden. Sie berichteten alle (mit einer Ausnahme) von Schuldgefühlen. Von Erlösungsgefühlen erzählte keiner der hier befragten Angehörigen. Die befragten Angehörigen waren keine Angehörigen nach chronischen, verdeckten, oder erweitertem Suizid, und keine Angehörigen nach Opfertod. Es hätte den Rahmen der Diplomarbeit überschritten, wenn ich zusätzlich noch Angehörige nach anderen Todesarten um ein Gespräch gebeten hätte. Mit dieser „Auswahl“ meiner Gesprächspartner ist naturgemäß eine bestimmte Blickausrichtung in den von mir gesammelten Erfahrungen verbunden. Aufgrund der gelesenen Erfahrungen von erwachsenen Teilnehmern von Selbsthilfegruppen der AGUS und den Verwaisten Eltern (Hartmann, 2003; Hefner, 2000; Ide, 1988; Jauch-Hesse, 2004; Otzelberger, 2005), glaube ich aber, dass charakteristische Erfahrungen von erwachsenen Teilnehmern von Trauergruppen nach Suizid hier zum Ausdruck kommen.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Meine Interpretation der Gesprächsinhalte habe ich auf folgende Weise abgesichert:

Zuerst habe ich ein adäquates Vorverständnis des Themas durch das Studium von Büchern von bzw. über Angehörige nach Suizid (Bodner, 2002; Diodà & Gomez, 1999; Heilborn-Maurer & Maurer, 1990; Ide, 1988; Matzel, 2002; Otzelberger, 2005; Paul, 2004; Salzbrenner, 1998), durch das Studium von allgemeiner Trauerliteratur (Diderich, 2003; Jülicher, 2005; Kast, 1999; Kübler-Ross & Kessler, 2006; Worden, 2004), von Literatur zu Trauer nach Unfall (Matouschek, 1990), durch Supervision, sowie durch Diskussionen mit Prof. Dr. Franz Breuer und dem Forschungskolloquium, erreicht.

Bei der Transkription (Verschriftlichung der Tonbandaufnahmen) stand der Inhalt, und nicht die Form, im Vordergrund. Daher habe ich eine kommentierte Transkription mit Übertragung ins Schriftdeutsche, in Anlehnung an Mayring (2002, S. 91), gewählt. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang C (S. 99) zu finden. Zum Schutz der befragten Angehörigen wurden alle Wörter, die Rückschlüsse auf die Erzählenden geben könnten (wie zum Beispiel Namen, Orte, Zeitpunkte, Berufsbezeichnungen), durch ein X ersetzt.

Zunächst habe ich die Gespräche jedes einzeln für sich betrachtet. Danach habe ich die Gespräche miteinander verglichen und Oberbegriffe bzw. Kategorien für Gesprächsinhalte gefunden (sogenanntes offenes Kodieren gemäß Strauss & Corbin, 1990, p. 61). Dann habe ich Bedingungen, Kontexte, Handlungen und Konsequenzen zueinander in Beziehung gesetzt (sogenanntes axiales Kodieren nach Strauss & Corbin, 1990, p. 96). Schließlich bin ich zwischen offenem und axialem Kodieren hin- und hergependelt.

Einen Entwurf des Ergebnisteil dieser Arbeit habe ich Angehörigen und Trauerbegleitern, mit Bitte um eine Rückmeldung, zugeschickt (siehe Anhang D, S. 100). Zum Brief habe ich einen frankierten Rückumschlag gelegt. Es haben mir mehrere Angehörige und beide Träger Rückmeldungen gegeben.

Zum Schluss habe ich die Modelle (siehe Anhang E, S. 101ff.) entwickelt.

IV. Die Ergebnisse der Gespräche mit den Angehörigen nach Suizid

Im Folgenden schildere ich die Ergebnisse der Gespräche, aus der Perspektive der befragten Angehörigen nach Suizid. Aus Anonymitätsgründen habe ich die Erfahrungen aus den unterschiedlichen Trauergruppen nach Suizid zusammengefasst. Diese Erfahrungen lassen sich in soziale, sowie inhaltliche Rahmenbedingungen und Effekte der Trauergruppen nach Suizid kategorisieren. Die entwickelten Modelle hierzu finden sich im Anhang E, S. 101-106.

1. Soziale Rahmenbedingungen und Effekte der Trauergruppen nach Suizid

Die sozialen Rahmenbedingungen und Effekte wurden von den Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleitern, und von den Schicksalsgemeinschaften der Angehörigen, geschaffen:

1.1 Die Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleiter und ihre Effekte

Die Trauerbegleiterinnen und Trauerbegleiter haben durch Akzeptanz, Empathie und Strukturangebote, einen tragenden sozialen Rahmen angeboten.

Die Effekte ihrer Akzeptanz spiegelten sich in folgenden Erfahrungen Angehöriger: „Die Leute tun Dir gut, die wollen Dir nichts.“ Die Angehörigen fühlten sich durch die Trauerbegleiter angenommen, nicht beschuldigt. Auch haben die Begleiter vor jeder Gruppe auf die Schweigepflicht aller aufmerksam gemacht. Sie haben Sicherheit und Ruhe vermittelt: Sie strahlten aus, dass man sich bei ihnen fallen lassen kann. Das heißt, dass Trauer, Klagen und Weinen da sein durften. Das Weinen wurde nicht als Belastung, sondern als natürlich und selbstverständlich, verstanden. Die befragten Angehörigen haben sich daher bei ihnen aufgehoben gefühlt.

„Trauer hat ganz... viele Gesichter.“ Die Begleiter haben vermittelt, dass jeder anders trauert und man nicht von jedem dasselbe erwarten kann. Es war spürbar, dass man traurig sein, und dass man ebenso von schönen Erlebnissen berichten, durfte. Sie hatten außerdem Humor.

Anfangs konnten manche Angehörige nicht sprechen. Für eine Angehörige war es, als ob ein Fels auf ihr liegen würde. In dem Zeit gelassen wurde, von sich selbst aus anzufangen zu erzählen, und wenn es nur zwei, drei Sätze waren, wurde etwas von der Schwere genommen. Die Begleiter merkten, ob jemand über den Suizid sprechen mochte, oder ob jemand kurz angebunden war. Jedem Trauernden wurde sein Freiraum, seine Zeit, gelassen. Man durfte schweigen, es war kein Fordern.

Auch außerhalb der Trauergruppen hat ein freundliches „Guten Tag“ von Nachbarn mehr geholfen als viele Worte, die zum Teil die Trauer noch verstärkt haben: „Ach Du Arme

und...“ Das Gefühl, bemitleidet zu werden, war niederdrückend und schwer zu ertragen. Die leisen Töne haben mehr getragen, als wenn das Gegenüber signalisierte, es sei so viel stärker, und der tolle Rettungsanker, der dem armseligen Trauernden schon auf die Sprünge helfen werde.

Außerdem haben sich die Begleiterinnen und Begleiter viel Zeit für notwendige Einzelgespräche genommen. Das, was in der Gruppe nicht besprochen werden konnte, konnte auf diese Weise geklärt werden.

„Hier wird einem zugehört... Man darf sich leer reden.“ In der Gruppe brauchte man „... keine Angst zu haben, jemanden damit zu belästigen. Man konnte zum zwanzigsten Mal sagen: „Ich bin traurig, ich kann nicht mehr.““ „Man schöpft wieder Kraft. Das kann man nicht in der Öffentlichkeit. Die Leute wollten das nicht hören, oder es wurde getuschelt, oder hinter einem geredet... Man durfte alles erzählen, was man woanders immer unterdrücken musste.“ Manchmal ist die Geduld der Begleiter bewundert worden, wenn immer wieder und noch einmal, dieselben Fragen aufgeworfen wurden. Außerdem haben die Trauerbegleiter gezeigt, wie stark die Angehörigen sind, in dem sie sie gelassen haben, in dem sie sie in ihrer Trauer respektiert haben.

„Es sind eher Denkanstöße als Rezepte gegeben worden.“ Ein heikles Thema war zum Beispiel, dass man den Gestorbenen „loslassen“ müsse. In der Literatur wird dieses Thema auch kontrovers diskutiert (siehe Kachler, 2005, S. 11). Eine Angehörige erzählte:

Auch in der Gruppe hat es dazu geknirscht, weil natürlich jeder den oder die Gestorbene gerne noch da gehabt hätte. Es gab Missverständnisse, es drohte... auch in Ratschläge auszuarten. Ein Ratschlag ist dabei meistens eine Du- oder Sie-Botschaft und kommt deswegen schlecht an. Ein Zusammenfassen und dieses „Ihr müsst versuchen zu verstehen, die konnten nicht anders.“ ist ein Erklärungsversuch, der einen da abholt, wo man selber fragt. Nicht: „Sie müssen loslassen.“ oder „Sie müssen eben verstehen.“ Sondern: „Jetzt versuchen wir doch mal, für den gab es keinen Weg mehr.“

Wenn Angehörige anwesend waren, die nicht religiös waren, wurden religiöse Themen nicht angesprochen. Man ging auf solche Themen ein, wenn die Gruppe aus Mitgliedern bestand, die mehr oder weniger positiv zu religiösen Fragen eingestellt waren. Eine Angehörige hat es sehr positiv berührt, dass sie bei ihrem Abschied, vom Trauerbegleiter und der Gruppe, gesegnet wurde.

Die Empathie der Begleiter hat sich ebenfalls auf verschiedene Weise gezeigt: Sie haben, zum Beispiel, eine angenehme Umgebung geschaffen: Die Gruppenräume strahlten Wärme aus. In der Mitte stand eine Kerze; diese anzuzünden war ein wohltuendes Ritual. „Auch dieses Mitempfinden... Man merkte... richtig: Da hört Dir jemand hundertprozentig zu.“ Die Begleiter haben den richtigen Ton getroffen und sich gut ergänzt: „Sehr oft war zu spüren, dass ein Unterton von dem einen erfasst worden war, der... vielleicht gerade am anderen vorbeigegangen war. Daher war es optimal, dass zwei die Gruppe leiteten.“ Die Trauernden wurden ernstgenommen und unterstützt: „Die Gemeinde hier kennt auch die dunklen Seiten des Lebens, nimmt sie ernst und setzt trotzdem etwas entgegen. Das ist das, was ich... gesucht habe: Was kann ich dem entgegenhalten?“

Auch die Strukturangebote waren sehr gut: Die Trauergruppen waren zeitlich gut umrissen, man konnte sich darauf verlassen, wann Schluss war. Das wurde als Sicherheit gebend empfunden. Zu Beginn einer jeden Stunde wurde gefragt: „Wie geht es? Was ist besser geworden? Gab es auch negative Erlebnisse? Erzählen Sie mal.“ Als wohltuend wurde auch eine gewisse Strenge erlebt.

Das war auch in der ersten Stunde zu spüren: Bei all den Emotionen, die hoch kochten, da kam... auch der Augenblick, wo gesagt wurde: „Jetzt ist Schluss mit den Diskussionen.“

Jetzt ist genug geteilt. Jetzt ist genug für heute.“ Es war sehr gut, dass man nicht aus einem Durcheinander, einem Chaos, auseinander ging. Stattdessen war es jedes Mal dieses: „Gucken wir mal eben, wo wir hingekommen sind.“

Wenn neue Angehörige in die Gruppe kamen, war es für Teilnehmer, die schon länger dabei waren, oft aufwühlend, wieder mit neuem Leid konfrontiert zu werden. Die Begleiter haben dann mit auf den Weg gegeben, dass es vielleicht heute sehr traurig war, was erlebt wurde, aber dass man beim nächsten Mal mit Sicherheit wieder in einer anderen Situation ist und dann auch besser damit umgehen kann.

Außerdem haben die Begleiter nicht nur nach dem gefragt was war, sondern haben immer einen Bogen zum Jetzt geschlagen. Sie haben auch darauf aufmerksam gemacht, wenn es ratsam war einen Arzt aufzusuchen.

Des Weiteren haben sie Texte und kreative Materialien in den Gruppen zur Verfügung gestellt. Es war erstaunlich, wie mit wenigen Mitteln Prozesse in Bewegung gebracht werden konnten: Zum Beispiel konnte an einem Abend jeder für sich einen passenden Gegenstand aussuchen, der die Trauer symbolisierte, die man gerade empfand. Zur Auswahl standen Blumen, Holz, ein Stein, Perlen, ein Netz und ein Kästchen. Durch die Geschichten, die zu den Gegenständen erzählt werden konnten und durch den Umgang mit diesen Symbolen, wurde Trauer begreifbar. Zu einem Gruppenabend konnten Fotos der Gestorbenen mitgebracht werden. Zum Abschluss einer Trauergruppe wurde es als hilfreich erlebt, in die Zeichnung eines Labyrinths einzutragen, wo man vor der Trauergruppe stand, welche Stationen (Hindernisse und Ressourcen) es auf dem Weg gab, und wie es zurzeit aussieht.

Strukturangebote waren auch außerhalb der Gruppen eine wichtige Unterstützung. Freizeitangebote, Angebote in eine religiöse Gemeinschaft eingebunden zu sein, und ehrenamtliche Arbeit, wurden von vielen als hilfreich erlebt. Einmal im Jahr wurde eine Gedenkmesse angeboten: „...da wird der Toten gedacht, und dann sitzen wir bei ein paar Plätzchen und Tee so ein bisschen zusammen und klönen... Das lockert... die Atmosphäre.“ In einer Gedenkmesse, wurde ein Band mit dem Namen der Gestorbenen beschriftet. In einer anderen Gedenkmesse konnten Angehörige einen Brief an die Gestorbenen schreiben, in dem sie Ungesagtes formulieren und auf den Altar legen konnten.

1.2 Die Schicksalsgemeinschaften und ihre Effekte

Auch die Schicksalsgemeinschaften zeichneten sich durch Akzeptanz, Empathie und Strukturangebote aus. Doch haben Angehörige (die mehrere Gruppen aufsuchten) auch von Gruppen berichtet, in denen der Zusammenhalt bzw. die Passung der Teilnehmer untereinander, nicht so groß war.

Die gegenseitige Akzeptanz drückte sich folgendermaßen aus: Die Angehörigen befürchteten, ihre Bekannten, Freunde und Familie „vollzujammern“ bzw. zu belasten. In den Gruppen war dagegen ein Raum, in dem sie sagen konnten, dass es ihnen gerade schlecht oder etwas besser ging. Sie durften dort hemmungslos weinen. Dass der Ehepartner mitging, wurde als wichtig empfunden, weil beide einen geliebten Menschen verloren haben. Die Ehepartner haben sich auf die Abende gefreut, weil sie sich in den Trauergruppen aufgehoben fühlten. „Da durfte das Ventil aufgehen, jeder der Anwesenden verstand das, es gab keine Berührungängste damit.“

Sie bekamen außerdem Bestätigung:

Das ist richtig so, dass Du weinen kannst und das ist gut, dass Du das kannst und das ist alles im Rahmen dessen, was man als Mensch empfindet, wenn man jemanden verloren hat und das darf man sich von keinem einreden lassen, dass nach einem halben Jahr der Trauer alles vorbei ist. Das ist nicht so.

„In der Öffentlichkeit wollen viele, dass man möglichst schnell aufhört zu weinen und sagen dann Sprüche wie „Es wird schon wieder.“, „Die Zeit heilt alle Wunden.“, und ähnliches.“

Daher sagten manche Angehörige, dass es ihnen gut gehe, wenn sie nach ihrem Befinden gefragt wurden.

Manche brauchten eine Anlaufzeit, ehe sie in den Gruppen etwas sagen konnten. Sie wussten, dass es ihnen gut tat zu erzählen, wollten aber nichts von sich preisgeben, weil sie sich in der Trauer entblößt vorkamen. Alle Gefühle spielten dabei eine Rolle: Wut, Zorn, Liebe,... Fröhlichkeit war für manche lange schwer zu ertragen. Sie wurde als Verrat am Gestorbenen erlebt. „Und dann habe ich... gedacht: Warum lachst Du eigentlich? Ich konnte das nicht ertragen.“ - Außerdem waren in den Gruppen Angehörige, deren Schicksal als schwerer empfunden wurde, als das eigene. Manche fühlten sich daher nicht berechtigt, viel von sich zu erzählen, weil sie meinten dankbar sein zu müssen, dass es sie nicht noch schwerer getroffen hatte. Das führte zu dem Widerspruch: Nichts sagen können und nichts sagen wollen. Sie sagten dann nur kurz etwas, wenn sie direkt gefragt wurden. Manche befürchteten auch, dass die anderen sie für hochnäsiger halten könnten, weil sie scheinbar nichts von sich geben wollten. Sie bewunderten, dass einige sofort von sich erzählen konnten. Doch spürten alle in den Gruppen, dass sie nicht allein mit ihrem Schicksal waren und dass die anderen für sie Verständnis haben. Mit der Zeit konnten sie sich dann langsam öffnen. Nach einer Zeit entsteht dann eine Vertrautheit, „wo man sich... erinnert...: „Das hast Du doch dann und dann ... schon mal gesagt... wie hat sich das... verändert?“ Der andere spürt dann, dass man zugehört hat.“

In einer Trauergruppe nach Suizid, die für ein halbes Jahr ausgerichtet war, kam man hingegen über Partnerübungen ziemlich schnell in Kontakt. Beides: Das schnelle wie langsame Kontaktaufnehmen in den Gruppen wurde als wohltuend bezeichnet. Denn man kann zwar in Einzelgesprächen intensive und tief greifende Gespräche führen, aber in der Gruppe kommen viele Erfahrungen zusammen. Es bleibt dann einem belassen, ob man davon etwas annehmen bzw. für sich selbst in Anspruch nehmen möchte. Mehrere der befragten Angehörigen haben Therapieerfahrung. Sie alle halten aber die Trauergruppen nach Suizid für effizienter, weil sie dort merkten, dass es auch anderen schlecht ging, dass die Anderen mit den gleichen existenziellen Fragen kämpften. Außerdem fühlten sie sich in den Gruppen verstanden. Eine Angehörige sagte:

Die Gruppe war eine ungeheure Stütze, da man sonst immer alles allein mit sich ausmachen musste. Denn es gab Momente, Stunden und Tage, manchmal auch Wochen, wo man, gerade in den Anfängen, gedacht hat: „Da komme ich nie heraus, das schaffe ich nicht. Wie soll das Leben weitergehen? Kann ich meine Arbeit weitermachen? Oder muss ich sie aufgeben? Wie soll das aussehen?“ Wenn man dann in die Gruppe kam, miteinander sprach, dann bekam man wieder etwas mehr Zuversicht. Dieses Miteinander diesen schweren Schlag zu tragen, nicht allein zu sein, hat allen geholfen.

„Man hat gemeinsam überlegt, was man ändern könnte, wie man es ändern könnte.“

Sie wurden nicht beschuldigt. Durch das Zuhören, Fragen stellen und beantworten merkten sie, dass ein Bestreben da war zu helfen. „Man ist nicht alleine in der Welt, man fühlt sich nicht allein gelassen.“ Die gegenseitige Anteilnahme, der erhaltene Zuspruch, hat manches relativiert. Man merkte: „Andere schaffen es auch... Der Kampfgeist, der Überlebenswille überträgt sich.“

Die Empathie der Teilnehmer wurde in folgenden Berichten deutlich: „Man kann gleich beginnen zu erzählen, weil es bei allen gleich ist und man nicht noch Erklärungen vorausschicken muss. Irgendwie spürt man, dass jeder das gleiche Schicksal hat.“ In den allgemeinen Trauergruppen hatte jemand, in der Regel durch eine körperliche Krankheit, einen Nahestehenden verloren. Demgemäß waren es dort andere Gespräche, als in den Trauergruppen nach Suizid. Die Sprachlosigkeit, das Entsetzen und das Gefühl des Zurückgewiesenseins nach einem Suizid, kamen in den allgemeinen Trauergruppen nicht so

zur Sprache. Zwar waren der Schmerz und das Leid in beiden Gruppen gleich, aber die Begleitumstände waren anders. Angehörige formulierten das so:

Ich habe mich bei den anderen [Teilnehmern der Trauergruppe nach Suizid] so oft wiedergefunden und deswegen besser verstanden gefühlt... Da waren... welche darunter, die ihre Partner... verloren hatten durch Suizid, oder... die eine ihren Sohn und ihre Tochter, ... Es war überall ein bisschen anders..., und die Sachen, die mir Angst gemacht haben, die habe ich von den anderen wieder gehört...

„... da hat man sich auch gar nicht geschämt oder so. Jeder hat so seine Geschichte erzählt.“

Für alle Angehörigen war es sehr wichtig, in eine Trauergruppe nach Suizid gehen zu können, und nicht in eine allgemeine Trauergruppe. Eine Angehörige, die zuerst in eine allgemeine Trauergruppe ging, hat sich dort nicht getraut zu sagen, dass ihr Mann an Selbsttötung gestorben ist. Dort sprach sie von einem Herzstillstand als Todesursache.

Zwei Angehörige nach Suizid gingen sowohl in eine allgemeine Trauergruppe, als auch in eine Trauergruppe nach Suizid.

Auch die Angehörigen brachten Strukturangebote, in Form von Texten und Kassettenaufnahmen, ein. Manche hatten und haben Telefonkontakt, und manche treffen sich regelmäßig.

2. Inhaltlicher Rahmen und Effekte der Trauergruppen nach Suizid

Der inhaltliche Rahmen und die Effekte der Trauergruppen nach Suizid sahen folgendermaßen aus:

2.1 Probleme mit denen die Angehörigen nach dem Suizid konfrontiert waren und ihre Verarbeitung in den Gruppen

Zunächst haben die Angehörigen erzählt, mit welchen Problemen sie direkt nach dem Suizid, konfrontiert waren. Dies war ein wesentlicher Effekt der Trauergruppen, da die Angehörigen sich dort über diese Erfahrungen austauschen und sich „leer reden“ konnten: „Wir haben die Vorgänge oft wiederholt angesprochen, so als ob wir dadurch das Erlebte loswerden...“

2.1.1 Keine (institutionalisierten) Ersthilferegulungen

Die ersten Probleme ergaben sich daraus, dass keine (institutionalisierten) Ersthilferegulungen existierten: Nach dem Suizid waren Angehörige mit Polizisten konfrontiert, die ermitteln mussten, ob nicht ein Mord, Totschlag, oder ein Unfall geschehen war. Angehörige standen unter Verdacht und sahen sich zum Teil Fragen ausgesetzt, „die ans Limit gingen.“ Sie fühlten sich beschuldigt. Auf einer Akte stand: „Suizid durch Familienstreitigkeiten.“

Der Wunsch, den Leichnam zu sehen und so Abschied zu nehmen, traf oft bei Bestattern, Polizeibeamten oder anderen Angehörigen, auf Ablehnung. Durch das Sehen des Toten kann aber die Unwirklichkeit des Todes verringert werden. Angehörige empfanden es als Bevormundung, wenn ihnen gesagt wurde, dass ein Abschiednehmen ihnen nicht zumutbar wäre. Dieses Bild würde ihnen immer im Kopf bleiben, hieß es. Doch so kämpften manche mit imaginierten Horrorbildern, wie der Gestorbene vielleicht ausgesehen haben könnte. In dieser Situation hatten Angehörige keine Kraft mehr, sich gegen solche Ratschläge aufzulehnen. Angehörige vermuteten, dass die so Ratenden selber überfordert waren und sich nicht zutrauten, die Angehörigen beim Abschiednehmen zu begleiten. Doch umgekehrt,

zukünftig generell Angehörigen zu raten, sie müssten die Gestorbenen sehen, ist auch keine Lösung. Das müssen die jeweiligen Angehörigen, nach einer Beratung, selber entscheiden. Geholfen hat es einer Angehörigen, dass eine Freundin sie beim letzten Sehen der Toten begleitet hat. Andere Angehörige haben später die Akte mit den Fotos des Gestorbenen angefordert. Für eine Angehörige haben Freunde die Akte eingesehen und bewahren sie für sie auf.

Beerdigung, Haushalt, Wohnsituation, Kinderbetreuung, Finanzen und Berufstätigkeit mussten organisiert werden. Der Arbeitsplatz des Gestorbenen musste aufgelöst werden. Manche Angehörige mussten umziehen, weil die Wohnung nun zu groß war oder dem früheren Arbeitgeber gehörte. Geholfen hat es, wenn Freunde tatkräftig unterstützen konnten. Eine Angehörige erzählte, dass ein Pfarrer erst einmal dafür gesorgt hat, dass sie überhaupt wusste, wie es jetzt weitergehen konnte. „... in der ersten Zeit ist man selber ein einziges Chaos. Alles erfordert Kraft: Die Kraft morgens aufzustehen, obwohl die Kraft nicht da ist, weil man nachts wach gelegen hat vor Angst. Die Kraft durch das finanzielle Desaster zu kommen.“ „Wie komme ich durch die ersten Tage? Da kommst Du nie heraus, das schaffst Du nicht. ...wie soll das Leben weitergehen?“, haben sich Angehörige gefragt. Das gesamte Leben war aus den Fugen geraten. Eine Angehörige fasste das so zusammen: „Ich war nicht da. Ich habe funktioniert.“

2.1.2 Kein (institutionalisiertes) Hilfsnetz

Ein weiteres Problem bestand darin, dass kein (institutionalisiertes) Hilfsnetz existierte:

Familie, Freunde und Bekannte waren ähnlich sprach- und machtlos. Anfangs meldeten sie sich noch, dann monatelang nicht mehr. „Aber am 24. Dezember hat der Pfarrer, obwohl er eigene Kinder hat, sich den Morgen für uns Zeit genommen. Er ist zu uns nach Hause gekommen und hat bei uns zwei Stunden verbracht. Das rechne ich ihm bis heute ganz hoch an.“ Danach meldete sich wieder keiner. Stattdessen kamen zunächst Forderungen und/ oder Beschuldigungen. Die Kerzen auf dem Friedhof wurden wieder ausgemacht, die Blumen weggenommen und dergleichen.

Manche versuchen, einen zu ducken, oder man hört so eben Gespräche im Hintergrund, wenn man Einkaufen geht: „Ach Mensch, der Angehörige von der, der hat...“ Oder: „Das ist passiert. Um Gottes Willen wie ist das passiert? Wie konnte das passieren? Da ist sicherlich etwas falsch gelaufen.“ Aber so ist das oft gar nicht.

Vorsicht war geboten, vor denen, die sich als Helfer aufführten. Zum Beispiel hat eine Frau, die „helfen wollte“, später einer Angehörigen mit Suizidandrohungen zugesetzt. - „Eine Schwächung, die man erfahren hat, kann an mehreren Stellen dazu führen, dass andere versuchen einem zu schaden, einen Fuß in die Tür zu kriegen, Macht auszuüben.“ Eine Angehörige berichtete, dass jemand, unter dem Vorwand ihr helfen zu wollen, sie finanziell geschädigt hat.

Professionelle Helfer haben sich zu wenig bei Angehörigen gemeldet. Gewünscht wurde, dass sich, zum Beispiel, die Pflegedienstleitung vom Krankenhaus, in dem sich der Gestorbene suizidiert hat, bei den Angehörigen gemeldet hätte. Zusammen hätte man Revue passieren lassen können, wie die letzten Stunden im Krankenhaus verlaufen sind: Ob noch ein Anruf kam oder Besuch. - Ein Pastor und ein Hausarzt wurden zu Besuch erwartet und kamen nicht. Mitarbeiter eines Kindergartens und einer Schule haben sich nicht gemeldet. Es wurde vergeblich auf einen Anruf eines Jugendamtes, eines Gesundheitsamts und einer Polizeidienststelle gewartet. Manche Angehörige lehnen zwar zuerst ein Hilfsangebot ab, doch sagten mehrere der befragten Angehörigen, dass es schön gewesen wäre, wenn sich jemand, nach ein paar Monaten oder einem Jahr, noch einmal bei ihnen gemeldet hätte.

Gefreut hat sich eine Angehörige über einen Anruf eines Polizeibeamten und eines Mitarbeiters eines Gesundheitsamtes.

Es spielte auch eine Rolle, wie viele praktische Hilfen kurz nach dem Suizid angeboten werden konnten. Gab es Haushaltshilfen, finanzielle Unterstützung und Unterstützung im beruflichen Bereich? Manche Trauernde waren so mit der Bewältigung der praktischen Anforderungen ausgelastet, dass sie keine Zeit und Energie mehr hatten, um in eine Trauergruppe zu gehen.

Es war auch die Frage, inwiefern man erst einmal für sich alleine trauern mochte. Eine Trauernde nach Suizid hatte zunächst mit ihrer eigenen Wut, Trauer, Verwirrtheit und gesundheitlichen Problemen genug zu tun. Gesundheitliche Probleme hatten viele. Eine Angehörige war wie versteinert, manche waren dem Nervenzusammenbruch nahe, eine konnte nicht aufstehen, nicht gehen, einer Angehörigen ist das Atmen schwer gefallen.

Freundschaften wurden in dieser Zeit auf eine harte Probe gestellt: Manche Angehörige haben sich zunächst abweisend verhalten und/ oder sich nicht gemeldet. Doch hat es ihnen geholfen, dass sie, zum Beispiel zu Spaziergang, zu Sport, zu Sachen, wo sie sich alleine nicht zu auffinden konnten, mitgenommen wurden.

In der ersten Zeit konnten viele nicht schlafen. Es war gut, dass Freunde jeden Morgen angerufen und gefragt haben: „Wie hast Du geschlafen? Was machst Du heute? Soll ich vorbeikommen oder kommst Du zu mir?“ Oder: „Ich hab das und das vor, willst Du mit?“ Es war wichtig, dass sie dezent auf Angehörige zugegangen sind, sich etwas haben einfallen lassen. Dabei ist eine gewisse Beharrlichkeit von Nöten. „Immer wieder auf den anderen zugehen ist die Devise, mit dem anderem aushalten. Man muss nicht viel reden – einfach nur da sein. Die Gewissheit zu haben, dass da jemand ist, der einen hält, ist trostreich.“

Es war kein übermäßiges Bemitleiden, sondern... Zeit haben. Immer sagen: „Ruf an, kostet nur ein Telefongespräch. Ich komme oder Du kommst, oder wir telefonieren. Das ist egal.“ Das Gefühl zu haben, da ist jemand, das ist das wichtigste: Dass man sich nicht allein gelassen fühlt.

Anfangs ist es manchen Angehörigen schwer gefallen unter Leute zu gehen, weil sie sich gefragt haben: „Bist Du... schuld?“ Sie wussten, dass sie nicht schuldig sind, aber trotzdem hatten sie Schuldgefühle. Eine Angehörige hat sich Jahre lang zu sehr isoliert. Die Nachbarn haben dann gesagt: „So geht das nicht weiter. Wach auf... Verkapsel Dich nicht in Deiner Trauer, komm' mit. Wenn es Dir nicht gefällt, kannst Du ja immer gehen.“ Sie haben ihr also eine Tür offen gelassen. Einer Angehörigen hat es geholfen, viel zu lesen. Für sie bedeutete das Lesen Bestätigung zu finden. Eine andere Angehörige sagte: „Ich möchte in meiner Trauer leben und in dieser Welt möchte ich leben... Da möchte ich noch drin leben.“ Der Respekt vor der jeweiligen Art zu trauern war wichtig, betonen alle Angehörigen. „Man muss... auch furchtbar aufpassen, wie man etwas sagt. Denn jeder hört ja etwas anderes: Die Haut ist so dünn.“ Missverständnisse passieren in dieser Zeit sehr schnell.

2.1.3 Trauerkultur

Die Trauerkultur in Deutschland bereitete ebenfalls Probleme: Viele Menschen konnten mit der Trauer der Angehörigen nicht umgehen und guckten weg und/ oder machten ihnen (latente) Vorwürfe, oder setzten sie unter Druck: „Du mußt die [Ärzte] verklagen.“ Zusätzlich zu dem Verlust der Gestorbenen, bedeutete dies den Verlust weiterer Bezugspersonen. Einzelne Menschen gingen später auf Angehörige zu und sagten: „Hör mal, wir wussten nicht damit umzugehen.“

Viele Trauernde hatten Angst davor, den Verstand zu verlieren oder von anderen für verrückt gehalten zu werden. Doch sind Halluzinationen, das Sehen/ Hören der Gestorbenen oder Gespräche mit ihnen, normale Bestandteile der Trauer (Jerneizig & Schubert, 1991, S. 80). In den Trauergruppen haben Angehörige erfahren, dass andere auch Angst haben

verrückt zu werden. Die Gruppe bietet einen Lebensanker: „Ich habe nur überlebt hier durch die Kirche, die hat mir Halt gegeben..., durch die Gespräche, durch das Beten.“

„Die Psyche des Menschen ist ein Tabuthema in unserer Gesellschaft. Psyche, psychologisch, Psychiatrie, das sind Wörter, die häufig auf Abwehr stoßen, mit denen man nichts zu tun haben will. Also spricht man nicht darüber.“ Hilfsmöglichkeiten wie Therapie oder Medikamente wurden lange nicht genutzt, aus Angst für verrückt erklärt zu werden: „...da gehe ich nicht hin, in die Klinik..., blöd im Kopf..., oder ich bin doch nicht bescheuert.“ Daher brauchten manche Angehörige Zuspruch einen Arzt aufzusuchen, oder einen zeitlich begrenzten Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik, oder in einer Psychiatrie, auszuprobieren. Diesen Zuspruch bekamen sie auch in den Trauergruppen.

Für Menschen, die die Grunderfahrung nicht haben, wie es ist, im Leben einen solchen Schlag zu bekommen, dass man nicht mehr weiter weiß, kann das Verhalten und die Bedürfnisse Trauernder nach Suizid schwer zu verstehen sein, meinten Angehörige. Wer selber erfahren hat, wie schwer es sein kann, jemanden unzeitgemäß Gestorbenen „loszulassen“, wird es vielleicht eher nachfühlen können, wie es Angehörigen nach Suizid zu Mute ist. „Also ich habe das Gefühl: Nicht zu sehr andere damit belasten. Weil oft wissen die Leute auch nicht, wie sie mit... Trauer umzugehen haben...“

Manche Trauernde haben die Sachen des Gestorbenen nicht weggeräumt. Für sie wäre das so gewesen, als ob sie ihren Angehörigen damit verraten hätten. Nach dem Motto: „Der hat gelebt und weg.“ Daher sind den Angehörigen Gedenkgottesdienste wichtig und die gegenseitigen Telefonate bei Todes-, Geburts- und Feiertagen. Geholfen hat es, dass in der Gruppe Feiertage, wie zum Beispiel Weihnachten, vorbereitet wurden. Es wurde gefragt, wie das sonst war und wie es dieses Mal sein wird; man konnte erzählen, was man vorhat und erfuhr wie es die anderen mit den Feiertagen halten. Das soziale Umfeld erwähnt meistens nach einer Zeit nicht mehr die Toten. In der Trauergruppe war dann ein Ort, an die Gestorbenen zu denken und von ihnen zu erzählen. Für eine Angehörige war es gut, Schritt für Schritt Orte aufsuchen, wo sie gemeinsam mit der Gestorbenen war. In der Gruppe formulierte sie Ziele, was sie in den nächsten 14 Tagen probieren möchte zu machen.

Auch war in der Gruppe ein Raum, um über Themen wie das Leben nach dem Tod zu reden. „Darüber kann man... mit keinem... reden: Manchmal habe ich das Gefühl, als wenn er noch in meiner Nähe ist, als wenn er mich auch beschützt.“ Angehörige suchten nach einem Sinn und fragten: „Wie geht es weiter nach dem Tod? Wo ist sie jetzt?“

2.1.4 Noch zu wenig Aufklärung zu Trauer nach Suizid

Dass es noch zu wenig Aufklärung zu Suizidtrauer gab, brachte Folgeprobleme mit sich:

Manche Therapeuten (die von Angehörigen vor den Trauergruppen aufgesucht wurden) waren nicht zur Trauerbegleitung ausgebildet und haben sich ähnlich verständnislos verhalten wie manche Laien. Etwas überspitzt formuliert, ist eine Angehörige mit der Haltung konfrontiert worden: „Seien Sie fröhlich, gucken Sie dass Sie noch leben...“ Eine andere Angehörige wurde in ihrer Trauer nicht ernst genommen, weil die Therapeutin nur auf ihr schickes Äußeres geachtet hat, und daraus schloss, der Angehörigen müsse es gut gehen; statt zu sehen, dass Leid überspielt wurde. „Ja, wenn ich da... ganz gebückt... dahin gekommen wäre, vielleicht hätte sie mich besser verstanden.“ Auch in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken war für manche Angehörige ihre Trauer schwer zu bewältigen, weil die Rahmenbedingungen nicht ihren Bedürfnissen entsprachen. Zum einen lag das an dem weiterhin existierenden Vorurteil der „Irrenanstalt“. Zum anderen wurde das Gefühl der Isolation verstärkt, weil keine anderen Trauernden in der Klinik waren. Adressen von Kliniken, die Trauerbegleitung anbieten, waren nicht bekannt.

Hilfsangebote für Trauernde nach Suizid waren kaum vorhanden und/ oder nicht bekannt. Alle Angehörigen hatten vor dem Suizid noch nicht von Trauergruppen nach Suizid gehört.

Eine Angehörige ist über einen Klinikarzt, eine andere über einen Pastor, in eine allgemeine Trauergruppe gekommen. Einige haben irgendwann zufällig gelesen oder gehört, dass es eine Trauergruppe nach Suizid gibt. Manche waren etwas verunsichert, ob sie zur Gruppe kommen dürfen, weil bei ihnen der Suizid schon etwas zurücklag. Bei der Ankündigung eines Vortrags über Trauer nach Suizid, hoffte eine Angehörige, dass sich danach eine Trauergruppe nach Suizid gründen würde. Dieser Wunsch ist auch in Erfüllung gegangen. Manche Angehörige haben bewusst lange Anfahrtswege auf sich genommen, weil sie nicht wollten, dass am Wohnort bekannt wurde, dass sie in die Trauergruppe gehen.

Gewünscht wird, dass Ersthelfer (Polizei, Pfarrer, Feuerwehr, Krankenhausmitarbeiter, Bestatter), und Therapeuten, Adressen von Trauergruppen nach Suizid kennen und diese an Angehörige weitergeben. Manche Ersthelfer wurden von befragten Angehörigen, auch als betroffen und Unterstützung benützend, wahrgenommen. Auch Organisationen wie der Weiße Ring sollten über solche Adressen verfügen, sagt eine Angehörige, deren Nahestehender zunächst nicht gefunden wurde, und bei dem vermutet wurde, dass er Opfer eines Gewaltverbrechens geworden war. Der weiße Ring ist eine „Hilfsorganisation für Kriminalitätsoffer und ihre Familien“ (Weisser Ring, 2007, S.1).

Ein weiteres Problem bestand für Angehörige im Umgang mit der Öffentlichkeit und den Medien. In unserer Gesellschaft geht man nicht an die Öffentlichkeit und sagt: „Hör mal, bei uns ist jetzt das und das passiert.“ Das ist ähnlich wie bei einem Ehestreit, den möchte man geheim halten, das geht keinen etwas an. Nach Jahren redet man vielleicht darüber. Mit Außenstehenden konnten sie kaum über den Suizid reden, da diese die Angehörigen nicht kannten und schnell mit Unverständnis und verurteilend reagierten: „Ah ja, das ist denen widerfahren? Wie konnte das denn passieren?“ Eine Angehörige ist umgezogen, um alles hinter sich zu lassen. Bekannte einer Angehörigen hatten Angst das Haus eines Gestorbenen zu betreten, weil dort der Teufel darin oder ein Fluch darauf sein könnte. Sie haben es missbilligt, dass sie in eine Trauergruppe nach Suizid gegangen ist und dort erzählt hat, „was alles passiert ist.“ Vom sozialen Umfeld wurde zum Teil auch die Befürchtung geäußert, dass in der Trauergruppe doch alles wieder aufgewärmt, das Leid nur verschlimmert würde. Doch berichteten die meisten Angehörigen, dass es vom Umfeld als positiv aufgenommen wurde, dass sie in einer Trauergruppe Hilfe gefunden haben. Tage und Wochen hatte das Umfeld Angst um die Angehörigen. Die Angehörigen waren sich ebenfalls ihrer Suizidgefährdung bewusst. Sie brauchten dringend Hilfe, weil sie keine Perspektive sahen und wissen mussten, wie es weiter gehen konnte. Sie fielen von jetzt auf gleich in diese Situation hinein. Das war wie ein schwarzes Loch, aus dem herauszukommen, sehr schwer war. Der Gedanke, dass man da alleine nie herauskommt, es regelrecht auf einen hereinstürzt und man irgendwo aufgefangen werden muss, hat bei manchen zum Schritt in die Trauergruppen geführt. Bei anderen Angehörigen kochte immer noch diese Wut, wie man Kinder in die Welt setzen, und sich dann suizidieren kann. Wobei diese Wut als irrational, völlig verkehrt und dem Gestorbenen nicht gerecht werdend empfunden wurde; sie kam aber trotzdem hoch. Sie wollten erfahren, wie andere damit umgehen. Einige suchten auch in religiöser Hinsicht Trost. Der anonyme Rahmen der Trauergruppen nach Suizid war entlastend für die Angehörigen, weil sie so dort aufrichtig über den Suizid reden konnten. Einen empfehlenswerten Zeitpunkt in eine Trauergruppe nach Suizid zu gehen, gibt es nicht. Manche sind nach Wochen in eine Trauergruppe nach Suizid gegangen, andere Monate oder Jahre später.

Die soziale Isolation, in der sich viele Trauernde nach Suizid befanden, war ebenfalls ein Grund, sich einer Trauergruppe anzuschließen. In den ersten Wochen wurden Angehörige zum Teil noch aufgefangen, aber irgendwann hieß es dann, ausgesprochen oder unausgesprochen, dass die Zeit gekommen sei, wo die Trauer überwunden sein, wo sie sich ein bisschen zusammenreißen müssten. „Wirkliches Interesse bestand nur bei einem Bruchteil von Menschen – bei vielen habe ich mich komplett abgeschottet gefühlt... es ist so bei mir

angekommen: „Das hast Du mir jetzt schon zwei Mal erzählt, da will ich jetzt nichts mehr von hören.““

Die Angehörigen befürchteten, ihre Bekannten, Freunde und Familie „vollzujammern“ und sie deswegen zu verlieren. Die Angehörigen selber wussten zum Teil auch nicht mit der Situation umzugehen. Wenn sie jemand ansprach war es nicht gut; sprach sie aber keiner an, war es auch nicht gut. Sie hatten Angst vor dem verlegenen oder betretenen Schweigen, das entstand, wenn sie den Suizidtod ihres Nahestehenden ansprachen. Zudem wollten sie andere nicht zu sehr mit ihrer Trauer belasten. Freunde hatten auch ihre eigenen Probleme und die Eltern oder andere Verwandte konnten nicht helfen, weil sie krank waren oder weil sie, wie viele in unserer Gesellschaft, nicht gelernt hatten mit Trauer umzugehen, oder weil sie selber der Verzweiflung nahe waren. Denn auch in einer Familie ist es fraglich, selbst wenn man sich sehr gerne hat, ob einer den anderen stützen kann. Es ist jeder auf eine andere Art betroffen bzw. schwer verletzt. Viele sprachen nicht darüber. „Das war wie ein Tabu.“ Auch kam es in manchen Familien zu gegenseitigen Schuldzuweisungen. Dies führte dazu, dass Angehörige zum Teil Jahre lang schwiegen.

„Warum verhält sich meine Familie so?“, wurde daher oft in den Gruppen gefragt. Die Gruppe hat dann versucht zu vermitteln. Wenn sich Angehörige von ihren Nächsten abgewürgt fühlten, spiegelte die Gruppe zum Beispiel, dass die Angehörigen möglicherweise versuchten sich gegenseitig zu schützen und schonen. Jedes Familienmitglied wusste genau, wie weh dem anderen der Suizid tut und suchte deswegen vielleicht von sich aus kein Gespräch über den oder die Gestorbene. Oder das soziale Umfeld wollte vermeiden, dass der oder diejenige wieder traurig ist. Es war entlastend, von anderen zu hören, dass sie sich auch in ihrer Familie allein gelassen fühlten. Wenn die Nächsten durch die eigene Trauer nicht die Kraft hatten, so viel Liebe und Verständnis zu geben, wie es nötig wäre, zogen sich Angehörige oft in sich selbst zurück. Die Enttäuschung darüber, dass die Nächsten die gewünschte Unterstützung nicht geben konnten oder verweigerten, hat zum Bruch von Freundschaften und Partnerschaften geführt. In den Trauergruppen konnten sie die Zurückgezogenheit von Partnern oder Freunden besser aushalten bzw. verstehen.

Eine Angehörige nach Suizid klagte:

Das Schlimmste ist, dass meine Kinder immer noch den Tod ihres Vaters beiseite schieben... Die brauchten jetzt eigentlich eine starke Mutter, die ihr Leben weiterlebt... Für die Kinder ist das total erschütternd zu sehen, dass die Eltern so reagieren... Junge Erwachsene sind total überfordert mit der Situation. Wenn Eltern so einbrechen, ist das eine bedrohliche Situation für die Kinder.

Möglicherweise können Jugendliche ihre Trauer besser mit Gleichaltrigen besprechen als mit den Eltern. Junge Erwachsene, besonders Männer, trauern zum Teil anders. Als Eltern kann es gut sein, abzuwarten, bis sie von sich ein Gespräch suchen. Auch ein Angebot eines Trauerbegleiters an einen Jugendlichen wurde von diesem ausgeschlagen. Angehörige hatten Angst um ihre Familie und kümmerten sich um sie, blieben aber mit ihrem Kummer alleine. Die Angst vor Wiederholung innerhalb der Familie, ist eine Frage, die im Stillen jeden umtreibt, mehr oder weniger offen ausgesprochen. Die Sorge um die Kinder, war ein weiterer Grund, die Trauergruppen nach Suizid aufzusuchen. Der Wunsch bestand, den Kindern ein Vorbild zu sein, ihnen zu zeigen, dass man sich Unterstützung holen kann, wenn man in Not ist. Des Weiteren erhofften sie sich Hilfestellung, um ihre Kinder noch besser unterstützen zu können. Fragen waren zum Beispiel: Wie sagt man einem Kind, dass sich ein Elternteil selbst getötet hat? Wann ist es alt genug es zu erfahren? Soll es überhaupt bekannt werden, dass sich der oder die Gestorbene suizidiert hat?

2.1.5 Die Forschung kennt noch nicht die Ursachen von Suiziden

Da die Forschung noch nicht die genauen Ursachen von Suiziden kennt, waren die Angehörigen auf der Suche nach einer Antwort. Sie stellten sich Fragen wie: Wie konnte das geschehen? Warum habe ich nicht...? Das hätte ich doch merken müssen. Warum? „Die haben sie einfach mit in den Tod genommen, die Antwort darauf.“ Mein Gott was hast Du verbrochen? Warum hast Du dieses Schicksal? „Warum hat... Gott das zugelassen?“ Angehörige bezeichnen dies als Kreisgedanken (Modell siehe Anhang E, S. 104), weil sie sich diese Fragen immer und immer wieder gestellt haben und zu keinem Ergebnis kamen. Dabei beschrieben sie unterschiedliche Selbst- und Fremdvorwürfe: Die Selbstvorwürfe lauteten, die Suizidabsicht nicht wahrgenommen zu haben, oder die Suizidabsicht zwar wahrgenommen zu haben, aber vielleicht in der Lage gewesen zu sein, den Suizid zu verhindern. Niemand berichtete von einem Selbstvorwurf, selber den Gestorbenen in den Tod getrieben zu haben. Fremdvorwürfe traten in ähnlicher Form auf, hatten aber unterschiedliche Adressaten: Ein Fremdvorwurf richtete sich an den Gestorbenen: „Warum hat er uns das angetan?“ Ein anderer Fremdvorwurf galt Ärzten: Diese hätten den kommenden Suizid erkennen und verhindern müssen; bzw. die Ärzte hätten die Warnungen von Angehörigen nicht ernst genommen, dass die Nahestehenden suizidgefährdet waren. Ein weiterer Fremdvorwurf richtete sich an eine andere Angehörige, der manchmal die Schuld für den Suizidtod gegeben wurde. Eine andere Form des Fremdvorwurfs wandte sich an Gott: „Warum hat... Gott das zugelassen?“ Diese Selbst- und Fremdvorwürfe waren von den Normen und Standards unserer Gesellschaft geprägt: „Früher war das Sünde... Die wurden woanders beerdigt. Oder was die Kirche doch so mit den Selbstmördern gemacht hat. Das ist ja heute nicht,... aber es steckt einfach drin.“ „... das Problem Suizid, das ist ja so wie ein Tabuthema. Sie können ja kaum mit irgendjemanden so richtig darüber sprechen, es sei denn, es sind die Bekannten. Da hat man immer das Gefühl: „Ah ja, das ist denen widerfahren? Wie konnte das denn passieren?“... Irgendwie so Unverständnis.“ „Man kann locker sagen: Mein Mann ist an einem Herzinfarkt gestorben.“ Auch wurden die Selbst- und Fremdvorwürfe von den Normen und Standards der relevanten sozialen Gruppe geprägt: „So was macht man nicht, was der Opa gemacht hat, nicht?“ „Dein Haus wollen wir nie mehr betreten. Da ist der Teufel. Dein Mann hat sich da das Leben genommen.“ Die individuellen Lerngeschichten spielten ebenfalls eine Rolle: „Das ist ja genau wie wenn ein Ehestreit ist... dann möchte man das geheim halten oder macht zu: Das geht keinen was an. Das sagt man den Kindern ja schon: „... das musst Du ja nicht nach draußen erzählen...““ Auch waren die Fremdvorwürfe situationsabhängig: „In manchen Situationen, wenn... mir etwas nicht in den Kram passt, gebe ich ihr manchmal die Schuld.“

Die Strategien der Angehörigen mit Beschuldigungen und Verdächtigungen durch die soziale Umwelt umzugehen, bestanden in Rückzug, Wechsel der sozialen Gruppe, Umzug, Abbruch der Beziehung, Streit, Be- und Entschuldigungen anderer, sowie im Suchen von Bestätigung ihrer Erfahrungen durch andere.

Wenn Angehörige sich selbst verurteilt haben, haben sie Wiedergutmachung geleistet, indem sie anderen halfen: „Dass ich hier helfe und tue, das ist mein Lebensinhalt... geworden.“ Wichtig ist manchen auch, Dinge für die Gestorbenen zu tun. Dazu kann es gehören jedes Jahr in den Trauergottesdienst zu gehen: „Das ist... ein Stück..., wo man sich daran klammert und denkt: „Jetzt habe ich auch für den Verstorbenen etwas getan.““ Eine andere Angehörige tut etwas für ihren gestorbenen Mann, indem sie sein Andenken schützt: Es darf keiner schlecht von meinem Mann reden. Mir wird auch immer nachgesagt: Weil ich keine leichte Ehe hatte... Mich verstehen die Leute nicht, warum ich jetzt einen Mantel darüber decke. Das ist mir sehr... wichtig: Das alles gut war, alles toll: Dass ich nur die ganze Schuld auf mich nehme... Damit baue ich meine Schuldgefühle ab... Weil im Grunde habe ich keine Schuld.

Manche Angehörige meinten kein Recht auf Glück bzw. eine neue Partnerschaft mehr zu haben. In den Trauergruppen hat es den befragten Angehörigen geholfen, zu sehen und zu hören, dass sie nicht alleine mit diesem Schicksal sind, und dass andere unter Umständen noch härter betroffen sind als sie selbst. Damit wurde erlebbar, dass ein Suizid in jeder Familie vorkommen kann. Das darüber sprechen hat auch einen Blickwinkel geöffnet (siehe Modell auf S. 105-106):

Wenn der Selbstvorwurf lautete, die Suizidabsicht nicht wahrgenommen zu haben, konnten die Trauerbegleiter die Perspektive auf die Plötzlichkeit des Todes lenken: „Ein Suizid ist wie ein Infarkt zu sehen. Es überfällt und passiert dann.“ Gruppenteilnehmer haben auf die schwere Erkennbarkeit aufmerksam gemacht, bzw. dass auch andere den Suizid nicht haben verhindern können: „Das haben selbst die Ärzte nicht verhindern können. Das kann nicht an Dir gelegen haben.“ Außerdem haben Trauerbegleiter und Gruppe aufgrund von vorigen Berichten der betroffenen Angehörigen spiegeln können: „Du hast alles für den Mann getan.“ „Du hast Deinen Mann nicht belogen, nicht betrogen, nichts.“ „Sie haben Ihrem Mann doch nichts getan.“ Die Trauergruppe hat Angehörige also an ihre positiven Verhaltensweisen erinnert.

Hatte der Selbstvorwurf den Inhalt, vielleicht in der Lage gewesen zu sein, den Suizid zu verhindern, wurden die Versuche aufgezählt, den Nahestehenden zu retten: „Das hast Du auch noch gemacht, mehr kannst Du doch nicht tun.“ „Die Trauerbegleiter haben es immer wieder geschafft, neue Perspektiven zu geben, über die man noch nicht nachgedacht hatte.“ Zum Beispiel wurde die Machtlosigkeit der Angehörigen betont: „Wollen Sie Ihren Mann Ihr Leben lang auf dem Schoß halten?“ „Das geht gar nicht. Wie wollten Sie das machen?“ „Wenn ein Mensch sich umbringen will, dann tut er das, wenn auch nicht sofort.“ Das Augenmerk wurde darauf gerichtet, dass auch andere den Suizid nicht haben verhindern können: „Das haben selbst die Ärzte nicht verhindern können. Das kann nicht an Dir gelegen haben.“ „Man kann es nicht verhindern.“ Auch wurde gezeigt, dass die Lebenserhaltung nicht in den Verantwortungsbereich der Angehörigen gehörte, sondern, wenn überhaupt, in den der Ärzte und Psychologen: „Hast Dich um alles gekümmert, war ja eigentlich gar nicht Deine Aufgabe. Das war Aufgabe der Ärzte oder des Psychologen.“

Wenn der Fremdvorwurf sich an die Gestorbenen richtete: „Du Arschloch. Warum hast Du so etwas gemacht?“, konnte die Wut bestätigt werden: „Toll, Sie haben... einmal geschimpft auf Ihren Mann.“ Wenn gefragt wurde: „,,Wie konnten sie?“ Dann sagt jeder aus seiner Sicht, was er vorzuwerfen hatte.“ Es wurde dann versucht einen Einblick in die Lage dessen zu geben, der diesen Schritt tat: Dass er einen Tunnelblick hatte und für sich keine andere Wahl mehr sah. Eine Frage, die sehr schmerzte, war: „Haben sie nicht an uns gedacht?“ Den Suizid als Krankheit anzuerkennen, die nicht im Zusammenhang mit der Beziehung des Gestorbenen zu den Angehörigen stand, ist allen schwergefallen. Eine Angehörige formuliert das folgendermaßen:

Ein Schwager ist früh an einer körperlichen Krankheit gestorben: Das war ganz furchtbar... Aber ich sage das so und der war krank als er gestorben ist, aber man erkennt das bei denen, die sich das Leben nehmen, vielleicht nicht als Krankheit an. Dabei sind sie seelisch krank. Sagen wir immer und trotzdem wollen wir das nicht für uns akzeptieren. Wir sagen immer: Sie haben uns das angetan. Was heißt angetan? Ist vielleicht auch nicht richtig, aber: Haben sie nicht an uns gedacht? Nicht einen Moment? Was sie den Angehörigen damit antun?... Das kann ja keine Liebe sein, fragt man... Der kann Dich gar nicht geliebt haben,... wenn er Dir so etwas antut.

Es half zu hören, dass ein Suizid wie ein Infarkt zu sehen ist. Doch „die Frage nach der Gefahr der Wiederholung innerhalb einer Familie, die stellt sich...“

Wenn der Fremdvorwurf sich gegen die Ärzte richtete, dass diese achtsamer hätten sein, und hätten sehen müssen, dass sich der Zustand der Gestorbenen wieder verschlechtert hatte, konnte auch dargelegt werden, dass der Tod sehr wahrscheinlich nicht zu verhindern war.

Eine Angehörige sagte: „Ob ihr das zu Hause passiert wäre, wenn ich sie gehabt hätte? Sicherlich auch.“

Als der Fremdvorwurf sich gegen Gott richtete, kam eine Angehörige zu folgendem Schluss: „Irgendwie muss Gott etwas Bestimmtes damit vorgehabt haben, wenn wir dieses schwere Schicksal tragen müssen.“ Der Begriff des Schicksals bzw. der Schicksalsgemeinschaft wurde von den Angehörigen häufig genannt. Mit diesen Begriffen wurde auch zum Ausdruck gebracht, dass der Suizid einer „unausweichlichen Macht“ (Schicksal, 2006, S. 1) zuzuschreiben ist.

Die beschriebenen Perspektiven haben Angehörigen geholfen sich gegen die eigenen Vorwürfe, und gegen die Beschuldigungen anderer, aktiv zur Wehr zu setzen.

Im Folgenden beschreibe ich weitere Effekte der Trauergruppen nach Suizid:

2.2 Weitere Gruppeninteraktionen und ihre Effekte

In den Trauergruppen nach Suizid, deren Dauer auf ein Jahr festgelegt war, konnten Neue später dazukommen. Vom Leid der Neuen zu hören, war für die Gruppenteilnehmer eine Herausforderung. Denn sie konnten nachempfinden, wie sich diese wahrscheinlich gefühlt haben. Angehörige haben deswegen vorübergehend oder ganz die Gruppe verlassen. Eine Angehörige, wird erzählt, blieb in der Gruppe, zog sich aber von denen zurück, deren Schicksalsschlag schlimmer zu sein schien, als der eigene. Diejenigen, die in der Gruppe geblieben sind, betonen, dass sie durch das, was Neue erzählt haben, nie belastet wurden, sondern aufgewühlt. Eine Angehörige hat es mit jedem Mal besser verkräftet, vom Leid der Neuen zu hören. Sie hat daran messen können, wie weit sie in ihrer eigenen Trauerverarbeitung fortgeschritten war. Die Erfahrung, dass sie schon in der Lage war, auch einem anderen beizustehen, hat ihr gezeigt, dass die Gruppe ihr geholfen hat. Allerdings erzählten Angehörige, die schon längere Zeit an den Gruppen teilnahmen, oder bei denen der Suizid längere Zeit zurücklag, dass sie sich zurückgenommen haben bzw. überlegt haben aus der Gruppe zu gehen, um Neuen Platz zu machen. Denn wenn zehn Gruppenteilnehmer anwesend waren, blieb nicht mehr genügend Zeit für jeden, um von sich zu erzählen. Eine Gruppengröße von höchstens sechs Teilnehmern wurde als optimal empfunden.

Die Neuen hatten es etwas schwerer als die „Alten“, weil die anderen schon in die Gruppe integriert waren. Auch hat es Neue befremdet, wenn Alte lachend hereinkamen und keine Trauerkleidung trugen. Eine Neue dachte: „Wo bin ich hier eigentlich? Fehlt nur noch Kaffee und Kuchen, denn ist Kaffeeklatsch hier.“ Sie hätte deswegen fast die Gruppe wieder verlassen. Wenn man schon längere Zeit dabei ist, findet man dagegen das Zusammensitzen bei Plätzchen und Tee gemütlich und die Atmosphäre auflockernd. Auch die allgemeinen Freizeitangebote der Kirche wurden als eine Auflockerung empfunden: „... durch die Begegnung, durch die Freude der anderen..., lockert sich bei mir jetzt etwas auf.“

Nach... Jahren bin ich jetzt das erste Mal... mitgegangen. Sonst habe ich immer...

gesagt: „Ach nein, ich möchte es nicht.“... weil ich das nicht ertragen konnte, ich wollte es nur nicht zugeben, fröhliche Menschen um mich zu haben. Also ich hab mich regelrecht eingeegelt. Mir war das gar nicht bewusst, aber so war es...

Wenn viele Neue kamen und wieder gingen, haben sich manche Angehörige in der Gruppe nicht wohlfühlt. Sie mochten dann nicht ausführlich von sich erzählen. Sie konnten dann am Telefon besser miteinander sprechen als in der Gruppe. Vertrauen hat sich zu denjenigen aufgebaut, die immer da waren: „Hinterher war das dann ein gemeinsames Verarbeiten.“

Mit der Zeit hat sich eine Gruppe von Frauen herauskristallisiert, denen eine Gruppe viel gebracht hat. Sie haben sich gegenseitig angerufen und haben sich nach Ende der Trauergruppe ab und an getroffen. Anfangs waren zum Teil Ehepartner mit dabei. Das war für die anderen Frauen schwer, wenn sie zusehen mussten, wie die Ehepaare Händchen hielten

und sich gegenseitig trösteten. Daraufhin haben sich dann nur die Frauen getroffen. Diese Ehrlichkeit hat es ermöglicht, dass auch ausgesprochen werden konnte:

...und wenn man... im Kreis zusammensitzt und jeder holt die Fotos seiner Kinder heraus... sagt sie: „Da denken die gar nicht daran, wie es unserer gegangen ist oder alle erzählen sie freimütig...“ Und da sagte die andere Dame, die also ihren Mann verloren hat: „Ja“, sagt sie, „was glaubst Du, wenn Du uns immer sagst, mein Mann wartet auf mich, wir gehen, ich muss zu meinem Mann...“

Bei allen hat die Trauer keinen stetigen Verlauf, sondern ist eine schwankungsreiche Zeit:

Es geht mit der Zeit, wenn man hier her kommt, immer ein wenig bergauf. Aber es bleibt schon ein Problem... Aber die schwerste und schlimmste Zeit, da wird man getragen...

Also am Anfang kann man gar nicht sagen, dass es bergauf geht... Es ging herauf, es ging herunter. Es waren also ständige Wechselbäder.

„Die Trauer ist nach wie vor da, aber nicht mehr, dass sie so weh tut, dass man am liebsten weglaufen möchte, wenn einer... einen anspricht.“, sagte eine Angehörige. Eine Angehörige nach Eisenbahnsuizid kann keinen Zug fahren hören und nicht mit ihm fahren. Für eine Angehörige ist das Zwiegespräch mit der Gestorbenen nicht mehr beängstigend. „Aber ich glaube richtig mit der Trauer wird man auch nicht fertig und man sollte es auch nicht.“, meinte eine Angehörige, mehrere Jahre nach dem Suizid. „Wir sind nicht mehr die, die wir früher waren. Wenn Kleinigkeiten sind, wo sich alle darüber aufregen, dann denke ich immer: Es gibt viel... Schlimmeres. Ich habe andere Prioritäten.“

Von der Trauergruppe, die sich ein halbes Jahr lang traf, berichtet eine Angehörige, dass es für sie genau die richtige Zeit war aufzuhören: „Ich möchte nicht mehr über dieses Thema, den Tod sprechen, nicht mehr in dieser Intensität.“ Sie bedauerte aber, dass es keine Zusammenkünfte mehr gab.

In den Trauergruppen nach Suizid haben sich Angehörige daran gewöhnt vom Suizid und ihrer Trauer zu reden. Sie haben sich gegenseitig Mut gemacht. Sie haben sich darin bestärkt, sich jeden Tag etwas Gutes zu gönnen. Dies hat dazu geführt, dass sie ihre Erfahrungen weiter geben wollen. Zum Beispiel die Erfahrung, dass viele Menschen mehr Probleme haben mit dem Thema umzugehen als sie und es deshalb nicht wagen sie anzusprechen: „... dass gerade Angehörige Angst davor haben, mit einem umzugehen... Manche, wenn sie mich angerufen haben, haben dann die Stimme gesenkt oder so. Dann habe ich gesagt: „Du brauchst Deine Stimme gar nicht zu senken. Du kannst ruhig normal mit mir sprechen...“ Also weil sie meinten, sie müssten Rücksicht nehmen...“ „Ihr braucht Eure Stimme nicht zu senken. Geht ruhig normal mit mir um, sonst kriege ich Angst vor mir selber... Dann war gut. Dann war wirklich gut.“

Die Trauerbegleiter der Gemeinde stellen auch einen Raum zur Verfügung, in dem sich Angehörige weiterhin treffen. Angedacht war auch eine AGUS-Selbsthilfegruppe zu gründen oder sich in der Suizidprävention zu engagieren. Alle sagen, dass Kinder eine Anlaufstelle haben müssten. Wenn der Suizid passiert, steht die Umwelt oft hilflos da. Eine Art Feuerwehr wäre da notwendig. Menschen, die als Lotsen den Angehörigen in der ersten Zeit helfen den praktischen Alltag zu bewältigen. Denn man steht vor den Fragen: Aufbahrung: Ja oder nein? Den Leichnam sehen: Ja oder Nein? „Da sollte man... Menschen... haben, die sich dem gestellt haben“, die wissen, wie jemand, der sich suizidiert hat, aussehen kann. Weitere Fragen sind: Wann und wie kann die Beerdigung stattfinden? Wo ist das Familienbuch? Wo sind Sachen, die Vorgesetzten ausgehändigt werden müssen? Wer fährt einen zum Krankenhaus, zur Polizei und zum Beerdigungsinstitut? Denn die Angehörigen stehen meistens so unter Schock, dass Unfälle leicht passieren können. Vor allem, wenn Kinder betroffen sind und dort keine Familie zum Auffangen ist, die, zum Beispiel, die betroffene Mutter und die Kinder ein wenig trennen kann. Es sind Lotsen notwendig, die den Kindern als Gesprächspartner dienen können. Eine schnelle Begleitung der Jugendlichen, eventuell durch andere Jugendliche oder junge Leute, ist erforderlich.

Angehörige könnten sich vorstellen, dass aus Trauergruppen nach Suizid Menschen hervorgehen, die bereit sind, sich dieser Situation zu stellen. Zum Teil haben Angehörige ihre Telefonnummer den Trauerbegleitern gegeben, so dass diese sie anrufen können, wenn „Neue“ Unterstützung brauchen. Die Lotsen müssten aber nicht selber betroffen gewesen sein, sagen Angehörige. Es müsste nur jemand sein, der sich so weit mit der Thematik auseinander gesetzt hat, dass er weiß, was notwendig ist: Ratschläge nicht. Es geht darum: „Wie komm ich durch den ersten Tag? Wird ein Arzt geholt?“ Manche brauchen eine Beruhigungsspritze. Dabei muss aber das Risiko mitbedacht werden, dass wenn zum Beispiel Mutter oder Vater eine Beruhigungsspritze bekommen, der ganze Alltag eventuell nicht mehr läuft.

Die Trauergruppen nach Suizid hatten durch den sozialen und inhaltlichen Rahmen folgende Effekte (siehe Modelle auf S. 101-102): Sie bekamen durch die Trauerbegleiter und die Schicksalsgemeinschaften Ressourcen (Informationen, Verhaltensmodelle, Verhaltenssicherheit im Umgang mit der eigenen Trauer, anderen Angehörigen helfen können), Respekt und Anerkennung (Zuspruch, Bestätigung), ein Gefühl der Zusammengehörigkeit (Zuneigung und gleichartige Erfahrungen), und Sicherheit (Anonymität und Aufgefangenwerden). Der wichtigste Effekt (die Kernkategorie) war dabei, dass die Angehörigen sich nicht allein gelassen fühlten: Sie fühlten sich durch die Strukturangebote, die Empathie und Akzeptanz verstanden, angenommen und aufgefangen. Das Verstandenwerden hat die Einsamkeit geheilt, wenn man sich vom sozialen Umfeld unverstanden bzw. missverstanden oder beschuldigt fühlte. Das Akzeptiertwerden hat die Einsamkeit gelindert, wenn man den Eindruck hatte, mit seinem Verhalten bzw. seiner Trauer allein dazustehen, und sich sowie andere zu befremden. Das Aufgefangenwerden hat die Einsamkeit genommen, ohne (bzw. mit zu wenig) Hilfe dazustehen. Die Angehörigen haben in den Trauergruppen nach Suizid erfahren, dass sie nicht allein sind mit diesem Schicksal und dass andere ihnen helfen diesen schweren Schlag zu tragen.

V. Zusammenfassung, Diskussion und Forschungsausblick

Nun werde ich eine kurze Zusammenfassung dieser Arbeit geben, und dabei Aufgaben zukünftiger Forschung zeigen und diskutieren: Die ersten veröffentlichten Arbeiten zu Angehörigen nach Suizid kamen in den 60er Jahren aus dem angelsächsischen Raum (Aebischer-Crettol, 2000b, S. 289). Doch ist dieses Forschungsfeld noch unterrepräsentiert (Winter et al., 2005, S. 53). In Deutschland (Wolfersdorf, 2006, S. 25), Österreich und der Schweiz, ist die Zahl der Untersuchungen zu diesem Thema bislang auch gering (Seibl et al., 2001, S. 317). McIntosh (1996, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 317-321) berücksichtigte in seinem Werk „Survivors of Suicide: A bibliography update 1986-1995“ ein weites Spektrum englischsprachiger Publikationen. Dabei stellte er fest, dass viele Fragen, bezüglich der Auswirkungen eines Suizids auf Hinterbliebene, weiter erforscht werden müssen. Um Trauergruppen nach Suizid optimal gestalten zu können, gilt es diese Fragen zu klären:

1) Wodurch genau unterscheidet sich Trauer nach Suizid von Trauer nach anderen Todesarten? Mittlerweile scheint ein Konsens dahingehend zu bestehen, dass sich die Tiefe der Trauer von Nahestehenden nach unterschiedlichen Todesarten nicht stark unterscheidet, Angehörige nach Suizid aber mit Besonderheiten zu kämpfen haben. Dazu gehört die Frage nach den Gründen für den Suizid bzw. die Frage nach der Schuld, sowie das Gefühl, vom Gestorbenen zurückgewiesen worden zu sein (Baillex et al., 1999, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 53).

Knieper (1999, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 318) dagegen nimmt an, dass eine Kombination aus plötzlichem Schock, unbeantworteten Fragen nach den Gründen des Suizids, und dem Trauma, das daraus resultieren kann, den Suizid beobachtet (McDowell, Rothber & Koshes, 1994; Reed, 1998, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 318) oder den Toten

entdeckt zu haben (Callahan, 2000; Reed, 1998, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 318), dazu führen könnte, dass Angehörige nach Suizid eine erschwerte Form von Trauer erleben. Callahan (2000, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 318) erläutert, dass zum Beispiel erhöhte Angst und sich aufdrängende Erinnerungen an den Suizid (sogenannte „flashbacks“), Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, und nicht Ausdruck von Trauer, sein könnten. In zukünftigen Studien sollte daher erwogen werden, Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen bei Angehörigen zu erfassen (Callahan, 2000, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 318).

Ein weiterer Unterschied zwischen Trauer nach Suizid und Trauer nach anderen Todesarten, könnte daraus resultieren, wie der Suizid gedeutet wurde. Mitunter wurden die Gründe für einen Suizid, von der sozialen Umwelt, in der Lieblosigkeit der Angehörigen dem Gestorbenen gegenüber gesehen. Durch solche Interpretationen werden Angehörige von manchen Mitmenschen für den Suizid ihres Nahestehenden verantwortlich gemacht, was ihre Schuldgefühle verstärken und zu Konflikten mit ihrer Umgebung führen kann (Heilborn-Maurer & Maurer, 1990, S. 164ff.).

Von Mitmenschen wird der Umgang mit Angehörigen nach Suizid als belastender eingestuft, als der Umgang mit anderen Trauernden (Wagner & Calhoun, 1991, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Dies kann sich in Unsicherheit, Hilflosigkeit, ausweichendem Verhalten, Unbehagen und Vorbehalten gegenüber Angehörigen nach Suizid, äußern (Moore & Freeman, 1995, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Hinterbliebene nach Suizid erhalten weniger Unterstützung als Hinterbliebene nach anderen Todesarten (Farberow, 1992, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Daher fühlen sich Suizidhinterbliebene oft stigmatisiert (Wroblewski, 1992, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Das führt häufig zu ihrem Rückzug und ihrer Isolation (Ross, 1997, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319):

Wallace (1973, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 291) befragte 12 Witwen nach Suizid. Jede reagierte auf den Suizid anders: Einige reagieren mit Schuldgefühlen und manche mit einer gewissen Erleichterung. Alle litten nach dem Suizid unter Isolation. Anfangs hatten sich einige diese Isolation selbst auferlegt (um reflektieren und Erklärungen finden zu können). Bald stellten aber alle fest, dass sie bei ihrer Suche nach Verständnis bei Freunden wie Verwandten auf Ablehnung stießen. Sie fühlten sich dadurch verstoßen, gebrandmarkt, allein gelassen und verletzt. Vier hatten deswegen Suizidgedanken, eine machte einen Suizidversuch. Dagegen empfanden Witwen nach anderen Todesarten, den plötzlichen Rollenwechsel als größten Stressor. Doch 12 bis 21 Monate nach dem Tod des Partners, hatten beide Gruppen den Verlust etwa gleich gut verarbeitet. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Shepherd und Barraclough (1974, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 291), nachdem sie 44 Verwitwete nach Suizid befragt hatten.

Einen weiteren Unterschied zwischen Suizidtrauer und Trauer nach anderen Todesarten untersuchten Cain und Fast (1966, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 289): Sie erforschten das Phänomen der Identifikation des erwachsen gewordenen Kindes mit dem durch Suizid verstorbenen Elternteil. Sie befragten 45 Halbweisen nach Suizid. Der überlebende Elternteil vermied es oft, mit dem Kind über den Suizid zu sprechen. Cain und Fast entdeckten unter anderem folgende Identifikationsmuster: Eine Resignation des Kindes in Erwartung eines Todesschicksals durch Suizid und eine beständige Angst vor seinen eigenen suizidalen Impulsen. Die Identifikation kann innerhalb von Tagen bis zu Dekaden nach dem Versterben des Elternteils zwanghaft dazu führen, ebenfalls Hand an sich zu legen.

Unterschiede zwischen Angehörigen nach Suizid und Hinterbliebenen nach anderen Todesarten, können also sein: Schuldgefühle, Beschuldigungen durch andere, ein Gefühl vom Gestorbenen zurückgewiesen worden zu sein, eine Identifikation mit dem Gestorbenen, ein Gefühl stigmatisiert zu werden, Suizidgefährdung und Traumatisierung. Dies berichteten auch die von mir befragten Angehörige nach Suizid. Außerdem wiesen sie darauf hin, dass Trauernde nach anderen Todesarten nicht eine solche Sprachlosigkeit und Entsetzen erleben.

Aufgrund der spezifischen Begleitumstände nach Suizid (wozu auch das Verhalten der Medien gehört) wünschen sie sich Trauergruppen, die nur für Suizidhinterbliebene zugänglich sind.

2) Es ist wenig über den Trauerverlauf bei Angehörigen nach Suizid bekannt. Informationen über Suizidtrauerverläufe können Angehörigen helfen sich zu orientieren, was „normal“ ist im Rahmen von Suizidtrauer. Längsschnittuntersuchungen könnten dazu Informationen geben. Als Voraussetzung dafür ist der Begriff der Trauer klar zu fassen. Zurzeit ist dieser noch umstritten: Im DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003, S. 810) wird Trauer (in Abgrenzung zur Depression) als höchstens zwei Monate andauernd definiert. Hautzinger (2003, S. 11), hingegen, geht von sechs Monaten aus. Die Ergebnisse der Gespräche von Hartmann (2003, S. 99-102) mit sieben Frauen und Männer nach Suizid lassen jedoch fragen, ob Trauer nach Suizid nicht länger andauert: Bei den von ihm befragten Angehörigen wurde die Trauer nach anderthalb bis drei Jahren als erträglich beschrieben. Eine von mir befragte Angehörige berichtete, dass sie oft gehört hat: „Das ist doch jetzt schon ein halbes Jahr vorbei, jetzt reiß’ Dich mal ein bisschen zusammen. Warum weinst Du immer noch?“ In der Trauergruppe bekam sie aber Bestätigung: „...das ist alles im Rahmen dessen, was man als Mensch empfindet, wenn man jemanden verloren hat und das darf man sich von keinem einreden lassen, dass nach einem halben Jahr der Trauer alles vorbei ist. Das ist nicht so.“ Eine andere Angehörige erzählte, dass sie ein Jahr lang nicht schlafen konnte. Sie sagte: „Und jetzt ist vielleicht die Zeit so nach drei Jahren reif, dass ich mich öffne und durch diese Öffnung, dass ich das [Freizeitangebot] mitmache und etwas Positives erlebe...“ Andere Angehörige hatten zwei Jahren nach dem Suizid oder zu späteren Zeitpunkten den Wunsch nach Trauerbegleitung. Auch Winter et al. (2005, S. 50) weisen darauf hin, dass viele Angehörige nach Suizid die ersten zwölf Monate „überleben“, und dass eine Verarbeitung zu diesem Zeitpunkt noch aussteht.

3) Die meisten Studien wurden in Zusammenarbeit mit Witwen und Eltern nach Suizid erarbeitet. Untersuchungen mit Geschwistern, Kindern, Großeltern und anderen Verwandten fehlen noch zum großen Teil. Ausnahmen hiervon bilden eine Untersuchung mit fünf- bis 14jährigen Kindern und Geschwistern (Pfeffer et al., 1997, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319), sowie eine Untersuchung von Cerel et al. (1999, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319) mit fünf- bis 17jährigen Kindern nach Suizid. Wahrscheinlich erweist sich die Gruppe der Angehörigen nach Suizid, im Hinblick auf Trauerverhalten, als nicht homogen: Eltern nach Suizid fühlen sich, zum Beispiel, oft für den Suizid ihres Kindes verantwortlich (Seguin et al., 1995, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Partner nach Suizid scheinen dagegen eher unter Gefühlen des Abgelehnt- und des Verlassenwordenseins zu leiden (Smolin, 1993, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Alle der hier befragten Eltern und Partner litten aber unter Schuldgefühlen. Aus dem Verwandtschaftsverhältnis zum Gestorbenen bzw. aus der Position des Hinterbliebenen in der Familie, könnten sich also spezifische Trauerproblematiken bzw. unterschiedliche Trauerprofile ergeben (Valente & Saunders, 1993, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). Dem könnte durch entsprechende Gruppenzusammensetzung von Trauergruppen nach Suizid Rechnung getragen werden. Dies wurde auch von manchen der hier befragten Angehörigen nach Suizid gewünscht. Eine Witwe nach Suizid sagte, dass sie am liebsten in eine Gruppe gehen würde, wo nur andere Witwen nach Suizid sind. Witwen, Eltern, sowie Töchter nach Suizid betonten, dass sie für ihre Kinder bzw. Jugendlichen eine Trauerbegleitung (in welcher Form auch immer) für dringend erforderlich halten. Dabei machten mehrere Eltern darauf aufmerksam, dass es schwer ist, die Kinder bzw. Jugendlichen zu erreichen. Daher sind die Perspektiven von Kindern und Jugendlichen zu erforschen.

4) Die Trauerverhaltensweisen unterschiedlicher Familienmitglieder sollten in einer Untersuchung miteinander verglichen werden. Dies könnte unterschiedliche Perspektiven von Familienmitgliedern verdeutlichen. Mittels dieser könnte man Aufklärungsarbeit und Trauerbegleitung optimieren. Denn ein Problem, das von mehreren befragten Angehörigen

benannt wurde, war, dass sie sich in ihren Familien allein gelassen fühlten oder dass sie die anderen nicht belasten wollten. In den Trauergruppen wurde dann zusammen reflektiert, warum Familienmitglieder, zum Beispiel, über den Suizid nicht reden wollten. Vermutete Gründe waren, dass Jugendliche, insbesondere Männer, lieber mit Gleichaltrigen sprechen oder sie ebenfalls die anderen Familienmitglieder nicht belasten wollten.

5) Die Intensität der Beziehung zwischen Suizident und Angehörigem, könnte ein Einflussfaktor auf Art und Ausprägung von Trauer sein. Sie könnte daher in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden. Denn unterschiedliche Forschungsergebnisse könnten aufgrund unterschiedlicher Grade an emotionaler Nähe zwischen Hinterbliebenem und Gestorbenem entstanden sein (Reed & Greenwald, 1991, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319). So fanden McIntosh und Kelly (1992, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319) keinen Beleg dafür, dass sich Trauer nach Suizid essenziell von Trauer nach anderen Todesarten unterscheidet. Bailley et al. (1999, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 319) dagegen zeigten, dass Trauer nach Suizid Komponenten besitzt, die nach anderen Todesarten weniger bzw. gar nicht erlebt werden. Stärkere Schuldgefühle zählen dazu. In diesem Kontext machte Henslin (1973, S. 98) darauf aufmerksam, dass Angehörige nach Suizid, die gegen den Gestorbenen eine große Abneigung verspürten, nicht von Schuldgefühlen berichteten. Heilborn-Maurer & Maurer (1990, S. 172ff.) zeigten, dass Schuldgefühle von der emotionalen Beziehung zum Suizidenten, von der Persönlichkeit der jeweiligen Hinterbliebenen, ihrer Todesvorstellung, und vor allem ihrer sozialen Rolle (Mutterrolle, Vaterrolle usw.) beeinflusst werden. Für zukünftige Studien müsste zudem das Konstrukt der Intensität einer Beziehung klar und einheitlich definiert werden.

Die hier befragten Angehörigen standen alle den Gestorbenen emotional nahe und wünschten, dass sie noch leben würden. Die Gestorbenen sind Partner, Partnerin, Töchter, Sohn, Mütter, Vater, Schwester. Alle (bis auf einen, der wütend war, allein gelassen worden zu sein) berichteten von Schuldgefühlen. Sie alle begrüßten Trauergruppen, die nur für Angehörige nach Suizid zugänglich sind, da sie sich dort besser verstanden gefühlt haben, als in allgemeinen Trauergruppen.

6) Über die Auswirkungen eines Suizids auf soziale Systeme außerhalb der Familie (zum Beispiel Freunde, Bekannte, Mitschüler, Kollegen, Mitpatienten, professionelle Helfer) ist wenig bekannt. Ausnahmen hiervon bilden Freunde bzw. Peers von Jugendlichen. Doch trauern diese Menschen auch (Seibl et al., 2001, S. 319). Auch Menschen, deren Beziehung zum Gestorbenen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit entstand (Psychiater, Therapeuten, Krankenpfleger usw.), reagieren in teilweise ähnlicher Form auf einen Suizid wie Familienangehörige (Gitlin, 1999, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Ähnliches gilt für Patienten nach dem Suizid ihres Therapeuten oder Psychiaters (Reynolds et al., 1997, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Der Suizid eines Kollegen kann auch professionelle Helfer zu Suizidhinterbliebenen machen (Davis & Bates, 1990, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Auch die Suizidhinterbliebenen außerhalb der Familie bilden keine homogene Gruppe (Seibl et al., 2001, S. 319). Wie diese – mit oder ohne professionelle Begleitung – ihrer Trauer begegnen, hat Auswirkungen auf die Mitglieder von Trauergruppen nach Suizid. Denn der stärkste schützende bzw. hilfreiche Faktor ist die erlebte soziale Unterstützung (Callahan, 2000, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 49). Auf die Wichtigkeit, sich nicht allein gelassen zu fühlen, haben die hier befragten Angehörigen immer wieder hingewiesen. Sie haben gehofft, von Freunden, Bestattern, Polizei, Schulen, Jugend- und Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, Unterstützung zu erhalten. Die Perspektiven, Bewältigungsstrategien, Ressourcen und Bedürfnisse der sozialen Systeme außerhalb der Familie zu erforschen, sowie sie zu unterstützen, ist daher erforderlich.

7) Wie viele Angehörige nach Suizid es gibt, ist noch unklar. Eine realistische Schätzung der Zahl der Hinterbliebenen ist notwendig. Sie könnte eine Einschätzung des Bedarfes an professionellen Hilfsangeboten ermöglichen. Dazu müssten die Bedürfnisse von Angehörigen

nach Suizid weiter erforscht werden. So könnten Hilfsangebote optimal gestreut, und gezielt auf die Bedürfnisse von Hinterbliebenen angepasst werden. Die Schätzung der Anzahl Hinterbliebener erfordert eine klare und einheitliche Definition des Begriffs „Suizidhinterbliebener.“ Bis heute gibt es diese noch nicht (Seibl et al., 2001, S. 320). Seibl et al. (2001, S. 316) diskutieren beispielsweise, ob Lokführer (die dem Gestorbenen nicht nahestanden) als Suizidhinterbliebene zu bezeichnen seien, da für sie Eisenbahnsuizide zu traumatisierenden Erfahrungen werden können (Farmer et al., 1992, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 321). Wie Callahan (2000, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 321) betrachte ich diese traumatischen Erfahrungen, als dem Themenbereich der Trauma- bzw. Unfallbewältigung angehörend, und nicht dem Themenbereich der Trauerbewältigung.

Denn Trauer ist durch den Verlust eines Nahestehenden definiert (American Psychiatric Association, 2003, S. 809-810). Als Nahestehend betrachte ich jemanden, der vor dem Suizid schon eine Beziehung zum Angehörigen hatte, Lokführer hatten dies jedoch in der Regel nicht.

8) Wie professionelle Begleitung von Angehörigen nach Suizid aussieht, und wie sie sich auswirkt, wurde selten untersucht. Weitere Studien zur Arbeitsweise und Effektivität von Suizidpostvention (zum Beispiel von Trauer- und Selbsthilfegruppen, Postventionsprogrammen für Schulen und für professionelle Helfer) sind notwendig. Das Wissen, um die Situation von Angehörigen nach Suizid, muss in die Ausbildung professioneller Helfer aufgenommen werden. Evaluation und Qualitätssicherung derselben sollten durchgeführt werden (Clark, 2001; Wolfersdorf et al., 2001, zitiert nach Winter et al., 2005, S. 53). Angehörige nach Suizid haben ein erhöhtes Risiko für eigenes suizidales Verhalten (Cain, 1972; Valente & Saunders, 1993, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Von den hier befragten Angehörigen berichteten zwei, dass sie nicht wüssten, ob sie ohne die Gruppen noch leben würden. Auch deswegen ist Suizidpostvention wichtig (Hopmeyer & Werk, 1994, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Da die Anzahl der Angehörigen nach Suizid bedeutsam ist, wären dies auch aus gesundheitsökonomischer Sicht effektive Maßnahmen (Winter et al., 2005, S. 53).

Der Hausarzt bzw. der behandelnde Arzt könnte, als einer der ersten professionellen Ansprechpartner vor Ort, in der akuten Situation über Besonderheiten von Suizidtrauer und über Hilfsangebote informieren (Winter et al., 2005, S. 50). Es wäre zu begrüßen, wenn alle professionellen Helfer Informationsblätter zur Hand hätten, die sie Angehörigen nach Suizid geben könnten. Das könnte zum Beispiel das Faltblatt „Wenn ein Mensch sich getötet hat. Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen.“ von AGUS (2005) sein. Seelsorger, Mediziner, Psychologen, und Angehörige nach Suizid könnten Rufbereitschaften einrichten, so dass sie Angehörige sofort nach dem Suizid, auf Wunsch, begleiten könnten. Erfahrungen solcher Helfer und von Angehörigen sind in der Broschüre der Verwaisten Eltern (2002) „Hinweise für Rettungsdienste, Notfallseelsorge, Krisenintervention“ zu finden. Loo (2001, p. 2-3) macht zudem darauf aufmerksam, dass die Schritte des „Critical Incident Stress Debriefing (CISD)“ (ein Programm, das zur Traumabewältigung von Naturkatastrophen konzipiert wurde), sich auch auf die Bedürfnisse von Angehörigen direkt nach dem Suizid anwenden lassen. Die von Calhoun, Selby und Faulstich (1980, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 293) befragten Angehörigen gaben übereinstimmend an, dass sie es sehr geschätzt hätten, wenn sie unmittelbar nach dem Suizid mit einem entsprechend geschulten Menschen hätten sprechen können. Auch die hier befragten Angehörigen vermissten eine sofortige Begleitung. Foglia (1980, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 287, 294) weist zudem darauf hin, dass sich Postvention nicht auf die Anfangsphasen des Schocks und des Nicht-Wahrhaben-Wollens des Geschehenen beschränken soll, sondern sich dem Umgang mit Trauer im täglichen Leben zuwenden muss. Die Postvention sollte mindestens das erste kritische Jahr nach dem Verlust des Nahestehenden umfassen. Foglia ergänzt, dass Angehörige auf unterschiedliche Weisen auf den Verlust eines Nahestehenden durch Suizid reagieren. Da

unmittelbar nach dem Suizid nicht voraussehbar ist, auf welche Weise die Angehörigen reagieren werden, sollte ihnen (auch langfristig) eine Begleitung angeboten werden können (Foglia, 1980, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 287, 294). Die hier befragten Angehörigen haben auch darauf hingewiesen, dass sie es begrüßt hätten, wenn sich professionelle Helfer, nach ein paar Monaten sowie nach einem Jahr, noch einmal bei ihnen gemeldet hätten. Des Weiteren wirft Foglia die Frage auf, welche Vorbildung Trauerbegleiter haben sollten und von wem bzw. von welcher Organisation aus sie angefordert werden könnten. Spohr (2006, S. 2) weist daraufhin, dass der „Titel“ Trauerbegleiter in Deutschland nicht geschützt ist. Außerdem wurden bisher die Effekte von Trauerbegleiterausbildungen nicht systematisch untersucht. Daher war es oft unklar, ob das, was gelehrt werden sollte, auch gelernt wurde (Spohr, 2006, S. 2). Zudem wissen wir zurzeit nicht genau, „wem Trauerbegleitung auf welche Art und Weise hilft: Ob es ohne (organisierte) Begleitung besser oder schlechter weitergegangen wäre im Leben der Angehörigen“ (Spohr, 2006, S. 2). Zurzeit ist sogar noch unbekannt, was besser oder schlechter bedeutet. Die deutschsprachige Trauerforschung kann auf diese „einfachen Fragen“ noch keine verlässliche Antworten geben (Spohr, 2006, S. 2).

Alle der hier befragten Angehörigen waren stets sehr bzw. vollsten zufrieden mit der Trauerbegleitung in den Gruppen. Die Trauerbegleiterinnen und -begleiter erfüllten die von Spohr (2006, S. 4) benannten Kriterien: Nach Spohr ist es entscheidend, dass die Trauer in den Gruppen Ausdruck findet, sowie die Universalität der Trauer und Solidarität der Trauernden spürbar wird. Weitere Kriterien sind die von Rogers beschriebenen der Akzeptanz, Empathie und Echtheit (Spohr, 2006, S. 5). In den hier befragten Gruppen haben sich die Begleiterinnen und Begleiter auch sehr gut ergänzt. „Es war optimal, dass zwei die Gruppe leiteten.“ Stich (1996, S. 159) berichtet aus seiner Erfahrung mit der Leitung von Gruppen „Hinterbliebener nach Suizid“ des Arbeitskreis Leben, dass es zu empfehlen ist, dass nicht zwei Männer die Gruppe leiten.

Im deutschsprachigen Raum sind Hinweise über die Begleitung Suizidhinterbliebener erst spät in der Fachliteratur zu finden. Die Österreicher Haller und Ling (1986, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 294, 296) unternahmen deshalb eine Studie, in der sie 56 Familien bzw. Partner nach Suizid interviewten. 54 Prozent der Angehörigen berichteten von Schuldgefühlen und in 48 Prozent der Familien musste sich mindestens ein Mitglied in psychiatrische Behandlung begeben. Außerdem zeigte es sich, dass Angehörige oft nicht imstande waren, Hilfe zu suchen. Haller und Ling stellten fest, dass vor allem Kinder nach dem Suizid eines Angehörigen einen Schock erlitten. Sie kommen zu dem Schluss, dass es kein Patentrezept gibt, sich beim Begleiten von Hinterbliebenen „richtig“ zu verhalten. Was gefragt ist, ist „Sensibilität“. „Niemals ist respektlose Schnüffelei am Platz.“ (Haller & Ling, 1985, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 295).

In den USA und in Kanada existieren mehr als 300 Trauergruppen nach Suizid. Diese wurden bisher auch wenig untersucht (Seibl et al., 2001, S. 320). Ausnahmen hiervon bildet eine Studie von Farberow (1992, die einen Überblick über die wenigen Untersuchungen zwischen 1966 und 1984 gibt), eine Forschungsarbeit von Hopmeyer & Werk (1994), sowie eine Arbeit von Rubey & McIntosh (1996, zitiert nach Seibl et al., S. 320).

Die Trauergruppen nach Suizid kommen dem Bedürfnis Angehöriger, nach Kontakt und Austausch mit anderen Angehörigen nach Suizid entgegen (Wagner & Calhoun, 1991, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Sie bieten eine Gelegenheit, in geschützten Rahmen über eigene Erfahrungen zu berichten (Hopmeyer & Werk, 1994, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Kahl-Passoth, Dille & Walther (1992, S. 91) berichten auch aus ihrer Erfahrung mit der Leitung „allgemeiner“ Trauergruppen, dass vor allem dann die Trauergruppe gut genutzt werden kann, wenn ähnliche Erlebnisse miteinander verglichen werden können. Dadurch können unterschiedliche Umgehensformen aufgespürt, und eine Selbstsicherheit für den eigenen Umgang mit Trauer gewonnen werden. Es ist auch von den hier befragten

Angehörigen nach Suizid betont worden, „dass das Leid zwar in allen Gruppen [allgemeinen Trauergruppen wie Trauergruppen nach Suizid] gleich ist, aber die Begleitumstände anders sind und sie sich daher in den Trauergruppen nach Suizid besser verstanden gefühlt haben. In allgemeinen Trauergruppen besteht die Gefahr, dass Angehörige nach Suizid wieder allein mit ihrem Schicksal dastehen. Entscheidend (und daher Kernkategorie des Modells auf S. 101-102) ist aber, was eine hier befragte Angehörige folgendermaßen formulierte: „Das Gefühl zu haben, da ist jemand, das ist das wichtigste: Dass man sich nicht allein gelassen fühlt.“ Die Trauergruppen nach Suizid helfen das Stigma „Trauer nach Suizid“ zu reduzieren. Darüber hinaus erhalten Angehörige praktische Hilfe und Vorbilder hierzu (Winter et al., 2005, S. 51).

Zu diskutieren ist, ob homogene oder heterogene Gruppen in Bezug auf die sozialen Rollen optimaler sind, oder ob es sinnvoll ist, sowohl homogene als auch heterogen zusammengesetzte Gruppen anzubieten. Silverman (1967, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 291) berichtete, dass sich als beste Hilfe für Witwen „Witwe-zu-Witwe-Programme“ herausstellten. Eine Mutter nach Suizid, Jauch-Hesse (2004, S. 55, 56), schilderte auch, dass es ihr geholfen hat, im Internetforum der Verwaisten Eltern, Zuspruch von anderen Eltern zu erhalten. Sie bekam von ihnen auch Informationen über Selbsthilfegruppen und Trauerseminare.

Stich (1996, S. 158) macht aufgrund seiner Erfahrung mit der Leitung von Gruppen „Hinterbliebene nach Suizid“ der Arbeitskreise Leben, auf einen weiteren Aspekt aufmerksam: In den Gruppen des Arbeitskreises Leben haben sich heterogene Gruppen in Bezug darauf, wie lange der Suizid zurücklag, als positiv herausgestellt. Dies könnte auch aus den Berichten der hier befragten Angehörigen geschlussfolgert werden: Diejenigen, die schon länger an einer Trauergruppe teilgenommen hatten oder wo der Suizid schon länger zurücklag, konnten neuen bzw. schwer getroffenen Gruppenteilnehmern, Hilfestellung geben.

Jedem Angehörigen nach Suizid, der Hilfe sucht, müsste auch ein Angebot gemacht werden können, das für ihn erreichbar ist und seinen Wünschen entspricht. Großeltern, Mütter, Väter, Geschwister, Töchter, Söhne, professionelle Helfer, und insbesondere Kinder und Jugendliche, können jeweils andere Bedürfnisse haben. In der Schweiz gibt es zum Beispiel die Selbsthilfegruppe „Nebelmeer“ für Jugendliche, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben (Bättig, 2006, S. 25). Aus ihren Erfahrungen könnte man lernen.

Auch ist zu prüfen, ob Angehörige nach erweitertem Suizid die Unterstützung erhalten, die sie brauchen.

Zu diskutieren ist auch, ob homogene Altersstrukturen den Gruppenzusammenhalt möglicherweise fördern, und welche Altersgrenzen für Gruppen sinnvoll sein könnten. Doch wann und wie würden sich dann solche Gruppen gründen?

Zu fragen ist auch, wie Männer ihre Trauer verarbeiten, ob sie Unterstützung brauchen und welche Hilfsangebote für sie attraktiv wären. Allgemein ist zu fragen, wie Angehörige außerhalb von Trauergruppen ihre Trauer leben.

Unterschiedliche Zeitstrukturen und Träger entsprechen unterschiedlichen Bedürfnissen von Angehörigen. Ein noch mal anders strukturiertes Angebot für Angehörige nach Suizid gibt es in Australien: Die „Bereaved Through Suicide Support Groups (BTSSG)“ (Unterstützungsgruppen für Hinterbliebene nach Suizid) bestehen aus zehn bis 20 Gruppenmitgliedern. Die Gruppenarbeit findet in Groß- wie Kleingruppen statt. Begleitet werden sie von einem professionellen Berater und einem „support worker“ (Co-Begleiter). Die support worker sind Angehörige nach Suizid, die an einem Trainingsprogramm zur Trauerverarbeitung teilgenommen haben. Des Weiteren gibt es ein professionelles Beratungsgremium. Dieses ist zusammengesetzt aus einem Psychiater, einem Trauerbegleiter, einem Bestatter, und einem Allgemeinmediziner (Clark, 2007, p. 290). Zusätzlich arbeiten die Gruppen mit Bestattern, Schulberatern, Psychologen, Krisenhilfen und Glaubensgemeinschaften zusammen (Clark, 2007, p. 294). Außerdem gibt es ein Programm,

welches über juristische Themen im Zusammenhang mit Suizid, Trauer, Gesundheit, Stressmanagement und Bewältigungsstrategien informiert (Clark, 2007, p. 289). Ergänzt wird dieses durch ein Programm von Freizeitaktivitäten, um die Angehörigen zu ermutigen ihr Leben wieder aufzunehmen. Dies ist besonders wichtig in schwierigen Zeiten des Jahres, wie Weihnachten oder Muttertag. Zudem macht die Gruppe Aufklärungsarbeit (Clark, 2007, p. 294).

Aufklärungs- und Forschungsarbeit ist in Deutschland dringend erforderlich. Diese müsste in der Schule beginnen (Hartmann, 2003, S. 94). Inzwischen gibt es „Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid“, erstellt von Michel (2007). Ein Vergleich mit Suizidpostventionsprogrammen aus US-amerikanischen und kanadischen Schulen wäre lohnend (Leenaars & Wenckstern, 1998, zitiert nach Seibl et al., 2001, S. 320). Diese Aufklärungsarbeit müsste auch Suizidprävention umfassen (Hartmann, 2003, S. 94). Kühnert (1998, S. 27) berichtet diesbezüglich von einem Projekt, das von Angehörigen nach Suizid (H. und P. Goditsch, E. Bodner) ins Leben gerufen wurde. Das Projekt heißt WeiL (Weiter im Leben) und umfasst die Begleitung von suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen in der Schule.

Aufklärungsarbeit ist auch allgemein in Bezug auf das Thema Trauer erforderlich: Der gesellschaftlich akzeptierte Ausdruck von Trauer ist heute nicht mehr stillschweigender Konsens (siehe zum Beispiel Trauerkleidung). Manche Menschen würden die Begegnung mit Trauernden gerne suchen, schrecken aber davor zurück, weil sie Angst haben es nicht richtig zu machen. Die Themen Trauer und Suizid sind in Deutschland tabuisiert. Dies drückt sich in einer weit verbreiteten Sprachlosigkeit, und fehlenden oder noch nicht bekannten Hilfsangeboten, aus (Spohr, 2006, S. 1-2). Daher fragen sich Trauernde oft: „Bin ich noch normal?“ Eine Teilnehmerin einer allgemeinen Trauergruppe berichtete: „Mitten auf der Straße habe ich plötzlich angefangen zu weinen. Ich weiß ja nicht mal warum. Was sollen denn die anderen von mir denken! Früher ist mir so etwas noch nie passiert“ (Kahl-Passoth et al., 1992, S. 16-17). Da Trauer ein Tabuthema ist, wissen sie nicht, dass solche scheinbaren „Verrücktheiten“ zum Trauern gehören und geraten daher leicht in Panik. Der Schmerz über den Tod eines geliebten Menschen kann Zeit, Raum und Ausdruck brauchen. Geduld mit sich selbst zu haben ist notwendig, um herauszufinden, was einem gut tut (Kahl-Passoth et al., 1992, S. 17). Auch in allgemeinen Trauergruppen ist es zentral sich aussprechen zu können und zu merken, dass es anderen Menschen genau so geht, dass sie einen verstehen und man nicht allein ist. Man kann alles erzählen, ohne ständig Angst haben zu müssen, dass die anderen kein Verständnis zeigen (Käsler, 1993, S. 136). Durch allgemeine Informationen über Trauer ist den befragten Angehörigen in den Gruppen mitgeteilt worden, dass es nicht eine „richtige“ Art zu trauern gibt, sondern dass viele Verhaltensweisen denkbar sind (zum Beispiel auch Wut auf den Gestorbenen), und dass die Zeitdauer für Trauer individuell sehr verschieden sein kann. Trauerrituale (Gedenkmessen, das Vorbereiten von Feiertagen) wurden von den von Hartmann (2003, S. 66) befragten, wie die von den hier befragten, Angehörigen nach Suizid als wichtig und hilfreich empfunden. Dunne (1992, p. 37) hebt hervor, dass gerade Angehörigen nach Suizid Angst haben, selbst psychisch krank zu sein. Diese Angst betrifft häufig Angehörige von Gestorbenen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde (Winter et al., 2005, S. 51). Eine deutsche Umfrage ergab zudem, dass Depressionen von der Mehrheit der Befragten als Befindlichkeitsstörung eingestuft werden, die man mit Selbsthilfe, Entspannung und Urlaub in den Griff bekommen kann. Dazu kommt eine Schwellenangst vor nervenärztlichen Praxen (Mayer, 2005, S. 1). Dies führte auch bei hier befragten Angehörigen nach Suizid dazu, dass manche des Zuspruchs bedurften, um einen Arzt aufzusuchen oder eine psychosomatische Klinik für sich in Anspruch zu nehmen. Dies könnte auch in dem folgenden, weit verbreiteten, Interpretationsmuster begründet sein: Bei körperlichen Krankheiten wird davon ausgegangen, dass „der Betroffene nicht dafür kann.“ Sie erzeugen Mitleid und führen eher zu unterstützendem Verhalten. Psychische

Störungen oder irrtümlich als solche klassifizierte Krankheiten, werden hingegen als in der Verantwortung der Menschen liegend und kontrollierbar eingestuft. Auf sie wird eher mit Ärger und Missachtung oder ignorierendem Verhalten reagiert (Mayer, 2005, S. 2).

Interpretationsmuster spielen auch eine wichtige Rolle bei Trauer nach Suizid: 1967 befragte Henslin 58 Angehörige nach Suizid. Jene von ihnen, die sich für den Suizid nicht mitverantwortlich fühlten, hatten kaum Schwierigkeiten mit der Verarbeitung des Verlustes. Anders war dies bei jenen, die meinten, irgendwie zum Suizid beigetragen bzw. nicht genügend getan zu haben, um ihn zu verhindern (Henslin, 1973, 92ff.). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen 1972 Augenbraun und Neuringer (zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 293). Andere Suizidhinterbliebene hatten Schuldgefühle wegen Erlösungsgefühlen (Augenbraun & Neuringer, 1972, zitiert nach Aebischer-Crettol, 2000b, S. 293).

Wir verfügen in unserer Kultur über kein „eindeutiges Denkmodell“, das den Tod durch Suizid in ähnlicher Weise sehen lassen würde wie einen anderen „natürlichen“ Tod (Heilborn-Maurer & Maurer, 1990, S. 151). Heilborn-Maurer und Maurer (1990) fanden heraus, dass Hinterbliebenen nach anderen Todesarten bestimmte Denkweisen dabei helfen können, den Tod eines Nahestehenden zu bewältigen. Solche Denkweisen sind zum Beispiel: „Es war Gottes Wille, dass er die Krankheit bekam und starb.“, oder „Es war sein Schicksal“. Diese Denkweisen stellen eine teilweise zufrieden stellende Erklärung dafür zur Verfügung, warum eine Krankheit auftrat, indem sie eine Interpretation bieten, die die eigene Person nicht in Frage stellt, weil sie bestimmt, dass die Ursache für den Tod außerhalb der eigenen Kontrolle liegt. Eine weit verbreitete Sichtweise von Suizid dagegen besagt, dass es sich um einen ungewöhnlichen, vermeidbaren, und absichtlich selbst herbeigeführten, Tod handelt (Heilborn-Maurer & Maurer, 1990, S. 151ff.; Henslin, 1973, S. 90ff.). Die Erklärung, warum der Gestorbene sich suizidierte, wird dann meist den Hinterbliebenen abverlangt (Heilborn-Maurer & Maurer, 1990, S. 152). „Üblicherweise wird davon ausgegangen, daß ein Suizident Probleme hatte oder sich in einer unerträglichen Situation befand, in der er nur noch die Möglichkeit sah, den eigenen Tod herbeizuführen.“ (Heilborn-Maurer & Maurer, 1990, S. 164). Häufig wird die Verantwortlichkeit für diesen Tod eher Menschen zugeschrieben, als zum Beispiel sozialen oder gesamtgesellschaftlichen, unkontrollierbaren oder mystisch begründeten Situationen. Als Verantwortliche werden in erster Linie der Partner oder die Eltern des Gestorbenen betrachtet (Heilborn-Maurer & Maurer, 1990, S. 164). Auch hier ist Aufklärungsarbeit dringend erforderlich. Denn es stellte sich zum Beispiel heraus, dass nach Öffentlichkeitsarbeit, das Verhalten des sozialen Umfeldes, von Vorwürfen in Verständnis umschwenkte (Hartmann, 2003, S. 94).

In den Trauergruppen konfrontieren sich die Angehörigen mit dem Erlebten und ihren Schuldgefühlen. Dies kann es ermöglichen „den Denkfehler der Retrospektive“, wie Boos (2005, S. 108) ihn, in Bezug auf Menschen mit chronischen Traumatisierungen, nennt, zu korrigieren. Dieser Denkfehler besteht darin, dass nachträglich Bedingungen schuldhaft interpretiert werden. Wenn die gesamten Situations- und Personenaspekte, also die bisher vernachlässigten und überbetonten Bedingungen betrachtet werden können, können sie „die Bedeutung ihres eigenen Verhaltens neu bewerten und am Gesamtgeschehen relativieren...“ (Boos, 2005, S. 108). Dies wird dadurch erreicht, dass nach dem Kenntnisstand damals kurz vor und während der Traumatisierung gefragt wird, und nachträgliche Bewertungen ausgeklammert werden (Boos, 2005, S. 109).

Eine Vernetzung zwischen und in den Disziplinen, ist auch auf internationaler Ebene, erforderlich. Schritte hierzu haben, zum Beispiel, Omega 90 in Luxemburg gemacht. Dort fand 2005 eine Konferenz mit Chris Paul (Trauerbegleiterin), mit anschließendem Seminar, für Fachkräfte mit dem Titel: „Trauer nach Suizid – (k)eine Trauer wie eine andere“, statt (Omega 90 a.s.b.l., 2005, p.13). 2006 tagte das erste internationale Symposium zur Suizidnachsorge (Brockmann, 2007, S. 22). Die Situation und die Probleme der Suizidbetroffenen in anderen Ländern (unter anderen England, Schweiz, Belgien, Norwegen,

Schweden, Neuseeland und Australien) sind in weiten Bereichen deckungsgleich: Der Umgang mit Schuldgefühlen bereitet Probleme; es sind überwiegend Frauen in den Trauergruppen nach Suizid; und es gibt Bedarf an schriftlichen Informationsmaterial für Angehörige nach Suizid (Brockmann, 2007, S.22).

In den Trauergruppen nach Suizid verstanden es die Trauerbegleiter und die Schicksalsgemeinschaften durch Gedankenregungen (siehe Modell, S. 105-106) den Angehörigen etwas von den Schuldgefühlen zu nehmen. Sie haben sich gegenseitig darin bestärkt, ihre Ressourcen zu aktivieren und auch Hilfe außerhalb der Trauergruppen (wie zum Beispiel von Ärzten) anzunehmen.

VI. Literaturverzeichnis

Aebischer-Crettol, E. (2000a). Aus zwei Booten wird ein Floß. Suizid und Todessehnsucht: Erklärungsmodelle, Prävention und Begleitung. Zürich: Haffmans Sachbuch Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 AEB]

Aebischer-Crettol, E. (2000b). Seelsorge und Suizid: Seelsorge mit Hinterbliebenen, die von einem Suizid betroffen wurden. Bern: Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.

AGUS. (2005). Wenn ein Mensch sich getötet hat. Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen [Faltblatt]. Bayreuth: Selbstverlag.

AGUS. (2007a). Homepage AGUS Angehörige um Suizid [On-line]. Verfügbar unter HTTP: www.agus-selbsthilfe.de [23.05.2007].

AGUS. (2007b). Trauer nach Suizid [On-line]. Verfügbar unter HTTP: www.agus-selbsthilfe.de/index.php?id=11 [27.09.2006].

American Psychiatric Association. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (4. Aufl., Textrevision, dt. Bearb. u. Einf. v. Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I.). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Bättig, A. (2006). Erfahrungen als Hinterbliebene nach Partnerverlust durch Suizid. Suizidprophylaxe. Theorie und Praxis, 33 (1), 21-25.

Barth, S., Kerp, E.-M., Müller, M. (2003). Trauer. Unveröffentlichte Hausarbeit, Universität Trier.

Baßler, M. & Schins, M.-T. (Hrsg.). (1992). Warum gerade mein Bruder? Trauer um Geschwister. Erfahrungen, Berichte, Hilfen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Bodner, E. (2002). Ich wollte doch dein Leben schützen! Erleben, Sinnsuche und Trost nach dem Verlust eines Kindes. Schwerpunkt Suizid. Gnas: Herbert Weishaupt Verlag.

Böhle, S. (1992). Damit die Trauer Worte findet. Gespräche mit Zurückbleibenden nach einem Suizid. Bern, München, Wien: Scherz Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 BÖH]

Boos, A. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.

- Brockmann, E. (2007). Erstes Internationales Symposium zur Suizidnachsorge. AGUS Rundbrief 2007/1, 22.
- Bowlby, J. (1983). Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 BOW]
- Breuer, F. (1996). Theoretische und methodologische Grundlinien unseres Forschungsstils. In F. Breuer (Hrsg.), Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils (S. 14-40). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bronisch, T. (2002). Der Suizid. Ursachen. Warnsignale. Prävention (4. Aufl.). München: Verlag C.H. Beck. [Stadtbücherei MGR 6 BRO]
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK e.V.) (Hrsg.). (2003). Psychisch krank. Und jetzt? Erstinformation für Familien mit psychisch kranken Menschen [Broschüre]. Bonn. Selbstverlag.
- Canacakis, J. (1987). Ich sehe deine Tränen. Trauern, klagen, leben können (neu gestaltete Ausgabe). Stuttgart, Zürich: Kreuz Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 CAN]
- Clark, S. (2007). The role of the „Bereaved Through Suicide Support Group“ in the care of the Bereaved [On-line]. P. 289-295. Verfügbar unter HTTP: www.aic.gov.au/publications/proceedings/13/clark.pdf. [18.05.2007].
- Comer, R. J. (2001). Klinische Psychologie (2. dt. Aufl.). Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akademischer Verlag. [Stadtbücher Münster MLB COM]
- Devereux, G. (1976). Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt am Main, Berlin, Wien: Ullstein.
- Devita-Raeburn, E. (2005). Das leere Zimmer. Weiterleben nach dem Verlust eines Bruders oder einer Schwester. Heidelberg: mvv Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 DEV]
- DGS. (2007). Anlaufstelle für Hinterbliebene nach Suizid in Deutschland [On-line]. Verfügbar unter HTTP: www.suizidprophylaxe.de/Hilfsangebote/anlaufstelle_fuer_hinterbliebene_.htm [23.05.07].
- Dickhaut, H. H. (1995). Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für helfende Berufe und Eltern. Weinheim: Beltz Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 DIC]
- Diderich, A. (2003). Die Trauer um den Tod eines nahe stehenden Menschen aus dem Blickwinkel traditioneller sowie neuer Wege der Trauerforschung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Katholische Fachhochschule Mainz.
- Diodà, C. & Gomez, T. (1999). Warum konnten wir dich nicht halten? Wenn ein Mensch, den man liebt, sich das Leben genommen hat. Zürich: Kreuz-Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 DIO]
- Dorrmann, W. (2002). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten (4.,

- korrigierte Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Dross, M. (2001). Krisenintervention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Dunne, E. J. (1992). Psychoeducational intervention strategies for survivors of suicide. *Crisis*; 13, 35-40.
- Fabry, G. (2005). Emotionen – Trauer [On-line]. Verfügbar unter HTTP: www.medpsych.uni-freiburg.de/skripts/Trauer_06.pdf [28.07.2006].
- Goldmann-Posch, U. (1990). Wie managen Männer Trauer und Verlust? Kritische Punkte in der Partnerschaft [Broschüre]. Hamburg: Bundesverband Verwaister Eltern in Deutschland e.V..
- Hartmann, R. (2003). Therapeutische und beratende Arbeit mit Eltern suizidierter Kinder. Veröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück. Verfügbar unter HTTP: www.diplom.de/db/diplomarbeiten6982.pdf [05.06.2007].
- Häußler, C. (2001). Die Zeit heilt keine Wunden – sie lindert nur den Schmerz. Oberasbach: Selbstverlag.
- Hautzinger, M. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (6., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim, Basel, Berlin: Verlagsgruppe Beltz.
- Hefner, H. (2000). Mütter nach dem selbstgewählten Tod eines Kindes. Biographische Aufarbeitung – Bewältigung – Neuorientierung. Eine qualitative Untersuchung auf der Basis narrativer Interviews. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Heilborn-Maurer, U. & Maurer, G. (1990). Nach einem Suizid. Gespräche mit Zurückbleibenden. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Henslin, J. M. (1973). Selbstmord und die „signifikanten anderen.“ In Steinert, H. (Hrsg.), *Symbolische Interaktion. Arbeiten zu einer reflexiven Soziologie* (S. 88-100). Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Hömmen, C. (1989). Mal sehen, ob ihr mich vermisst. Menschen in Lebensgefahr. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. [Stadtbücherei Münster Magazinbestand MGR 6 HÖM]
- Hopmeyer, E. & Werk, E. (1994). A Comparative Study of Family Bereavement Groups. *Death studies*, 18, 3, 243-256.
- Ide, H. (1988). Mein Kind ist tot. Trauerarbeit in einer Selbsthilfegruppe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 DIE]
- Jaffke, M. (2002). Es war kein Abschied. Die Zeit nach dem Selbstmord der Eltern. Münster: Michael Jaffke Verlag.
- Jauch-Hesse, F. (2004). Und fehlen wirst du uns immer... für meinen Sohn Nils, der mit 19 Jahren nicht mehr leben wollte. Hamburg: Mein Buch.
- Jerneinzig, R. & Schubert, U. (1991). Der letzte Abschied. Ratgeber für Trauernde. Essen:

- Klartext-Verl.-Ges.. [Stadtbücherei Münster MGR 2 JER]
- Jörns, K.-P. (1979). Nicht leben und nicht sterben können. Suizidgefährdung – Suche nach dem Leben. Wien, Freiburg im Breisgau, Basel: Herder Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 JÖR]
- Jülicher, J. (2005). Es wird alles wieder gut, aber nie mehr wie vorher. Begleitung in der Trauer (5. überarbeitete Aufl.). Würzburg: Echter Verlag.
- Kachler, R. (2005). Meine Trauer wird dich finden! Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kahl-Passoth, S., Dille, S., v. Walther, A. (1992). Nimmt das denn nie ein Ende? Mit Trauer leben lernen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn. [Stadtbücherei Münster MGR 2 DIL]
- Kammer, M. (2006). Aufruf für Großmütter/ Großväter [On-line]. In Verwaiste Eltern (Hrsg.), Verwaiste Eltern in Deutschland e.V.. Verfügbar unter HTTP: www.veid.de/1067.0.html [20.01.2006].
- Käsler, H. (1993). Mit der Trauer leben. München: Kösel-Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 KÄS]
- Käsler-Heide, H. (2001): Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen verstehen (vollständig überarbeitete Aufl.). München: Kösel-Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 KÄS]
- Kast, V. (1999). Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart, Zürich: Kreuz Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 2 KAS]
- Knöll, G. (2002). Begegnung mit trauernden Eltern und Geschwistern. Auszug aus einem Vortrag im Rahmen eines Pastorenkonvents. In Bundesverband Verwaiste Eltern e.V. (Hrsg.), Hinweise für Rettungsdienste, Notfallseelsorge, Krisenintervention (neu bearbeitete Aufl.). (S. 3-9). Reppenstedt: Selbstverlag.
- Krisenhilfe Münster. (2005). Selbstmord – Freitod – Suizid. [On-line]. Verfügbar unter HTTP: www.muenster.org/krisenhilfe/hintergruende/selbstmordfeit... [14.04.2005].
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2006). Dem Leben neu vertrauen. Den Sinn des Trauerns durch die fünf Stadien des Verlustes finden. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kühnert, W. (1998). Fünf Jahre WeiL = Weiter im Leben! Suizidprohylaxe 1, 27-29.
- Lang, B. (2006). Leben ohne Dich. Wenn geliebte Menschen in den Tod gehen. Berlin: Aufbau-Verlag.
- Loo, R. (2001): Effective Postvention for Police Suicide. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 2001-2, 1-7. Verfügbar unter HTTP: www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2001-2/loo.htm [02.07.2007].

- Maslowsche Bedürfnispyramide. (2007). In Wikipedia, der freien Enzyklopädie [On-line]. Verfügbar unter [HTTP: de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche_Bed%C3%BCfnispyramide](http://de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche_Bed%C3%BCfnispyramide) [27.02.2007]
- Matouschek, L. (1990). Trauer, die nicht enden will: Verkehrstot – schweigend weiterleben? Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Matzel, H. (2002). Mein Sohn starb durch Suizid. Berlin: Selbstverlag.
- Mayer, K. C. (2005). Vorurteile und ihre Wirkungen in der Medizin. „There is nothing either good or bad, but thinking makes it so.“ [On-line]. Verfügbar unter [HTTP: www.neuro24.de/vorurt.htm](http://www.neuro24.de/vorurt.htm) [21.06.2005].
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Denken (5. überarbeitete und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Meixner-Wülker, E. & AGUS e.V. (Hrsg.). (1998). Angehörige um Suizid. Gegen die Mauer des Schweigens. Bonn: DIDOT-Verlag.
- Michel, K. (2007). Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid. Verfügbar unter [HTTP: www.veid.de/1042.0.html](http://www.veid.de/1042.0.html) [11.05.07].
- Muckel, P. (1996). Selbstreflexivität und Subjektivität im Forschungsprozeß. In F. Breuer (Hrsg.), Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils (S. 61-78). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- OMEGA 90 a.s.b.l. (2005). OMEGA 90 a.s.b.l. Rapport d'activités 2005. Verfügbar unter [HTTP: omega90.lu/egocms/data/omega90/PDF/Rapport%20d'activit2005_Omega90.pdf](http://omega90.lu/egocms/data/omega90/PDF/Rapport%20d'activit2005_Omega90.pdf) [25.05.2007].
- Otzelberger, M. (2005). Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege (3. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 OTZ]
- Parkes, C. M. (1974). Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust. Psychologisch-soziologische Untersuchung des Trauerverhaltens. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Paul, C. (2004). Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat (4. aktualisierte Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Ringel, E. (2002). Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung; eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern (8. Aufl.). Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.
- Salzbrenner, R. (1998). Eigentlich wolltest Du leben. Bericht einer Mutter über den Suizid ihres Sohnes. Erlangen: Selbstverlag.

- Schicksal. (2006). In Wikipedia, der freien Enzyklopädie [On-line]. Verfügbar unter [HTTP: de.wikipedia.org/wiki/Schicksal](http://de.wikipedia.org/wiki/Schicksal) [28.06.2006].
- Schröder, H. (1999). Semiotisch-rhetorische Aspekte von Sprachtabus [On-line]. S. 1-23. Verfügbar unter [HTTP: www.tabu.sw2.euv-frankfurt-o.de/weitere_informationen/index.html](http://www.tabu.sw2.euv-frankfurt-o.de/weitere_informationen/index.html) [20.11.2006].
- Schütz, J. (2002): Ihr habt mein Weinen nicht gehört. Hilfen für suizidgefährdete Jugendliche. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 SCH]
- Schütze, F. (1987). Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I. Kurseinheit 1: 3-fach Kurs. Hagen: Fernuniversität.
- Seibl, R., Antretter, E. & Haring, C. (2001). Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. Stand der Forschung, offene Fragen und Aufgaben zukünftiger Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 316-322.
- Smeding, Rm. E. W. & Heitkönig-Wilp, M. (Hrsg.). (2005). Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.
- Spoehr, M. (2006). Informationen zum Thema Trauer: TID-Standards [On-line]. Verfügbar unter [HTPP: www.trauerinstitut.de/standards.html](http://www.trauerinstitut.de/standards.html) [06.11.2006].
- Statistisches Bundesamt. (2003). Zahl der Suizide in Deutschland weiter rückläufig [On-line]. Verfügbar unter [HTTP: www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p4400092.htm](http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p4400092.htm) [19.09.2006].
- Stich, W. (1996). „Hinterbliebene nach Suizid“ – Erfahrungen aus drei Jahren Gruppenarbeit. *Suizidprophylaxe*, 23 (4), 157-160.
- Stigmatisierung. (2006). In Wikipedia, der freien Enzyklopädie [On-line]. Verfügbar unter [HTTP: de.wikipedia.org/wiki/Stigmatisierung](http://de.wikipedia.org/wiki/Stigmatisierung) [20.11.2006].
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.
- Stroebe, W., Stroebe, M. & Schut, H. (2003). Zur Wirksamkeit der Trauerbegleitung: Was hilft wem? In Trauerinstitut Deutschland e.V. (Hrsg.), *Qualität in der Trauerbegleitung. Dokumentation der 2. NRW-Trauerkonferenz. 9./10. Juni 2002. Band 1 (S. 107-117)*. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.
- Suizid. (2006). In Wikipedia, der freien Enzyklopädie [On-line]. Verfügbar unter [HTTP: de.wikipedia.org/wiki/Suizid](http://de.wikipedia.org/wiki/Suizid) [10.07.2006].
- Thomas, J. (2001). Trauer nach Suizid – Gedanken und Beobachtungen: Ergebnisse vom Kirchentag. In *Verwaiste Eltern (Hrsg.), Leben mit dem Tod eines Kindes. Schwerpunkt: Suizid (S. 250-253)*. Hamburg: Eigenverlag.
- Tulku, Ch. (2000). *Tore in die Freiheit. Der buddhistische Weg zum Glück*. Berlin: Theseus Verlag.

- Verwaiste Eltern. (Hrsg.). (2002). Hinweise für Rettungsdienste, Notfallseelsorge, Krisenintervention (neu bearbeitete Aufl.). Reppenstedt: Selbstverlag.
- Verwaiste Eltern. (Hrsg.). (2006). Männer und Trauer. Persönliche Texte und fachliche Beiträge [Broschüre]. Hamburg: Selbstverlag.
- Verwaiste Eltern. (2007). Herzlich Willkommen beim Bundesverband Verwaiste Eltern. Verfügbar unter HTTP: www.veid.de [02.07.2007].
- Voss-Eiser, M. (1988). Nachwort. In H. Ide, Mein Kind ist tot. Trauerarbeit in einer Selbsthilfegruppe (S. 109-112). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Weber, K. (Hrsg.). (1994). Nimm Dir doch das Leben! Wenn Jugendliche das Leben satt haben. Recklinghausen: Bitter Verlag. [Stadtbücherei Münster MGR 6 NIM]
- Weisser Ring. (2007). Weisser Ring. Wir helfen Kriminalitätsoffern [On-line]. Verfügbar unter HTTP: www.weisser-ring.de/bundesgeschaeftsstelle/index.php.
- Winter, S., Brockmann, E. & Hegerl, U. (2005). Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. Verhaltenstherapie, 15, 47-53. Verfügbar unter HTTP: www.karger.com/ver [07.12.2006].
- Wolfersdorf, M. (2006). Nach einem Suizid – zur Situation der Betroffenen und Angehörigen. Suizidprophylaxe, 33 (1), 25-31.
- Worden, J. W. (2004). Beratung und Therapie in Trauerfällen: Ein Handbuch (Nachdruck der 2., erweiterten Aufl. 1999). Bern: Verlag Hans Huber. [Stadtbücherei Münster MGR 2 WOR]

Anhang A

Adressen für Angehörige nach Suizid in Deutschland. Stand September 2006:

AGUS (Angehörigengruppen um Suizid)

ist eine bundesweite Selbsthilfeorganisation und vermittelt Informationen über Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe.

Die Teilnahme ist kostenlos und nicht an eine Vereinsmitgliedschaft gebunden. Ein Einstieg ist jederzeit möglich.

Es besteht keine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme.

Es gibt Wochenendseminare, differenziert nach der Art der Verwandtschaftsbeziehung zum Verstorbenen (Partner, Geschwister, Eltern, Kinder) unter der Leitung von geschulten Betroffenen; des Weiteren gibt es

Literaturempfehlungen, Materialien, Öffentlichkeitsarbeit. AGUS entwickelt zusammen mit der Nationalen Suizidpräventionsprogrammstelle (NaSPro) ein bundesweites Faltblatt mit wichtigen Informationen für Angehörige.

Es gibt Vorträge, Unterricht, Schulberatung, sowie Schulungen für die Leiter und Leiterinnen von Selbsthilfegruppen.

Wilhelm-Platz 2

95444 Bayreuth
Tel.: 0921/ 15003800 oder 0921/ 150 03 80
Fax: 0921/ 8 33 43
www.agus-selbsthilfe.de
kontakt@agus-selbsthilfe.de

Als Beispiel für eine Regionalgruppe: Berlin-Neukoelln (AGUS)
Treffen: Jeden vierten Mittwoch im Monat, 18 Uhr
Selbsthilfe-Zentrum Neukölln-Rixdorf (Nord)
Hertzbergstr. 22
12055 Berlin
Tel.: 030/ 681 60 64 (Mo., Mi. 16-19, Di., Do. 10-13 Uhr)
www.selbsthilfe-neukoelln.de
info@selbsthilfe-neukoelln.de

Arbeitsgemeinschaft der Arbeitskreise Leben
Der Arbeitskreis Leben hat verschiedene Regionalgruppen.
Er vermittelt Angehörigengruppen für Menschen, die einen Nahestehenden durch Suizid verloren haben.
Er bietet Menschen nach Suizidversuch, Suizidgefährdeten und deren Angehörigen Krisenintervention, Begleitung und Information. Das Angebot ist grundsätzlich kostenlos, bei Beratungsgesprächen fallen Kosten nach Vereinbarung an, bei Gruppenangeboten sind die Kosten unterschiedlich.
Eine Regionalgruppe ist der AK Leben Freiburg:
Oberau 23
79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 3 33 88 (Mo.-Fr. 9-12.00, 14.00-16.00, Mo. und Mi. bis 18.00 Uhr)
Fax: 0761/ 20762133
www.ak-leben.de
info@ak-leben.de
Internet-Plattform für „Unter-25-jährige“:
www.u25-freiburg.de, info@u25-freiburg.de,
E-mail-Beratung, kostenlos, ausschließlich von Peer-BeraterInnen, Chat: www.youth-life-line.de

Die ARCHE
Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen.
Bieten Einzelberatung, Trauerseminare, und daran anschließende Trauerbegleitgruppen für Hinterbliebene nach Suizid, an.
Es ist hilfreich, wenn ein ganzer Jahreskreis in der Gruppe erlebt wird.
Kosten: Seminar (8 Abende): 80 Euro, Begleitgruppe (8 Abende): 80 Euro.
Referentinnen: Vera Käufl (Dipl. Psych.), Renata Bauer-Mehren (Trauerbegleiterin, AMB)
Neben den Seminaren und Begleitgruppen können Mitarbeiter der ARCHE individuelle Aspekte der Trauer im Einzelgespräch bearbeiten.
Victoriastraße 9
80803 München.
Tel.: 089/ 33 40 41 (Mo.-Fr. 8.30-13.00, 14.00-17.30 Uhr, an gesetzlichen Feiertagen geschlossen)
Fax: 089/ 39 53 54
www.die-arche.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Die DGS hat im April 2000 eine Arbeitsgruppe „Hinterbliebene nach Suizid“ eingerichtet.

Vorläufige Ziele der Arbeitsgruppe sind:

Förderung und Unterstützung von Hilfsangeboten im Rahmen der Möglichkeiten der DGS,

Vernetzung der einzelnen Hilfeangebote,

Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Situation der Hinterbliebenen nach Suizid,

Kooperation mit anderen Organisationen, die in der Begleitung Trauernder tätig sind (z.B.

Verwaiste Eltern).

Um die bereits bestehende Adressenliste zu vervollständigen, wurde ein Fragebogen entwickelt, den Sie sich ausdrucken lassen und an folgende Adresse schicken können:

hinterbliebene@suizidprophylaxe.de.

Schon verfügbare Angebote finden Sie online unter:

www.suizidprophylaxe.de/Arbeitsgruppen/dgs-ag.htm

Glaubensgemeinschaften

Wenn Sie mögen, fragen Sie Ihren Pastor oder ihre Pastorin, Rabbiner oder Geistlichen.

Gruppe und Einzelberatung für Angehörige nach einem Suizid, Bielefeld

Angeleiteter Gesprächskreis für Angehörige und Nahestehende, die jemanden durch Suizid verloren haben: Jeden zweiten Montag 18.00-20.00 (Dipl.-päd. Ekkehard Stein).

Angeleiteter Gesprächskreis für junge Erwachsene, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben:

Jeden ersten Mittwoch, 18-20.00 (Dipl.-päd. Ekkehard Stein).

Krisenberatung@johanneswerk.de

Angeleiteter Gesprächskreis für Frauen, die ein Kind durch Suizid verloren haben, jeden dritten Donnerstag 15.30-17.30 (Dipl.-päd. Sigrid Dziurzik).

sigrid-dziurzik@johanneswerk.de

Diese Gesprächskreise finden statt bei der

Krisenberatung – Hilfe für Suizidgefährdete des Ev. Gemeindedienstes

im Ev. Johanneswerk Bielefeld

Schildescher Straße 101

33611 Bielefeld

Tel.: 0521/ 83042

www.gfs-bielefeld.de/html/boerse.doc

KISS

Ist eine Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen.

Eine Hinterbliebenengruppe nach Suizid erreichen Sie über:

Krisendienst Horizont

Hemauerstr. 8

93047 Regensburg

Tel.: 0941/ 5 81 81

Fax: 585 96 10

info@krisendienst-horizont.de

www.kiss-regensburg.de/index.php?option=com_content&task=vie...

Krisendienste

Krisendienste bieten zum Teil auch Gruppen für Angehörige nach Suizid an.

Sie können nachfragen, ob es zurzeit eine Gruppe gibt.
Ein Online-Verzeichnis von Krisendiensten, nach Postleitzahlen geordnet, gibt es auf der Homepage von
Dr. phil. Wolfram Dorrman, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.
Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS)
Psychotherapeutische Ambulanz
Nürnbergerstr. 22
90762 Fürth
Tel.: 0911/ 7872727
Fax: 0911/ 7872729
www.krisen-intervention.de
wolfram.dorrman@ivs-nuernberg.de

Kuren für trauernde Mütter
Kuren für trauernde Mütter, teilweise mit dem Schwerpunkt Trauer nach Suizid, organisiert das Müttergenesungswerk.
Diese Kuren werden von den Krankenkassen übernommen.
Deutsches Müttergenesungswerk
Bergstraße 63
10115 Berlin
Tel.: 030/ 33 00 29 0
www.muettergenesungswerk.de
(Auf der Internetseite selbst lässt sich keine Kur für Trauernde nach Suizid finden.)
NAKOS
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.
Vermittelt die Adressen lokaler Selbsthilfe-Kontaktstellen.
Dort können die Adressen von Selbsthilfe-Trauergruppen in der Region erfragt werden.
Bei NAKOS kann ein Leitfaden zur Gründung einer eigenen Selbsthilfegruppe bezogen werden.
Wilmsdorfer Straße 39
10627 Berlin
Tel.: 030/31 01 89 60 (Di., Mi., Fr. 9-13, Do. 13-17.00 Uhr)
Fax: 030/ 31 01 8970
www.nakos.de
selbsthilfe@nakos.de

NEUmland
Suizidprävention bei jungen Menschen,
Beratungsstelle und Krisenwohnung.
Arbeiten mit Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und deren Familien in, vor oder nach suizidalen Krisen, bei schweren psychischen Problemen und in Zusammenhang mit Traumatisierungen.
Nikolsburger Platz 6
10717 Berlin-Wilmersdorf
Tel.: 030/ 8730111 (9-18.00 Uhr)
Fax: 030/ 417 28 39 19
www.neuhland.de
post@neuhland.de

Nicolaidis-Stiftung

Die Nikolaideis-Stiftung kümmert sich um die Belange junger Witwen und Witwer und deren Kinder. Es gibt Beratung bei finanziellen und rechtlichen Fragen, Informationen über Therapiemöglichkeiten, Trauerseminare und Vorträge, Urlaub, Wochenendprogramm, Kinder- und Jugendgruppe, Selbsthilfegruppe, Chat. In Härtefällen gibt es auch eine einmalige finanzielle Zuwendung.

Tel.: 089/ 74 363 202 (Mo.-Fr. 9.30-11.30, Mo. und Do. 14.30-17.00)

Fax: 089/ 74363 190

info@nicolaidis-stiftung.de

Anmeldung zu Vorträgen bei

Frau Corinna Lutz

Adi-Maislinger-Str. 6-8

81373 München

Tel.: 089/ 20349573 oder 0179/ 7042337

Fax: 089/ 74363 190

www.nicolaidis-stiftung.de

lutz@nicolaidis-stiftung.de

Selbsthilfegruppe TRAUER NACH SUIZID/ Bamberg

Offene Selbsthilfegruppe, Gruppentreffen jeden vierten Freitag im Monat.

Kontakt über die AG „Familie“

Jakobsplatz 9

96049 Bamberg

Tel.: 0951/ 50 26 26

Internetkontakt zur Bamberger Selbsthilfegruppe:

Carola Häußler

Sudetenstr. 19

D-90522 Oberasbach

www.carola-h.de

carola.h@worldonline.de

Zu Betroffenen, die sich mit uns in Verbindung setzen, den Schritt in die Gruppe jedoch nicht schaffen, pflegen wir telefonisch, schriftlich oder persönlich Einzelkontakte.

Fragen, Anregungen und Kritiken und Bemerkungen an:

trauer-nach-suizid@web.de

Trauernde besser verstehen:

Wie können wir, die Mitmenschen, die Betroffenen in ihrer Not akzeptieren?

Eine Webseite im Auftrag der Selbsthilfegruppe TRAUER nach SUIZID/ Bamberg:

www.rrz.uni-hamburg.de/joh-th/TnS/trauer.htm

Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene nach Suizid, Hildesheim

Kosten: 5,- Euro pro Treffen (Ausnahme möglich).

Beratungsstelle des Vereins für Suizidprävention

Schwemannstr. 2

31134 Hildesheim

Tel.: 05121/ 516286

www.suizidpraevention-hildesheim.de/angebot.html

Selbsthilfeportal in NRW

Die Selbsthilfe-Kontaktstellen und –Büros in NRW geben die Daten zu den Selbsthilfegruppen ein und achten auf die Aktualität der Informationen. Unter dem Stichwort „Trauer“ findet man z.B. eine allgemeine Selbsthilfegruppe für Männer in Trauer in Bonn, oder eine Trauergruppe nach Suizid in Euskirchen, und eine Trauergruppe für Hinterbliebene nach Suizid in Münster.
www.selbsthilfenetz.de/content/e2994/e6997/e7447/index_htm...

Seminare für Trauernde nach einem Suizid

von Chris Paul (Trauerbegleiterin): Vorträge, Fortbildung, Trauerseminare (jeweils getrennt für nur Söhne und Töchter nach Suizid, für nur Väter und Mütter, sowie nur für Brüder und Schwestern nach Suizid. Auch gibt sie ein Seminar nur zu dem Thema Schuld im Trauerprozess).

Chris Paul

Praxis für Trauerbegleitung
Seminarhaus Alte Schmiede
Ellerstraße 32
53111 Bonn

Tel.: 0228/ 684 66 91

www.chrispaul.de

info@chrispaul.de

Postadresse:

Siegfried-Leopold-Str. 45
53225 Bonn

Seminar für trauernde Eltern im Kloster Kirchberg

Im Kloster Kirchberg kann man nachfragen, ob ein Seminar im folgenden Jahr stattfinden wird.

Dieses Jahr hieß es „Und überall deine Spuren... Begegnung trauernder Eltern, deren Kind sich das Leben genommen hat.“

Es dauerte von Do, 15.00 Uhr bis Sonntag. Leiterin war Evelyn Vollet (Sterbe- und Trauerbegleiterin, Karlsruhe).

Kosten waren: 90 Euro, für Ehepaare 160 Euro.

Berneuchener Haus

Kloster Kirchberg

72172 Sulz/ Neckar

Tel.: 07454/ 88 30

Fax: 07454/ 88 32 50

www.klosterkirchberg.de

klosterkirchberg@t-online.de

TABEA

Beratungsstelle für Trauernde.

Vermitteln Adressen von Hinterbliebenengruppen nach Suizid

Rehrweg 6

21335 Lüneburg

Tel.: 04131/ 733 077

Fax: 04131/ 733 078

Hausanschrift Berlin:

c/o Foyer an der Gedächtniskirche

Breitescheidplatz

10789 Berlin

Tel.: 030/ 495 57 47

Telefonberatung in beiden Städten: Di. und Do. 8-18.00

www.TABEA-eV.de

Beratung@TABEA-eV.de

Telefonseelsorge (kostenfrei)

Bundesweit Tag und Nacht erreichbar bei Bedarf nach einem anonymen Gespräch, besonders bei eigener Selbsttötungs-Gefahr:

Da das Telefonat gebührenfrei ist, hinterlässt es keine Datenspur im Einzelverbindungs nachweis.

Grundsätze der Telefonseelsorge: Anonymität, Verschwiegenheit, Erreichbarkeit rund um die Uhr, Offenheit, Kompetenz, Ideologiefreiheit, Kostenfreiheit.

Tel.: 0800/ 111 0 111 (evangelisch) und 0800/ 111 0 222 (katholisch)

Beratung und Seelsorge per Chat und per Mail: www.telefonseelsorge.de

Jugendsorgetelefon, überwiegend vom Deutschen Kinderschutzbund: 0800/ 111 0 333

TrauerInstitut Deutschland, Bonn

Im Zentrum für Palliativmedizin,

hier werden auch Seminare zu Männertrauer allgemein angeboten.

Von-Hompesch-Str. 1

53123 Bonn

Tel.: 0228/ 24 28 194 (Mo, Di, Do 9-12.00)

Fax: 0228/ 64 18 41

www.trauerinstitut.de

info@trauerinstitut.de

Verwaiste Eltern in Deutschland

Zu den Verwaisten Eltern können Väter, Mütter, Geschwister und Großeltern kommen, die um ein Kind oder Enkelkind, um Schwester oder Bruder trauern, unabhängig von der Todesursache.

Verschiedene Gruppen haben den Schwerpunkt „Selbsttötung eines Kindes“, in allen Gruppen sind Angehörige, deren Kind sich getötet hat, willkommen.

Die Teilnahme ist unabhängig von Alter, Familienstand, Konfession oder Wohnort. In

zwanzig laufenden Gruppen stehen den Trauernden ausgebildete Trauerbegleiterinnen

(Honorarkräfte des Vereins) zur Seite. Die Teilnahme an einer Gruppe kostet pro Abend und

Person 10,- Euro. Mitglieder des Vereins erhalten dreimal jährlich unseren Rundbrief.

Sie geben Informationen über Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe.

Im Trauerseminar der „Verwaisten Eltern“ in Bad Segeberg

wird auch eine Gruppe für Geschwisterkinder angeboten.

Verwaiste Eltern Hamburg

Bogenstraße 26

20144 Hamburg

Tel.: 040/ 45 000 914 (Mo.-Fr. 10.00-12.00 und 14.00-17.00 Uhr)

Fax: 040/ 35 718 767

Anja Wiese (Trauerbegleiterin: Beratung, Einzelgespräche, Gruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Teamleitung).

Tel.: 040/ 45 000 9 - 15

Margit Bassler (Dipl.-Psych., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin: Trauernde Kinder und Jugendliche).

www.verwaiste-eltern.de (hier gibt es auch online ein Verzeichnis von Regionalteams)

info@verwaiste-eltern.de

oder

Informationen über Selbsthilfegruppen, Trauerseminare, Kontaktlisten, Aus- und

Weiterbildung für Trauerbegleiter, Informationsmaterial, Bücher, Broschüren online bei

Dieskastr. 43
04229 Leipzig
Tel.: 0341/ 94 6 888 4
Erlwein)
Fax: 0341/ 90234 90
www.veid.de
kontakt@veid.de

Für Literaturversand: Fax: 09435/ 30 78 92 (Jürgen

www.verwaiste-vaeter.de (Väter berichten und tauschen sich aus)

Wochenendseminar

Zwei mal jährlich bietet die Landesvolkshochschule St. Ulrich in 79283 Bollschweil (bei Freiburg) ein Wochenendseminar für Frauen und Männer, die einen Angehörigen durch Selbsttötung verloren haben, an.

Tel.: 07602/ 91010.

Worldwide Candle Lighting

Das Weltweite Kerzenleuchten (Internationales Worldwide Candle Lighting) findet jährlich am zweiten Sonntag des Monats Dezember statt und hat sich in seiner jungen Geschichte bereits als Weltgedenktag der Kinder etabliert.

An diesem Tag gedenken Angehörige in der ganzen Welt ihrer verstorbenen Kinder, Enkel und Geschwister.

Zahlreiche Institutionen und Vereine laden zu gemeinsamen Gedenkfeiern ein.

Die Idee geht auf eine Vereinigung verwaister Eltern und ihrer Angehörigen in den USA, den „Compassionate Friends“ zurück, die diese Initiative 1996 ins Leben riefen.

Der Name des Worldwide Candle Lighting geht hervor durch das rituelle Anzünden einer Kerze für das verstorbene Kind um 19.00. Diese Kerze wird sichtbar in ein Fenster platziert. Durch die stündliche Verschiebung in den unterschiedlichen Zeitzonen ergibt sich bildlich eine Lichtwelle, die in 24 Stunden einmal um die ganze Erde wandert. „...that their light may always shine“ (... lässt ihr Licht auf immer scheinen) ist der Grundgedanke dieser Idee.

Wenn Sie keine Anlaufstelle in Ihrer Nähe finden sollten, wenden Sie sich am besten an folgende Einrichtungen, die es in jeder Stadt gibt und die ebenfalls Anlaufstellen für Menschen in Krisen sind:

+ Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensfragen	+ Hospize
+ Kirchen, Synagogen, Glaubensgemeinschaften	+ Wohlfahrtsverbände
+ Psychosoziale oder psychologische Beratungsstellen	+ Der ärztliche Notdienst

könnte über die
+ Sozialpsychiatrische Dienste/ Gesundheitsämter Einrichtungen vor Ort informiert sein.

Suizid – was hilft, was schadet den Angehörigen

Ein Referat von Ebo Aebischer-Crettol, gehalten auf der Jahrestagung des AGUS e.V., zu finden unter:

www.notfallseelsorge.de/suizid.htm

Ein Gespräch mit Aebischer Crettol, in dem auch Hinweise für die Begegnung mit Trauernden, sowie

Adressen von Selbsthilfegruppen für Angehörige nach Suizid in der Schweiz enthalten sind, stehen im Internet unter:

www.philosophia-online.de/mafo/heft2001-04/aebischergespr...

Anhang B

Gesprächsleitfaden

Die Gespräche sind anonym und unterliegen der Schweigepflicht.
Sie brauchen nicht alle Fragen zu beantworten.

Darf ich ein Tonband mitlaufen lassen, damit ich nicht alles mitschreiben muss?

Bitte erzählen Sie mir ausführlich wie Sie zur Trauergruppe gekommen sind
und was Sie dort erlebt haben.

Auf welchen Wegen sind Sie in die Trauergruppe gekommen?

Was haben Sie dort erlebt?

Was hat Ihnen geholfen?

Wann ist Ihr Angehöriger gestorben?

Kam das aus heiterem Himmel?

Wer hat ihn/sie gefunden?

Wie alt waren Sie da?

Wie alt sind Sie jetzt?

Wann hatten Sie das Bedürfnis zur Trauergruppe zugehen?

Wann sind Sie zur Trauergruppe gegangen?

Haben Sie sich vorher/ später andere Gruppen angeschaut?

Was waren Ihre Erwartungen? (Vorwissen?)

Wie hat Ihre Umgebung darauf reagiert, daß Sie zur Gruppe gehen? (Am Anfang – am Ende?)

Wie war das 1. Treffen? (Vorgespräch?)

Anfängliche Widerstände – wann haben Sie die aufgelöst?

Warum haben Sie sich für/ gegen eine längerfristige Mitgliedschaft in der Gruppe
entschieden?

Welche Erfahrungen waren für Sie in diesem Gruppensetting von besonderer Bedeutung?

Gab es „Schlüsselsituationen“? (= Situationen, die wichtig waren?)

Was war besonders hilfreich?

Haben Sie neue Beziehungen durch die Gruppe gefunden?

Was waren für Sie wichtige Themen in der Gruppe? (Schuld?)

Was war für Sie schwer in der Gruppe?

Was hat Sie in der Gruppe zurückgeworfen?

Was erleben Sie an anderen Gruppenmitgliedern wohltuend?

Was sind Gemeinsamkeiten – was trennt?

(Mehrfach-Verluste, soziale Ressourcen, Umstände, in der der Suizid stattgefunden hat,
Suizidart, Lebenssituation: Familie, Beruf, Finanzen, Gesellschaft, Trauerkultur)

Wer ist für Sie ein Angehöriger? Auch Freunde?
Wie haben Sie den Kontakt zur Gruppenmitgliedern außerhalb der Gruppe erlebt?
Was war schön? Was war schwierig?

Gab es Phasen/ Gezeiten/ Ziele/ Aufgaben?

Wie haben Sie die Begleitung in der Gruppe erlebt?
Wie finden Sie den Ablauf der Treffen?
(Wie finden Sie die Räumlichkeiten?)
Wie empfinden Sie den zeitlichen Abstand zwischen den Treffen?
Wie finden Sie die Gruppenzusammensetzung?

Aus welchen Gründen wird die Mitgliedschaft unter Umständen beendet?
(programmbezogene, problembezogene, interpersonelle Ebene, Neupositionierung)
Wie lange sind/ waren Sie in der Gruppe?
Wie haben jetzt Ihre Angehörigen reagiert?
Wie war die Reaktion der anderen Gruppenmitglieder?

Haben Sie neue Hilfsangebote gefunden? (Andere Gruppen, Freunde, Beratung, Therapie oder anderes)
Trauercafé?

Was gab es Helfendes außerhalb der Trauergruppe?
Was hat Ihnen am meisten geholfen?

War/ ist Spiritualität für Sie eine Ressource?

Fragen gegen Ende/ nach dem Gespräch
Sie haben eben gesagt... könnten Sie dazu noch etwas erzählen?
Wie ist das gekommen?
Was war dann?

Gab/ gibt es Literatur, die Ihnen geholfen hat/ hilft?

Habe ich wichtige Punkte nicht angesprochen?
Gibt es Tipps, Regeln, Wünsche, die Sie anderen Angehörigen gerne geben würden?

Hierarchie? Was hat am meisten geholfen?
Was nehmen Sie mit?

Bei allem Schlimmen, welche Fähigkeiten sind Ihnen zugewachsen?
(zum Beispiel Fähigkeit sich mitzuteilen, Hilfe anzunehmen)
(zum Beispiel Veränderungen in Bedürfnissen, Verhalten, Einstellungen)

Würdigen, was ich gehört habe.

Wie war das Gespräch für Sie?
Brief an die Trauergruppen nach Suizid

Dipl.-Päd. Nicola Zelle

Beldensnyderweg 7
48147 Münster
0251/ 48 292 75

Liebe Mitglieder der Trauergruppe,

ich beschäftige mich seit langem mit der Situation, in der sich Angehörige und Nahestehende von Menschen, die sich suizidiert haben, befinden.

Auf welchen Wegen kommen sie in eine Trauergruppe,
was erleben sie dort, was hat ihnen geholfen?
Das sind Fragen, die mich im Rahmen meiner Diplomarbeit interessieren.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mir Ihre Geschichte mit und in dieser Trauergruppe ausführlich erzählen würden.

Wenn Sie Interesse haben, können Sie mich in einem persönlichen oder telefonischen Vorgespräch kennen lernen und sich dann bei mir melden oder Sie können gleich mit X (Trauerbegleiter) oder X (Trauerbegleiterin) einen Termin für ein ausführliches Gespräch vereinbaren.

Die Gespräche sind anonym und unterliegen der Schweigepflicht.

Ich danke Ihnen,
herzliche Grüße von
Nicola Zelle, 1968 geboren, Diplom-Pädagogin und stud. Psych.

Anhang D

Brief an die Angehörigen mit Bitte um Rückmeldung

Liebe Mitglieder der Trauergruppen,

vielen Dank für die Unterstützung bei meiner Diplomarbeit
und das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Ich habe nun einen Entwurf des Ergebnisteils der Arbeit fertig,
den ich allerdings noch besser strukturieren muss.
Doch ich wollte Wort halten und Sie fragen,
ob das, was ich geschrieben habe, inhaltlich so in Ordnung ist.

Auch wollte ich nachfragen, ob ich z.B. Ihre Altersgruppe
mit 40-70 Jahren richtig beschrieben habe.
Es wäre schön, wenn Sie Zeit hätten auf Seite 40 zu schauen
und mir rückzumelden bzw. zu ergänzen,
ob das, was in kursiver Schrift ist, richtig ist.
Einen frankierten Briefumschlag habe ich beigelegt.

Bis zum X (Datum) wäre es prima, wenn Sie mir bis dahin Ihre Einwände, Ergänzungen, Rückmeldungen schicken könnten.

Wenn Sie Zeit hätten die Hilfsadressen für Angehörige nach Suizid, die ich zusammengestellt habe, durchzusehen, wäre das klasse. Meine Frage dabei ist, ob Ihnen weitere Adressen bekannt sind. Bisher habe ich X, ist das gut so? Ich habe befürchtet, dass wenn ich X, vielleicht sich jemand denken könnte, bei welchen X Institutionen die Trauergruppen stattfanden.

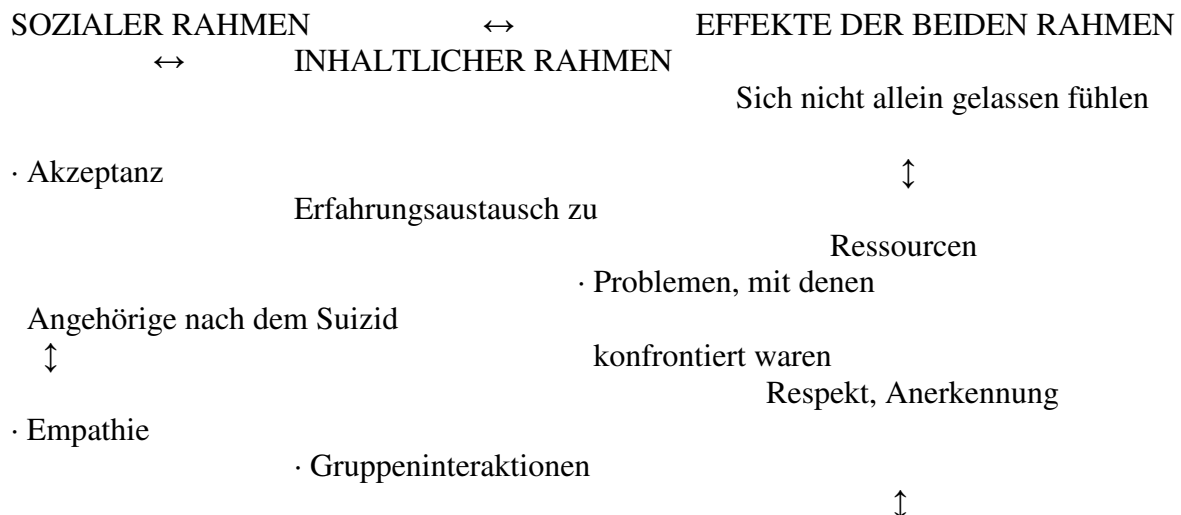
Ich danke Ihnen und verbleibe,
mit herzlichen Grüßen,

Dipl.-päd. Nicola Zelle
Beldensnyderweg 7
48147 Münster
0251/ 48 292 75

Anhang E

Modelle zu Trauergruppen nach Suizid (aus der Perspektive der befragten Angehörigen)

Die Trauerbegleiter und die Schicksalsgemeinschaften der Angehörigen nach Suizid haben einen sozialen und inhaltlichen Rahmen geschaffen, der die folgenden (in der Mitte beschriebenen) Effekte bewirkt:



Zusammengehörigkeitsgefühl

(Zuneigung und gleichartige Erfahrungen)
· Strukturangebote



Sicherheit (Anonymität und

Aufgefangenwerden)

[„↔“ bedeutet: „steht in Wechselwirkung mit“, „↕“ bedeutet auch: „steht in Wechselwirkung mit“;

die Effekte der beiden Rahmen sind angelehnt an die Maslowsche Bedürfnispyramide (2007, S. 1)]

ERLÄUTERUNGEN ZUM MODELL auf Seite 101:

SOZIALER RAHMEN ↔ EFFEKTE DER BEIDEN
RAHMEN ↔ INHALTLICHER RAHMEN

Sich nicht allein gelassen

fühlen

· Akzeptanz



Erfahrungsaustausch zu

= Angenommen und nicht beschuldigt werden

= Trauer, Klagen und Weinen werden als natürlich verstanden

Ressourcen

=

Informationen

· Problemen, mit denen

= Es wird vermittelt, dass jeder anders trauert und

=

Verhaltensmodelle

Angehörige nach dem Suizid

man nicht von jedem dasselbe erwarten kann

=

Verhaltenssicherheit im

konfrontiert waren

= Man durfte schweigen, man durfte sich leer reden

Umgang mit der eigenen Trauer

= keine (institutionalisierten)

= Denkanstöße statt Rezepte

= anderen

Angehörigen helfen können

Ersthilferegulungen

= Religiöse Fragen nur bei Bedarf



= kein (institutionalisiertes Hilfsnetz)

Respekt, Anerkennung

= Trauerkultur

· Empathie

= Zuspruch, Bestätigung

= Noch zu wenig Forschung zu

= Angenehme Gruppenräume geschaffen

Suizidtrauer

= Alle kennen Trauer nach Suizid,

= Die Forschung kennt noch nicht die

man braucht nicht Erklärungen vorausschicken

Ursachen von Suiziden

= Verstanden werden

(Weiteres siehe S. 103-106)

= Zuhören, Mitempfinden, den richtigen Ton treffen



- = Trauer ernst nehmen
 - Zusammengehörigkeitsgefühl
 - Erfahrungen)
 - Strukturangebote
 - diesem Schicksal
 - = Trauergruppen finden vierzehntägig, abends, statt
 - schweren Schlag tragen
 - = Trauergruppen finden vor und nach Weihnachten statt
 - = Pünktlicher Beginn und Schluss der Gruppen
 - = Hinweis, dass man beim nächsten Mal in einer anderen
 - ↑
 - Situation ist (zeitliche Begrenztheit von Gefühlen)
 - (Anonymität und Aufgefangenwerden)
 - = Wenn erforderlich, anregen einen Arzt aufzusuchen
 - = Texte und kreative Materialien zur Verfügung stellen
 - = Freizeitangebote und ehrenamtliche Arbeit anbieten
 - = Angebot, in eine religiöse Gemeinschaft eingebunden zu sein
 - = Erinnerungsmessen
 - = Telefonate
 - = Angebot, eine Selbsthilfegruppe zu gründen und/ oder Angehörige nach Suizid zu begleiten
- Gruppeninteraktionen
 - (Zuneigung und gleichartige
 - = Gefühl nicht allein zu sein mit
 - = wenn Ehepartner in den Gruppen sind
 - = gemeinsam diesen
 - = wenn Andere den Angehörigen (z.B.
 - Kinder, Partner) noch haben, den
 - man selbst verloren hat
 - Sicherheit