



Hans-Balz Peter / Pascal Mösli (Hrsg.)

Suizid – Aufgaben und Perspektiven für die Praxis

Suizid...? Band 2

Studien und Berichte 58

aus dem Institut für Sozialethik des SEK

Als Band 1 ist erschienen:

Hans-Balz Peter / Pascal Mösli (Hrsg.): Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus,
TVZ: Zürich 2003.

Studien und Berichte 58

aus dem Institut für Sozialethik des
Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes

Suizid – Aufgaben und Perspektiven für die Praxis

Herausgeber: Hans-Balz Peter / Pascal Mösli

Übersetzung: Elisabeth Mainberger-Ruh (Beitrag von Vanistandael)

Layout: Martin Kraut

Druck: Zollinger AG, Adliswil

© 2003, Institut für Sozialethik des SEK, Bern

ISBN 3-7229-0058-1

Erscheint gleichzeitig in französischer Sprache:
Suicide – Missions et perspectives pour la pratique,
Etudes et Rapports de l'IES 58.

Inhalt

Einleitung	5
 <i>Erster Teil</i>	
Die Aufgabe der Suizidprävention	7
<i>Patrick Hämmerle</i>	
Suizidverhütung – eine lohnende Aufgabe des Gesundheitswesens	9
<i>Barbara Meister</i>	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Ausbildung in Suizidologie – welche Erwartungen liegen vor?	15
 <i>Zweiter Teil</i>	
Grundlagen der Prävention und Nachsorge	19
<i>Martin Eichhorn</i>	
Signale, die auf Suizid hindeuten und die Unterstützung von Angehörigen	21
<i>Stephan Vanistandael</i>	
Resilienz und Suizid: eine Einführung	33
<i>Ebo Aebischer</i>	
Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen	41
 <i>Dritter Teil</i>	
Suizid in der Schule	51
<i>Reinhard H. Egg</i>	
Thematisierung des Suizids in der Schule	53
<i>Pascal Mösli</i>	
Sayadios Schwester	61
 Die Autorinnen und Autoren	 67

Einleitung

Im Mai 2002 führte das Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes in Zusammenarbeit mit Caritas den ersten nationalen interdisziplinären Kongress „*suizid...?*“ in Bern durch. Den ersten, mehr an Grundfragen ausgerichteten Teil der Kongress-Beiträge haben wir im Band „*Suizid – aus dem Schatten eines Tabus*“ (Theologischer Verlag Zürich, 2003) veröffentlicht. Mit dem vorliegenden zweiten Teil machen wir den Kongressteilnehmern und weiteren Interessierten die stärker praxisorientierten Studien und Anregungen zugänglich. Seit der Durchführung des Kongresses vor einem Jahr ist das Thema „Suizid“ mitnichten aus den gesundheitspolitischen Traktanden der Schweiz herausgefallen. Das Gegenteil ist der Fall: Das Bewusstsein, dass der Suizid ein gesellschaftlich höchst relevantes Problem ist, dem wir uns viel intensiver als bisher zuwenden sollten und auch könnten, steigt kontinuierlich an. Das zeigt sich in den verschiedensten aktuellen Bemühungen durch private und öffentliche Initiativen im kantonalen und nationalen Feld. Beispiel dafür ist die auf Ende dieses Jahres geplante Gründung eines Schweizerischen Koordinations- und Kompetenzzentrums, welches auf nationaler Ebene die verschiedenen Anstrengungen zur Suizidprävention und Suizidnachsorge koordinieren und begleiten will. Dieselbe Tendenz lässt sich seit einigen Jahren auch im europäischen Kontext beobachten, wofür das im Jahre 2000 gegründete „WHO European network on suicide prevention“ ein gewichtiges Beispiel ist.

Wir hoffen, im Kontext dieser Bemühungen mit der vorliegenden Publikation einen Beitrag zu einem vernetzten und interdisziplinären Präventionsansatz leisten zu können. Das Besondere an diesem Band ist der praxisorientierte Bezug für die Präventionsarbeit in verschiedenen beruflichen Kontexten – mit einem besonderen Ausblick auf die Situation in der Schule.

Im ersten Teil, welcher der *Aufgabe der Suizidprävention* gewidmet ist, setzt sich *Patrick Haemmerle* mit der Frage auseinander, inwiefern sich die Suizidverhütung als nachhaltige (und damit auch finanziell „lohnende“) Aufgabe des Gesundheitswesens verstehen lässt. Daran anknüpfend und im Wissen darum, dass viele Berufsleute im Angesicht von Suizidgefährdung überfordert sind, stellt sich die Frage, wie sich die Ausbildung in diesem Bereich verbessern lässt. Dieser Frage wie auch dem Anliegen, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ermöglicht bzw. verbessert werden kann, geht *Barbara Meister* in ihrem Beitrag „Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Ausbildung im Bereich Suizid“ nach.

Der zweite Teil befasst sich mit den *Grundlagen der Prävention und Nachsorge*. *Martin Eichhorn* untersucht in seinem Beitrag „Signale, die auf einen Suizid hindeuten und die Unterstützung von Angehörigen“ genetische und psychologische Risikofaktoren, besonders im familiären Kontext, um daraus Schlüsse für den Umgang mit Suizidalität zu ziehen. Dabei kommen auch geläufige Mythen im Umgang mit Suizid zur Sprache, die Präventionsbemühungen erschweren können. Der Frage nach der Grundlage der Prävention geht auch *Stephan Vanistandaels* Beitrag „Die Resilienz und der Suizid“ nach, wobei er Resilienz als die Fähigkeit definiert, schwer wiegende

Probleme zu meistern und sich auf einen Lebensentwurf einzulassen. Wenn der Suizid oft das Ergebnis eines Prozesses ist, in dem ein Mensch seinem Leben keinen Sinn mehr abzugewinnen vermag, fragt er danach, welche Faktoren den Menschen dabei unterstützen, diese Fähigkeit der Resilienz zu entwickeln, und wie er dadurch seinem Leben (wieder) Sinn verleihen kann. Um Prävention für die Hinterbliebenen geht es im Beitrag „Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen“ von *Ebo Aebischer*. Im Wissen darum, dass bei Zurückbleibenden nach einem Suizid einerseits für sie selbst eine erhöhte Suizidgefährdung besteht und sie andererseits durch ihre Erfahrungen „Experten“ in dieser Sache sind, macht die Form der Trauerverarbeitung in Selbsthilfegruppen erfahrungsgemäss grossen Sinn. Ebo Aebischer zeigt Faktoren auf, welche bei der Vorbereitung und Durchführung solcher Selbsthilfegruppen beachtet werden sollten.

Im dritten Teil steht *die Schule* als Präventions- und Nachsorgefeld im Zentrum. Hier sind infolge von Suiziden durch Jugendliche oder Lehrpersonen grössere Gruppen von Menschen in einer besonderen Weise betroffen. *Reinhard H. Egg* versteht in seinem Beitrag „Thematisierung des Suizids in der Schule“ die Suizidprävention als wichtige schulische Aufgabe. Er macht Vorschläge zu ihrer Situierung im Lehrplan und zu konkreten Umsetzungen im Unterrichtsgeschehen. Andererseits kann ein Lehrer oder eine Lehrerin durch einen aktuellen Vorfall gezwungen sein, sich dem Thema anzunehmen. Hierbei zeigt der Autor auf, wie die Lehrperson strukturierte Zeiten und Räume anbieten kann, in denen die Schülerinnen und Schüler sich gemeinsam ihren Gefühlen und Gedanken zuwenden können. Daran schliesst sich der letzte Beitrag von *Pascal Mökli* zum Thema „Sayadios Schwester – ein Unterrichtsvorschlag“ an, der mit Hilfe und durch die Auslegung eines indianischen Märchens verschiedene Wege und Rituale zur Verarbeitung eines Suizids in einer (schulischen) Gruppe skizziert.

Wir danken den Verfassern der verschiedenen Beiträge herzlich für ihre Arbeit. Sie haben ihre Kongressbeiträge für die Buchform zum Teil noch beträchtlich umgeschrieben und erweitert. Besonders bedanken wir uns auch bei der Vorbereitungsgruppe des Suizidkongresses, bei Marlène Messerli, Ebo Aebischer und Michael Dähler. Der engen Zusammenarbeit aller Beteiligten verdanken wir die Durchführung des Kongresses – und ohne Kongress wären die beiden Buchbände nicht entstanden.

Hans-Balz Peter / Pascal Mökli

Erster Teil

Die Aufgabe der Suizidprävention

Suizidverhütung – eine lohnende Aufgabe des Gesundheitswesens

Patrick Haemmerle

Vorbemerkung

Das *öffentliche Gesundheitswesen*, heute zumeist in den anglophonen Begriff *Public Health* gefasst, hat 1. die Gesundheitsförderung, 2. die Gesundheitsvorsorge (Prävention) sowie 3. die Gesunderhaltung einer (zu definierenden) Gesamtbevölkerung zum Ziel.

Suizidprävention bzw. Suizidverhütung meint die Verhütung von suizidalen Handlungen und Suiziden, ist also die Verhütung von Selbstschädigung und Tod. Dazu gehören insbesondere Interventionen zur Verhinderung des Auftretens von Hoffnungslosigkeit, Todeswünschen und Suizidideen und zur Verhinderung der Umsetzung von Suizidideen in Handlungen; dann die Verhütung des Wiederauftretens suizidaler Krisen und das Ausschalten bekannter Risikofaktoren von Suizidalität; weiter die adäquate Behandlung psychischer Störungen, Krankheiten und psychosozialer Krisen; und schliesslich auch der Gewinn von Zeit für ein nochmaliges Überdenken des Suizidentschlusses bei optimalem Therapieangebot.¹

Suizidverhütung gilt heute in den meisten industrialisierten Ländern als wichtige und notwendige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens. Dieser Konsens in der Gesellschaft beruht auf einer grundsätzlichen, d. h. kaum hinterfragten Wertematrix v. a. allgemein-menschlicher, ethischer, religiös-moralischer und klinisch-therapeutischer Art. Der grundsätzliche Charakter dieser Werte im Allgemeinen sowie die Tradition des ärztlichen, klinisch-therapeutischen Ansatzes erschweren oder verhindern wohl eine ökonomische Analyse entsprechender präventiver Bemühungen.

Die ökonomische Fragestellung

Die zunehmend auch die gesundheitspolitische Diskussion dominierende Rede von einer Verknappung der finanziellen Ressourcen (vgl. hierzu die Debatte um Rationierung versus Rationalisierung) zwingt uns jedoch, therapeutische und präventive Interventionen zugunsten suizidgefährdeter Menschen nicht *a priori* als „gut“ und „richtig“ und daher als fraglos durchzuführen zu deklarieren, sondern diese Aktivitäten auch zu evaluieren, zu „beziffern“ und im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse zu gewichten. Was sind mögliche Vor- und Nachteile einer ökonomischen Herangehensweise an diese menschlich so bewegende Problematik?

Die *Vorteile* einer ökonomisch geführten Kosten-Nutzen-Analyse können in einer Unterstützung der Argumentation für präventive Massnahmen gesehen werden: Mittels ökonomischer Argumente können politische Entscheidungsträgerinnen und Ent-

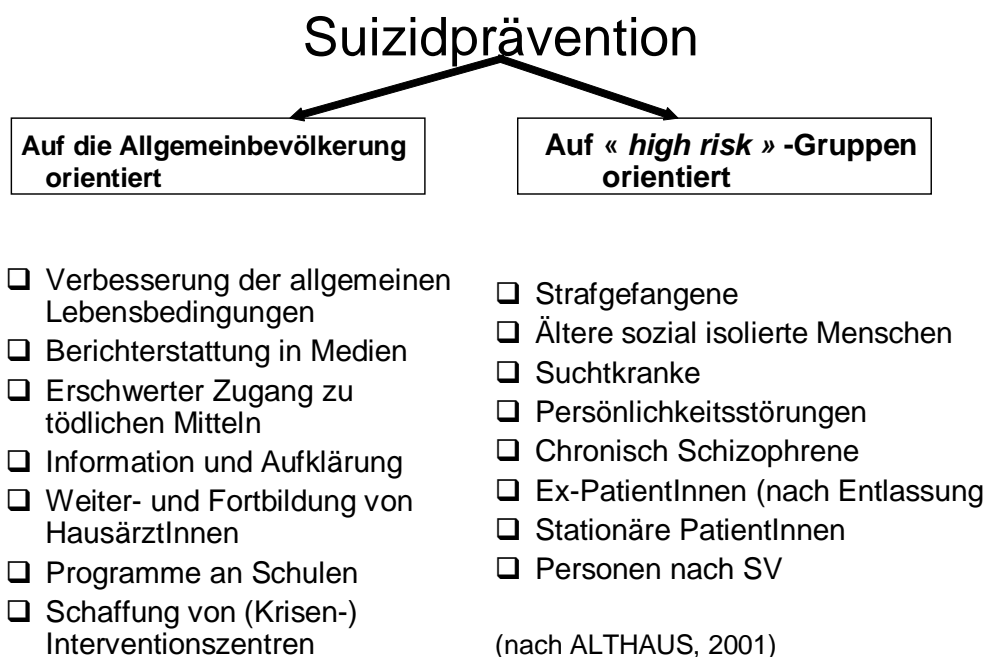
¹ Nach M. Wolfersdorf: Der suizidale Patient, 2000.

scheidungsträger leichter für präventive Projekte gewonnen werden, wodurch u. U. eine Erhöhung der Mittel für die Förderung und Erhaltung psychischer Gesundheit erreicht werden kann.

Auf der andern Seite muss als *Nachteil* gesehen werden, dass der ökonomische Ansatz zunehmend (auch) im sozio-medizinischen Bereich dominiert, was die Reduzierung des Leidens auf einen monetären Wert, mithin eine ernüchternde und potentiell dehumanisierende „Monetarisierung“ psychischen Lebens und Leidens zur Folge haben kann.

Ebenen der Suizidprävention

Auf welchen Ebenen kann Suizidverhütung betrieben werden? Entsprechend der klassischen Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention können wir sagen, dass die Suizidrate in einer Bevölkerung durch soziodemographische und soziökonomische Faktoren beeinflusst wird, weshalb – im Sinne *primärpräventiver* Massnahmen – kollektive Interventionen zur Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen möglich sind. Diese betreffen z. B. die Lebenssituation von Familien (Mutterschaftsversicherung; qualitativ gute und quantitativ ausreichende familienergänzende Betreuungsangebote; fiskalische Entlastung von Familien usw.), die Arbeitssituation der Menschen (Arbeitszeit; Arbeitsbelastung; Koordinierung von Arbeits- und Freizeit; Gesundheitsförderung und –schutz am Arbeitsplatz usw.) sowie die globale Situation, wo so genannte makrosoziale Bedrohungen und Risiken vermindert werden können. *Sekundärpräventiv* gesehen erlaubt eine gute Qualität der



Gesundheitsinstitutionen die frühe Erkennung von Risikopersonen. Wenn Betroffene, d. h. Menschen nach einem Suizidversuch, in den Genuss einer angemessenen Betreuung und Behandlung kommen, so ist dies als *tertiäre Prävention* zu bezeichnen, wobei es wesentlich um die Verhütung von Rückfällen geht.

Noch allgemeiner gesagt kann sich Suizidprävention an der Allgemeinbevölkerung orientieren, oder aber sich auf so genannte *high risk*-Gruppen konzentrieren (vgl. Abbild).

Ökonomische Aspekte der Suizidprävention

Wenn wir uns den ökonomischen Aspekten von Suizidverhütung zuwenden, so können wir uns vorerst mit Oggier² fragen, was denn Ökonomen im Mental-Health-Bereich eigentlich messen.

Unter *makroökonomischen Aspekten* benennt er ein „magisches Fünfeck“ gesundheits-politischer Zielsetzungen, bestehend aus Chancengleichheit, Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit.

Mikroökonomisch kann das etwa folgende Untersuchungen beinhalten:

- Einzelkostenbetrachtungen, welche eine Extrapolation auf die Gesamtkostendimension zulassen (z. B. Krisenintervention und anschliessende Behandlung eines Suizidgefährdeten);
- Tauglichkeitsanalysen von diagnostisch-therapeutischen Massnahmen (z. B. Instrumente zur Früherkennung einer Suizidgefährdung);
- Studien im Mental Health-Bereich, die die gesundheitsökonomische Beurteilung von Verhaltensweisen, welche die Gesundheit schädigen können (z. B. Kosten des Stresses am Arbeitsplatz), der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch eine bestimmte Krankheit (z. B. Kosten von Depressionen) oder von medizinisch-therapeutischen Massnahmen (z. B. Kosten eines durch Krisenintervention gewonnenen Lebensjahres) zum Ziel haben.³

Entsprechende *Studien im Bereich der Suizidverhütung* müssten also beispielsweise folgende Daten zur Verfügung haben: die Anzahl von Suiziden pro Jahr in den untersuchten Kantonen oder Regionen sowie die Anzahl behandelter Risikopersonen (Depressive, Suchtmittelabhängige und Personen nach bereits gemachtem Suizidversuch). Dazu müsste eine Analyse der Kosten der psychiatrischen, inklusive medikamentösen Behandlung, der präventiven Interventionen sowie der verlorenen Lebensjahre durchgeführt werden.

Infolge ihrer Aufwändigkeit sind in Europa, anders als in den USA⁴, noch kaum derartige Studien durchgeführt worden. Lediglich Wolfersdorf⁵ hat eine entsprechende

² W. Oggier: Wie und was messen Ökonomen, 2001.

³ Ebd.

⁴ Z. B. durch D. Lester u. a.: The economic cost, 2001.

⁵ M. Wolfersdorf u. a.: Suizid bei Depression, 1998.

Arbeit für Deutschland veröffentlicht, die allerdings aus ökonomischer Sicht als sehr summarisch eingestuft werden muss. Immerhin vermag sie die Dimension der ökonomischen Aspekte von Suizid und Suizidverhütung und deren geradezu dramatische Vernachlässigung aufzuzeigen.

Wolfersdorf spricht von möglichen *Einsparungen in der Höhe von 17,6 Milliarden DM* jährlich (gegen 9 Milliarden Euro), sofern eine Reduktion der Suizide um die Hälfte erreicht werden könnte. Diese Zahl beruht auf durchschnittlich *10 000 Suiziden* jährlich in Deutschland und einem angenommenen Bruttosozialprodukt von *80 000 DM* pro Vollzeiterwerbstätigem. Bei einer gleichen Reduktion der Suizide um 50 %, jedoch von Menschen mit durchschnittlich nur 5 % Erwerbstätigkeit – wie dies bei den bekannten Risikogruppen oft der Fall sein dürfte – gäbe dies immer noch Einsparungen in der Höhe von fast 1 Milliarde. (880 Millionen) DM (bzw. rund 450 Millionen Euro).

Falls wir diese – zugegebenermassen grobe – Hochrechnung auf die Schweiz mit einer ca. 10-mal kleineren Wohnbevölkerung, jedoch einer höhern Suizidrate (etwa 1500 Suizide jährlich) anwenden bzw. auf den Kanton Freiburg (mit 60 Suiziden jährlich), so kommen wir – bei Annahme eines vergleichbaren jährlichen BSP pro Vollerwerbstätigem – schweizweit auf mögliche Einsparungen von über 2 Milliarden Franken, im Kanton Freiburg auf über 100 Millionen Franken.

Nur schon die Dimension dieser Beträge sollte die Öffentlichkeit und die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker aufhorchen lassen und dazu führen, dass der Suizidverhütung auch unter ökonomischen Aspekten diejenige Bedeutung zugestanden wird, die ihr gebührt: dass sie eine menschlich und ökonomisch wahrhaft lohnende Aufgabe ist!

Bibliographie

- Althaus, D., Hegerl, U.: Evaluation suizidpräventiver Massnahmen, Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen, in: *Nervenarzt* 9, 2001, 677-684.
- Améry, J.: *Hand an sich legen*, Stuttgart 1976.
- Caplan, G.: *Principles of Preventive Psychiatry*, New York 1964.
- Chamot, E. et al.: Analyse économique appliquée à la santé: un tour d'horizon, *Bulletin des médecins suisses* 82, 2001, 2060-2064.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: *Leitlinien Suizidalität im Kinder- und Jugendalter*, 1999.
(www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/kjpp-031.htm)
- Durkheim, E.: *Le suicide – Etude de sociologie*, Paris 1897.
- Giernalczyk, T., Freytag, R. (Hg.): *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention*, Göttingen 1998.
- Hawton, K., van Heeringen, K.: *The International Handbook of Suicide and attempted Suicide*, Chichester / New York 2000.
- Herrmann, F. u. a.: Coûts de la santé en Suisse, *BMS* 82, 2001, 1845-1848.
- Hultén, A. : Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries, *European Child & Adolescent Psychiatry* 9, 2000, 100-108.
- Jenkins, R., Singh, B.: General Population Strategies of Suicide Prevention, in: Hawton, K., van Heeringen, K.: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 2000.
- Lester, D., Yang Lester, B.: The economic cost of youth suicide, Presentation at the International Congress No Suicide, 23-25 novembre 2001, Geneva 2001.
- Mazet, P.: Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, Texte de recommandations, novembre 1998, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 47, 1999, 352-357.
- Michel, K., Spuhler, T.: Suizid, in: Walter, W. (Hg.): *Gesundheit in der Schweiz*, Zürich 1993.
- Oggier, W.: Wie und was messen Ökonomen im Mental-Health-Bereich? *SAeZ* 42, 2001, 2180-2182.
- Rupp, M.: *Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrischen Notfall- und Krisenintervention*, Stuttgart 1996.
- Shaffer u. a.: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, *Journal M. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40, 2001.
- Szucs, T.: *Gesundheitsökonomie*, München 1996.
- Wolfersdorf, M., Martinez, C.: Suizid bei Depression, verlorene Lebensjahre und Bruttosozialprodukt. Was bringt Suizidprävention?, in: *Psychiatrische Praxis* 25, 1998, 139-141.
- Wolfersdorf, M.: *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizid-Prävention*, Stuttgart 2000.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Ausbildung in Suizidologie – welche Erwartungen liegen vor?

Barbara Meister

Vorspann

Es sollten zuerst folgende grundsätzlichen Fragen angegangen werden, um eine Aus- und Weiterbildung in Suizidologie und die interdisziplinäre Zusammenarbeit langfristig auf einem seriösen Boden aufbauen zu können:

Wie kommen wir vom Engagement Betroffener und privater Institutionen zu einem staatlichen Handeln und einem politischen Engagement?

Wie gelingt uns eine strukturelle Verankerung des Themas Suizid:

- in Institutionen wie z.B. Schule, Heimwesen usw.,
- in ambulanten und stationären Angeboten,
- in der Aus- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen.

Wie können wir die Bevölkerung für dieses Thema sensibilisieren und die allgemeinen Kompetenzen für Suizidprävention in der Bevölkerung fördern und erweitern?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Voraussetzungen und Vorteile

Die wichtigste *Voraussetzung* für eine befriedigende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist aus meiner Sicht die gegenseitige Akzeptanz der verschiedenen Berufsgruppen. Vorurteile und Haltungen gegenüber einer anderen Berufsgruppe müssen hinterfragt werden (z. B. welche Bilder haben Ärzte von Sozialarbeiterinnen und umgekehrt).

Ebenso scheinen mir folgende Punkte für eine zukünftige interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine gemeinsame Weiterbildung von Bedeutung zu sein:

- Jede Berufsgruppe sollte sich der Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Ausbildung, des eigenen Behandlungsspektrums und der daraus hervorgehenden Kompetenzen bewusst sein.
- Ebenso sollte jede Berufsgruppe auch Kenntnisse haben über die Ausbildungsgebiete, das Arbeitsfeld und die Kompetenzen der anderen in der Zusammenarbeit betroffenen Berufsgruppen.
- Als Vorteil erweist es sich schliesslich, für interdisziplinäre Einrichtungen oder interprofessionell gestaltete Weiterbildungen schon die Entwicklungsphase interdisziplinär zu gestalten – ebenso auch die spätere Leitung oder Führung.

Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ergeben sich u. a. folgende *Vorteile*:

- Unterschiedliches Know-how ergänzt sich.

- Es kann eine ganzheitlichere Sichtweise der Problematik und eine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten entstehen.
- Ein Agieren der betroffenen Person ist weniger möglich.
- Der „Fall“ wird nicht mehr herumgeschoben.
- Oft gewinnt man Zeit.

Bestehende interdisziplinäre Zusammenarbeit in verschiedenen Aufgabengebieten

In meinem Arbeitsfeld arbeite ich mit sehr unterschiedlichen Arten von interdisziplinären Teams zusammen:

Schule

Es gibt Schulen, die als feste Struktur Gesundheitsteams oder Interventionsteams eingerichtet haben. Diese bestehen z. B. aus Vertreterinnen und Vertretern der Lehrerschaft, der Schulbehörde, des schulpsychologischen Dienstes, der Fürsorgebehörde, der Suchtprävention, des Jugendsekretariats, der Jugendarbeit, selten auch der Polizei und dem Schularzt. Der Aufgabenbereich bezieht sich momentan vor allem auf die Themen Sucht, Gewalt und sexuellen Missbrauch.

Ambulanter Bereich z. B. Kinderschutzgruppen

In jedem Bezirk im Kanton Zürich besteht eine Kinderschutzgruppe. Das Motto der Kinderschutzgruppen lautet: Wirkungsvoller Kinderschutz erfordert ein koordiniertes und interdisziplinäres Vorgehen. Fachleute und Behördemitglieder, die in ihrer beruflichen oder amtlichen Tätigkeit mit Verdacht auf sexuelle Ausbeutung oder akuter Verwahrlosung bei Kindern konfrontiert werden, können die Kinderschutzgruppe beiziehen und Beratung in Anspruch nehmen. Die Kinderschutzgruppe setzt sich wie folgt zusammen: Vertreterinnen und Vertreter der Jugend- und Familienberatung, Kleinkindberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Schulpsychologie.

Stationärer Bereich

Im stationären Bereich wie z. B. in sozialtherapeutischen Einrichtungen für Suchtmittelabhängige, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit am unumgänglichsten und auch am bekanntesten. Verschiedene Lebensfelder der Klientinnen und Klienten müssen abgedeckt werden wie z. B. die medizinische Betreuung, das Therapieangebot, die Alltagsbewältigung, die Freizeitgestaltung, die Schulbildung usw. Dies erfordert das Know-how verschiedener Berufsgruppen wie der Medizin, der Psychologie, der Sozialpädagogik, der Pädagogik oder auch verschiedener handwerkliche Berufe.

Ich erwähne diese Beispiele deshalb, weil ich folgendes Anliegen habe: Bevor wir neue Strukturen schaffen, muss unbedingt die Frage gestellt werden: Welche Vernetzungen bestehen bereits in unserem Kanton? Welche Strukturen können wir auch für den Bereich Suizidalität nutzen?

Aus- und Weiterbildung in Suizidologie

Das bestehende Angebot

In der Schweiz gibt es in keiner Berufsgruppe eine Zusatzausbildung in Suizidologie mit einem anerkannten Abschluss. Das heisst aber nicht, dass das Thema Suizid im Rahmen der Grundausbildung einer Berufsgruppe, die mit diesem Thema konfrontiert werden könnte, nicht vorkommt – es ist meist zu finden unter

- Randgruppenproblematik,
- Jugendkrisen,
- Psychische Störungen,
- Depressionen,
- Selbstzerstörerische Verhaltensweisen.

Auch wird in verschiedenen Organisationen das Thema Suizid durchaus vermittelt. Einige Beispiele:

- Die Dargebotenen Hand: In der Ausbildung von Freiwilligen ist Suizid ein Thema unter anderen Lebensthemen wie Sucht, Gewalt, Krankheit, Tod.
- Das Rote Kreuz: Das Rote Kreuz des Kantons Zürich führt im Kursangebot für Pflegehelferinnen unter dem Thema “Depressive Menschen” das Thema Suizid an. Das Rote Kreuz im Baselland bietet Kurse an für interessierte Laien und Angehörige zum Themenbereich „Depression und Suizidalität“.
- Die Caritas führt in ihrem Angebot ein interdisziplinäres Modul über Suizidalität.

Wie könnte eine Aus- oder Weiterbildung in Zukunft aussehen?

Aus meiner Sicht werden auf verschiedenen Ebenen Weiterbildungsangebote gebraucht, um auch Synergien zu erzeugen:

Ebene der Fachpersonen

Eine eigene Ausbildung in Suizidologie ist kaum in Betracht zu ziehen, wohl aber eine Zusatzausbildung für verschiedene Berufsgruppen mit Zertifikat – also Berufsspezifische Zusatzausbildungen wie z. B. Nachdiplomstudien. Zusätzlich braucht es ein breites modulares Weiterbildungsangebot für verschiedene Berufsgruppen, welches inter- und intraprofessionell gestaltet wird. Ziele könnten folgende sein:

- Erhöhung der Anzahl gut ausgebildeter Fachpersonen im Bereich Suizid.
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit von Forschung und Praxis.
- Gestaltung eines Weiterbildungsangebotes, das den Bedürfnissen der Fachleute in entsprechenden Institutionen entspricht.

Ebene der Mediatorinnen und Mediatoren

Hierbei geht es um Weiterbildungsangebote für Personen, die innerhalb ihres Berufes mit Suizid konfrontiert werden können oder die im Bereich der Früherkennung tätig

sind wie z. B. Lehrerschaft, Lehrmeister, Pflege, Polizei usw. Die Weiterbildungen könnten durch bestehende Bildungsinstitutionen angeboten werden wie z. B. Elternbildung, Lehrer- und Lehrerinnenaus- und Weiterbildung, Lehrmeister- und Lehrmeisterinnenausbildung, Polizeischule usw. Auch hier sollten möglichst bestehende Strukturen genutzt werden. Wichtig erscheinen mir folgende Inhalte für diese Berufsgruppen:

- Ursachen von Suizid; allgemeine Suizidprävention und Erkennen von Signalen (Früherfassung);
- was ist zu tun bei Verdacht auf Suizidalität und bei erfolgtem Suizid;
- Kennenlernen von Hilfsangeboten und Vernetzung.

Ebene der Bevölkerung

Es ginge grundsätzlich darum, die Bevölkerung für das Thema Suizidalität zu sensibilisieren. Weiterhin ginge es um das Vermitteln der Botschaft, dass jeder Mensch gewisse Kompetenzen bezüglich diesem Thema im zwischenmenschlichen Bereich hat. Es müssten Fehlmeinungen aufgeklärt werden (z. B. wer über Suizid spricht, tut es nicht). Und schliesslich müssten die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten bekannt gemacht werden. Geschehen könnte dies in Form von verschiedenen Varianten von Medienauftritten (Plakatkampagnen, Artikel, Spots usw.).

Zweiter Teil

Grundlagen der Prävention und Nachsorge

Signale, die auf einen Suizid hindeuten, und die Unterstützung von Angehörigen

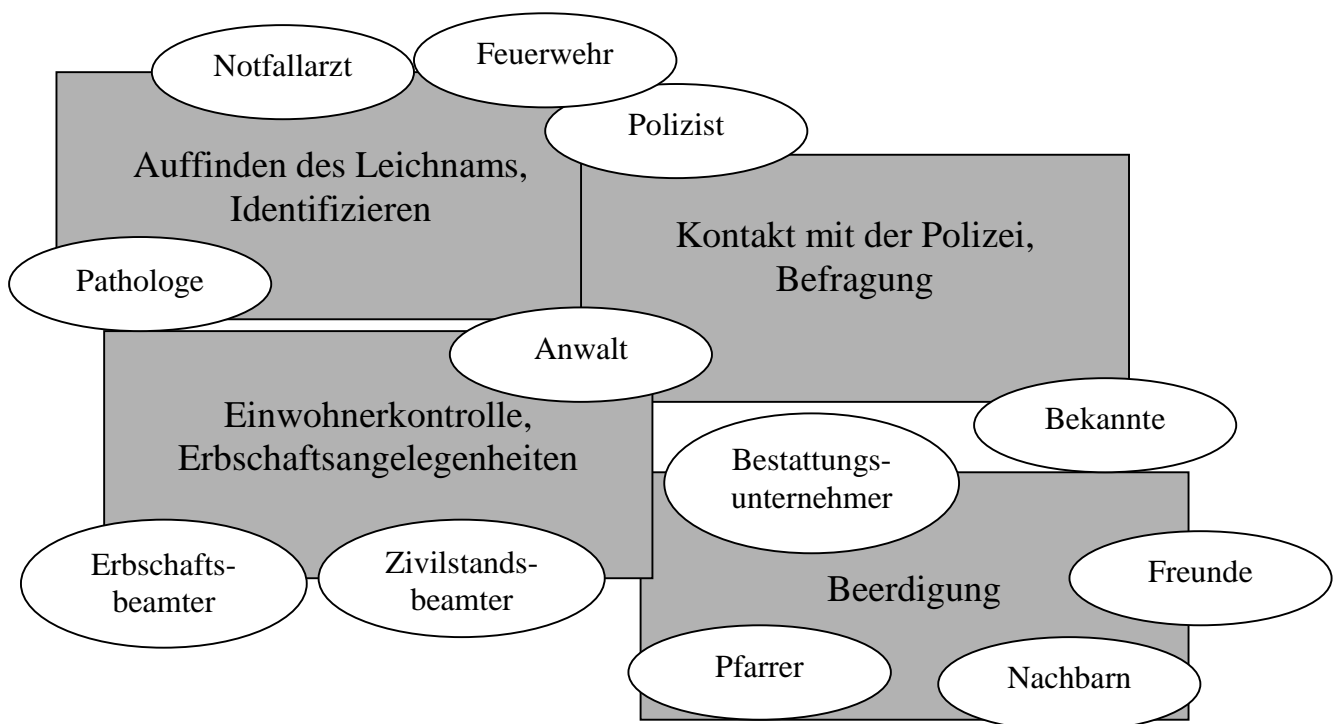
Martin Eichhorn

Einleitung

Menschen sind soziale Wesen. Somit kann suizidales Verhalten nicht losgelöst von der Lebenswelt eines suizidalen Menschen verstanden werden. Wie das Umfeld eines Menschen seine Suizidalität beeinflussen kann, beeinflusst die Suizidalität umgekehrt auch die Umgebung. Weil es bei Suizidalität um Leben und Tod geht, sind Freunde oder Familienangehörige, die einem suizidalen Menschen nahe stehen, immer stark miteinbezogen.

Suizid – neutral mit Selbsttötung übersetzt – und suizidales Verhalten sind für sich gesehen keine Krankheit. Sie müssen nicht einmal Zeichen einer Krankheit sein. Suizidversuche und vollendete Suizide können sich aus ganz verschiedenen Geschichten heraus entwickeln. Und diese unterschiedlichen Hintergründe führen dazu, dass auch die Auswirkungen auf die Familie eines Betroffenen verschieden sein können.

Wir versuchen uns dem Thema von den Seiten der Biologie, der Psychologie und der sozialen Lebensumständen anzunähern und die speziellen Aspekte des Zusammenhanges von suizidalem Verhalten und Familie zu beleuchten.



Suizidalität und Familie

Genetik

Vorausgeschickt werden muss, dass genetische Faktoren Suizidalität auf keinen Fall alleine erklären können. Es gibt aber Hinweise, dass Erbfaktoren suizidales Verhalten zumindest mitbeeinflussen. Bei eineiigen Zwillingen suizidieren sich nach der Selbsttötung des einen Zwillings 10 % der hinterbliebenen Zwillinge.⁶ Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Wahrscheinlichkeit bei knapp 2 %. Im Vergleich dazu hat bei der psychischen Krankheit Schizophrenie ein eineiiger Zwilling ein Risiko von 50 % an Schizophrenie zu erkranken, wenn sein Zwillingsbruder oder seine Zwillingsschwester unter dieser Krankheit leidet. Man könnte einwenden, dass Zwillinge bei der gleichen Familie aufwachsen und damit gleichen sozialen Faktoren ausgesetzt sind. Gegen diesen Einwand sprechen Adoptionsstudien die diesen Faktor berücksichtigen. In der bekanntesten Adoptionsstudie finden sich bei Suizidenten 15 Mal mehr Suizide bei den biologischen Verwandten, mit denen sie nicht zusammen lebten, als mit den „sozialen Verwandten“, bei denen sie aufwuchsen.⁷

Risikofaktoren

In vielen wissenschaftlichen Arbeiten werden Suizidversuche oder vollendete Suizide in der Familie als Risikofaktor für suizidales Verhalten bei den Angehörigen angesehen. Neben den oben erwähnten genetischen Faktoren werden auch soziale Faktoren eines Suizidversuches oder eines Suizides in der Familie diskutiert. Könnte suizidales Verhalten oder ein Suizid auch zu einem Lösungsmodell für Probleme bei den Angehörigen werden? Die Resultate widersprechen sich teilweise. Was sich durchgehend zeigt, ist, dass Depressionen und manische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Auffälligkeiten im sozialen Verhalten in der Familie Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei anderen Familienmitgliedern sein können. Auch hier bleibt unklar, ob soziale Faktoren des Zusammenlebens in einer Familie oder die Vererbung der psychischen Störung zu einem erhöhten Suizidrisiko führen.⁸

Auswirkungen auf das familiäre Umfeld

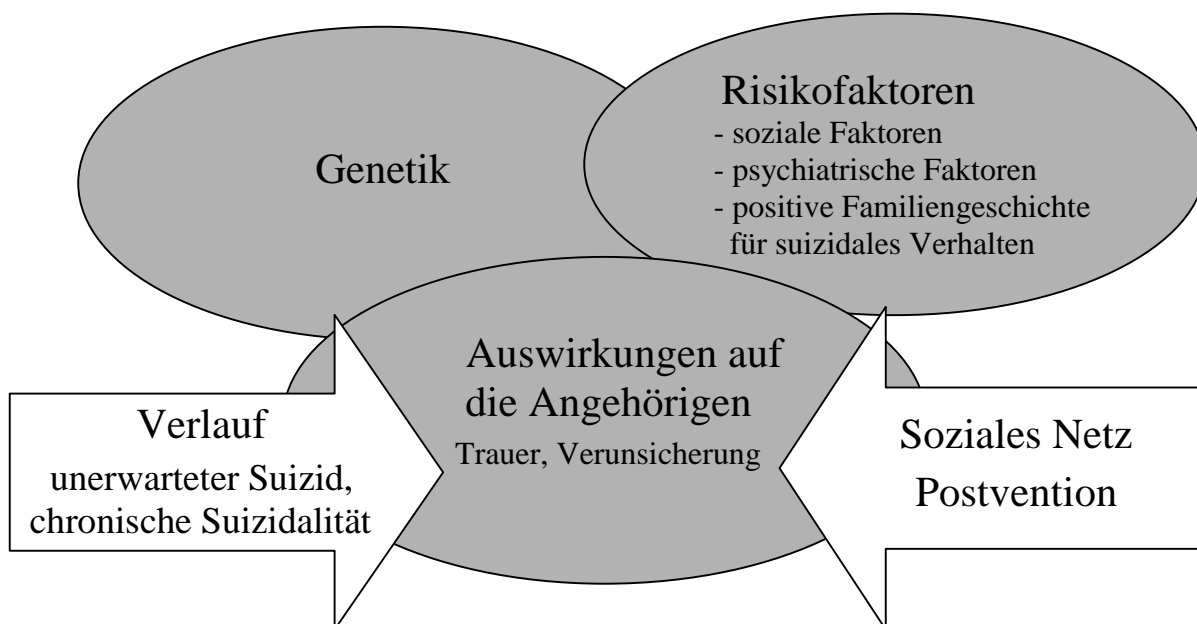
Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Suiziden auf die Familienangehörigen hat wahrscheinlich mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet. Das Interesse an diesem Thema kristallisierte sich erstmals mit dem Erschei-

⁶ A. Roy u. a.: Suicide in twins, 1991.

⁷ F. Schulsinger u. a.: A family study of suicide, 1979.

⁸ R. A. Zweig u. a.: Factors associated with suicide, 1993; B. M. Wagner: Family risk factors, 1997; D. A. Brent u. a.: Familial risk factors for adolescent suicide, 1994; D. A. Brent u. a.: Research in adolescent suicide, 1995; D. A. Brent: Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior, 1995.

nen des Buches von Albert C. Cain „Survivors of Suicide“ im Jahr 1972.⁹ McIntosh¹⁰ fasste die englischsprachigen Arbeiten bis 1995 in seinem Buch zusammen und stellte einen ausführlichen Katalog offener Fragen zusammen. So bleibt - trotz der verbreiteten Meinung, dass rund 6 Personen mit dem Suizid eines Nahestehenden konfrontiert sind - weiterhin unklar, wie viele Personen es wirklich sind. Auch wissen wir noch wenig über die Unterschiede der Trauerreaktionen nach einem Suizid gegenüber der Trauer nach anderen Todesfällen. Auf die Frage der Trauer nach einem Suizid werden wir in einem späteren Kapitel noch gesondert eingehen. Wie sehr neben der Trauer die Tabuisierung des Themas in der Familie und Gesellschaft gravierende Auswirkungen haben kann, findet man mehr in Zeugnissen von Betroffenen als in der wissenschaftlichen Literatur. Manfred Otzelberger¹¹ dokumentiert in seinem Buch „Suizid; Das Trauma der Hinterbliebenen“ eindrückliche Geschichten. Monica Zanolari befragte für ihre Dissertation¹² 15 Menschen, die einen nahen Verwandten ersten oder zweiten Grades durch Suizid verloren hatten. Von diesen berichteten 10, dass der Suizid in der Familie tabuisiert worden sei. 12 von 15 hätten sich eine professionelle Betreuung gewünscht, aber nur eine der interviewten Personen hat tatsächlich eine Betreuung erhalten. Aber auch suizidales Verhalten, Suizidversuche und auch immer wieder kehrende Krisen mit starken Suizidgedanken lassen Angehörige nicht unberührt. Wie die Angehörigen damit umgehen, welche Hilfe sie nötig hätten, darüber wissen wir wenig.



⁹ A. C. Cain: Survivors of Suicide, 1972. Im englischen Sprachraum werden Angehörige von Suizidenten als „Survivor“ bezeichnet.

¹⁰ J. L. McIntosh: Survivors of suicide, 1996.

¹¹ M. Otzelberger: Suizid, 1999; T. Bronisch, Der Suizid, 1999.

¹² M. Zanolari: Suizid in der Familie, 2002; M. Eichhorn u. a.: Tabuisierung eines familiären Suizides, 2001.

Der Umgang mit Suizidalität

Signale

Etwa 40 % der Menschen, die sich suizidieren, haben in ihrer Vorgeschichte einen Suizidversuch unternommen. Allerdings bleibt es bei 80% der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, bei diesem einen Versuch. Psychiatrische Störungen werden in 80 bis 90 % aller Menschen, die sich suizidiert haben, gefunden. In deutlich mehr als der Hälfte aller Suizide werden Depressionen nachgewiesen. Alkoholabhängigkeit spielt bei etwa einem Fünftel aller Suizide eine Rolle und in 10 % der Fälle liegt eine Schizophrenie vor. Neben den medizinischen Diagnosen werden häufig soziale Faktoren nachgewiesen, die eine Rolle spielten. Gehäuft werden Beziehungsabbrüche, schwere Familienkonflikte, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitsplatzprobleme und Wohnortwechsel als mitverursachende Einflussgrößen angesehen. Bei älteren Menschen die sich das Leben nehmen, sind schwere körperliche Erkrankungen und die Vereinsamung häufig mitbestimmende Faktoren.

Welche Signale können nun für Angehörige auf eine mögliche suizidale Entwicklung hindeuten?

Bei *Depressionen* werden die Betroffenen zunehmend traurig, sie verlieren ihr Interesse am Leben, fühlen sich müde und ohne Energie. Sie werden schreckhaft, schlafen schlecht und haben Mühe sich zu konzentrieren. Wenn die Schlafstörungen zunehmen, die Betroffenen sich zunehmend vernachlässigen, trotz Traurigkeit und Energielosigkeit zunehmend umtriebiger werden und zu dem noch Verarmungsängsten oder schwere Gefühle der Wertlosigkeit hinzukommen, steigt das Suizidrisiko massiv an.

Wenn Alkohol gewichtig ins Spiel kommt, sollte man dann besonders hellhörig werden, wenn der Alkoholkonsum regelmässig wird und Auswirkungen auf die Beziehungen und das Arbeitsleben spürbar werden. Gravierende Zeichen für ein Alkoholproblem liegen vor, wenn der Konsum am Arbeitsplatz ein Thema ist, wenn jemand schon am Morgen trinken muss oder er selber das Gefühl hat, zuviel zu trinken.

Bei *Schizophrenien* muss davon ausgegangen werden, dass das höchste Suizidrisiko zu Beginn der Erkrankung, bei einem erneuten Rückfall und kurz nach dem Abklingen eines Krankheitsschubes besteht. Eine beginnende Schizophrenie kann sich vor allem durch verschiedene „Veränderungen“ ankündigen. Eine mit beiden Beinen auf dem Boden stehende Person wird zunehmend überempfindlich und beginnt Aufgaben zu vernachlässigen. Die Gefühle ändern sich. Misstrauen und Ängste können zunehmen und die Stimmung kann stark schwanken. Die Leistungsfähigkeit geht zurück und die Interessen verändern sich. Ein bisher offener und kontaktfreudiger Mensch zieht sich zurück und wird auch für nahe stehende Freunde und Verwandte immer schwerer zugänglich. Auch ein zunehmender Konsum von Alkohol oder anderen Drogen kann hinzukommen.¹³

¹³ J. Aston u. a: Screening, 2002.

Bei jungen Leuten werden in 20 bis 50 % aller Suizide Hinweise für *Persönlichkeitsstörungen* gefunden. Unstete Beziehungen und ein auffälliges Sozialverhalten können hier Warnsignale sein.

Alle *chronischen körperlichen Krankheiten* gehen mit einem erhöhten Risiko für eine Selbsttötung einher. Spezifische Krankheiten wie Epilepsien oder Hirninfarkte vor allem im hinteren Bereich des Gehirnes können die Suizidalität, wahrscheinlich durch eine Verminderung der Möglichkeit seine Impulse zu kontrollieren, erhöhen.

Soziale Faktoren

Allein stehende vereinsamte und ältere Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Männer suizidieren sich drei- bis viermal häufiger als Frauen. Arbeitslosigkeit und Migration stellen zusätzliche Risikofaktoren dar.

Krise und suizidale Entwicklung

Es kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Lebenskrisen, gleich ob sie von einer schwierigen sozialen Situation, einer körperlichen oder psychischen Krankheit ausgehen, mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen.

Caplan und Cullberg definieren die Krise mit folgenden Worten: Es handelt sich um den Verlust des seelischen Gleichgewichtes, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie ihn wegen der Art seiner durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.

Ringel aus Wien hat 1953 knapp 800 Personen nach Suizidversuchen interviewt und bei fast allen Befragten einen Verlauf vor dem Suizidversuch gefunden, den er als präsuizidales Syndrom beschrieben hat.¹⁴

Einengung: Die Flexibilität des Menschen wird geringer. Er ist in seinen persönlichen Möglichkeiten eingeengt. Er entwickelt ein Einengungsgefühl, das dazu führen kann, dass er ein ängstliches und vermeidendes Verhalten entwickelt. Er zieht sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen zurück und konzentriert sich auf wenige Beziehungen.

Nach Ringel zeigen diese Personen eine nicht ausgelebte, gehemmte Aggression. Sie fressen alles in sich hinein.

Selbsttötungsphantasien: Diese entwickeln sich in Verbindung mit einer inneren Flucht in eine Scheinwelt. Der Betroffene sieht sich bereits „als“ Toter, kann sich aber auch im Stadium des Todseins als lebendig vorstellen. Es ist ein Alarmsignal, wenn Selbsttötungsphantasien von den Betroffenen aktiv in Gang gesetzt werden. Noch gefährlicher wird es, wenn sich die Selbsttötungsphantasien dem Betroffenen regelrecht aufdrängen.

¹⁴ E. Ringel: Der Selbstmord, 1953.

Walter Pöldinger¹⁵ hat 1968 die Entwicklung vor einer suizidalen Handlung mit den drei Phasen Erwägung – Abwägung – Entschluss charakterisiert. In der Erwägung wird ein Suizid als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen. Bei der Abwägung kämpfen selbsterhaltene Kräfte gegen selbstzerstörerische Kräfte. Nach dem gefassten Entschluss falle der Umgebung die grosse Ruhe und Ausgeglichenheit auf. Dies kann zum falschen Schluss führen, dass die Krise vorbei sei.

Thomas Bronisch¹⁶ macht darauf aufmerksam, dass diese Modelle eine abgewogene Entscheidungsfindung suggerieren könnten. Dass ein Suizid oder Suizidversuch auch den Charakter einer Impulshandlung haben kann, wird vernachlässigt. Er zitiert eine Studie, die aufzeigte, dass von 500 Suizidversuchen nur 4 % sorgfältig geplant waren.¹⁷

Mythos und Wirklichkeit

Gernot Sonneck¹⁸ stellt in seinem Buch Krisenintervention und Suizidverhütung Mythos und Wirklichkeit gegenüber. Wir möchten die wichtigsten und häufigsten Irrtümer hier noch einmal summarisch aufführen. Wir schliessen uns der Beurteilung von Sonneck an, dass diese Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Irrtümer

Wer von Suizid spricht, tut es nicht. Falsch! Richtig ist, dass 80 % der Menschen, die einen Suizid unternehmen, diesen vorher ankündigen und damit ihrer Umwelt eine Chance geben, ihnen zu helfen.

Wer sich wirklich das Leben nehmen will, ist nicht aufzuhalten. Falsch! Richtig ist, dass sich die meisten Suizide im Rahmen von Krisen ereignen. Eine entsprechende Krisenbewältigung kann den Suizid verhindern.

Wer es einmal versucht hat, versucht es immer wieder. Falsch! Richtig ist, dass rund 80 % aller Suizidversuche einmalige Ereignisse im Leben der jeweils Betroffenen sind.

Nur wer es ernsthaft versucht hat, ist weiterhin suizidgefährdet. Falsch! Richtig ist, dass die individuelle Suizidgefährdung nicht mit dem Ausmass der Lebensbedrohung durch den Suizidversuch zusammenhängt, sondern jedesmal neu eingeschätzt werden muss.

Wenn man jemanden auf Suizidgedanken und -pläne hin anspricht, bringt man ihn erst auf die Idee, sich umzubringen. Falsch! Richtig ist, dass die Möglichkeit, Suizidgedanken mit jemanden besprechen zu können, für den Betroffenen meist eine erhebliche Entlastung bringt und die suizidale Einengung lockert.

¹⁵ W. Pöldinger: Die Abschätzung der Suizidalität, 1968.

¹⁶ T. Bronisch: Der Suizid, 1999.

¹⁷ R. W. Ettliger: Attempted suicide, 1955.

¹⁸ G. Sonneck: Krisenintervention und Suizidverhütung, 2000.

Hilfe

Wenn ein Angehöriger suizidal ist, steht die Beziehung mit ihm im Zentrum. Fragen Sie ihn wie es zur Krise gekommen ist. Fragen Sie nicht nach dem warum! Damit nehmen Sie ihn so an, wie er ist. Sie können so erfahren, wo der andere steht und Sie verzichten auf das Anlegen eigener Wertmassstäbe. (Stellen Sie sich einfach vor, wie es wäre, ein befreundetes Ehepaar bei einem gemeinsamen Nachtessen nicht danach zu fragen, wie sie sich kennen gelernt haben, sondern *warum* sie sich kennen gelernt haben).

Problematisch kann es sein, wenn das Problem heruntergespielt wird, wenn Belehrungen und Ermahnungen sowie vorschnelles Trösten hinzu kommen. Gefährliche Situationen bei suizidalen Menschen sind Trennungssituationen. Wenn Sie eine Beziehung anbieten, muss diese auch verlässlich sein. Es kann hilfreich sein, ganz praktische Alltagsprobleme lösen zu helfen. Suizidpakte im Sinne eines Suizidvertrages sind nicht zuverlässig. Fragen Sie Ihren Bekannten in der suizidalen Krise danach, was er sich selber zutraut. Wenn sich seine Einschätzung nicht mit ihrer deckt, nehmen Sie selber professionelle Hilfe in Anspruch, fragen Sie Ihren Hausarzt, ihren Seelsorger.

Professionelle Hilfe wird auch dann nötig, wenn Betroffene, Angehörige und das nahe soziale Umfeld mit der Situation überfordert sind. Wenn eine klare psychiatrische Erkrankung beim suizidalen Menschen vorhanden ist. Fragen Sie früh nach professioneller Hilfe, wenn es bereits früher zu Suizidversuchen gekommen ist.

Nach dem Suizid

Trauer

Zuallererst verliert man bei einem Suizid einen Menschen, dem man nahe stand. Man trauert. Trauern Suizidhinterbliebene anders als Menschen, die einen Angehörigen durch einen Unfall oder durch eine schwere Krankheit verloren haben? Sind mehr Schuld und Schamgefühle vorhanden? Fühlt man sich für den Suizid verantwortlich? Kommen eventuell auch Gefühle wie Ärger und Wut gegenüber dem Menschen zum Vorschein, der durch Suizid aus dem Leben getreten ist? Gefühlsmässig würde man nach einem Suizid von einer grösseren und „anderen“ Trauer ausgehen. Die wissenschaftliche Literatur gibt in dieser Frage keine eindeutigen Antworten.¹⁹ Wahrscheinlich gibt es gewisse Merkmale, welche die Trauer bei verschiedenen Todesursachen unterscheiden. Die Trauerphasen, die Verena Kast²⁰ beschrieben hat, gelten in den Grundzügen auch für die Trauerreaktionen nach einem Suizid. Eine erste Phase des nicht Wahrhabenwollens kann Stunden bis Tage andauern. Es folgt ein Durcheinander in den Gefühlen. Schmerz, Angst, Wut, Zorn und Schuldgefühle gehen durchein-

¹⁹ R. Seibl u. a.: Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld, 2001; M. Wolfersdorf u. a.: Nach dem Suizid eines Patienten, 2001; S. Ellenbogen u. a.: Do they suffer more?, 2001; C. J. van Dongen: Experiences of family members after a suicide, 1991.

²⁰ V. Kast: Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, 2002.

ander, es scheint als ob sie sich nie ordnen wollen. In einer dritten Phase des Suchens, Findens und sich Trennens steht der Verstorbene im Zentrum. Die Auseinandersetzung mit dem Verlust kann erst hier beginnen. Erst in einer letzten Phase kommt es zu einem neuen Selbst- und Weltbezug, der eine neue Öffnung ermöglicht. Wie in der Einleitung erwähnt, sind hier auch die unterschiedlichen Umstände eines Suizides zu berücksichtigen. Die Trauerreaktion nach einem Suizid, der sich in keiner Art und Weise angekündigt hat, ist sicher eine andere, als bei einem Suizid nach langer schwerer körperlicher Krankheit. Erst in neuerer Zeit wurde auch gezeigt, dass Faktoren, wie das Auffinden des Leichnames zu einer zusätzlichen relevanten Belastung werden können.

Praktische Auswirkungen

Nach einem Suizid sind Angehörige mit einer Unmenge ganz profaner praktischer Dinge beschäftigt. Der Leichnam wird gefunden. Polizei, Notfallarzt und eventuell die Feuerwehr treten auf den Plan. Der Gerichtsmediziner wird hinzugezogen, die Angehörigen werden von der Polizei befragt. Bei der Einwohnerkontrolle hat man mit dem Zivilstandesbeamten Kontakt. Der Erbschaftsbeamte ist involviert. Die Beerdigung muss geplant werden. Kontakte mit dem Pfarrer, den Nachbarn, Freunden und Bekannten müssen aufgenommen werden. Viele der Beteiligten sind in der Situation überfordert. Ausbildungsstandards²¹ für die beruflich Involvierten im Umgang mit dieser Situation existieren nicht, und es darf über den Einfluss ihres Umgangs mit den Angehörigen auf ihre Trauer und ihre Verarbeitung spekuliert werden. Viele Hinterbliebene berichten von negativen Erlebnissen in diesen Situationen, die sie nie mehr vergessen können. Nachbarn können dazu neigen, die Hinterbliebenen zu schneiden. Eine zynische oder unbeholfene Bemerkung eines Notarztes oder eines Polizisten kann äusserst verletzend sein.²²

Hilfestellungen

Menschen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben, geraten selbst in eine Krise. Auch sie brauchen ein offenes Ohr, ein aufmerksames Zuhören, Empathie und die Sicherheit, sich an Freunde und Bekannte wenden zu können. Angehörige brauchen immer wieder die Rückversicherung, dass es nicht ihr Fehler, nicht ihre Schuld war, dass sich der Angehörige das Leben genommen hat. William Worden gab folgende Anregungen, um Trauernde zu begleiten. Es soll geholfen werden, den Verlust wahrnehmen zu können. Trauernde sollen beim Ausdrücken von Gefühlen und dem

²¹ Internetquellen: WHO, D.o.M.H.: Preventing suicide. a resource for general physicians, 2000; WHO, D.o.M.H.: Preventing suicide. a resource for teachers and other school staff, 2000. Beide WHO-Dokumente können im pdf-Format unter folgender Adresse heruntergeladen werden: www.who.int/mental_health/Topic_Suicide/suicide3a.html

²² B. L. Hall u. a.: Can professionals and nonprofessionals work together following a suicide? 2001.

Zulassen von Gefühlen unterstützt werden. Die Hinterbliebenen sollen auch ganz praktische Unterstützung beim Gestalten des Alltages erhalten. Die Trauer braucht Zeit und man soll diese Zeit auch zugestehen. Auch ist wichtig, dass Trauer als normales Verhalten interpretiert wird. Bei Auffälligkeiten wie schweren Schlafstörungen oder zunehmendem sozialen Rückzug soll auch professionelle Hilfe angeboten werden. Auch Selbsthilfegruppen können einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Trauer leisten.

Wir haben versucht, mit diesem Kapitel einen kurzen Überblick über die komplexe und schwierige Thematik von Suizid und Familie zu geben. Abschliessend möchten wir die lebhafteste Diskussion, die im Rahmen des Workshops²³ stattgefunden hat, zusammenfassen – eine Zusammenfassung, die von den subjektiven Eindrücken des Schreibenden beeinflusst ist.

Zusammenfassung der Diskussion

Im Anschluss an das oben zusammengefasste Einführungsreferat wurden in einer ausführlichen und lebhaften Diskussion in Kleingruppen die Meinungen zu den folgenden drei Kernfragen zusammengetragen:

1. Welche Bedürfnisse haben Angehörige von suizidalen Menschen und welche Bedürfnisse haben sie nach einem Suizid in der Familie?
2. Wie können Angehörige erreicht und sensibilisiert werden?
3. Welcher Schulungs- und Informationsbedarf besteht bei den durch einen Suizid involvierten Stellen? (Schule, Behörden, Ärzte, Seelsorger etc.)

In fast allen Kleingruppen wurde die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes hervorgehoben. Leider ist der Einbezug von Angehörigen in der Betreuung von suizidalen Menschen noch nicht selbstverständlich. Das Vorurteil, dass das Umfeld für die Suizidalität mitverantwortlich sein könnte, geistert in den Köpfen herum, und kann dazu führen, dass das Umfeld in die „Sündenbock-Rolle“ gedrängt und nicht als Ressource wahrgenommen wird. In Bezug auf die Unterstützung des Umfeldes wurden Stichworte wie die Niederschwelligkeit des Hilfsangebotes, das sich nicht Aufdrängen und das Offensein in der Beziehung hervorgehoben. In einer Situation, die tabuisiert ist, ist es nötig, im Sinne des häufig genannten „Mutes zur Nachfrage“ direkt auf Betroffene zuzugehen. Wieviel Hilfe nötig ist, kann am einfachsten eruiert werden, indem die Bedürfnisse beim Betroffenen erfragt werden.

Auf rechtliche Fragestellungen wurde mehrmals hingewiesen. Es wurde befürchtet, dass der Datenschutz oder die Autonomie des Einzelnen verletzt werden könnte, wenn weitere Stellen über die Suizidgedanken informiert werden.

Hier muss unterstrichen werden, dass ein Mensch in einer suizidalen Krise aus juristischer Sicht in den seltensten Fällen Hilfsangebote realistisch beurteilen kann. Meistens liegt eine psychiatrische Erkrankung zu Grunde, die in der ausgeprägten Ein-

²³ Dieser Workshop fand im Rahmen des Kongresses „suizid...?“ vom 7. und 8. Mai in Bern statt.

gung, die während der Suizidalität vorhanden ist, nicht zu einer freien Meinungsbildung führt. Somit hat das Umfeld auch eine Pflicht einzugreifen und zu helfen.

Bezüglich der Sensibilisierung und der Information von Angehörigen wurde herausgearbeitet, dass Informationen und der Zugang zu den Informationen häufig fehlen. Koordination und Vernetzung einzelner Hilfsangebote sind einerseits oft nicht vorhanden, und wenn sie vorhanden sind, dann sind sie oft nicht öffentlich zugänglich. Als Lösungsansatz wurde die Möglichkeit eines Case-Management erwähnt. Hier würden sich der Hausarzt oder der Pfarrer anbieten, die nach einem Suizid häufig in Kontakt mit den Angehörigen kommen. Ämter, mit denen Angehörige nach einem Suizid zu tun haben, könnten auch auf Hilfsangebote aufmerksam machen.

Die Arbeitsgruppen wiesen auf die Sensibilisierung während den Ausbildungsgängen der Krankenpflegeberufe, von Beamten (vor allem Polizisten), Lehrern und Ärzten hin. Ich finde es wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine solche Schulung während dem ganzen Berufsleben weitergehen müsste. Die Sensibilisierung über die Medien, die häufig angeregt wurde, stellt zweifach Probleme. Erstens wird kaum Nachhaltigkeit erreicht. Zweitens stellt sich die Frage der Art und Weise der Berichterstattung. So kann eine reisserische Berichterstattung Menschen erst auf die Idee eines Suizides bringen. Es zeigt sich auch, wie schwierig es ist, die Medien davon zu überzeugen nicht mehr den diskriminierenden Begriff Selbstmord zu verwenden, sondern über Suizid oder Selbsttötung zu schreiben.

Dieser Aspekt leitete zum Thema der Stigmatisierung des Suizides über. Eine Arbeitsgruppe wies darauf hin, dass Homosexualität heute akzeptiert sei. Ich finde, dass hier ein wesentlicher Unterschied gemacht werden sollte. Bei Suizidalität leiden die Betroffenen und die Umgebung. Suizidalität oder ein Suizid sind somit nicht als Normvarianten, sondern als Ausdruck von Leiden aufzufassen. Bezüglich der Stigmatisierung scheint mir wichtig, dass die Suizidalität als solche akzeptiert wird. Ein zentraler Begriff in diesem Zusammenhang, der von mehreren Arbeitsgruppen hervorgehoben wurde, ist die Würde, die immer und von allen gewahrt werden müsse.

Vielleicht ist es kein Zufall, dass nach der Frage der Stigmatisierung ökonomische Fragen angesprochen wurden. Viele der vorgebrachten Anliegen brauchen finanzielle Mittel zur Umsetzung. Hier wäre es sicher schön, wenn der Senkung der Suizidrate und der Unterstützung von Angehörigen gleichviel Mittel zur Verfügung stünden, wie zur Senkung der Zahl der Verkehrstoten. Resignation machte sich jedoch nicht breit. Im Gegenteil war ein grosses Engagement spürbar. So wurde hervorgehoben, dass auf lokaler Basis Netzwerke gesponnen und finanzielle Mittel mobilisiert werden sollten.

Bibliographie

- Aston, J., Gschandner, U., Riecher-Rössler, A.: Screening zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis, *Schweiz. Med. Forum* 2, 2002, 971-974.
- Brent, D. A., Perper J. A.: Research in adolescent suicide: implications for training, service delivery and public policy, *Suicide. Life Threat. Behav.* 25 (2), 1995, 222-230.
- Brent, D. A.: Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress, *Suicide. Life Threat. Behav.* 25 Suppl., 1995, 52-63.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., Roth, C.: Familial risk factors for adolescent suicide. a case-control study, *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1), 1994, 52-58.
- Bronisch, T.: *Der Suizid*, München 1999.
- Cain, A. C.: *Survivors of Suicide*, 1972.
- Eichhorn, M., Zanolari, M.: Tabuisierung eines familiären Suizides – mögliche Auswirkungen auf die Angehörigen, *Psychiatrische Praxis* 28 (7), 2001, 345-347.
- Ellenbogen, S., Gratton, F.: Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors, *Suicide Life Threat. Behav.* 31 (1), 2001, 83-90.
- Ettlinger, R. W.: Attempted suicide, *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 103, 1955,5-29.
- Finzen, A.: *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen*, Bonn 1997.
- Hall, B. L., Epp., H. L.: Can professionals and nonprofessionals work together following a suicide? *Crisis* 22 (2), 2001, 74-78.
- Jamison, K. R.: *Wenn es dunkel wird: Zum Verständnis des Selbstmordes*, Berlin 1999.
- Kast, V.: *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, Stuttgart ²⁵2002.
- McIntosh, J. L.: Survivors of suicide: A comprehensive bibliography update, 1986-1995, *Omega* 33, 1996, 147-175.
- Otzelberger, M.: *Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen*, Berlin 1999.
- Pöldinger, W.: *Die Abschätzung der Suizidalität*, Bern 1968.
- Ringel, E.: *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*, 1953.
- Roy, A., Segal, N. L., Centerwall, B. S., Robinette, C. D.: Suicide in twins, *Arch. Gen. Psychiatry* 48, 1991, 29-32.
- Seibl, R., Antretter, E., Haring, C.: Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten, Stand der Forschung, offene Fragen und Aufgaben zukünftiger Forschung, *Psychiatrische Praxis* 28 (7), 2001, 316-22.
- Schulsinger, F., Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H.: A family study of suicide, in: Schon, M., Stromgren, E. (Eds.): *Origin, Prevention and treatment of affektiv disorders*, New York 1979, 277-287.
- Sonneck, G.: *Krisenintervention und Suizidverhütung*, Wien 2000.
- Themenheft „Nach dem Suizid“, *Psychiatrische Praxis* 28, 2001, 309-360.
- Van Dongen, C. J.: Experiences of family members after a suicide, *Fam. Pract.* 33 (4), 1991, 375-380.
- Wagner, B. M.: Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior, *Psychol. Bull.* 121 (2), 1997, 246-298.
- Wolfersdorf, M. u. a.: Nach dem Suizid eines Patienten – Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik, *Psychiatrische Praxis* 28 (7), 2001, 341-344.

- Zanolari, M.: Suizid in der Familie. Qualitative Erhebung zum Einfluss eines Suizides bei 1. und 2. Grad Verwandten auf die Lebenssituation von KlinikpatientInnen, Dissertation, Basel 2002.
- Zweig, R. A., Hinrichsen, G. A.: Factors associated with suicide attempts by depressed older adults. a prospective study, *Am. J. Psychiatry* 150 (11), 1993, 1687-1692.

Resilienz und Suizid: eine Einführung

Stefan Vanistendael

Einleitung

Resilienz und Suizid sind zwei vielschichtige Themen mit beträchtlicher Tiefendimension. Das wirft die Frage auf, ob sie mit einem wissenschaftlichen Instrumentarium allein angemessen zu analysieren sind. Dass es die wissenschaftliche Analyse braucht, ist unbestritten. Doch gerade weil wissenschaftliche Stringenz angezeigt ist, stellen wir die Themen in einen breiter angelegten Reflexionsrahmen. Es geht gewissermassen um die Suche nach einer Lebensweisheit, die nicht bloss Wissenschaft, sondern auch weitere Aspekte integriert. Aus diesem Verfahren sollen möglichst viele Beteiligte Impulse für ihr Berufs- oder Privatleben schöpfen können. Am Einzelnen liegt es dann, die für seine konkrete Situation nützlichen Überlegungen aufzugreifen. Keinesfalls zulässig ist es hingegen, diese allgemeinen Überlegungen eins zu eins pauschal auf eine spezifische Situation anzuwenden. Am Anfang meiner Ausführungen steht eine kurze Begriffsklärung. Anschliessend folgt eine Betrachtung des Themas Suizid im Lichte der Resilienz.

Die Resilienz im lebensweltlichen Gesamthorizont

Ich notiere einführend eine pragmatische Definition von „Resilienz“, die lediglich dazu dienen soll, die Kommunikation zu erleichtern und die zu behandelnde Thematik zu umreissen: *Resilienz ist die Fähigkeit, schwer wiegende Probleme zu meistern und sich auf einen Lebensentwurf einzulassen.* Dem Begriff nach geht es also eher um Wachstum als um Neubeginn. Resilienzfähigkeit lässt sich in zahlreichen Lebensläufen beobachten. Anfänglich wurde sie, wie etwa in den Tagebüchern der Anne Frank, eher anekdotisch wahrgenommen, seit einigen Jahren wird sie nun auch wissenschaftlich erforscht, so etwa in den Langzeituntersuchungen von Werner und Smith²⁴.

Die Aufmerksamkeit für das Phänomen Resilienz hat ihren Grund im fragenden Staunen: Weshalb generiert ein mit gravierenden Schwierigkeiten konfrontierter Mensch nicht die eigentlich zu erwartenden Probleme? Und damit zusammenhängend die Zusatzfrage: Gibt es von diesen Menschen etwas zu lernen, was anderen Menschen in schwierigen Lebenslagen helfen könnte? Die wissenschaftliche Analyse hat gezeigt, dass Resilienz stärker verbreitet ist als angenommen und dass sie nicht bloss Ausnahmepersönlichkeiten vorbehalten ist.

Vorweg sei präzisiert, dass Resilienz niemals absolut sein kann – das zeigt der tragische Tod der Anne Frank. Sie ist wandelbar, in der Interaktion zwischen dem Indivi-

²⁴ E. Werner, R. Smith: „Children of the Garden Island“, 1989; E. Werner, R. Smith: Overcoming the odds, 1992.

duum und seinem Umfeld stets im Aufbau begriffen und sie hat eine ausgeprägt ethische Dimension: Es geht nicht darum, um jeden Preis für sich oder für die anderen zu überleben. Sonst wäre auch manchen Diktatoren und Henkern mit unglücklicher Kindheit, die in ihrem Land „Karriere“ machten, zuzubilligen, sie hätten Resilienz an den Tag gelegt! Die ethische Dimension setzt ganz im Gegenteil voraus, dass die Bereitschaft vorhanden ist, das in Frage zu stellen und zu diskutieren, was in unseren Gesellschaften als zulässig und wünschenswert gilt.

Und noch etwas sei ganz deutlich gesagt: Dass ein Mensch sich auch unter widrigsten Lebensumständen mehr oder weniger positiv zu entfalten vermag, kann weder diese Lebensumstände noch das von diesem Menschen erfahrene Leid in irgendeiner Weise rechtfertigen. Doch irgendwann stellen wir fest, dass das Unheil geschehen ist, und wir fragen uns: Wie packen wir, ausgehend von dieser gegebenen Situation, gemeinsam einen neuen Lebensabschnitt an? So vorzugehen hat nichts mit Perfektionismus zu tun. Vielmehr wird auf diese Weise versucht, im Hier und Jetzt präsent zu sein und neue Zukunftsperspektiven zu eröffnen. Damit das gelingen kann, müssen manche Menschen von einer belastenden Vergangenheit befreit werden, anderen Menschen wiederum ist mehr geholfen, wenn sie sich an Ereignisse und Begegnungen erinnern, an denen sie gewachsen sind.

Das nachstehende Schema ist eine Art „Kernelement“, mit dessen Hilfe sich Resilienz im Leben verorten lässt. Es bietet Raum für Nuancen, ohne sich aber in endlosen Diskussionen um die genaue Definition von Resilienz zu verlieren.

Basisschema: Resilienz im Leben

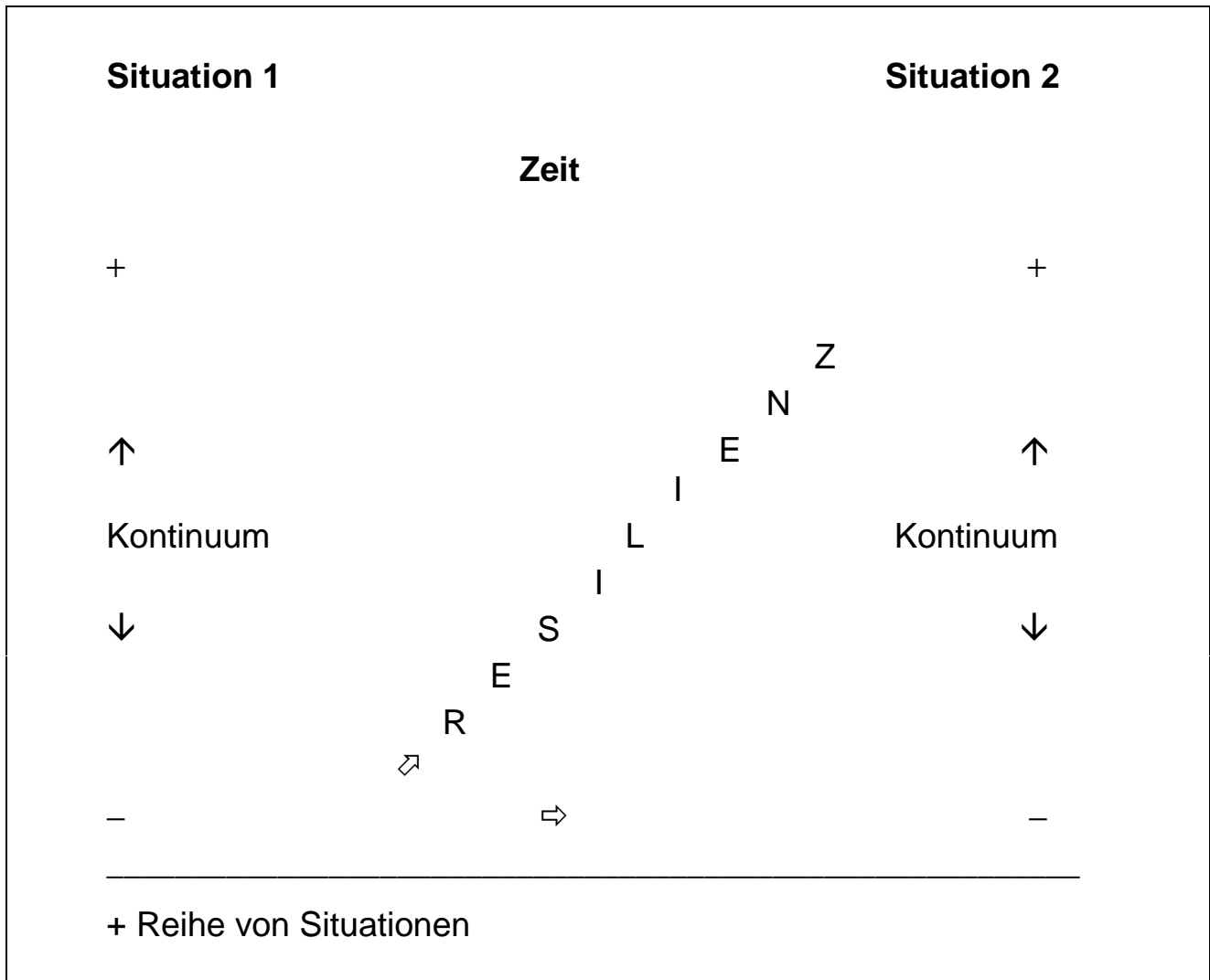
Schlechtes oder nicht Wünschenswertes wird im Schema (vgl. nächste Seite) mit dem Minuszeichen (–), Gutes oder Wünschenswertes mit dem Pluszeichen (+) angezeigt. Anhand des Schemas lassen sich sämtliche logisch möglichen Entwicklungen zwischen einer Situation 1 und einer Situation 2 situieren: von gut zu schlecht, von schlecht zu gut, von schlecht zu schlecht, von gut zu gut – eingeschlossen alle Nuancen dazwischen. Das Schema lässt sich auf eine ganze Bandbreite von Problematiken anwenden. Ein misshandeltes Kind etwa, das später als Vater oder Mutter die eigenen Kinder nicht misshandelt, folgt mehr oder weniger dem mit der Vokabel Resilienz angezeigten Weg. Es versteht sich von selbst, dass derartig lineare Entwicklungen im wirklichen Leben selten sind. Doch wenn wir eine Reihe von Basisschemata mit einer Reihe von Situationen in der Zeit miteinander verknüpfen, können wir die Entwicklungen im Leben mit seinen Höhen und Tiefen in zahlreichen Nuancen verfolgen.

Das Schema zeigt den Realismus der Resilienz auf: Nichts ist jemals gänzlich verloren (die gute Nachricht), aber auch nichts ist jemals gänzlich gewonnen (die weniger gute Nachricht).

Das Schema führt die praktische Herausforderung der Resilienz vor Augen: Was können wir tun, damit ein Mensch, dessen Entwicklung von „Minus“ zu „Minus“ verläuft, sich in höchstmöglichem Mass einer resilienzorientierten Entwicklung von „Minus“ zu „Plus“ annähert? Dieselbe Frage stellt sich auf der Basis des gleichen

Schemas auf kollektiver Ebene: Was können wir tun, damit sich in einer gegebenen Problematik mehr Personen einer resilienzorientierten Entwicklung annähern, anstatt weiterhin in denselben Problemen verwickelt zu bleiben?

Nicht unerwähnt bleibe, dass die Reflexion über Resilienz nicht bloss für Menschen mit ernsthaften Problemen, also etwa für Suizidenten, sinnvoll ist, sondern auch für die Menschen in ihrem Umfeld und die sie begleitenden Fachleute.



Das Schema veranschaulicht nicht zuletzt den Wahrnehmungshorizont gewisser Fachleute: Ausgehend von Problemen (Situation 2, rechts unten im Schema), beobachten sie das Leben und suchen zu Recht nach der Vorgeschichte. Und das aus einem einfachen Grund: Wir wenden uns an Fachleute, wenn bereits Probleme vorhanden sind. Weshalb auch sollten wir eine Ärztin, einen Psychologen aufsuchen, wenn es uns gut geht? Folglich kommen diese Fachleute gar nie in Kontakt mit jenen Menschen, denen es gelingt, aus einer schwierigen Ausgangslage heraus einen positiven Lebensentwurf aufzubauen. Diese Diskrepanz in der Wahrnehmung erklärt, weshalb – manchen Indizien zum Trotz – aus dem Faktum, dass viele gewalttätige Eltern in ihrer Kindheit einst selbst Opfer von Misshandlungen gewesen waren, nicht gefolgert

werden kann, jedes misshandelte Kind werde später als Vater oder Mutter das eigene Kind misshandeln. Der Befund gibt Anlass zu einiger Hoffnung, darf aber niemals dazu führen, Gewalt zu rechtfertigen und auf die leichte Schulter zu nehmen.

Auf der Basis dieser Überlegungen zur Resilienz können wir uns nun der grundlegenden Frage zuwenden, die sich im Zusammenhang des Suizids stellt: Wenn der „Eisberg“ Suizid – Suizide, Suizidversuche, Suizidvorhaben, Suizidgedanken, Verzweiflung und Depression – existiert, wohin verschwindet dann der Teil des Eisbergs unter dem Wasser, nämlich alle jene Menschen, die nicht zur Tat schreiten?

Anhand dieser letzten Frage lässt sich in einem Lebenslauf nach jenen Elementen suchen, die den Aufbau von Resilienz ermöglichen und es erlauben, aus dem Eisberg Suizid herauszufinden.

Suizid und Aufbau von Resilienz

Es gibt Aufbauelemente von Resilienz, die, über Problematiken und Kulturen hinweg, in wissenschaftlichen Untersuchungen und konkreten Zeugnissen mit einer gewissen Regelmässigkeit genannt werden. Es handelt sich um ziemlich abstrakte Elemente. Wirksam werden können sie aber nur dann, wenn sie in einem präzisen Kontext, häufig fallbezogen, in die Praxis umgesetzt werden. Konsequenterweise werden hier denn auch nicht fertige und generalisierbare Interventionstechniken vorgelegt. Wohl aber lassen sich aus Fallbeispielen für jedes dieser allgemeinen Elemente Handlungsimpulse erwarten. Derartige Impulse sind selbstverständlich ebenfalls eine – noch dazu für den Praktiker eminent wichtige – Form der Verallgemeinerung, doch handelt es sich dabei nicht um die klassische wissenschaftliche Verallgemeinerung.

Von grundsätzlicher Bedeutung für die Resilienz wie für die Suizidprävention sind *Beziehung* und *Sinn*. Weitere Elemente, die in der Resilienz häufig eine Rolle spielen, sind stabile körperliche Grundkonstitution, Selbstwertgefühl, Kompetenzen jeglicher Art (darunter auch Sozialkompetenzen) und Humor. Die Aufzählung ist keineswegs erschöpfend, doch gestattet sie bereits einen bestimmten Blick auf die Realität. Im Anhang findet sich ein Überblick über diese Elemente in Form eines Hauses, das es aufzubauen gilt: die „casita“, das Häuschen, wie es auf Spanisch heisst.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist die Sinnfrage. Ihr kommt mit Blick auf den Suizid eine zentrale, aber nicht exklusive Bedeutung zu. Wir verstehen „Sinn“ operationell: Was gibt einer Person das mehr oder weniger bewusste, mehr oder weniger artikulierte Gefühl, das eigene Leben sei sinnvoll? Es geht nicht darum, „Sinn“ als solchen zu definieren, sondern aufzuzeigen, wie er in vielen Lebensentwürfen funktioniert. Ich gehe von folgender Ausgangshypothese aus: Was eine positive Bindung zwischen meinem Leben samt seinen Höhen und Tiefen einerseits und dem lebensweltlichen Gesamthorizont andererseits unterhält, verleiht mir das Gefühl, mein Leben sei sinnvoll. Unter Umständen kann die Hypothese noch in jenem äussersten Fall gültig bleiben, da Leben und Lebensumfeld eines Menschen zerstört sind. In einer derartigen Lage befindet sich etwa ein Überlebender, der in einem verheerenden Erd-

beben sein Haus und seine Familie verloren hat und seinem Leben gleichwohl Sinn verleihen kann, indem er erste Hilfe leistet.

Der Suizid oder der Suizidversuch wäre dann die Folge eines Verlusts, einer Zerstörung dieser Bindung. Unter diesem Aspekt betrachtet, erwächst der auf der Wiedergewinnung von Sinn basierenden Logotherapie von Viktor E. Frankl hohe Bedeutung. Gemäss Frankl besteht der Sinn des menschlichen Lebens darin, Verantwortung zu übernehmen. Es ist dies eine höchst bedeutsame Art und Weise, die Bindung an das Leben aufzubauen. Doch vielleicht lässt sich die Perspektive etwas ausweiten. Ein Beispiel soll veranschaulichen, wie wichtig die Bindung einer Person an den lebensweltlichen Gesamthorizont ist: Der Pianist Leon Fleisher verfiel in Depressionen, nachdem die Finger seiner rechten Hand ihre Feinmotorik verloren hatten. Später erzählte er, er habe an dem Tag begonnen, sich aus seinen Depressionen zu lösen, als er begriff, dass seine Bindung an das Leben (so sagte er wörtlich) nicht über das Klavier, sondern über die Musik verlief. Was den Anschein einer geringfügigen sprachlichen Verschiebung macht, hatte in Wahrheit beträchtliche praktische Folgen: Er wurde Dirigent.

Ist die Bindung zwischen dem individuellen Leben und dem lebensweltlichen Gesamthorizont gestört, ergeben sich enorme Probleme für Depressive (fehlende oder nicht mehr wahrgenommene Bindung), für Jugendliche (Bindung im Wandel) und für alte Menschen (Gefühl des Bindungsverlusts). Kleinkinder hingegen, die unter mehr oder weniger normalen Umständen aufwachsen, verbringen ihr Leben damit, spontan und ohne auch nur einen Gedanken an den Sinn des eigenen Lebens zu verschwenden solche Beziehungen aufzubauen.

Paradoxe Situationen sind möglich: der Suizid als Martyrium. Ich durchtrenne meine Bindung an das Leben, weil ich so im Hinblick auf den lebensweltlichen Gesamthorizont gewinne. Dann ist der Suizid für die Bindung an diesen Gesamthorizont konstitutiv, was wiederum die Prävention erschwert.

Eine zusätzliche Herausforderung liegt darin, dass eine Person nicht auf die Fakten allein reagiert, sondern auf die eigene *Wahrnehmung* der Fakten und den ihnen verliehenen *Sinn*. Mit anderen Worten: Sie reagiert darauf, wie diese Fakten in der eigenen Wahrnehmung das eigene Leben in den lebensweltlichen Gesamthorizont einbinden. Hier spielen auch kulturelle und gesellschaftliche Faktoren hinein, etwa die Definition des Wertes eines Lebens in Begriffen von Performanz oder eben das Paradox des Martyriums.

Resilienz kann nicht mit Stärke allein gleichgesetzt werden. Die Fähigkeit, einen Lebensentwurf aufzubauen und zu gestalten, ist unvergleichlich differenzierter. Aus diesem Grund präsentieren wir hier eine Variante der klassischen SWOT-Analyse²⁵ (Stärken-Schwächen-und-Chancen-Risiken-Analyse). Normalerweise wird diese in manchen Situationen äusserst hilfreiche Analyse in tabellarischer Form durchgeführt, indem Stärken, Schwächen, Risiken und Chancen in vier Spalten nebeneinander

²⁵ Die englische Abkürzung SWOT steht für strengths, weaknesses, opportunities, threats.

dargestellt werden. Mit Blick auf Resilienz scheint eine Dynamisierung in Form einer Kreuztabellenanalyse angezeigt. Das ergibt folgendes Schema:

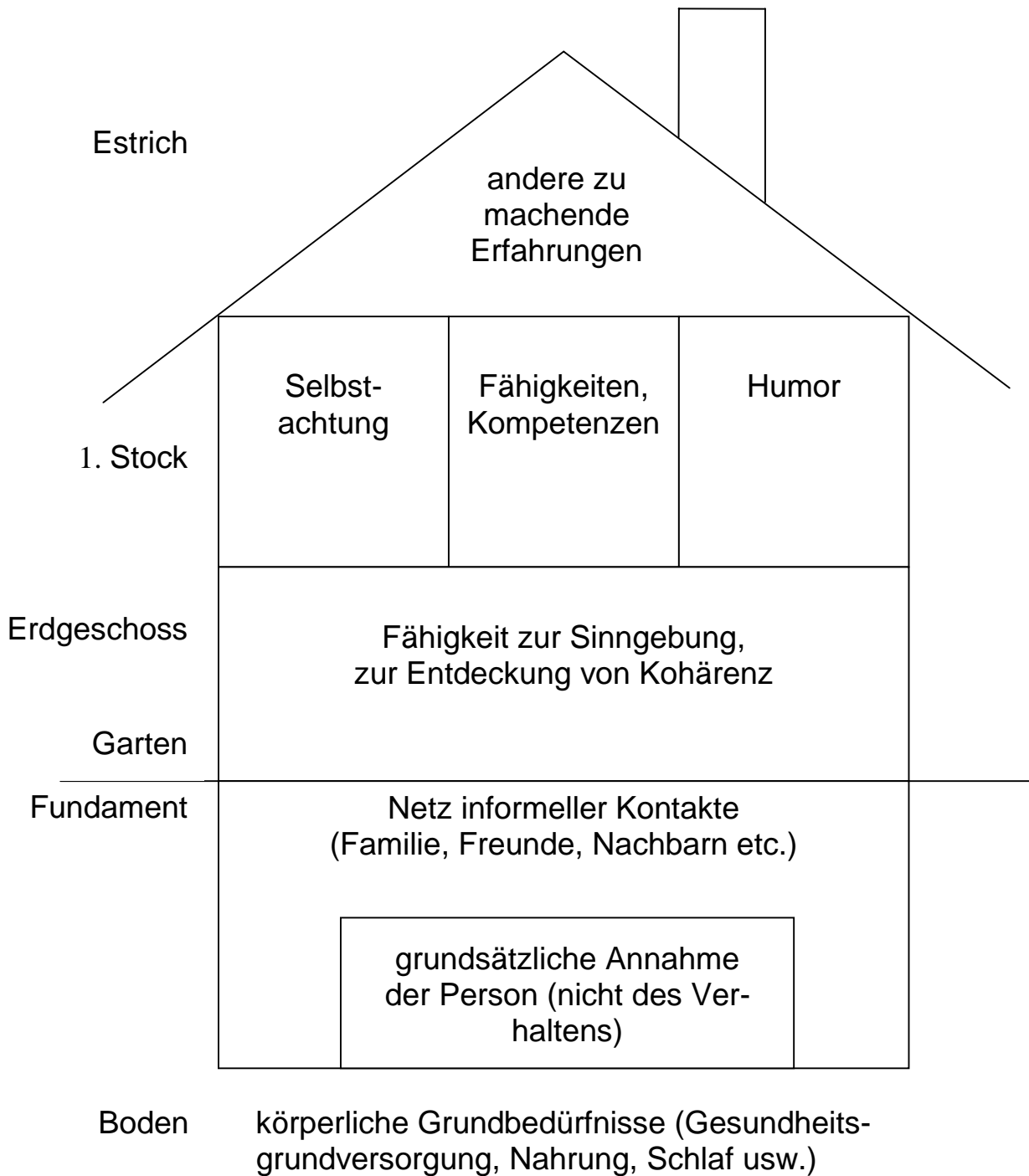
	Stärke	Schwäche
Risiko		
Chance		

Dazu ein Beispiel: Im Verlauf ihrer Ausbildung lernen Piloten, wie sie in Krisensituationen mit Stress und Emotionen umzugehen haben, um nicht in Panik zu geraten und um Ruhe zu bewahren. Prinzipiell geht es darum, eine (psychische) Stärke aufzubauen, sich angemessen zu verhalten, falls es im Cockpit zu einer kritischen Situation kommen sollte. Doch in einem konkreten Fall führte gerade diese Ausbildung, neben anderen Faktoren, dazu, dass ein Psychologe in der therapeutischen Begleitung eines arbeitslos gewordenen Piloten Anzeichen von Suizidalität nicht erkannte: Was zuvor eine Stärke gewesen war, hatte sich einem gewandelten Kontext in ein Risiko verwandelt. Der Pilot hatte zu gut gelernt, seine Gefühle zu verbergen, sodass weder sein soziales Umfeld noch der Psychologe reagieren konnten.

Unter diesem Aspekt bleibt in der Suizidprävention für professionelle Betreuende wie für unmittelbare Bezugspersonen nach wie vor eine wichtige Frage aktuell: *Wie lässt sich diese Bindung (wieder) aufbauen oder die Wahrnehmung dieser positiven Bindung einer Person an das Leben wiederherstellen?* Im konkreten Leben kann die Bindung vielfältige Formen annehmen, vorausgesetzt allerdings, dass die Person sich positiv in ihr lebensweltliches Umfeld einbindet bzw. einbinden kann. Zu diesen möglichen Formen gehören: Familien- oder Freundschaftsbande, Lebensentwürfe, Arbeit, Interessensgebiete und Hobbys, Sorgfalt für Sachen und Pflanzen, für Menschen und Tiere, Verantwortung, gemeinsame Erfahrung des Schönen, Natur und Kosmologie, nicht sektenhafte Religion, gewisse Philosophien und im äussersten Fall zuweilen der schlichte Überlebenswille (genau dieser ist bei Suizidenten schwach). Ist die Bindung an eines oder mehrere dieser Elemente zerstört, wird nach einer Umgehungsstrategie gesucht, um so auf dem Umweg über andere Elemente diese Bindung neu zu knüpfen. Wird die Bindung destruktiv, ist der Lebenssinn pervertiert und zum Un-Sinn geworden.

Die vorstehenden Überlegungen führen zu einer letzten Fragestellung im Rahmen dieser Einführung: Wie sind in diesem Kontext Aktivitäten oder Therapien einzuschätzen, welche die Person auf sich selbst zurückwerfen, *weil sie allzu einseitig auf den Patienten und seine Probleme fokussieren und nicht genügend auf die Bindung des Patienten an den lebensweltlichen Gesamthorizont achten?* An dieser Stelle lässt sich die Frage lediglich aufwerfen, nicht aber beantworten.

„Casita“: Aufbau von Resilienz²⁶



²⁶ S. Vanistendael: La résilience ou le réalisme de l'espérance, 1998.

Bibliographie

- BICE u. a. (Hg.): Famille et resilience de l'enfant, L'enfance dans le monde 1, 1994.
- Cyrulnik, B. (Hg.): Ces enfants qui tiennent le coup, Revigny-sur-Ormain 1998.
- Cyrulnik, B.: Die Kraft, die im Unglück liegt. Von unserer Fähigkeit, am Leid zu wachsen, München 2001.
- Cyrulnik, B.: Mein Lebensglück bestimme ich, Wien 2002.
- Fondation pour l'enfance u. a. (Hg.): Souffrir mais se construire, Ramonville-St-Agne 1999.
- Fondation pour l'enfance (Hg.): La résilience: le réalisme de l'espérance, Ramonville-St-Agne 2001.
- Frank, A.: Die Tagebücher der Anne Frank, Frankfurt a. M. 1988.
- Guénard, T.: Plus fort que la haine, Paris 1999.
- Jollien, A.: Éloge de la faiblesse, Paris 2000.
- Lösel, F., Kolip, P.: Trotz Trennung, Tod und alledem. Bewältigung schwieriger Lebensbedingungen in Kindheit und Jugend, in: Welt des Kindes 4, 1991.
- Manciaux, M. (Hg.): La résilience: résister et se construire, Genf 2001.
- Michaud, P.-A.: La résilience: un regard neuf sur les soins et la prévention, Archives pédiatriques 6, 1999.
- Poletti, R. u. a.: La résilience, St-Julien-en-Genevois 2001.
- Vanistendael, S.: La résilience ou le réalisme de l'espérance: Blessé mais pas vaincu, Les cahiers du BICE, ³1998.
- Vanistendael, S., Lecomte, J.: Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience, Paris 2000.
- Werner E., Smith R., „Children of the Garden Island”, Scientific American, 1989, 76-81.
- Werner, E., Smith, R.: Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood, Ithaca (N.Y.) / London 1992.
- Western Regional Center (Hg.): Fostering resiliency in kids. Protective factors in family, school and community, Portland / Oregon (USA) 1991.

Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen

Ebo Aebischer

Die Teilnehmenden einer Selbsthilfegruppe sind „Experten in eigener Sache“

Selbsthilfegruppen gibt es seit längerer Zeit mit dem Ziel der Bewältigung aller erdenklichen Gebrechen, Süchte und Verluste. Als bewährte Beispiele möchte ich lediglich die Anonymen Alkoholiker (AA), Equilibrium (Verein zur Bewältigung von Depressionen) und VASK (Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie/Psychisch-Kranken) nennen, da bei diesen die Suizidalität eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt.

Gemäss der Stiftung KOSCH (Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz) gibt es allein in unserem Land über 2 000 Selbsthilfegruppen, die gut 22 000 Direktbetroffenen einen regelmässigen Erfahrungsaustausch und gegenseitige Hilfe ermöglichen.

Die Grundidee der Selbsthilfegruppen ist einfach: Es finden sich in mehr oder weniger regelmässigen Abständen Menschen zusammen, die entweder an einer bestimmten Erkrankung leiden oder die von einem anderen gleichen bzw. vergleichbaren Schicksal betroffen sind.

Zwei Arten von Selbsthilfegruppen

Es gibt grundsätzlich zwei Arten von Selbsthilfegruppen: Einerseits „offene“ und andererseits „geschlossene“ Gruppen. Bei den „offenen“ Gruppen treffen sich Interessierte aus eigenem Antrieb und nach eigenem Bedürfnis zu bestimmten Zeiten an einem bestimmten Ort. Die einzige Voraussetzung besteht darin, infolge persönlichen Leidens oder eigener Betroffenheit „Experte“ bzw. „Expertin“ für das Thema oder Anliegen zu sein, das die Teilnehmenden verbindet.

Bei den „geschlossenen“ Gruppen ist letztere Voraussetzung natürlich auch zwingend, doch kommt dazu, dass, nachdem sich eine Gruppe von sechs bis zehn Gleichbetroffenen gefunden hat, zu dieser Gruppe niemand Neues mehr dazu stossen kann. Die Gruppe besteht für eine bestimmte Zeit, und in dieser Zeit ist die Teilnahme an den Gruppentreffen für die Mitglieder verbindlich. Für diese Form der „geschlossenen“ Gruppen hat es sich bewährt, dass sie von einer Person geleitet werden, die nicht unbedingt selbst betroffen sein muss. Nach der Auflösung der Gruppe können sich die Teilnehmenden nach eigenem Bedarf wiederfinden oder aber an offenen Gruppen teilnehmen.

„Geleitete“ Selbsthilfegruppen: Anforderungsprofil der Leitenden

Im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen beispielsweise für Krankheiten hat es sich gezeigt, dass bei Trauergruppen der Zusammenhalt unter den Teilnehmenden schwieriger zu erreichen ist. Verschiedene Untersucher haben auf diese Schwierigkeit hingewiesen und empfehlen zumindest eine Supervision bzw. Begleitung der Gruppe durch nichtbetroffene Sachverständige. Dabei müssen sich diese „beruflichen Helfer“ Fragen stellen, die das Zögern, die Scheu und Unsicherheiten bereits im Vorfeld der Zusammenarbeit und auch im konkreten Kontakt mit Selbsthilfegruppen zum Ausdruck bringen:

„Was rege ich als beruflicher Helfer in den Selbsthilfegruppen eigentlich an? Kann ich das verantworten? Wie viel Unterstützung soll, darf, kann, muss, will ich geben? Wie kann überhaupt eine sinnvolle Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aussehen? Kann ich die Gruppe unterstützen, ohne ihre Mitglieder zu vereinnahmen?“

Da es bisher keinen Ausbildungsgang gibt, der auf die Auseinandersetzung mit Fragen wie diesen direkt vorbereitet und so mehr Sicherheit für die Arbeit vermittelt, ist die praktische Erfahrung bislang in aller Regel der einzige Lehrmeister – und nicht der schlechteste.

Allerdings muss von Anfang an von Seiten der Helfenden und von Seiten der Betroffenen darauf geachtet werden, dass es zu keinem hierarchischen Gefälle zwischen den Helfenden und den Betroffenen, die allein die „Experten“ in ihrer Sache sind, kommt. Die Selbsthilfegruppen-Begleiter müssen also ihre fachliche Kompetenz zu einem grossen Teil bei der Arbeit mit den Betroffenen selbst entwickeln. Das geht nur über den Weg, als Beobachter in einer Gruppe einzusteigen und übers Ausprobieren und Lernen aus Irrtümern („trial an error“). Die beste Möglichkeit, sich auf diese Aufgabe vorzubereiten, bietet sich durch das Hospitieren bei einer erfahrenen Leiterin bzw. einem erfahrenen Leiter über die ganze Dauer mindestens eines Gruppenprozesses.

Eine erfolgreiche Begleitung ergibt sich schliesslich aus dem je eigenen persönlichen Stil. Es gibt keine Methode der Sozialarbeit, der Psychologie oder eines anderen „Fachgebietes“ (und es sollte meiner Ansicht nach keine solche geben), die festlegen kann, wie Selbsthilfegruppen-Begleitung aussehen muss oder soll. Die Methode hängt von den Persönlichkeiten und den Wünschen der Teilnehmenden der Selbsthilfegruppe ab und nicht zuletzt von den persönlichen Möglichkeiten der Begleitenden.

Generell gibt es eine Verführung für Professionelle, Gruppen in persönlicher Abhängigkeit zu halten. Da dies oft unbewusst geschieht, ist eine wechselseitige Intervision mit Kollegen notwendig. Das „Ethos“ der Begleitung von Selbsthilfegruppen muss durch methodische und inhaltliche Offenheit („es gibt nicht *den* Weg“), durch eher reaktives, zurücknehmendes Handeln („weniger ist mehr“), durch Infragestellung der eigenen Haltung („fördere und ermutige ich selbstbestimmtes Handeln?“) gekennzeichnet sein. Oder generell gesagt: Es sollte sich auszeichnen durch eine "nichtideologisierende" Betrachtungsweise, die aus der Vielzahl der Lehrmeinungen beziehungsweise Erfahrungen lebt.

Die Begleitung von Selbsthilfegruppen bedeutet eine permanente Gratwanderung zwischen der Förderung von Autonomie und der Erzeugung von Abhängigkeiten. Das macht sie so schwierig. Aber nur wer sich der schwierigen Gratwanderung zwischen Autonomieförderung und Abhängigkeitserzeugung selbst im klaren ist, kann den Teilnehmenden einer Selbsthilfegruppe wirklich eine Hilfe sein.

Doch unabhängig davon, welche innere Einstellung und welches Vertrauen die Unterstützenden bzw. Begleitenden zur Gruppe haben bzw. bei den Teilnehmenden genießen, wichtig ist für die Teilnehmenden, jemanden Aussenstehenden „dabei zu haben“ im Sinne einer Rückenstärkung, eines „Zur-Verfügung-Stehens“.

Die Begleitung von Selbsthilfegruppen lässt sich also nicht mit einem einfachen technischen Service vergleichen, der in schnellem Zugriff auf möglichst standardisierte Techniken durchzuführen wäre. Verlangt sind sowohl fachbezogenes Wissen als auch professionelles Können. Von ganz besonderer Bedeutung aber ist eine ethisch fundierte Wertorientierung, die es ermöglicht, eine selbsthilfefördernde Beziehung zu Gruppen und Interessenten herzustellen.

Allgemein könnte gesagt werden, der ideale Selbsthilfe-Unterstützer sollte ein Allroundgenie sein, eine Mischung aus Pastoraltheologe, Psychologe, Psychotherapeut, Soziologe, Gruppendynamiker, Sozialarbeiter, Marketing-Fachmann und Kommunalpolitiker. Bei all dem ist in den Gruppen jedoch gerade das „Sich-überflüssig-Machen“ zentraler Bestandteil einer gelingenden Unterstützung durch die professionell Helfenden.

Aber auch in den „offenen“ Gruppen kann es sinnvoll sein, wenn jemand die Rolle der Begleitung übernimmt, was nicht selten durch nicht betroffene Helfer oder Helferinnen (denen aber keine leitende Funktion zukommt) geschieht, indem sie für die Gruppe einfache, schlichte „Reflexionspartner“ sind. Nicht mehr ist nämlich nötig, aber auch nicht weniger. Denn sonst besteht die Gefahr, dass enttäuschte Wünsche nach Fremdhilfe und zu hohe Erwartungen an sofortige und konkrete Hilfestellung zum schnellen Scheitern einer Gruppe führen können.

Umgekehrt müssen die Begleiterinnen oder Begleiter gerade im Aufbau einer Gruppe selbst eventuelle Übertragungsgefühle ertragen und aushalten können. Denn gerade eine gespannte, abweisende Beziehung der Gruppenteilnehmerinnen und Gruppenteilnehmer zu den Begleitpersonen kann die Beziehungen bzw. die Bande der Teilnehmenden der Gruppe untereinander festigen und damit für den Beginn der Selbsthilfearbeit sehr nützlich sein.

Die Arbeit in einer Selbsthilfegruppe

Ich möchte nun etwas näher auf das Zustandekommen und die Arbeit in der Selbsthilfegruppe „Refugium“ eingehen. Bei den Teilnehmenden dieser Selbsthilfegruppe handelt es sich um Menschen, deren Partnerinnen bzw. deren Partner sich das Leben genommen haben. Der Name „Refugium“ wurde gewählt, um zum Ausdruck zu bringen, dass es sich um einen „Zufluchtsort“, einen „geschützten Raum“, handelt,

wo nicht nur seinen Gefühlen und Emotionen freier Lauf gelassen werden kann, sondern wo auch Hilfe erhofft wird.

Zuerst muss für ein *Lokal* gesorgt werden, das zentral gelegen sein sollte (in der Nähe öffentlicher Verkehrsmittel). Dieses Lokal sollte wenn möglich von einer gemeinnützigen Organisation gratis zur Verfügung gestellt werden. Da die hinterbleibenden Partnerinnen und Partner sehr oft in grosse finanzielle Schwierigkeiten geraten, ist die Teilnahme an den Zusammenkünften *gratis*. Der Leiter bzw. die Leiterin der künftigen Gruppe muss im Vorfeld *aktiv auf Betroffene zugehen*.

Es hat sich gezeigt, dass (teure) Inserate in Zeitungen kaum den gewünschten Erfolg bringen. Die Hemmschwelle, sich auf ein solches Inserat zu melden, hat sich als sehr hoch erwiesen. Bewährt hat sich das Anschreiben von Hinterbliebenen, nachdem aus der Todesanzeige vermutet werden kann, dass es sich um einen Suizid handelt. Die *Teilnahme an der Trauerfeier* kann schon einen ersten wertvollen Einblick in das soziale Netz und die Familienstruktur geben. In dem (von Hand geschriebenen) Kondolenzschreiben stellt sich die Leiterin bzw. der Leiter vor und kündigt für die nächste Zeit einen *persönlichen Besuch* an. Bei diesem Besuch soll der oder dem Hinterbliebenen genügend Raum gewährt werden, um über den erlittenen Verlust zu berichten. Am Schluss dieser persönlichen Begegnung, die sich durch *aktives Zuhören* auszuzeichnen hat, wird der Wert der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe dargelegt und wenn möglich der zeitliche Rahmen aufgezeigt, wann voraussichtlich eine nächste Gruppe zustande kommen wird.

Da das mitunter mehrere Monate dauern kann, wird das Angebot gemacht, durch *Korrespondenz* (wenn möglich per E-Mail) schon einen beschränkten Beistand zu leisten. Sobald *sechs bis zehn Teilnehmende* für eine neue Selbsthilfegruppe und ein für alle geeigneter Zeitpunkt gefunden werden konnten, wird eine *erste Zusammenkunft* vereinbart. Die Zusammenkünfte finden in der Regel *alle 14 Tage abends von 19h bis 21h* statt.

Das *Thema der ersten Zusammenkunft* steht unter dem Titel: „Was ich verlor... Was ich erhoffe...“ Es geht bei dieser ersten Begegnung um eine *Kontaktnahme* und um einen persönlichen *Ausblick*: Die Teilnehmenden erzählen, um wen sie trauern und wie sie sich nach einem Dutzend Zusammenkünften fühlen möchten. Der *Ablauf* gestaltet sich im Einzelnen folgendermassen:

- Empfang der Teilnehmenden
- Praktische Informationen (Parkmöglichkeiten, Eingänge, Toiletten, Telefonnummer des Begegnungsortes usw.)
- Kerze anzünden, Leitung vorstellen, empfehlen, sich zu duzen
- Vorstellung der miteinander zu bearbeitenden Themen
- Kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmenden: Alle teilen mit, wie sie heissen, von wo sie kommen und um wen sie trauern. (Damit sich alle mehr oder weniger an diese Vorgabe halten, wird ein Karton weitergereicht, auf dem die Titel der gewünschten Angaben stehen wie „Ich heisse ..., bin ... Jahre alt, habe ... Kinder im Alter von ... Jahren, arbeite als ..., wohne in ... und habe am ... NN im Alter von ...“)

Jahren verloren. Ich habe seit dem Tod von NN Hilfe bei XY gesucht. Ich habe von dieser Gruppe hier durch ... gehört.“)

- Vorstellung der Gruppenregeln und der „Charta“, in der festgelegt ist, worin das Ziel der Zusammenkünfte besteht, was wir voneinander erwarten und welches die Mittel sind, um das Ziel zu erreichen. (Ein Beispiel findet sich im Anhang.)
- Die Teilnehmenden sagen, was sie von diesen Zusammenkünften erwarten und wie sie sich nach Abschluss der Zusammenkünfte fühlen möchten. (Wieder mittels eines herumgereichten Kartons.)
- Zusammenfassung der formulierten Zielvorstellungen durch die Leiterin bzw. den Leiter. Die Ziele und Möglichkeiten einer Selbsthilfegruppe sind nochmals zu formulieren und es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um eine Therapiegruppe handelt und dass alle anderen Möglichkeiten von Hilfsangeboten geprüft und wenn möglich in Anspruch genommen werden sollten.
- Pause: Getränke und Biskuits zur Verfügung stellen und Bitte um das Mitbringen eines Imbisses ab der nächsten Zusammenkunft durch die Teilnehmenden (Reihenfolge festlegen).
- Rückblick über den Abend: Was könnte besser gemacht werden?
- Adressliste für das nächste Mal in Aussicht stellen
- Notizbuch empfehlen
- Refugium-Ordner (siehe unten) vorstellen und Aufforderung, das nächste Mal eine Kerze mitzubringen
- Schlussrunde/Energiekette: Alle reichen einander die Hände. Nach einem Moment des Schweigens werden meditative Gedanken über die vergangenen Stunden mitgeteilt und Wünsche für die kommenden Tage mit auf den Weg gegeben.

Von der *zweiten Zusammenkunft* an wird der Ablauf und die Gestaltung „ritualisiert“. Dieser allen weiteren Zusammenkünften zugrunde liegende Rahmen und die immer gleichbleibende Struktur gibt den Teilnehmenden Orientierung und Halt.

In der *zweiten bis zehnten Zusammenkunft* stellen die Teilnehmenden ihre Leidensgeschichte vor. Normalerweise hat pro Abend nur eine Betroffene bzw. ein Betroffener genügend Raum, um die anderen an ihrem bzw. seinem Schicksal teilhaben zu lassen. Obwohl die oftmals scheu und nur stockend vorgetragenen Einzelschicksale immer belastend, teilweise erschreckend sind, kommt im Laufe der Zeit immer mehr ein gemeinsames Gruppengefühl auf. Die Teilnehmenden spüren, dass sie mit ihren Leiden, ihrer Ohnmacht und mit ihrem Gefühl, „es“ niemandem anvertrauen zu können, hier nicht alleine sind. Das Anhören der Berichte der anderen entlastet vom eigenen Leidensdruck, von der eigenen Scham, führt weg von der Einsamkeit und hin zu einem intensiven Gefühl der Verbundenheit.

Bei diesen Berichten geht es auch immer darum, die verschiedenen seelischen Verletzungen und die daraus erwachsene Wut los zu werden. Immer wieder berichten Betroffene von der wenig einfühlsamen Art und Weise der Überbringung der Todesnachricht und von ihrem Eindruck, von den Untersuchungsorganen (aber oft auch

von nahen Verwandten) als Täter oder zumindest als „mitschuldig“ verdächtigt worden zu sein. Ihr Gefühl der Hilflosigkeit und der Ohnmacht wurde weiter nicht selten durch das ihrer Ansicht nach rücksichtslose Vorgehen der verschiedenen Beamten verstärkt, das oft mit der „Beschlagnahmung“ des oder der Verstorbenen endete, wodurch ein gebührendes Abschiednehmen verhindert wurde.

Aber auch bereits im Vorfeld des vollendeten Suizids haben Hinterbliebene oft gegen das Unverständnis von Ärzten und Pflegepersonal auf Notfallstationen oder bei der Reanimation ankämpfen müssen. Sie klagen nicht selten die Tatsache an, dass nach der „Versorgung“ der infolge eines Suizidversuches erlittenen Verletzungen die Patienten ohne jegliche Nachbetreuung nach Hause entlassen worden sind.

Die Möglichkeit, endlich einmal vor einfühlsamen Mitmenschen diese Gefühle ausdrücken zu können, trägt zu einer ersten Entlastung bei.

Jede und jeder hat, nachdem sie oder er ihre bzw. seine Geschichte vorgestellt hat, die Aufgabe, bei der nächsten Zusammenkunft wesentliche Dokumente mitzubringen. Dazu gehören u. a. Kopien des Abschiedsbriefes, der Todesanzeige und der Abdankung und vor allem ein Foto des oder der Verstorbenen und gegebenenfalls Fotos der Kinder. Auf diese Weise können sich die anderen Teilnehmenden „ein Bild machen“. Diese Dokumente werden in einem „Refugium-Ordner“ gesammelt, der auf dem Tisch in der Mitte der Teilnehmenden liegt. Mit jeder neuen Geschichte, die in diesen Ordner aufgenommen wird, wird eine neue Kerze entzündet.

Allein aufgrund der Anzahl der Teilnehmenden kann es mehrere Monate gehen, bis alle die Möglichkeit hatten, ihre persönliche Leidensgeschichte vorzustellen. Deshalb wird von Anfang an bei jeder Zusammenkunft neben dem Anhören der persönlichen Berichte eine allgemeine Auseinandersetzung mit Tod und Sterben anhand von Texten und Gedichten gestellt.

Auch Gedenktagen (vor allem den Geburts- und Todestagen) wird von Anfang an während der Zusammenkünfte der notwendige Raum gewährt.

Nachdem der letzte Erlebnisbericht vorgestellt worden ist, wird während den *Folgezusammenkünften* an den Themen gearbeitet, die bei jedem Verlust durch Suizid aufbrechen. Die Reihenfolge der zu besprechenden Themen wird von den Teilnehmenden festgelegt. Dazu haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, eigene Anliegen zur Sprache zu bringen.

Die *Dauer der Zusammenkünfte* umfasst mindestens *ein Jahr*. Dadurch kann gewährleistet werden, dass alle Geburtstage sowohl der Teilnehmenden als auch der Verstorbenen, alle Todes- und alle Festtage des Jahreskreises einmal miteinander begangen werden können.

Bei der *vorletzten Zusammenkunft* wird vom Raum, in dem so viel miteinander besprochen und erlebt worden ist, Abschied genommen.

Die *letzte Zusammenkunft* findet entweder im Domizil des Leiters bzw. der Leiterin, in der Wohnung eines Teilnehmenden oder in einem Restaurant statt. Hier soll bewusst der Abschluss dieses gemeinsamen Lebensabschnittes und die Zuversicht für ein gelingendes Weiterleben gefeiert werden. Bei dieser Gelegenheit erhalten alle ihr

Original aus den im Refugium-Ordner abgelegten Dokumenten zurück, sowie eine Kopie der Berichte der anderen Teilnehmenden.

Einmal pro Jahr werden alle bisherigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Refugiumgruppen zu einem gemeinsamen Treffen eingeladen. Daran können auch all jene teilnehmen, die noch auf das Zustandekommen einer neuen Gruppe warten.

Erfahrungsgemäss kommen neben diesen organisierten Treffen auch viele persönliche Kontakte zustande, die auch nach Auflösung der Gruppe und unabhängig von jährlichen Treffen Bestand haben.

Zusammenfassung

Über den Wert oder die Bedeutung von Selbsthilfegruppen braucht heute nicht mehr spekuliert zu werden. Das unentgeltliche Angebot der verschiedenen Selbsthilfegruppen entspricht allein in der Schweiz gleichwertigen professionellen Leistungen von schätzungsweise 96 Mio. Franken pro Jahr. Dabei stellen Selbsthilfegruppen eine „heilsame“ Ergänzung zu Angeboten der Psychiatrie, der Psychologie, der Sozialarbeit und der Seelsorge dar und stehen in keiner Weise in Konkurrenz zu diesen.

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

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

Eine ablehnende Haltung gegenüber einem Hilfsangebot verbirgt in der Regel erst recht ein grosses Bedürfnis nach Unterstützung. Die Kontaktnahme muss daher „aktiv“ sein: „Wenn Du Dich nicht meldest, werde ich Dich besuchen!“

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

Wichtig ist auch festzuhalten, dass eine Selbsthilfegruppe an sich keineswegs automatisch eine positive Veränderung der Situation Trauernder bewirkt. Über das Aussprechen der eigenen Leiden, Ängste und Unsicherheiten hinaus besteht ein „erfolgreicher“ Trauerprozess im wesentlichen aus einer aktiven psychischen Handlung der Trauernden selbst. Eine positive Veränderung von Teilnehmenden von Trauer-Selbsthilfegruppen kann in der Regel nur dann festgestellt werden, wenn die Betroffenen sehr aktiv am gruppenspezifischen Prozess teilhaben und zeitweise selber eine (informelle) Leitungsfunktion ausüben.

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

Anhang

Die Charta

Unsere Zusammenkünfte haben zum Ziel, einander auf dem Weg durch die Trauer Verständnis, Stärkung und Liebe entgegenzubringen.

Wir stehen alle an einem anderen Punkt:

- Die einen stehen noch unter dem Schock des Todes,
- für andere ist es schon Jahre her, dass sie den geliebten Menschen verloren haben.
- Für die einen ist der Glaube ein fester Anker,
- andere sind von Zweifeln geplagt, von Ängsten verfolgt, voller Auflehnung gegen Gott oder einen für den Tod Verantwortlichen.
- Die einen kommen mit ihrer Wut, ihren Schuldgefühlen, ihren quälenden Warum-Fragen, ihrem schwer zu kontrollierenden Stress, währenddem
- andere bereit sind, mit den Gestressten etwas von ihrer inneren Ruhe zu teilen.
- Die einen sind in tiefster Verzweiflung, die anderen kämpfen mit ihrer Depression
- und wieder andere strahlen Zuversicht und Hoffnung aus.

Egal, wo wir stehen, wir wollen die Gefühle der anderen teilen und mit ihnen auch unsere Liebe zu unseren Verstorbenen.

Wir alle versuchen unser Leben wieder aufzubauen, ihm einen Sinn zu geben. Wir möchten dies wenn immer möglich zusammen tun. Wir möchten einander helfen, durch die Trauer hindurch zu gehen, um dann wieder einen Weg ins Leben zu finden.

Unsere Mittel dazu sind:

Vertrauen	Respekt
Teilen	Hören mit dem Herzen
Engagement	Unterstützung

Jede und jeder von uns kommt mit bestimmten Erwartungen:

- Eine Zeit des Redens, um einmal zu sagen, was einen umtreibt.
- Ein geschützter Raum, um seine Gefühle zu ergründen.
- Offene Herzen, wo der eigene Schmerz Einlass findet.
- Eine Schulter, an der man/frau sich ausweinen kann.

Gestehen wir uns die Zeit und den Ort zu, wo wir wieder auferstehen können!

Respektieren wir aber auch die Stille. Vermeiden wir es, jemandem ins Wort zu fallen, etwas auf sich zu beziehen, zu vergleichen und das Leid der anderen herabzumindern. Hüten wir uns vor dem Verteilen von Ratschlägen und vor Vorurteilen.

Bemühen wir uns vielmehr zuzuhören, ganz Ohr zu sein, um die Nöte des oder der anderen wahrzunehmen. Bemühen wir uns, die andere oder den anderen in ihrer/seiner Freiheit ihres/seines So-Seins anzunehmen und gleich zu reagieren wie sie oder er.

Behalten wir schliesslich für uns, was wir unter uns sagen: Die Zusicherung unserer Verschwiegenheit ist die Garantin des Vertrauens in die Gruppe.

Adressen

“Die beste Selbsthilfegruppe nützt nichts, wenn sie niemand findet.“

Aus diesem Grunde möchte ich für die Begleitung von Angehörigen nach dem Suizid eines Nächsten besonders auf drei Selbsthilfeorganisationen (1-3) und weitere wichtige Adressen hinweisen:

1. *Regenbogen Schweiz*: Selbsthilfevereinigung von Eltern, die um ein verstorbenes Kind trauern“ (Association Suisse d’Entraide de Parents en Deuil).

Präsidentin: Ursula Beerli, Glärnischstr. 11, 8632 Tann ZH,
Tel. 055 241 15 05, ursula.beerli@bluewin.ch.

Vizepräsidentin, Weiterbildung und Seminare: Katharina Tschopp, im Oberfeld 4, 4434 Hölstein, Tel. 061 951 28 44.

Sekretariat: Hildegard Kägi, Glärnischstr. 11, 8632 Tann ZH, Tel. 055 241 15 05 (Di und Do 9-11h), Fax 055 241 15 06.

Spezialgruppen „Regenbogen Suizid“

Ansprechpersonen:

Bern:

Ruth Mathys, Lenzenhohlerstr. 10, 3302 Moosseedorf, Tel. 031 859 08 40.

Dorotea Habegger, Froschweg 4, 3098 Schliern, Tel. 031 971 71 53.

Johanna Jaberg, Chasseralweg 152, 3095 Spiegel, Tel. 031 972 20 52.

Oberaargau:

Irène und Andreas Aebi, Schulstr. 43, 3363 Oberönz, Tel. 062 961 29 27, iaaebi@freesurf.ch.

Seeland:

Hanni und Werner Stämpfli, Schwanden 39, 3054 Schüpfen, Tel. 031 879 07 10.

2. *Refugium* für Partnerinnen und Partner, deren Partner bzw. Partnerin sich das Leben genommen hat.

Präsidentin: Minna Anderegg-Jaeggi, Sternenstr. 4, 3380 Wangen a. A.,
Tel. 032 631 15 39.

Sekretärin: Jolanda Just-Hirni, Lindenbühl 166 A, 3635 Uebeschi,
Tel. 033 345 54 44, Natel 079 228 34 32, berjus@freesurf.ch.

3. *Lichtblick*: Gemischte Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene nach einem Suizid (Kinder, Geschwister, Eltern, Grosseltern, Partner).
Ansprechpersonen: Margitta Bürgin, Fabrikweg 43, 4460 Gelterkinden,
Tel. 061 981 36 67.
Brigitte Comment, Arlesheimerstr. 30c, 4147 Aesch, Tel. 061751 32 09.
4. *KOSCH* bildet ein Dach für die Selbsthilfegruppen in der Schweiz: www.kosch.ch.
Vreni Vogelsanger, KOSCH Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen
in der Schweiz, Laufenstrasse 12, 4053 Basel,
Tel. 061 333 86 01, Fax 061 333 86 02, kosch@selbsthilfegruppen.ch.
5. *NAKOS*: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.
Albrecht-Achilles-Strasse 65, D-10709 Berlin, nakos@gmx.de, www.nakos.de.
6. *www.patienten.ch*: Patienten treten im Internet gemeinsam auf. Mehr als 100 Schweizer Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen setzen sich unter dieser Adresse für die Rechte und die Anliegen ihrer Mitglieder ein und haben auf dieser virtuellen Plattform die Möglichkeit, sich zu vernetzen.

Bibliographie

- Aebischer, E.: Suizid und Todessehnsucht. Erklärungsmodelle, Prävention und Begleitung, (Eigenverlag) 2002.
- Matzat, J.: Wegweiser Selbsthilfegruppen, Giessen 1997.
- Vogelsanger, V.: Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz. Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, Zürich 1995.

Dritter Teil

Suizid in der Schule

Thematisierung des Suizids in der Schule

Reinhard H. Egg

Einleitung

Angesichts der allgemein bekannten Statistiken, wonach in der Schweiz Suizid an zweiter Stelle der Todesursachen junger Menschen (hinter Unfällen aller Art) steht, ist die noch weit verbreitete Tabuisierung der Suizid-Problematik als Unterrichtsthema pädagogisch nicht zu verantworten. Im Gegenteil: Der Thematisierung der Suizid-Problematik im Schulunterricht kommt eine wesentliche Rolle in der Suizid-Prophylaxe bei Jugendlichen und in der Verarbeitung der Erfahrungen von Selbsttötungen von Menschen aus der Umgebung der Schüler/innen zu. Es muss deshalb durch eine entsprechende Stoffplan-Gestaltung dafür gesorgt werden, dass sich die jungen Menschen im Laufe ihres Schul-Curriculums mit dem Themenkreis „Selbsttötung“ auseinandersetzen können.

Aus einer über 30-jährigen Erfahrung im Umgang mit der Suizid-Thematik als Seelsorger, Therapeut und als Lehrer an der Sekundar- und Gymnasialstufe möchte ich deshalb einige praxiserprobte Denkanstösse zur Einbindung des Themas „Suizid“ in den Stoffplan sowie zur praktischen Durchführung vermitteln. Dabei kann ich die Scheu, dieses Thema mit Schüler/innen anzugehen, durchaus verstehen, werden wir doch als Lehrpersonen bei diesem Thema ganz anders persönlich gefordert, als in jenen Bereichen, in denen wir Experten sind.

Unterschiedliche Auslöser – unterschiedliche Schüler/innen-Emotionen

Wenn ich hier nur die Emotionen der Schüler/innen erwähnt habe, so ist es doch selbstverständlich, dass dies auch für die betroffenen Lehrpersonen seine Gültigkeit hat.

Kommt es zu einer versuchten oder vollendeten Selbsttötung eine/r Schüler/in, so ist die Ratlosigkeit und Unruhe im Schulhaus gross. Die Betroffenheit und die Emotionen von Schüler/innen, Lehrpersonen und weiteren Beteiligten stehen zunächst im Vordergrund und müssen ernst genommen werden.

Ganz anders ist es, wenn der Themenkreis „Suizid“ im Rahmen des Unterrichtes (beispielsweise im Zusammenhang mit einer Klassenlektüre) als ein Thema unter anderen zur Sprache gebracht wird.

Das Thema „Suizid“ im Rahmen des normalen Unterrichts

Ein Suizid ist nie ein isoliertes Geschehen, sondern findet immer im Kontext des ihn umgebenden Alltags und des sozialen Beziehungsnetzes statt und wird auch von dort her erlebt. Deshalb sollte das Thema im Rahmen eines grösseren Stoffzusammenhan-

ges behandelt werden. Hierfür bieten sich vorzugsweise die Sprachfächer und das Fach Religion an. Das kann beispielsweise im Sprachunterricht vom 7. Schuljahr an mit einem Buch wie „Das Jahr ohne Pit“ von Maja Gerber-Hess (erschienen im Omnibus-Taschenbuchverlag) geschehen. An oberen Gymnasialklassen bieten „Die Leiden des jungen Werthers“ von Goethe nach wie vor einen guten Einstieg in die Thematik.

Leider fehlt mir die Praxis im Umgang mit französisch, italienisch oder romanisch sprechenden Schüler/innen. Ich muss mich deshalb auf Literaturhinweise aus dem deutschen Sprachraum beschränken. In den Gedichtsammlungen aller Landessprachen für die verschiedenen Schulstufen sind aber Gedichte zu finden, die beispielsweise die Themen „Tod“, „Sinn des Lebens“ oder „Verzweiflung“ ausdrücken. In der Auseinandersetzung mit solchen Gedichten oder Kurzgeschichten lässt sich die Suizid-Thematik sehr gut einbinden.

Im Fach Religion bieten sich die alttestamentlichen Berichte über den Bilanzsuizid von König Saul (1.Chronik 10) an oder der Bericht über die Kreuzigung Jesu mit dem Suizid des Judas Ischarioth in Matthäus 26.

Dabei gilt es herauszuarbeiten, dass in der Bibel nichts von einer Verurteilung eines Menschen zu finden ist, der seinem Leben ein Ende gesetzt hat. Entsprechend behutsam geht die Bibel mit den beiden erwähnten Toten um: König Saul wird von den Einwohnern von Jabes beerdigt (was für Juden im Hinblick auf die Auferstehung wichtig ist), und der Evangelist Matthäus berichtet, wie Jesus vor dem Abendmahl Judas als Verräter entlarvt, ihn aber im Anschluss dann am Abendmahl, dem Mahl der Vergebung, teilnehmen lässt.

Die Frage nach der Legitimation des Suizids ist daher im Fach Religion nicht in erster Linie vom Tötungsverbot her zu stellen, sondern vielmehr von der Frage nach dem Verfügungsrecht des Menschen über sein ihm von Gott gegebenes Leben her. Vergessen wir nicht, dass Saul ein im Auftrag Gottes gesalbter König und Judas ein von Jesus persönlich in seine Nachfolge berufener Jünger war. Zu stellen ist die Frage aber auch im Hinblick auf die Verantwortung des Suizidenten gegenüber den durch seinen Suizid in verschiedener Weise betroffenen Mitmenschen.

Zur Sprache gebracht werden sollen folgende weitere Punkte:

Was kann zu einem Suizid führen?

Dieser Fragenkomplex bildet erfahrungsgemäss einen guten Einstieg in das Thema. Gute Erfahrungen habe ich dabei mit dem Quiz „Was weiss ich über Suizid?“ gemacht, den ich die Schüler/innen zu Beginn der Lektion in einer kleinen Gruppenarbeit ausfüllen lasse. Auf diese Weise kommen die Schüler/innen von selbst untereinander über das Thema ins Gespräch. Die an die Gruppenarbeit anschliessende Besprechung dieser Fragen im Klassenverband füllt erfahrungsgemäss den Rest der Lektion aus. (Das Quiz und seine Auflösung finden Sie im Anhang).

Was bewirkt ein Suizid bei den Angehörigen und in ihrem Umfeld?

Meistens beginne ich die nachfolgende Lektion zum Thema mit der Frage, die ich kommentarlos an die Wandtafel oder auf den Hellraumprojektor schreibe, nämlich: „Sich selber töten – darf man das?“

Im Lektionsverlauf können dann – meistens auf Grund der Schüler/innen-Antworten auf die zum Lektionsbeginn gestellte Frage – folgende Themenkreise zur Sprache gebracht werden:

Was bewirkt ein Suizid bei den Betroffenen (Eltern, Geschwister, Kollegen, aber auch bei weiteren Beteiligten, wie z. B. dem Lokomotivführer, den Menschen, die den Leichnam finden, usw.)? Will jemand so einschneidende Folgen mit seinem Suizid wirklich erreichen? (Nach meiner Erfahrung in der Psychotherapie denken die wenigsten Suizidalen an diese Folgen und es wirkt präventiv, wenn man die Jugendlichen auf die teils lebenslangen Folgen hinweist, die ein Suizid in der Familie und bei sonst Betroffenen zurücklassen kann.)

Es versteht sich von selbst, dass dabei Schuldzuweisungen aller Art zu vermeiden sind.

Welche Alternativen gibt es zum Suizid?

Wenn der Suizid als Ausweg entfällt, wie kann man dann weiterleben? Hier ist der Appellationscharakter so vieler jugendlicher Suizidversuche den Schüler/innen bewusst zu machen: „Ich will *so* nicht weiterleben!“ – Aber wie denn?“

Im Rahmen der Suizid-Prophylaxe ist dieser Teil des Unterrichtskomplexes der wichtigste. Meine Erfahrung in solchen Klassengesprächen bestätigt mir, dass die jungen Menschen durchaus konkrete und positive Alternativen vorzuschlagen haben, die im weiteren Verlauf in der Lektion zur Diskussion gestellt werden können. Im weiterführenden Unterrichtsgespräch können dann so wichtige Themen zur Sprache gebracht werden wie:

- Was erwarte ich vom Leben?
- Worin besteht der Sinn des Lebens?
- Was bedeutet für mich Lebensqualität?

Welche Verantwortung haben wir gegenüber unseren Mitschüler/innen und Kolleg/innen?

Das Kommunikationsverhalten von Jugendlichen untereinander schliesst das Reden über Schwierigkeiten und Probleme, mit denen man zu kämpfen hat, nicht aus. Deshalb ist es wichtig, dass wir unsere Schüler/innen hellhörig für allfällige Suizidgedanken ihrer Kolleginnen und Kollegen machen, und dass wir ihnen dafür einige Kriterien mitgeben. Ich mache dies jeweils anhand dieser Listen, die ich mit den Schüler/innen bespreche:

Gefährliche Krisensituationen

- Verluste, im Bereich:
Menschen, die mir etwas bedeutet haben,
Gesundheit,
Gemeinschaft (beispielsweise nach dem Umzug an einen neuen Wohnort);
- Versagensängste;
- ausweglos erscheinende Situationen;
- Misserfolge (auch Liebeskummer!);
- Anhäufung von Problemen innerhalb kurzer Zeit;
- (Anhaltender) Streit in der Familie.

Alarmzeichen

Nur beim Auftreten mehrerer dieser Zeichen!

- Plötzlicher Leistungsabfall: „Mich schiisst alles aa!“;
- Abrupte Stimmungsschwankungen, momentane Verwirrungen;
- Angst vor Verantwortungen;
- Nachlassen des Selbstwertgefühls, Selbstanklage;
- Rückzug aus Freundes- und/oder Kollegenkreisen;
- Selbstaufgabe;
- Selbstzerstörerisches Verhalten;
- Verschenken von Gegenständen, die der betreffenden Person viel bedeuten;
- Abschiedsbriefe;
- Deutliche Hinweise, die direkt auf das Ende einer Sache, die baldige Abwesenheit oder eine Verneinung der Zukunft hinweisen;
- Versteckte oder klare Botschaften, welche Suizidabsichten andeuten.

Anschliessend bespreche ich mit den Schüler/innen, was sie für sich persönlich und im Umgang mit ihren Kollegen tun können, um Suizid vorzubeugen:

Wie kann man Suizid vorbeugen?

Im Kontakt mit Kollegen / Kolleginnen:

- „Rede miteneinander und löse ufenand!“
- Nimm die Probleme Deines Kollegen / Deiner Kollegin ernst;
- Keine Vorwürfe machen;
- Mit einer Vertrauensperson (Eltern, Lehrerin / Lehrer, Pfarrer, Arzt usw.) sprechen;
- Telefon 143;
- Internet: www.seelsorge.net;
- SMS: 076 333 00 35 (deutsch);
076 333 00 45 (französisch);
076 547 25 86 (italienisch).

Für mich selbst:

- Mir meine Werte und Fähigkeiten bewusst machen:
„Ich bin öpper und chann öppis!“
- Einüben: Wie gehe ich mit Stress um?
- Einüben: Wie gehe ich mit Konflikten um?

Schliesslich empfehle ich, bei Verdacht auf eine mögliche Suizidalität eines Kollegen oder einer Kollegin möglichst früh Kontakt mit einer Vertrauensperson im eigenen Bereich aufzunehmen (im Idealfall ist es ein Lehrer / eine Lehrerin im Schulhaus). Mit einem Hinweis auf externe Anlaufstellen schliesse ich die Unterrichtssequenz.

Das Thema „Suizid“ aus aktuellem Anlass

Im Falle eines vollendeten oder versuchten Suizids im Umkreis der Schule ist es wichtig, dass Schüler/innen, Eltern und Lehrpersonen möglichst rasch und offen (unter Wahrung der Rücksichtnahme auf die direkt Betroffenen) informiert werden. Der Vorfall soll ausserdem (wenn möglich) in der ersten Schulstunde nach dem Ereignis (und zwar möglichst im vertrauten Klassenverband) zum Inhalt der Stunde gemacht werden, um so Schüler/innen und Lehrpersonen Gelegenheit zu geben, sich auf den Weg der inneren Aufarbeitung zu begeben.

Elemente einer solchen ersten „Stunde der Betroffenheit“ können beispielsweise sein:

- Eine Zeit gemeinsamer Stille;
- Entzünden einer Kerze;
- Freies Gespräch: „Was hat das bei mir ausgelöst?“

- In Kleingruppen (von 2-3 Schüler/innen) werden Sätze schriftlich formuliert (eventuell anonym), die man dem/der Verstorbenen noch gerne gesagt hätte (beispielsweise unter dem Titel: „Was ich Dir noch sagen wollte“). Die Blätter werden an die Pinwand geheftet und bleiben dort einige Tage hängen.
- Die Kerze könnte anschliessend einige Tage lang während der Schulzeit brennen, um so auszudrücken: „Wir denken an Dich“.

In einer zweiten Phase der Verarbeitung sollen im Unterricht die im ersten Teil meines Referates erwähnten Themenkreise zur Sprache gebracht werden. Hierzu können auch Fachleute, z. B. des Schulpsychologischen Dienstes, beigezogen werden.

Prävention als Aufgabe der Schule

Unter den Suizid-Ursachen steht bei Jugendlichen das schulische Umfeld an vorrangiger Stelle. Zur Suizid-Prophylaxe im Rahmen der Schule gehört deshalb, dass sich die Lehrpersonen bewusst mit den entsprechenden Risikofaktoren auseinandersetzen und diese in ihre Lehrstoffplanung mit einbeziehen. Ebenso wichtig ist eine ständige Reflektion des eigenen Verhaltens als Lehrerin/Lehrer und eine Förderung des bewussten Umganges der Schüler/innen mit sich selbst. Das schliesst unter anderem mit ein:

- Pflege der Kommunikation und der „Konfliktkultur“
- Bewusstmachen der eigenen inneren Ressourcen
- Einüben von Stress-Management

Anhang

Das Original des folgenden Quiz erschien im Juni 1996 in einer Sonderausgabe der Jugendzeitschrift „Musenalp Express“. Autor ist Pfarrer Ebo Aebischer; ich habe es leicht bearbeitet und auf den Stand von 2002 gebracht:

QUIZ: „Was weiss ich über Suizid?“

Die nachfolgenden Behauptungen sollen auf ihre „Richtigkeit“ (kann in jedem Fall ein eindeutiges JA oder NEIN gegeben werden?) überprüft werden:

		JA	NEIN
1.	Die Schweiz gehört zu den Ländern mit den meisten Suiziden.		
2.	In der Schweiz gibt es mehr Suizide als Verkehrstote.		
3.	Leute, die davon reden, sich das Leben zu nehmen, begehen kaum je Suizid.		
4.	Wird jemand auf eventuelle Suizidabsichten angesprochen, kann es ihn erst auf die Idee bringen.		
5.	Suizid ist vererbbar.		
6.	Menschen mit Depressionen oder anderen psychischen Krankheiten neigen eher zu Suizid.		
7.	Suizide können „ansteckend“ wirken.		
8.	Alkohol- oder Drogenkonsum erhöht das Suizid-Risiko.		
9.	Menschen, die Suizid begehen, wollen eigentlich gar nicht sterben, sondern nur die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.		
10.	Es ist gefährlich, über Suizid zu reden.		
11.	Es gibt jedes Jahr mehr Suizide.		
12.	Es nehmen sich immer mehr Jugendliche das Leben.		
13.	Die Suizide sind ein Mass der gesellschaftlichen Probleme.		
14.	Jemand, der einmal suizidgefährdet ist, bleibt es immer.		
15.	Bessere Kommunikation kann Suizide verhindern helfen.		
16.	Aufmunterndes Zureden, wie: „Du wirst Deine Examen bestimmt bestehen; Du bist jung, Du hast Dein Leben vor Dir; Du machst Dir Sorgen um nichts“ kann aus der Krise helfen.		
17.	Suizidabsichten werden häufig verschlüsselt geäussert.		

Für den Lehrer: Die richtigen Antworten

		JA	NEIN
1.	Die Schweiz gehört zu den Ländern mit den meisten Suiziden. <i>Tatsächlich nahm die Schweiz bis in die Neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts einen Spitzenplatz ein (± 5. Platz, abwechselnd mit Japan). Seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion hat die Suizid-Quote der ehemaligen Sowjet-Republiken derart zugenommen, dass die Schweiz sich nunmehr im europäischen „Mittelfeld“ befindet.</i>		<input checked="" type="checkbox"/>
2.	In der Schweiz gibt es mehr Suizide als Verkehrstote.	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.	Leute, die davon reden, sich das Leben zu nehmen, begehen kaum je Suizid.		<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Wird jemand auf eventuelle Suizidabsichten angesprochen. kann es ihn erst auf die Idee bringen.		<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Suizid ist vererbbar. <i>Stimmt so nicht. Es ist jedoch möglich, dass eine genetische Prädisposition zugrunde liegen kann.</i>		
6.	Menschen mit Depressionen oder anderen psychischen Krankheiten neigen eher zu Suizid.	<input checked="" type="checkbox"/>	
7.	Suizide können „ansteckend“ wirken. <i>Stimmt so nicht. Es ist allerdings bekannt, dass von Suiziden eine gewisse Faszination ausgehen kann, sich in gleicher Weise das Leben zu nehmen.</i>		
8.	Alkohol- oder Drogenkonsum erhöht das Suizid-Risiko.	<input checked="" type="checkbox"/>	
9.	Menschen, die Suizid begehen, wollen eigentlich gar nicht sterben, sondern nur die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.		<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Es ist gefährlich, über Suizid zu reden. <i>Stimmt so nicht. Es kommt sehr auf die Art und Weise an, wie darüber gesprochen wird.</i>		
11.	Es gibt jedes Jahr mehr Suizide.		<input checked="" type="checkbox"/>
12.	Es nehmen sich immer mehr Jugendliche das Leben.		<input checked="" type="checkbox"/>
13.	Die Suizide sind ein Mass der gesellschaftlichen Probleme.		<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Jemand, der einmal suizidgefährdet ist, bleibt es immer.		<input checked="" type="checkbox"/>
15.	Bessere Kommunikation kann Suizide verhindern helfen.	<input checked="" type="checkbox"/>	
16.	Aufmunterndes Zureden kann aus der Krise helfen: „Du wirst Deine Examen bestimmt bestehen.“ „Du bist jung, Du hast Dein Leben vor Dir.“ „Du machst Dir Sorgen um nichts.“		<input checked="" type="checkbox"/>
17.	Suizidabsichten werden häufig verschlüsselt geäußert.	<input checked="" type="checkbox"/>	

Sayadios Schwester²⁷

Pascal Mösli

„Bedenkt: den eignen Tod, den stirbt man nur,
doch mit dem Tod der andern muss man leben.“

(Macha Kaléko)

Einführung

Ich habe das Märchen von Sayadios Schwester²⁸ verschiedenen Menschen, die eine Bezugsperson durch Suizid verloren haben, in unterschiedlichen Situationen erzählt: einer Frau, die ihren Mann durch Suizid verloren hat, im Rahmen wiederholter Beratungsgespräche, einer Gruppe von Frauen und Männern, die sich regelmässig trafen, um über den Verlust ihres Partners bzw. ihrer Partnerin zu sprechen und Schüler/innen verschiedener Altersstufen, die eine wichtige Bezugsperson oder eine Mitschülerin verloren haben, im Kontext eines Abschiedrituals. Mir ist dabei aufgefallen, dass die meisten meiner Zuhörer/innen sofort verstanden, worum es in diesem Märchen – im Allgemeinen und für sie selbst – geht.

Der Prozess der Trauer gestaltet sich einerseits für jeden einzelnen Menschen ganz individuell. Andererseits zeigen sich bei vielen trauernden Menschen analoge Themen, Brennpunkte und Hindernisse. Das Erzählen eines Märchens kann beidem gerecht werden: Indem der Weg des Sayadio beschrieben wird, werden im Märchen zum einen allgemeine, d. h. für Trauernde *typische* Klippen und Anforderungen aufgezeigt. Zum anderen bietet uns das Märchen eine Palette von *unterschiedlichen* Personen, Handlungen oder zeitlichen Phasen an, mit denen wir uns identifizieren und in denen wir uns in unserer je besonderen Situation wiederfinden können. Das Märchen gibt uns die Möglichkeit, uns zu situieren: „Ja, da bin ich. Das kenne ich.“ Ich kann mich mit einer Figur identifizieren oder mich auf einer Wegetappe wiederfinden. Und das ermöglicht mir im Austausch mit anderen von mir selbst in einer gewissen Distanz zu sprechen. Meine ganz persönliche Geschichte ist *aufgehoben* in einer anderen Geschichte. So wird es möglich, mit Hilfe dieser anderen Geschichte (des Märchens) über den eigenen Weg ins Gespräch zu kommen und die schmerzhaft Sprachlosigkeit und die damit verbundene Isolierung vielleicht für einen Moment zu durchbrechen.

Dabei haben Märchen den grossen Vorteil, dass sie uns „ganzheitlich“ ansprechen, unsere Gefühle und unsere innere Bilderwelt hervorlocken und „Lösungen“ und innere Kräfte hervorrufen, wo wir sie nicht vermuteten. Märchen sprechen in Bildern und

²⁷ Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Fassung eines Artikels von Pascal Mösli, der in der Zeitschrift „Religion und Lebenskunde“ 2 / 2002 erschienen ist.

²⁸ Das Märchen findet sich bei Karin E. Leiter: Ach wie gut, dass jemand weiss... Trauerbegleitung mit Märchen, Innsbruck 1996.

regen damit Bilder in uns an, sie locken unsere imaginativen Fähigkeiten hervor: „So könnte es sein, so könnte ich es verstehen.“ Oder auch: „Ich sehe etwas Neues, ich spüre etwas, das ich noch nicht ganz fassen kann.“ Sie bieten darin Handlungsmöglichkeiten an, ohne zu zwingen, sie regen eigene schöpferische Kräfte an und unterstützen auf diesem Weg die Verarbeitung von krisenhaften Situationen.

Das Märchen von Sayadios Schwester lädt uns ein, den Weg von Sayadio mitzugehen, sein Leiden und seinen Kampf innerlich nachzuvollziehen und zu verstehen. Es ist getragen von der Hoffnung, dass auch in unserem Leben genügend Kräfte vorhanden sind, die uns darin unterstützen, unseren eigenen Weg des Abschieds und der Trauer zu gehen.

Das Märchen von Sayadios Schwester

Sayadio, ein junger Irokese, trauerte sehr um seine liebe und schöne Schwester, die so früh gestorben war. Sein Schmerz war unbeschreiblich gross. Eines Tages beschloss er, nach ihr zu suchen im Land der Geister. Er suchte lange, lange Zeit und musste viele Abenteuer bestehen. Viele Jahre vergingen, aber seine Suche blieb vergeblich. Eines Tages begegnete er einem alten Mann, der ihm helfen wollte. Der ehrwürdige Weise gab ihm einen Zauberkürbis.

„Wenn du den Geist deiner Schwester findest, kannst du ihn in diesem Kürbis fangen und darin festhalten“, sagte der Alte, der der Wächter jenes Teils des Geisterlandes war, den Sayadio gesucht hatte. Der Junge freute sich über die Massen und setzte seinen Weg fort. Nach geraumer Zeit erreichte er das Land der Seelen. Aber zu seiner Bestürzung erkannte er, dass die Geister vor ihm flohen und nicht zu ihm kamen, wie er erhofft hatte. Der Mut verliess ihn, und er ging zum Zeremonienmeister der Geister, dem er seine Not erzählte.

Tarenyawago hatte Mitleid mit ihm. Er erklärte dem Jungen, dass die Toten sich zu einem grossen Tanzfest treffen würden, so wie es auch die lebenden Indianer zu bestimmten Jahreszeiten taten.

Bald darauf begann das Fest. Sayadio sah die Geister wie Nebelschwaden um sich herumschweben. Plötzlich erblickte er unter ihnen seine geliebte Schwester. Er sprang auf sie zu, um sie zu umarmen. Sie aber entzog sich seinem Griff und löste sich auf. Völlig niedergeschlagen wandte er sich wieder an den Zeremonienmeister. Dieser gab ihm eine Zauberrassel.

„Der Klang dieser Rassel wird deine Schwester zurückbringen“, sagte er. Die Geistermusik spielte wieder zum Tanz, und Sayadio schüttelte die Rassel dazu. Tote kamen von überall herbei und bildeten einen Kreis zum Reigen. Mitten unter ihnen sah er wirklich seine Schwester. Er sah auch, dass sie ganz begeistert war von der Musik und sich am Tanz freute. So sehr, dass sie ihn gar nicht bemerkte. Da sprang er blitzschnell auf sie zu, fing ihren Geist in dem Kürbis und verschloss diesen sofort. Die gefangene Seele versuchte mit aller Kraft, sich zu befreien, aber Sayadio hielt den Deckel fest darauf.

Der junge Indianer ging ohne Verzögerung in die Welt zurück und kam ohne Schwierigkeiten in seinem Heimatdorf an. Dorf rief er alle seine Freunde zusammen, um bei der Wiedererweckung seiner Schwester dabei zu sein. Der halb zerfallene Leichnam seiner Schwester wurde aus seiner Ruhestätte geholt, um mit dem Geist wiederbelebt zu werden. Alles war für die Zeremonie bereitet.

Aber ein Indianermädchen konnte seine Neugier einfach nicht mehr zügeln und hatte ein wildes Verlangen danach, in den Kürbis hineinzuschauen. Es öffnete den Deckel einen kleinen Spalt. Wie ein Vogel, der aus einem offenen Käfig in die Freiheit fliegt, flog der Schwesergeist aus dem Kürbis, ehe Sayadio herbeieilen und den Deckel schliessen konnte.

Sayadio wollte nicht begreifen, dass der Geist seiner Schwester für immer fortgeflogen war. Dann aber sank er zu Boden und weinte bitterlich.

Persönliche Vorbereitung

Damit Ihre persönliche Auseinandersetzung nicht schon von meiner Deutung vorgeprägt ist, lade ich Sie mit einigen Schritten dazu ein, Ihr *eigenes Verständnis* des Märchens zu finden. Falls Sie mit Einzelnen oder einer Gruppe mit dem Märchen arbeiten wollen, ist es sehr hilfreich, wenn das Märchen zuvor ein Teil Ihrer „inneren Welt“ geworden ist.

1. Ich schlage vor, dass Sie das Märchen einige Male durchlesen, bis sie es „inwendig“ bei sich haben.
2. Bestimmen Sie in einem Satz oder in einem Bild, worin für Sie der Kern des Märchens liegt. Tun Sie das ohne gross nachzudenken, indem Sie beobachten, was in Ihnen als Resonanz auf das Märchen „aufsteigt“.
3. Betrachten und beschreiben Sie a) die Hauptfiguren, ihre Handlungen und Gefühle, b) die Gegensätzlichkeiten, die auftauchen (z. B. Welt der Lebenden – Welt der Geister), c) die Gegenstände, d) die Örtlichkeiten und e) die Stimmungen, die im Märchen auftauchen.
4. Der nächste Schritt besteht darin, dass Sie in einer Grafik oder in einer Ihnen gemässen Form den Weg darstellen, den Sayadio geht und dabei den inneren Prozess zu verstehen versuchen, der darin eingebettet beschrieben wird. Wichtige Fragen sind hier: Was löst den Prozess aus und worum geht es dabei? Was behindert und was fördert ihn? Gibt es eine Lösung?
5. Wie verhält sich mein neu gewonnenes Verständnis zur Resonanz, die das Märchen ganz zu Beginn in mir auslöste (unter 2)? Gibt es Fragen, die für mich offen bleiben oder Dinge, die mich stören? Welche Bedeutung hat das Märchen in meinem Leben?

Eine Deutung

Märchen sind offen für verschiedene Deutungen, sie bleiben wie verborgene Schätze, die zu immer neuen Auseinandersetzungen anregen. Deshalb bleibt jede Deutung im Grunde eine An-Deutung. Ich möchte im Folgenden eine An-Deutung versuchen.

"Sayadio, ein junger Irokese, trauerte sehr um seine liebe und schöne Schwester, die so früh gestorben war" – so beginnt das Märchen. Wir erfahren nicht, wie sie gestorben ist, ob plötzlich oder überraschend oder durch eine längere Krankheit. Wir hören aber, dass sie „so früh“ gestorben ist und wir erfahren etwas über die Bindung ihres Bruders, der „sehr um seine liebe und schönes Schwester“ trauerte. Er hat sie sehr geliebt und kann ihren Verlust nicht akzeptieren. Darum beschliesst er, sie zu suchen. Er verlässt die Welt der Lebenden und geht in das „Land der Geister“.

In dieser Anfangssequenz wird eine Erfahrung angesprochen, die viele Trauernde, nach einem Suizid oft noch in besonderem Masse, kennen. Die Erfahrung, wie schwierig es ist, den Tod einer nahen Person *innerlich* zu akzeptieren. Ich habe eine Frau kennen gelernt, die nach dem Suizid ihres Mannes während Monaten sein Kissenbezug und sein Pyjama im Bett liess um seinen Geruch wenigstens noch bei sich zu haben, oder ich weiss von einem Mann, der lange Zeit nach dem Tod seiner Frau ihre Urne bei sich im Büchergestell behielt und mir dazu sagte, er wisse ja, dass sie tot sei, aber irgendwie sei sie doch auch noch da. Und ihm sei es lieber, dass sie noch so da sei, als gar nicht mehr. Gerade nach einem Suizid ist es für viele besonders schwierig, einen Menschen wirklich loslassen zu können, weil so viele Fragen noch offen sind und kein Abschied möglich war.

Ausführlich wird nun Sayadios Suche nach seiner Schwester erzählt, die lange Zeit der Erfolglosigkeit und dann die Begegnungen, die ihm weiterhelfen. Dabei wird sein Wunsch, die tote Schwester zu finden nicht diskreditiert, im Gegenteil: Im Erzählen seines Weges wird das Ausmass der Trauer Sayadios spürbar gemacht und sein verzweifelter Wille, den Tod seiner Schwester ungeschehen zu machen. Mit viel Mitgefühl und Achtung wird sein Versuch geschildert, die Seele seiner Schwester zurückzugewinnen. Für uns, die wir das Märchen hören, wird nicht in Form einer Moral oder einer Satz Wahrheit gesagt, was zu tun wäre („man muss loslassen“ o. ä.), sondern wir erfahren die ganze Geschichte von einem, der gerade nicht bereit ist loszulassen, der nicht loslassen kann. Und damit eröffnet sich uns die Möglichkeit, uns mit unserer Weigerung loszulassen, uns gewissermassen Hand in Hand mit Sayadio auf den Weg zu machen. Es ist nicht möglich, diese Gefühle hinter sich zu lassen, indem man sie übergeht. Erst wenn diese Gefühle der Weigerung ganz da sein können und wirklich gehört und gewürdigt werden, wird es uns vielleicht möglich, den verstorbenen Menschen „gehen zu lassen“, so dass sich wie am Ende des Märchens der „Weigerungsschmerz“ in Trauer verwandeln kann.

Es klingt fast unlogisch: Der Versuch, den Sayadio unternahm, war von Anfang an zum Scheitern verurteilt, aber Sayadio musste dieses Scheitern selbst erleben, um auf seinem Weg des Abschieds weiterzukommen. Dabei gibt es im Märchen selbst einige Hinweise, die das Scheitern seines Wunsches andeuten. Da ist z. B. der ehrwürdige Weise, der ihm einen Zauberkürbis gibt, worin Sayadio den Geist seiner Schwester

„fangen und darin festhalten“ kann. Ist es Ausdruck von Liebe, jemanden fangen und festhalten zu wollen? Und dann hören wir davon, wie Sayadio den Geist seiner Schwester findet, wie sie „sich seinem Griff“ entzog und wie sie später „ganz begeistert war von der Musik und sich am Tanz freute“, so dass sie ihn gar nicht bemerkte. Und es wird immer deutlicher, dass es nicht um die Schwester, um ihr Wohlbefinden geht, sondern darum, dass Sayadio sie „festhalten“ will und also die veränderte Realität nicht wahrzunehmen bereit ist. Mascha Kaléko schrieb ein Gedicht (Memento), das mit den folgenden beiden Zeilen endet: „Bedenkt: den eignen Tod, den stirbt man nur, doch mit dem Tod der andern muss man leben.“ Dabei kann es geschehen, dass man sich in einem gewissen Sinn weigert mit diesem Tod weiterzuleben, dass man in irgendeiner (manchmal unbewussten Form) weiterhin am Dasein der verstorbenen Person festhält. Und dass man so aus dem Land der Lebenden in gewissem Sinn ins „Land der Geister“ kommt, dass man also seine eigene Lebendigkeit zu verlieren droht. Das Märchen von Sayadios Schwester erzählt von einer solchen Weigerung und es erzählt davon, wie einer an jenen alles wendenden Punkt kommt, wo er mit seiner Weigerung nicht mehr weiterkommt und seine Weigerung und damit auch seine geliebte Schwester schliesslich loslassen kann.

Auswahl einiger Methoden

Es gibt viele Möglichkeiten, mit diesem Märchen in einer Gruppe (von Hinterbliebenen) zu arbeiten. Drei Vorschläge:

1. Nach einer Einführungs- und Sammlungsphase erzähle ich das Märchen. Die Zuhörenden sitzen je für sich an einem Ort und wählen die Szene aus, die ihnen am meisten gefallen hat und stellen sie gestalterisch dar (Bild, Skizze, figürlich). Dann geht die ganze Gruppe von einer Darstellung zur nächsten und die/der jeweilige „Künstler/in“ sagt etwas zu ihrer oder seiner Darstellung. Man kann hier auch darüber sprechen, was hätte passieren können oder was vielleicht hilfreicher gewesen wäre, und so neue Handlungsoptionen erfinden. Dann eröffne ich eine Runde, in der eine Verbindung geschieht zwischen dem Märchen und den Darstellungen und Erinnerungen der Teilnehmenden an die verstorbene Person.
2. Wir versammeln uns draussen in der Natur, am besten in der unmittelbaren Nähe eines Waldes. Alle suchen in der Umgebung einen Gegenstand, der zur verstorbenen Person irgendwie passt. Die Gegenstände werden in die Mitte gelegt und jeder sagt etwas zu seinem Gegenstand. Wir sprechen darüber, wie die innere Beziehung zur verstorbenen Person jetzt aussieht. Dann lese ich das Märchen und öffne damit das Gespräch über Sayadios Weg: Welche Szene finde ich schwierig, welche schön? Kann ich Sayadio verstehen? In diesem Gespräch wird es vielleicht auch möglich sein, den Abschiedsprozess zur verstorbenen Person miteinzubeziehen. Am Schluss werden die gefundenen Gegenstände irgendwo „gelassen“ (z. B. vergraben oder verbrannt) und ich gestalte ein einfaches Abschiedsritual (z. B. wir geben uns alle im Kreis die Hände, wir singen ein Lied, wir sind einen Augenblick lang still und hören die Geräusche des Waldes).

3. Ich erzähle das Märchen und habe die beiden Gegenstände, die im Märchen vorkommen, mit dabei: einen Kürbis und eine Rassel. Dann höre ich an einem bestimmten Ort im Märchen auf (z. B. dort, wo die Geistermusik zum Tanz spielte und „mitten unter ihnen sah er wirklich seine Schwester“). Jetzt haben die Einzelnen oder Kleingruppen die Aufgabe, das Märchen nach ihren Vorstellungen weiterzuentwickeln. Beim Austausch ist es dann wichtig zu sagen, dass es keine „richtige“ (oder falsche) Lösung gibt, dass ja viele Märchen selbst in ganz verschiedenen Fassungen existieren, weil sie immer weitererzählt wurden und die besondere Situation der Erzählenden jeweils auch in das Erzählen miteingeflossen ist. Über die verschiedenen „Lösungen“ ist es dann möglich, ins Gespräch zu kommen. Die Person oder die Gruppe, die ihre Version erzählt, bekommt den Kürbis und die Rassel und sind damit als Erzählende gekennzeichnet.

Schluss

Zwei Bemerkungen zum Schluss, die mir in der Arbeit mit dem Märchen wichtig geworden sind:

- Heilung im Prozess der Trauer kann man nicht „einfach“ machen (von Sayadio wird erzählt, dass er „lange, lange Zeit“ suchte, eben lange Zeit auch ohne Erfolg), sondern sie wird sich vielleicht einstellen, wo man allem seinen Raum und seine Zeit gibt: dem Nichtwahrhaben wollen („er beschloss, nach ihr zu suchen“), der Weigerung, loszulassen („er sprang auf, sie zu umarmen“), der Konfrontation („dann sank er zu Boden“) und der Trauer („...und er weinte bitterlich“).
- Begleitung im Prozess des Trauerns ist dann hilfreich, wenn sie die/den Trauernde/n darin unterstützt, ihren/seinen Stimmen und Stimmungen Raum zu lassen und sie zu respektieren. Die Begleitung im Märchen wird symbolisiert durch den alten Weisen, den Zeremonienmeister und das kleine Indianermädchen. Es sind Wesen, die Sayadio authentisch begegnen und doch seinen Weg respektieren und unterstützen. Das bedeutet für die Begleitung: zu akzeptieren, dass der trauernde Mensch seine eigenen Wege geht, dass er gewisse Wege immer wieder geht und dass dem Begleitenden diese Wege auch unbekannt und vielleicht unsympathisch oder nicht einsichtig sein mögen.

Die Autorinnen und Autoren

Ebo Aebischer-Crettol, Dr. theol., war zuerst Biochemiker und studierte dann Theologie u. a. in Fribourg, wo er mit einer Dissertation über „Seelsorge und Suizid“ abschloss. Er begleitete bis Ende 2002 ehrenamtlich den Dienst „Seelsorge mit Hinterbliebenen, die von einem Suizid betroffen wurden“. 1998-2002 betreute er auf der Website www.seelsorge.net die Rubrik „Trauernde im Internet“ und arbeitete in der Notfallseelsorge des Kantons Bern mit.

Reinhard H. Egg, Pfarrer und Psychologe. Er hat eine über 30-jährige Erfahrung im Umgang mit der Suizid-Thematik als Seelsorger, Therapeut und Lehrer an der Sekundar- und Gymnasialstufe.

Martin Eichhorn, Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik in Basel. Im Kontext der Suizidthematik wirkt er mit an der WHO-Euro-Studie zur Erfassung von Suizidversuchen. Zudem ist er Sekretär der „Schweizerischen Gesellschaft für Krisenintervention und Suizidprophylaxe“.

Patrick Hämmerle, Chefarzt KJPP des Kantons Freiburg, Präsident der „Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“. Er ist Mitglied der „Schweizerischen Arbeitsgruppe Suizidverhütung Schweiz“ und Präsident der „Association pour la prévention du suicide dans le canton de Fribourg“.

Barbara Meister, Dozentin für Gesundheitsförderung / Suchtprävention an der Pädagogischen Hochschule Zürich. Sie ist Co-Autorin der Publikation „Suizidalität als Thema im Schulfeld“ (Verlag Pestalozzianum).

Pascal Mösli, ist Theologe und Supervisor, Kursorganisator in einem kirchlichen Bildungshaus und freischaffender Berater (Beratung & Projekte, Bern). Er ist seit einigen Jahren mit Publikationen, Referaten und der Leitung von Tagungen (darunter der Kongress „Suizid...?“ vom Mai 2002 in Bern) im Gesundheitsbereich tätig.

Hans-Balz Peter, Prof. Dr., Wirtschaftswissenschaftler und Sozialethiker, leitet seit 1983 das Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes, seit 2002 zudem den Bereich Studien im SEK. Ehrenamtlich arbeitet er als Dozent (Honorarprofessor) für Sozialethik an der Christkatholischen und Evangelischen Fakultät der Universität Bern. Er hat zahlreiche Publikationen zu verschiedenen Themen praktischer Sozial-, Wirtschafts- und Entwicklungsethik veröffentlicht.

Stephan Vanistandael, Soziologe. Er ist Stellvertretender Generalsekretär des Bices (Internationales Katholisches Büro für das Kind) in Genf. Er hat in über 15 Ländern und für sehr unterschiedliche Berufsgruppen Ausbildungsmodule und Konferenzen über das Resilienzthema durchgeführt.