



Suizid in der Adoleszenz

—

Ursachen und Einflussfaktoren sowie Trauer und Bewältigungsmechanismen von Familien nach dem Verlust

Marnie Pickardt



Tag der Abgabe: 17. März 2023

Betreuende Prüferin: Frau Prof. Dr. Katja Weidtmann
Zweite Prüferin: Frau Dr. Astrid Wonneberger

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnisse	4
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung.....	5
2. Begriffsbestimmungen.....	8
2.1. Heranwachsende.....	8
2.2. Suizid.....	9
2.3. Suizidalität vs. Nicht-Suizidales-Selbstverletzendes-Verhalten (NSSV).....	10
3. Suizidalität in der Adoleszenz.....	10
3.1. Altersabhängige Todesvorstellungen	13
3.2. Signale für Suizidgefahr	15
3.3. Auslöser und Risikofaktoren.....	15
3.4. Schutzfaktoren	20
4. Ätiologie von Suizidalität in der Adoleszenz	20
4.1. Medizinische und Biologische Faktoren	22
4.2. Psychologische Ursachen und Faktoren	23
4.3. Entwicklungspsychologische Aspekte während der Adoleszenz	25
4.4. Soziologische Einflüsse	28
4.5. Ethnologische Faktoren	30
4.6. Familiäre Faktoren	30
5. Umgang mit Suizid.....	34
5.1. Trauer.....	38
5.1.1 Gefühle der Hinterbliebenen	39
5.1.2 Trauer der Eltern.....	42
5.1.3 Trauer der Geschwister	43
5.1.4 Familiensystem nach dem Suizid	45

5.2. Trauerarbeit und Bewältigungsmechanismen	47
5.2.1 Trauerbegleitung in Selbsthilfegruppen.....	48
5.2.2 Therapeutische Trauerarbeit.....	50
5.3. Bewältigungsstrategien in der Trauer.....	51
5.3.1 Problemfokussierte Bewältigungsstrategien	52
5.3.2 Emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien.....	53
6. Umgang mit Suizid in der Familie - Qualitativer Forschungsteil	54
6.1. Forschungsdesign	54
6.1.1 Gütekriterien.....	55
6.1.2 Leitfadengestütztes Experteninterview	56
6.1.3 Auswertung und Methodik.....	58
6.2. Ergebnisse	59
6.3. Betrachtung der Ergebnisse	67
6.4. Beantwortung der Forschungsfragen und Interpretation der Ergebnisse	70
7. Fazit	74
Literaturverzeichnis	79
Anhang.....	84
I. Leitfadeninterview I: Sozial- und Traumapädagogin der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Harburg Land e.V.	84
II. Leitfadeninterview II: Frau Walper von Clara´s Haus e.V.....	85
III. Auswertung Expertinneninterview 1	86
IV. Auswertung Expertinneninterview 2.....	94
V. Zusammenfassung Interview I.....	102
VI. Zusammenfassung Interview II.....	111
Eidesstattliche Erklärung	119

Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Wirkfaktoren Suizidalität.....	21
Abbildung 2 Innere Abläufe nach Schenk.....	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Auslöser und Risikofaktoren.....	17
Tabelle 2 Categoriesystem.....	59

1. Einleitung

Bei der Beschäftigung und der Auseinandersetzung mit dem Thema „Suizid in der Adoleszenz“ ist die naheliegendste Frage vermutlich, warum ein Kind oder junger Mensch sich selbst das Leben nimmt. Der Gedanke daran, dass jemand, der sein ganzes Leben noch vor sich hat, Suizid begeht, ruft Fassungslosigkeit und Unverständnis hervor. Ebenso die Suche nach einem Schuldigen schiebt sich schnell in den Vordergrund, schließlich muss es dafür Gründe geben oder Personen, die dieses Unglück hätten verhindern müssen (Kubat 2022; Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2021). Daher soll ein interdisziplinärer Blick auf die Ätiologie der Suizidalität von Kindern und Jugendlichen geworfen werden. Fachdisziplinen wie die Psychologie, Medizin, Soziologie und Ethnologie werden zur Beantwortung der Frage nach dem „Warum?“ hinzugezogen. Außerdem wird nach Einflussfaktoren im Familiensystem gesucht. Der Hauptfokus dieser Arbeit liegt jedoch auf den Bewältigungs- und Überlebensstrategien der Familien, die so einen Verlust erleben mussten.

Der Trauerprozess ist ein komplexes und individuelles Erleben. Jeder Mensch geht anders mit dem Tod um und braucht unterschiedlich lange zum Trauern (Kubat 2022). Auch die Art und Weise, wie ein Mensch stirbt, beeinflusst, wie eine Person den Verlust verarbeitet. Ein Suizid birgt dabei noch einmal besondere Umstände im Vergleich zu dem Verlust durch eine Krankheit oder einen Unfall (Schenk 2014, S. 49). Neben der Trauer herrschen dann häufig Gefühle wie Schuld und Scham vor, die den Heilungsprozess erschweren oder sogar behindern können (Schenk 2014, S. 19).

Wenn nun ein Kind stirbt, ist meistens mehr als eine Person von dem Verlust betroffen. Es gibt in der Regel eine Familie - Eltern, Großeltern oder Geschwister, die nun alle mit dem Tod konfrontiert sind und parallel zueinander damit umgehen müssen. Wie ist es also möglich, dass Raum für den individuellen Trauerprozess jedes Familienmitglieds gegeben ist und gleichzeitig das Leben in der und als Familie weitergehen kann und wie werden die einzelnen familiären Subsysteme dadurch beeinflusst? Welche innerfamiliären oder externen Maßnahmen fördern den Familienzusammenhalt? Wie kann jedes Familienmitglied individuell trauern und gleichzeitig im Kontext von Familie weiter bestehen? Gibt es einen familiären Trauerprozess und wenn ja, wie unterscheidet dieser sich von der individuellen Trauer? Ziel ist es somit, möglichst lösungs- und ressourcenorientiert auf die Familien und ihre Strategien im Umgang mit der Trauer zu schauen, die ein Kind durch Suizid verloren haben und gegebenenfalls neue Handlungsansätze für die Trauerarbeit mit Familien zu entwickeln.

Die Quellenlage sowohl in Bezug auf das Thema Suizid von Kindern als auch auf die Bewältigungsstrategien von Familien nach dem Suizid eines Kindes ist überschaubar. Es gibt

zwar etliche Quellen, Ratgeber und Anbieter zur Trauerarbeit im Internet, diese beziehen sich jedoch im Großen und Ganzen auf das Individuum und den Trauerprozess von Einzelpersonen, aber nehmen wenig Bezug auf das Familiensystem. Trotzdem liefern gerade Verbände, Vereine und freie Träger im Netz viele Informationen für Hinterbliebene zu dem Umgang mit Suizid und fungieren daher als wichtige Quellen für diese Arbeit, z.B. AGUS e.V. und Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Eine Recherche im Landkreis Harburg, wo die Autorin beruflich tätig ist, hat außerdem ergeben, dass es keine Anlaufstellen speziell für Hinterbliebene eines Kindes, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, welche Suizid begangen haben, gibt. Dadurch erhalten Angebote aus dem Internet eine noch höhere Relevanz. Einen weiteren hohen Stellenwert für diese Arbeit hat das Buch von Chris Paul „Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat“, erstmalig erschienen 1998 (Paul 2004). Neuere Werke nehmen immer wieder Bezug auf Paul, sodass ihre Feststellungen von damals immer noch Bestand haben (Hefner 2000). Marion Schenk geht 2014 in ihrem Buch „Suizid, Suizidalität und Trauer. Gewaltsamer Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung“ auf den damaligen Forschungsstand ein und beschreibt den Suizid weiterhin als ein Tabuthema, weist aber auch darauf hin, dass der Suizid zunehmend präsenter in den Medien ist, dadurch auch gesellschaftskonformer und als „menschlicher Impuls“ gesehen wird (Schenk 2014, S. 7). Dennoch scheint es weiterhin einige Forschungslücken zu geben. Dies könnte neben der Tabuisierung auch auf die „wenigen“ Todesfälle zurückzuführen sein. Im Jahr 2020 wurden in der Altersgruppe der 10–15-Jährigen insgesamt 25 Suizide erfasst (Statistisches Bundesamt 2022a). Diese Zahl scheint für sich allein nicht allzu groß, dennoch bedeutet dies, dass sich jeden Monat zwei Kinder in Deutschland das Leben genommen haben. Bei den 10-24-jährigen handelt es sich beim Suizid nach Unfällen sogar um die zweithäufigste Todesursache (Schenk 2014, S. 13). Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlichte 2017 Daten zu einer Befragung an Schulen in Deutschland, woraus hervorgeht, dass 36,4-39,4% der befragten Jugendlichen Suizidgedanken und 6,5-9% einen Suizidversuch unternommen hatten (Becker und Correll 2020). Weltweit sterben jährlich etwa 46.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren durch Suizid, heruntergerechnet bedeutet dies, dass sich alle elf Minuten ein junger Mensch umbringt (Deutsches Komitee für UNICEF 2021). Auch aktuell gehen besorgniserregende Zahlen durch die Presse. Unter anderen berichtet die Welt von einer Studie der Essener Uniklinik, die noch nicht offiziell publiziert wurde, aus der aber ein enormer Anstieg an Suizidversuchen im Zeitraum des ersten Corona Lockdowns im Frühjahr 2021 hervorging. So sollen bundesweit um die 500 Kinder nach Suizidversuchen im März, April und Mai 2021 behandelt worden sein (WELT 2022). „Suizidalität bei Kindern

und Jugendlichen ist daher ein klinisch und gesellschaftlich relevantes Problem.“ (Becker und Correll 2020).

46.000 Familien von suizidierten Kinder und Jugendlichen müssen sich also weltweit jährlich mit dem Verlust auseinandersetzen und ihn irgendwie verarbeiten. Dennoch gibt es nur wenig Literatur, die sich speziell auf das familiäre Trauersystem bezieht, nachdem ein Kind durch Suizid verloren wurde.

Dies soll in der folgenden Arbeit aufgegriffen werden. Dabei wurde die folgende grobe Gliederung vorgenommen: vor dem Suizid, nach dem Suizid und der Forschungsteil. Als erstes werden die verwendeten Begrifflichkeiten erklärt, um sicherzustellen, dass die Leser*innen das gleiche Grundverständnis wie die Autorin davon für diese Arbeit entwickeln. Es wird die zu betrachtende Gruppe der Suizidenten alterstechnisch eingegrenzt und festgelegt, welche Personen gemeint sind, wenn von Heranwachsenden oder Menschen in der Adoleszenz gesprochen wird. Ebenfalls findet eine knappe Definition des Suizids statt, wobei eine Abgrenzung verschiedener Begrifflichkeiten vorgenommen wird und auch der Unterschied zu Nicht-Suizidalem-Selbstverletztem-Verhalten herausgestellt wird. Daraufhin wird auf die Besonderheiten von Suizidalität in der Adoleszenz eingegangen. Was sind spezielle Herausforderungen und Merkmale für diese Altersgruppe, die zur Entwicklung von Suizidalität beitragen? Dazu gehört auch, ein Verständnis von altersabhängigen Todesvorstellungen herzustellen. Ab wann ist der Tod für ein Kind verstehbar und die Konsequenzen eines Suizids tatsächlich begreifbar? Daraufhin wird auf mögliche Signale für Suizidgefahr aufmerksam gemacht. Ebenfalls werden Risikofaktoren benannt, die suizidale Entwicklungen begünstigen, und Schutzfaktoren beschrieben, die suizidale Handlungen verhindern können. Im darauffolgenden Kapitel wird ein interdisziplinärer Blick auf die Ursachen von Suizidalität gerichtet. Dazu werden Kenntnisse aus den Bereichen der Medizin und Biologie, Psychologie, Soziologie und Ethnologie zusammengetragen. Ergänzt wird dies durch familiär bedingte Faktoren. Der zweite Themenblock befasst sich mit der Familie und wie diese mit dem Suizid umgeht. Dazu wird kurz die Gruppe der Hinterbliebenen für diese Arbeit definiert. Anschließend wird auf die Trauer allgemein eingegangen, bevor die häufig vorkommenden Gefühle von Suizidtrauernden beschrieben werden und auf die verschiedenen Perspektiven von Eltern und Geschwistern eingegangen wird sowie auf die Konsequenzen für das Familiensystem. Das sechste Kapitel setzt sich dann mit der Trauerarbeit und Bewältigungsmechanismen auseinander. D.h. es wird auf externe und interpersonelle Maßnahmen eingegangen, die zur Bewältigung des Suizids beitragen können. Besondere Betrachtung erhalten in diesem Zusammenhang die Selbsthilfegruppen und therapeutische Angebote sowie problem- und emotionsfokussierte

Bewältigungsstrategien. Abgeschlossen wird die vorliegende Arbeit mit dem qualitativen Forschungsteil zu dem Umgang mit Suizid in Familien. Experteninterviews sollen dazu beitragen, die für diese Arbeit grundlegenden Fragen zu den Bewältigungsmechanismen von Familien nach dem Suizid eines Heranwachsenden zu beantworten und ergänzende Feststellungen zu tätigen sowie eventuelle neue Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln.

2. Begriffsbestimmungen

In diesem Kapitel werden die Begriffe Heranwachsende und Suizid bestimmt, wie sie im Rahmen dieser Arbeit Anwendung finden, damit die Lesenden und die Autorin folgend von dem gleichen Verständnis ausgehen. Außerdem findet eine Abgrenzung zu dem Begriff Suizidversuch sowie zwischen Suizidalität und Nicht-Suizidalem-Verhalten statt.

2.1. Heranwachsende

Um wen handelt es sich, wenn in dieser Arbeit von einem Kind gesprochen wird? Suizidalität beschränkt sich nicht auf eine bestimmte Altersgruppe. Da der Kern dieser Arbeit sich mit den Bewältigungsmechanismen von Familien beschäftigt, die ein Kind durch Suizid verloren haben, soll der Begriff Kind all jene Personen umfassen, die von der betroffenen Familie als ein solches bezeichnet werden. Dabei sind das Alter und die Herkunft zunächst zweitrangig. Er soll sowohl leibliche als auch soziale Kindschaften, zum Beispiel durch Pflegeverhältnisse oder Adoption, einschließen. Der Tod eines Kindes ist in jedem Fall beklagenswert, egal wie alt es zum Zeitpunkt des Suizids war oder ob eine Blutsverwandtschaft vorlag oder nicht. Zur Eingrenzung der zu betrachtenden Zielgruppe sollen in dieser Arbeit jedoch all jene Familien mit Suizidanten in Betrachtung gezogen werden, welche sich zum Zeitpunkt des Suizids in der Phase der Adoleszenz befanden. Damit ist die Gruppe von Personen gemeint, die sich im Entwicklungsprozess zwischen der späten Kindheit und dem frühen Erwachsenenalter bewegen (ca. 10-20 Jahre) und hier als Heranwachsende oder junge Menschen zusammengefasst werden (Becker und Correll 2020). Es wird sich damit an den in der Literatur bestehenden Altersgruppen orientiert, um aktuelle Daten und Zahlen passend nutzen zu können und an dem Alter des Suizidenten aus dem Fallbeispiel im qualitativen Forschungsteil, um eine Vergleichbarkeit der Daten herstellen zu können. Außerdem wird in diesem Zusammenhang auch auf entwicklungspsychologische Aspekte Rücksicht genommen. Die Fähigkeit den Tod sowie die Folgen eines Suizides zu verstehen, ist erst ab der späten Kindheit entsprechend entwi-

ckelt und begreifbar (s. Kapitel 3.1.). Es soll grob differenziert werden zwischen Kindern unter 14 Jahren und Jugendlichen ab 14 Jahren sowie jungen Erwachsenen zwischen 18 und 20 Jahren. Wird in dieser Arbeit also von Kindern und Jugendlichen, Heranwachsenden oder Menschen im Alter der Adoleszenz gesprochen, ist jene Gruppe der 10-20-Jährigen gemeint. Ist von einer speziellen Altersgruppe die Rede, wird dies im Fließtext entsprechend ausgewiesen.

2.2. Suizid

„Es gibt keine einfache Erklärung dafür, warum Menschen durch Suizid sterben.“
(Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 8).

Wenn ein Mensch sich bewusst dazu entscheidet, eine Handlung vorzunehmen, die den Tod zur Folge hat, handelt es sich um einen Suizid (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 14). Dabei ist allerdings zu hinterfragen, wie bewusst diese Entscheidung tatsächlich ist.

„Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern einer Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch das psychische und/oder körperliche Befinden beziehungsweise dessen Folgen sowie durch gesellschaftlich-kulturelle und ideologische Rahmenbedingungen“ (Schenk 2014, S. 9).

Daher wird von dem Begriff Freitod in dieser Arbeit abgesehen. Von einer freien Entscheidung kann nach heutiger Auffassung keine Rede sein. In der Regel gibt es nicht den einen Grund oder die eine Ursache für einen Suizid. Vielmehr scheint es ein komplexes Zusammenspiel vieler verschiedener Determinanten zu sein, die zur Selbsttötung führen. Razum und Zeeb beschreiben den Suizid als den „Endpunkt eines multikausalen Geschehens“, welches von vielen sowohl individuellen als auch gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst wird (Razum und Zeeb 2004, S. 1098). Es handelt sich bei dem Suizid um keinen natürlichen Tod in Folge einer Krankheit, hohen Lebensalters oder eines Unfalls (Schenk 2014, S. 47). Es ist der selbst herbeigeführte Tod, entweder durch aktives Zutun der Person oder durch die Verweigerung lebensnotwendiger Maßnahmen, zum Beispiel die Einstellung lebenswichtiger Medikamente. Suizide können sowohl impulsiv und spontan erfolgen als auch lange im Voraus geplant werden (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 12). „Der Suizid hat zwei Gesichter. Er ist sowohl Lebensende als auch Tötung, Aggression ebenso wie Flucht. Der Suizidant ist zugleich Täter und Opfer [...]“ (Ramachers 1994, S. 108–109). Eine suizidale Handlung ohne tödlichen Ausgang wird als Suizidversuch bezeichnet und wird nicht Synonym zu Suizid verwendet (Calliess et al. 2007, S. 654). Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnet den Suizid als eines der größten Gesundheitsprobleme weltweit (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 3–4).

2.3. Suizidalität vs. Nicht-Suizidales-Selbstverletzendes-Verhalten (NSSV)

An dieser Stelle ist es auch sinnvoll ,das Nicht-Suizidale-Selbstverletzende-Verhalten von Suizidalität abzugrenzen.

Bei NSSV handelt es sich um die bewusste Verletzung des eigenen Körpers ohne Sterbeabsicht. Die Person verfolgt mit den Verletzungen also nicht den Wunsch, den Tod herbeizuführen (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 18). Das Ziel ist die Automutilation, die Beschädigung des eigenen Körpers (Gontard et al. 2018). Häufig dient NSSV bei hoher Angespanntheit der Spannungsreduktion und der Regulation aversiver emotionaler Zustände und tritt oft als Begleitung von komplexen Störungsbildern auf, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Zwangssyndromen (Becker und Correll 2020; Gontard et al. 2018). Die meisten Jugendlichen, die selbstverletzendes Verhalten zeigen, haben keine Suizidgedanken. Dennoch ist die Schnittstelle zwischen NSSV und Suizidalität fließend. Im Falle von NSSV sollte daher auch immer wieder geprüft werden, ob der oder die Heranwachsende suizidale Gedanken entwickelt (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 17–18).

3. Suizidalität in der Adoleszenz

Kommt es zum Suizid bei Kindern und Jugendlichen, ruft dies in aller Regel besonders große Bestürzung hervor. Was die Merkmale und Unterschiede bei jungen, heranwachsenden Suizidanten sind, im Vergleich zu Erwachsenen, soll in diesem Kapitel beschrieben werden. Es muss vorweg darauf hingewiesen werden, dass die Anzahl der wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Thema ausbaufähig ist (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 13). Dabei weist Ramachers 1994 schon darauf hin, dass es bis dato hauptsächlich Ergebnisse aus Einzelfallstudien gebe, deren Aussagekraft gezwungenermaßen eher gering sei, abgesehen von der Archivuntersuchung von Shaffner im Jahr 1974. Dieser untersuchte die Suizide von dreißig 12 – 14-jährigen Kindern aus England und Wales. Seine Ergebnisse wurden von später folgenden Untersuchungen bestätigt, sodass sein daraus erstelltes Profil von jugendlichen Suizidanten bis heute Bestand hat. Er konnte feststellen, dass die Suizidanten sich vornehmlich bereits in der Pubertät befanden und ihr Intelligenzquotient im Schnitt über dem Altersdurchschnitt lag. Auch begangen häufiger Jungen als Mädchen Suizid und bei 46% der Jugendlichen wurde der Suizid vorher angekündigt oder dem Suizid ist bereits ein Suizidversuch vorangegangen (Ramachers 1994, S. 119–120). Ramachers beschreibt die jugendlichen Suizidanten als hochsensibel sowie psychisch instabil und erkennt in ihnen eine narzisstische

Kränkbarkeit. Laut seiner Auswertung war diesen Jugendlichen durchaus bewusst, dass der Tod endgültig sein würde (Ramachers 1994, S. 121). In Kienhorstetals Befragung von Adoleszenten, die einen Suizidversuch verübt haben, gaben 80% an, dass der Suizidversuch der letzte Ausweg aus einer für sie unerträglichen Situation gewesen sei. 75% wollten ihren Schmerz beenden und 73% wollten sterben (Radde et al. 2018, S. 1254). „Die letztendlich zum Tod führende suizidale Handlung ist bei einem erheblichen Anteil der Betroffenen auf eine akute Belastungssituation zurückzuführen, auf die mit einer Kurzschlusshandlung reagiert wird“ (Schenk 2014, S. 12). Seltener kommt der geplante Suizid vor (Schenk 2014, S. 12). „Suizidalität ist daher keine psychische Krankheit an sich, sondern ein lebensbedrohlicher Zustand, der vielfältige Ursachen haben kann.“ (Mirisch 2018). Mögliche Auslöser dieser suizidalen Krisen können sowohl von innen als auch von außen kommen, plötzlich auftreten oder sich schleichend entwickeln (Schenk 2014, S. 34). Ramachers Untersuchungen zeigen, dass der Suizid in der Adoleszenz häufig als einzige Lösung in einer weiter nicht aushaltbaren und scheinbar unlösbaren Belastungssituation gesehen wird (Ramachers 1994, S. 120–121). Ob es sich bei einem Suizid um eine freie und bewusste Entscheidung handelt, könnte demnach widerlegt sein (Ramachers 1994, S. 107).

Alle elf Minuten stirbt weltweit ein junger Mensch im Alter von 10 – 19 Jahren an einem Suizid, das sind etwa 46.000 Personen. Der Suizid ist für die Altersgruppe der 15 – 19-jährigen die vierthäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen, Tod durch Tuberkulose und Gewalttaten (Deutsches Komitee für UNICEF 2021). In europäischen Ländern handelt es sich beim Suizid von Jugendlichen sogar um die zweit- bis dritthäufigste Todesursache (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 13). Suizide bei Kindern sind dagegen deutlich seltener (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 5). Im Jahr 2019 wurden in Deutschland elf Suizide sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen im Alter von 10 bis 14 Jahren statistisch erfasst. Bei den 15- bis 19-jährigen sind insgesamt 163 Suizide dokumentiert worden – 42 Mädchen und 121 Jungen (Statistisches Bundesamt 2022a). Es wird allerdings davon ausgegangen, dass die tatsächliche Suizidrate von Kindern etwas höher ist, da ihnen suizidale Intentionen eher abgesprochen werden als Erwachsenen und die Suizide in der Todesursachenstatistik fälschlicherweise als Unfälle oder Todesfälle unklarer Ursache deklariert werden (Ramachers 1994, S. 114; Razum und Zeeb 2004, S. 1094). Ebenso sind nicht alle Selbsttötungen als diese zu erkennen. Wenn die Person beispielsweise keinen Abschiedsbrief hinterlässt und auch niemanden in ihr Vorhaben einweihet, kann nachträglich nicht mit Gewissheit festgestellt werden, ob sie mit Absicht oder aus Versehen vor ein fahrendes Auto gelaufen ist oder bewusst ein lebenswichtiges Medikament nicht eingenommen hat (Calliess et al. 2007, S. 659; Mirisch 2018). Der höhere

Anteil männlicher Suizidanten wird zurückgeführt auf deren geringere Aggressions- sowie Autoaggressionstoleranz und darauf, dass die Annahme besteht, dass weiblichen Kindern und Jugendlichen oft mehr Zuwendung in schwierigen Situationen zuteilwird (Ramachers 1994, S. 119). Jungen wenden außerdem wesentlich häufiger als Mädchen harte Methoden bei der Selbsttötung an (Becker und Correll 2020). Zu den harten Methoden zählen Todesformen wie Erhängen, Erschießen, Erstechen oder das Springen aus der Höhe. Als weiche Methoden werden das Einnehmen von einer Überdosis Tabletten, giftigen Substanzen oder Vergiftung durch Abgase bezeichnet (Hefner 2000, S. 24). Am öftesten führt das Erhängen beim Suizid zum Tod (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 13). „Leider sind landesweise Daten zu den bei Suiziden angewandten Methoden ziemlich begrenzt. Die ICD-10 enthält X-Codes, mit welchen die externen Todesursachen benannt werden - einschließlich der Suizidmethode - jedoch werden diese Informationen durch viele Länder nicht erfasst.“ (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 25). Allgemein werden die meisten Suizide im späten Frühjahr begangen. Sie kommen häufiger in der Stadt als auf dem Land vor und finden eher im eigenen Zuhause oder in Wohnortsnähe statt (Schenk 2014, S. 13). Eine Studie aus Deutschland und der Schweiz hat erfasst, dass 93,4 % aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen (Becker und Correll 2020).

Insgesamt sind die Suizidzahlen rückläufig. Erklärungsversuche nehmen Bezug auf einen zunehmend toleranteren Umgang mit Depressionen und Suizidalität und einer sinkenden Hemmschwelle therapeutische Angebote zu nutzen. Auch hat die Zahl von Selbsthilfegruppen zugenommen (Hefner 2000, S. 16, 2000, S. 20). Allerdings ergaben epidemiologische Studien, dass nicht einmal die Hälfte der adoleszenten Suizidanten sich professionelle Hilfe gesucht haben (Radde et al. 2018, S. 1254). Obwohl es sich absolut betrachtet, um eine überschaubare Größe von Suiziden handelt, ergaben Schulstichproben, dass 36,4 – 39,4 % der befragten Jugendlichen bereits Suizidgedanken hatten und 6,5 – 9 % schon einen Suizidversuch verübt hatten (Becker und Correll 2020). Eine Studie aus Deutschland und der Schweiz hat erfasst, dass 93,4 % aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen (Becker und Correll 2020). Während es bisweilen häufiger Jugendliche waren, die von Suizidgedanken sprachen, steigt heute auch die Zahl der Kinder an, die davon berichten (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 5).

Suizidalität im Kinders- und Jugendalter wird damit wiederholt zu einem relevanten Thema für die Forschung und die Gesellschaft ausgeschrieben (Becker und Correll 2020).

3.1. Altersabhängige Todesvorstellungen

„Die Möglichkeit, sich willentlich das Leben zu nehmen, ist nur dem Menschen gegeben, da nur der Mensch sein eigenes Lebensende reflektieren kann.“
(Mirisch 2018).

An dieser Stelle wird es interessant und relevant für diese Arbeit. Ab welchem Alter ist der Mensch fähig, sein Lebensende zu reflektieren? Ab wann kann ein Kind den Tod als Lösungsstrategie wählen und somit die Konsequenzen des Suizids als endgültiges Ereignis erkennen? Daher soll nun ein kurzer Einblick in die kindlichen Todesvorstellungen gegeben werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es, besonders im Zusammenhang mit Suizid, schwierig ist an verlässliche Daten zu gelangen. Die Toten können schlichtweg nicht mehr befragt werden, ob ihnen die Endgültigkeit des Tods als Konsequenz bewusst war. Auswertbar sind daher nur die Dinge und Daten, die die Suizidanten hinterlassen haben, zum Beispiel Tagebücher, Abschiedsbriefe und die Aussagen der Hinterbliebenen. Eine weitere Möglichkeit ist die Befragung von Personen, die einen Suizidversuch unternommen und überlebt haben (Drömann 1983, S. 89).

In diesem Kapitel werden deshalb die allgemeinen Theorien der Todesvorstellungen von Kindern und Jugendlichen ergänzt um die wenigen Daten über die spezifischen Vorstellungen junger Suizidanten.

„Für das Verständnis von Suizidhandlungen in Kindheit und Jugend ist die Kenntnis der dynamischen und altersabhängigen Todesvorstellung wichtig. Je jünger ein Kind ist, desto schwieriger ist es, verwertbare Erkenntnisse über seine Vorstellung vom Tod zu gewinnen. Die Todesvorstellung hängt nicht nur vom Alter, sondern auch von bisherigen Erfahrungen, eigenen Erlebnissen oder dem Austausch mit Erwachsenen ab.“
(Trompeter 2021, S. 627).

Es ist wenig überraschend, dass es unterschiedliche Ansätze und Auffassungen dazu gibt, ab wann ein Kind den Tod begreift. In der Entwicklungspsychologie wird davon ausgegangen, dass die Todeskonzepte an die kognitiven Reifeprozesse gebunden sind (Aeschbacher 2008, S. 7). Bedeutende Verfechterin dieser Sichtweise ist Maria Nagy, die schon Ende der 40er Jahre das Thema erforschte und eine Arbeit dazu veröffentlichte, in der sie drei Phasen der altersabhängigen Todesvorstellung beschreibt. Die erste Phase umfasst Kinder zwischen drei und fünf Jahren. Sie verstehen den Tod noch nicht als das Ende eines Lebens, sondern können ihn als vorübergehenden Zustand betrachten, ähnlich wie den Schlaf oder stellen sich vor, der Tote würde im Grab weiterleben und sein Bewusstsein bleibe bestehen. Kinder im Alter von sechs bis neun befinden sich in der zweiten Phase. Inzwischen besteht die Akzeptanz, dass der

Tod endgültig ist, dennoch sind sie nicht in der Lage zu überblicken, dass der Tod irgendwann einmal jeden trifft. Der Tod existiert für sie parallel zum Leben, ist häufig mit Angst und Abneigung besetzt und wird zum Beispiel als Skelett oder Sensenmann personifiziert. Ab etwa zehn Jahren, in der dritten Phase, kann ein Kind die Unvermeidbarkeit des Todes erkennen. Neben der Fähigkeit eine realistische Sichtweise vom Leben zu entwickeln, ist auch die realistische Vorstellung vom Tod möglich (Aeschbacher 2008, S. 34–35).

Daneben existiert die Ansicht, dass die kindliche Todesvorstellung stark durch inner- und außerpsychische Prozesse beeinflusst und soziokulturelle Umweltbedingungen geprägt sowie entwickelt wird. Demnach sind schon Kleinkinder im Alter von zwei Jahren fähig, Ideen zum Tod zu entwickeln. Bei Kindern unter fünf Jahren wird davon ausgegangen, dass zwar keine realistische Vorstellung von dem Tod und seiner Endgültigkeit besteht, aber sie durchaus in der Lage sind, den Verlust naher Angehöriger wahrzunehmen und den Tod mit Trauer in Verbindung zu bringen. Sie reagieren auf die Trauerreaktionen von den Erwachsenen in ihrem Umfeld. Es wird ihnen jedoch nicht die Fähigkeit zugeschrieben den eigenen Tod zu reflektieren. Kommt es in diesem Alter zum Suizid, zum Beispiel aufgrund psychosozialer Stressoren und Überforderung, sodass der extreme Wunsch nach Ruhe entsteht, kann es zu Suizidversuchen kommen, ohne dem Bewusstsein der vollkommenen Endgültigkeit. Je nachdem welche Erfahrungen ein Kind schon mit dem Tod gemacht hat und wie es im Austausch darüber mit seinen Eltern steht, kann es schon im Alter von acht bis zwölf Jahren biologische Ursachen im Zusammenhang mit dem Tod benennen. Neben den realistischen Gründen für den Tod, besteht häufig auch die Vorstellung, dass der Tod böse sei oder eine Form der Bestrafung darstellt. Es entstehen außerdem Fantasien davon, was nach dem Tod passiert. Etwa ab zwölf Jahren wird dem jungen Menschen das volle Verständnis der Endgültigkeit des Todes sowie dessen emotionale Folgen zugetraut (Trompeter 2021, S. 627–628). Es wird also davon ausgegangen, dass Kinder auf emotionaler Ebene schon sehr früh ein Gefühl für den Tod entwickeln können (Aeschbacher 2008, S. 44–45). Aeschbacher fasst zusammen, dass beide Konzepte der kindlichen Todesvorstellungen für sich allein ungenügend sind. Um die Komplexität dieses „mehrdimensionalen Konstruktes“ zu erfassen, bedarf es beide Komponenten, die kognitiven sowie die sozio-emotionalen Fähigkeiten. Sie weist abschließend auch noch daraufhin, dass religiöse und kulturelle Aspekte ebenfalls nähere Betrachtung in diesem Zusammenhang erfahren sollten (Aeschbacher 2008, 44ff).

Somit ist kein festes Einstiegsalter benennbar, ab wann ein Kind sich den Konsequenzen suizidaler Handlungen absolut bewusst ist. Je nach Auffassung, könne dies bereits ab einem Alter von acht bis zehn Jahren der Fall sein.

3.2. Signale für Suizidgefahr

Das wohl offensichtlichste Signal für Suizidalität ist die Ankündigung des Suizids selbst. Dabei ist irrelevant, ob es sich um einen Hilferuf ohne konkrete Selbsttötungsabsicht handelt oder sie als Drohung missbraucht wird, um Bezugspersonen emotional zu erpressen. Die Not drückt sich in den fehlenden Handlungsalternativen aus, wenn dieses Mittel eingesetzt wird, um das Umfeld zum Handeln zu bewegen (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 14). Im Kindes- und Jugendalter können auch folgende Anzeichen als Hinweis für eine Suizidgefahr dienen: Leistungsabfall, Schulschwächen, Konzentrationsstörungen, Beschäftigung mit dem Thema Tod in Zeichnungen, Aufsätzen oder durch konkrete Äußerungen, Rückzugstendenzen (z.B. durch den Abbruch von Freundschaften), äußere Vernachlässigung, unklare körperliche Beschwerden und/oder das Verschenken von wichtigen persönlichen Gegenständen (Trompeter 2021, S. 628). Weitere Warnzeichen können eine traurige und niedergeschlagene Stimmung des Heranwachsenden sein, begleitet von Schlaflosigkeit und Müdigkeit oder Appetitlosigkeit. Auch kann das Verlieren jeglicher Interessen und Initiative ein Warnhinweis sein sowie Gefühle, sich von niemanden verstanden zu fühlen, begleitet von umfassendem Grübeln. Außerdem sollte auf Aussagen geachtet werden, die Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Ratlosigkeit signalisieren und den Sinn des Lebens infrage stellen (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 15). Ebenso kann es zu gesteigertem autoaggressivem Verhalten kommen (Trompeter 2021, S. 628).

3.3. Auslöser und Risikofaktoren

Es wurde bereits erklärt, dass ein Suizid in der Regel die Reaktion auf ein multifaktorielles Zusammenkommen verschiedener Elemente mit fehlenden Handlungsalternativen ist. In diesem Unterkapitel soll auf jene Faktoren eingegangen werden, die das Risiko eines Suizids erhöhen können. Je mehr Risikofaktoren zusammenwirken, desto höher ist die Vulnerabilität eines Menschen für suizidale Handlungen (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 9). Die verschiedenen Faktoren können in beeinflussbare und nicht beeinflussbare unterteilt werden, wobei sich die Suizidprävention besonders auf die beeinflussbaren konzentriert. So kann beispielsweise auf das Alter oder Geschlecht wenig Einfluss genommen werden, auf die medizinische Versorgung oder das Schaffen von Schutzfaktoren und Ressourcen dagegen schon (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 9).

Ein besonders hohes Suizidrisiko besteht bei alten Menschen, Menschen mit Psychosen, vor allem bei jenen mit affektiven Psychosen, aber auch bei Personen mit Depressionen und Substanzabhängigkeit und hier besonders bei chronisch Alkoholabhängigen (Thieme Gruppe

2013). Der Zusammenhang von Suizid und psychischen Störungen wird insbesondere in den high-income Ländern beobachtet.

Doch die Risikofaktoren allein führen noch nicht zum Suizid. Die meisten Suizide finden aus einem Impuls heraus statt, in außerordentlichen Krisensituationen und der Unfähigkeit mit diesem enormen Stress anders umzugehen (World Health Organization 2019).

„Auslösende Faktoren können Ereignisse oder Veränderungen von außen oder von innen sein, die zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben des Menschen plötzlich auftreten oder sich entwickelt haben. Treffen sie dann mit bereits bestehenden Risikofaktoren zusammen, kann es zu Suizidalität kommen. Je mehr ungünstige Entwicklungen im Vorfeld der aktuellen Krise stattgefunden haben, desto größer wird das suizidale Risiko.“ (Schenk 2014, S. 34).

Außerordentliche Krisen können beispielsweise finanzielle Schwierigkeiten, chronische Schmerzen, suizidales Verhalten im Familienverband oder Parasuizide¹ sein, aber auch Missbrauch- oder Gewalterfahrungen, Diskriminierung, Gefühle der Isolation und konfliktreiche Beziehungen können dazu zählen (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 9). Hinzukommen Gefühle von Schuld und Scham, der Verlust der Ehre oder die Gefährdung der körperlichen Integrität (Küchenhoff 2013). Oschlies zählt einige Faktoren auf, die er für Suizide von Kindern und Heranwachsenden besonders relevant hält. Dazu zählen Schulschwierigkeiten, familiäre und häusliche Probleme, Einschränkungen der Gemeinschaftsfähigkeit und Liebeskummer (Oschlies 1979, 229ff; zit. nach Ramachers 1994, S. 107). Eine Befragung von Kindern und Jugendlichen, die einen Suizidversuch vorgenommen hatten, ergab außerdem, dass eine ungewollte Schwangerschaft oder Misserfolge in der Schule auslösend wirkten (Neurologen und Psychiater im Netz 2022).

Die Zahl der möglichen Einflussfaktoren ist groß. Zur besseren Ansicht wurde eine Tabelle (s. Tabelle 1) erstellt, die eine Sammlung von Risikofaktoren und Auslösern aus verschiedenen Quellen zusammenfasst. Es wird dabei jedoch nicht der Anspruch der Vollständigkeit erhoben. Hinweisend wird ergänzt, dass in der Literatur nicht konsequent zwischen Risikofaktoren, Auslösern und Gründen für einen Suizid differenziert wird. Teilweise werden Risikofaktoren benannt, die an anderer Stelle als Auslöser oder Ursache aufgeführt werden. So kann z.B. Liebeskummer generell das Suizidrisiko erhöhen und in einem speziellen Fall auch der Auslöser sein für suizidale Handlungen, in einem anderen Fall wiederum nicht. Dies macht deutlich, wie eng die Auslöser, Einflussfaktoren und Ursachen zusammenhängen und

¹ Parasuizid kann definiert werden als Suizidversuch ohne Sterbewunsch. Damit sind Handlungen oder ein Verhalten gemeint, welches den Tod als Folge haben kann, ohne dass dies das Ziel oder die Absicht davon ist. Das kann beispielsweise risikoreiches Verhalten, das Provozieren von Unfällen oder die fehlerhafte Einnahme von Medikamenten sein (Baving 2004, S. 5; Gontard et al. 2018).

dass es auch auf die individuelle Konstellation bei jeder einzelnen Person ankommt. Somit begründet sich die Zusammenfassung von Risikofaktoren und Auslösern auch in der vorliegenden Arbeit.

Die gesammelten Wirkfaktoren wurden dazu in vier Kategorien eingeteilt. Die personenbezogenen Faktoren beziehen sich auf das individuelle Erleben und Einflüsse, die speziell auf das Individuum wirken. Dazu gehören zum Beispiel Gefühle, Krisen und Schicksalsschläge. In der zweiten Kategorie werden psychische und physische Faktoren benannt, Störungen von Körper und Geist, die das Risiko für einen Suizid erhöhen. Faktoren, die sich durch zwischenmenschliche Interaktion begründen, werden in der dritten Kategorie aufgeführt. Diese Risiken entstehen im sozialen System, in dem die Heranwachsenden groß werden und leben. Die vierte Kategorie beschreibt strukturelle Risiken, die gesellschaftsbedingt sind und von außen auf das Individuum wirken.

Tabelle 1- Auslöser und Risikofaktoren

Personenbezogene Faktoren
➤ Verlust wichtiger Bezugspersonen
➤ Trennung
➤ Liebeskummer
➤ Probleme im sexuellen Bereich
➤ Schulische Leistungsprobleme
➤ Jobverlust
➤ Finanzielle Verluste
➤ Existenzängste
➤ Medienabhängigkeit
➤ Drogenkonsum
➤ Diskriminierung
➤ Migrationshintergrund
➤ Fluchterfahrungen
➤ Lebensbedrohliche Unfälle
➤ Kontaktstörungen
➤ Soziale Isolation
➤ Subjektiv fehlende Unterstützung
➤ Fehlende Problemlösungsstrategien
➤ Gefühle: Hilflosigkeit, Leere, Verzweiflung, Resignation, Scham, Einsamkeit, Entmuti-

gung, Gehemmtheit, Impulsivität, Aggressivität, Ängstlichkeit, Wertlosigkeit, Gefühllosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit, Schuldgefühle, Gefühle eine Last zu sein

Psychische und physische Faktoren

- Suchterkrankungen
- Depressive Störungen
- Angst- und Panikzustände bis zur Angststörung
- Bipolare Störungen
- Psychosen
- Schlafstörungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen mit und ohne Störungen des Sozialverhaltens
- Schwer gestörtes Selbstgefühl
- Frühe, narzisstische Störungen der Entwicklung des Selbstwertgefühls
- Ausgeprägtes Selbstverletzendes Verhalten
- Wahnvorstellungen, Halluzinationen
- Vorangegangene Suizidversuche
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Schulabsentismus
- Identitätsstörungen und persönlichkeitsbezogene Krise des Wertesystems oder der Moralvorstellungen
- Pubertät

Faktoren der Beziehungsebene und des sozialen Umfelds

- Suizide in der Familie oder im allgemeinen Umfeld
- Seelische Störungen eines Familienmitglieds
- Trennung und/oder Scheidung der Eltern
- Vernachlässigung
- Missbrauch
- Misshandlung
- Broken-Home Situation

- Konflikte im familiären Umfeld und zwischen Bezugspersonen
- Scheinbar unlösbare Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich
- Mobbing
- Gewalterfahrungen
- Dysfunktionale oder fehlende Kommunikation
- Zwischenmenschliche Überforderungssituation in Schule

Gesellschaftliche Faktoren

- Krieg
- Katastrophen
- High-Income Countries
- Schwierigkeiten beim Zugang zum Versorgungssystem
- Engpässe beim Bereitstellen der notwendigen Versorgung
- Stigmatisierung beim Hilfesuchen
- Social Media
- Belastung durch Eingliederung
- Einfacher Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden
- Unangebrachte Medienerstattung von Suizid, Nachahmungseffekte

Quellen: (Becker und Correll 2020; Drömann 1983, S. 89; Gontard et al. 2018; Radde et al. 2018, S. 1254; Razum und Zeeb 2004, S. 1092; Schenk 2014, S. 13, 2014, S. 34–35; Trompeter 2021, S. 629; Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 9; Wewetzer und Quaschner 2019, S. 17; World Health Organization 2019).

Bei vielen der aufgeführten Punkte handelt es sich um Krisen, die den Selbstwert betreffen, den Sinn der eigenen Existenz oder des eigenen Handelns in Frage stellen, die durch Fehlverhalten und dessen Konsequenzen ausgelöst werden, sowie um innerpsychische Konflikte oder Schwierigkeiten mit dem sozialen Umfeld in Kombination mit fehlenden Handlungsstrategien. Gerät die Person dann in eine Abwärtsspirale, kann dies zu einem Teufelskreis aus Einengung und Entgleisung führen und folgend suizidale Krisen hervorbringen (Schenk 2014, S. 35). Verfügt der oder die Heranwachsende jedoch über genügend Kompensationsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien, muss das Aufeinandertreffen verschiedener Risiken nicht zwangsläufig zur Suizidalität führen (Schenk 2014, S. 20). Daher soll im folgenden Kapitel auch kurz auf mögliche Schutzfaktoren eingegangen werden.

3.4. Schutzfaktoren

Auf Schicksalsschläge, strukturell bedingte Katastrophen oder von außen herangetragene Krisen hat das Individuum keinen Einfluss. Das bedeutet, die Schutzfaktoren liegen in den Fähigkeiten und Ressourcen der Person, mit solchen negativen Einflüssen umzugehen. „Ein Schlüssel zum Schutz vor Suizidalität ist also eine gute Emotionsregulation.“ (Möhler und Resch 2020, S. 79). Starke Belastungen können kompensiert werden, wenn Bewältigungsmechanismen bestehen und dem/der Heranwachsenden sowohl biologische als auch psychosoziale Ressourcen zur Verfügung stehen (Möhler und Resch 2020, S. 80). Ein wichtiges Stichwort ist hier Resilienz - die Fähigkeit mit Widerständen, Belastungen und Krisen umzugehen. Aber auch verlässliche Bezugspersonen und ein sicheres Lebensumfeld stärken die Widerstandsfähigkeit (Möhler und Resch 2020, S. 83). Genauso wirken adaptive Fähigkeiten, die der Selbstfürsorge und -regulation dienen, schützend.

„Stressabbau, Achtsamkeitslenkung und Emotionsregulation sind dabei genauso erlernbare Fähigkeiten, wie Lesen und Schreiben. Die Erlangung dieser Fertigkeiten und Kapazitäten zur besseren Wahrnehmung von Selbstfürsorge können Jugendlichen nachgewiesenermaßen helfen, das Gefühl der Hilflosigkeit abzubauen und die Wahrnehmung von positiven Erlebnissen zu schärfen.“ (Möhler und Resch 2020, S. 83).

4. Ätiologie von Suizidalität in der Adoleszenz

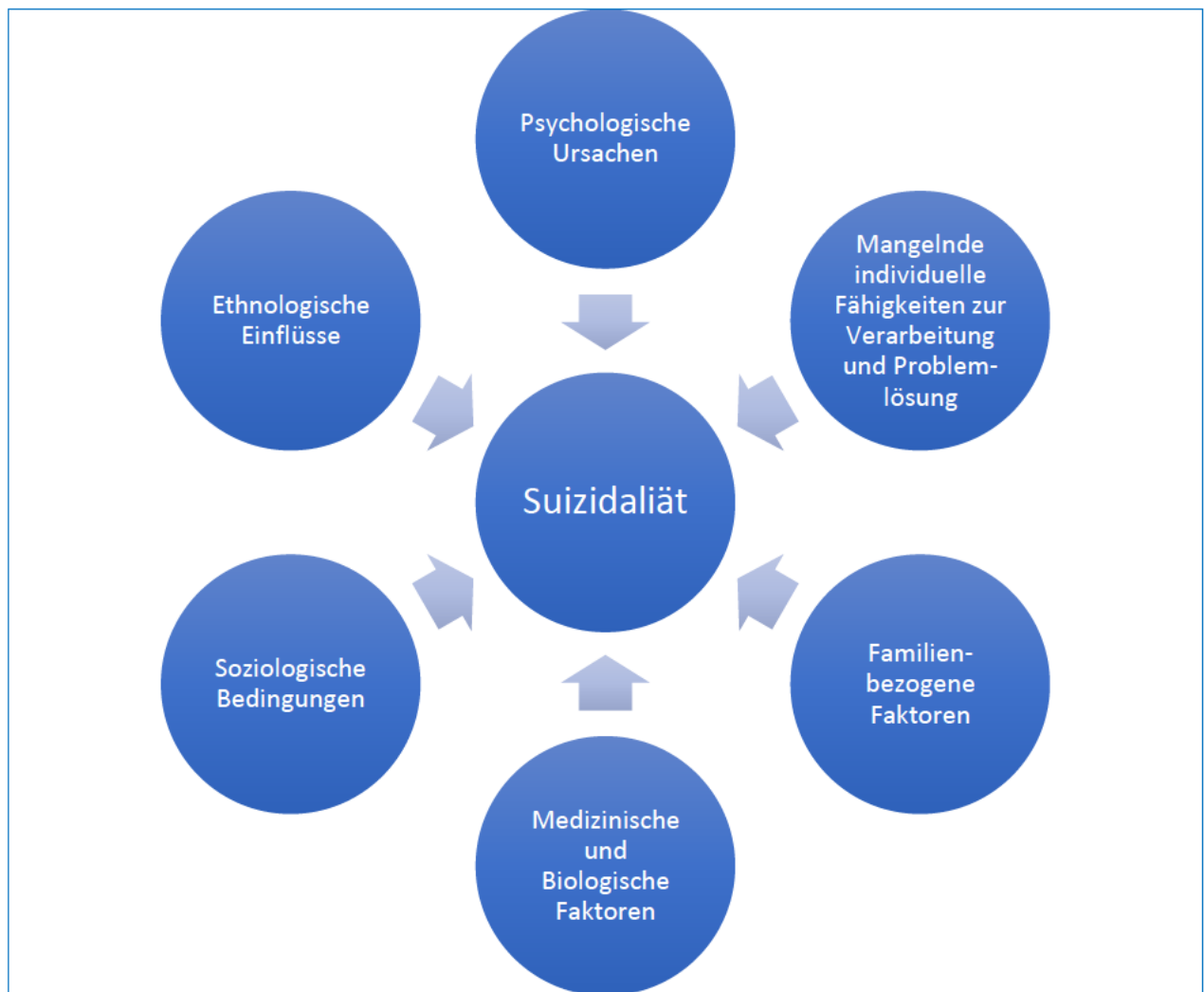
Es wurde nun ausführlich über Risikofaktoren und Auslöser gesprochen und die Tatsache, dass die Summe mehrerer Risikofaktoren allein nicht ausreichend ist, um Suizidalität zu entwickeln. Es gibt ebenso wenig den einen Grund oder Schuldigen, wenn jemand Suizid begeht. In diesem Kapitel soll deshalb auf die zugrunde liegenden Ursachen eingegangen werden, die unsichtbaren Gründe, die die Angriffsfläche bieten, um aus einer Krise eine suizidale Krise werden zu lassen.

„Ursache für suizidale Entwicklungen ist nicht der sichtbare Auslöser, sondern dieser trifft zu einem bestimmten Zeitpunkt auf ungünstig entwickelte Persönlichkeitsanteile und Fähigkeiten, auf genetische Defekte oder auf eine erkrankte Psyche des Menschen, so dass sich für ihn die Veränderung, der Konflikt oder die Krise zu einer Extrembelastung aufgrund emotionaler Entgleisung oder biochemischer Veränderungen im Gehirn ausweitet.“ (Schenk 2014, S. 34).

Dazu soll ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt werden, der biologische und medizinische Aspekte, psychologische Ursachen und entwicklungspsychologische Komponenten sowie soziologische und ethnologische Einflüsse in die Entwicklung von Suizidalität bei Heran-

wachsenden einbezieht (s. Abbildung 1). Außerdem soll der besondere Einfluss der Familie betrachtet werden. Damit wird herausgearbeitet, an welchen Punkten die Familie eine Resource und Schutz und an welcher Stelle ein Risiko oder eine Gefahr für die Durchführung des Suizides eines Kindes oder Jugendlichen darstellt. Wie bereits im Kapitel der Auslöser und Risikofaktoren erklärt, sind auch Risikofaktoren und Ursachen nicht immer klar trennbar, sodass es hier zu Überschneidungen kommen kann, bedingt durch die Zuordnung der Autor*innen in der Literatur. Dies ist nachvollziehbar, wird die Perspektive, aus der die Faktoren betrachtet werden, bzw. der Zeitpunkt, wann sie festgestellt werden, berücksichtigt. Wird rückwirkend die Vorgeschichte der suizidierten Person betrachtet, können Ursachen benannt werden, die vor dem Suizid noch als Risikofaktor bewertet wurden.

Abbildung 1- Wirkfaktoren Suizidalität – Eigene Darstellung

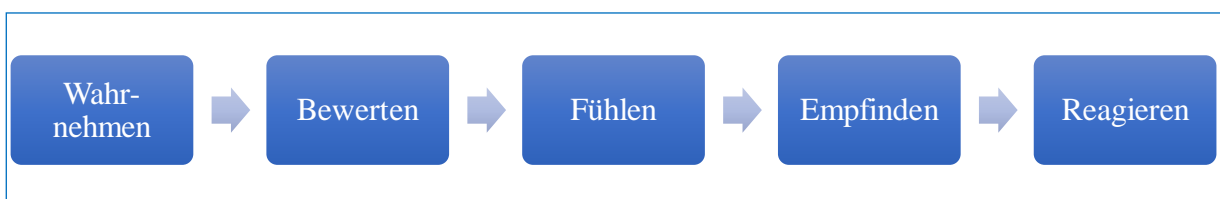


4.1. Medizinische und Biologische Faktoren

Begonnen werden soll mit dem biologischen Bausatz, mit dem der junge Mensch zur Welt kommt, der nicht beeinflussbar ist und die Basis bietet, aus der sich Kompetenzen und Fähigkeiten, aber auch Anfälligkeiten für Störungen entwickeln können.

„Faktoren, die unter bestimmten Bedingungen zu suizidalen Entwicklungen führen können, sind unter anderem in der Funktionsweise des Gehirns zu suchen, das als zentrales Organ Persönlichkeit, Psyche und alle Vorgänge im Körper steuert.“ (Schenk 2014, S. 14). Störungen von emotionalen und kognitiven Prozessen im Gehirn können beispielsweise durch genetische Defekte in der menschlichen DNS ausgelöst werden (Schenk 2014, S. 15). Ebenso werden die grundlegenden psychischen und physischen Eigenheiten einer Person durch dessen Eltern und Vorfahren vererbt. Starke Gefühle wie Angst können in den Genen verankert sein und somit die folgenden Generationen in ihrem Angsterleben und -verhalten prägen. Dieser Mechanismus hat in der Evolution das Überleben der Menschen gesichert, kann die Entwicklung von Suizidalität allerdings auch verstärken (Schenk 2014, S. 18). Die Genetik hat ebenso einen Einfluss auf das zentrale Nervensystem, das für die Verarbeitung aller eingehenden Reize zuständig ist (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 15). Forschungen belegen, dass die Entwicklung des Stresssystems bereits im Mutterleib beginnt. So hat die Ausschüttung von Stresshormonen der Kindesmutter in der Schwangerschaft direkten Einfluss auf den ungeborenen Fötus, da ihre Blutkreisläufe miteinander verbunden sind. Durch äußere Einflüsse während der Schwangerschaft bildet sich bereits die Grundlage für spätere Empfindungs- und Verhaltensmuster. Gemeint sind die inneren Abläufe von der Wahrnehmung eines Reizes bis zur Reaktion darauf (s. Abb. 1) (Schenk 2014, S. 20). Diese Abläufe passieren automatisch im Gehirn, je nachdem wie es durch Genetik, äußere Einflüsse und Erfahrung programmiert ist. „Zwar empfängt jeder Mensch mit seinen Sinnen die gleichen Informationen aus der Umwelt, aber jeder nimmt sie aufgrund der Andersartigkeit seiner Wahrnehmungsorgane unterschiedlich auf und speichert sie entsprechend seinen Vorerfahrungen individuell ab.“ (Schenk 2014, S. 15).

Abbildung 2- Innere Abläufe nach Schenk



(Eigene Darstellung nach Schenk 2014, S. 20).

Ein weiterer Zusammenhang wurde in den 70er Jahren festgestellt, der sich auf eine zu niedrige Serotoninkonzentration² im Gehirn bezieht. Dies wurde bei einer Untersuchung von Patient*innen mit Depressionen erkannt. 65 % der Patient*innen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, wiesen eine erniedrigte Serotoninkonzentration im Gehirn auf. Von den depressiven Behandelten ohne erniedrigte Serotoninkonzentration unternahm niemand einen Suizidversuch (Schenk 2014, S. 30–31). Des Weiteren gibt es Erkenntnisse darüber, dass bestimmte körperliche Erkrankungen, chronische Schmerzzustände und unheilbare Krankheiten zu suizidalen Entwicklungen beitragen können, da sie nicht nur den Körper belasten, sondern zusätzlich die Psyche. Ein erhöhtes Risiko weisen Menschen mit schwerer Migräne, Gehirntumoren, Epilepsie, Multiple Sklerose oder Krebs auf (Schenk 2014, S. 32).

Es lässt sich also zusammenfassen, dass allein auf körperlicher Ebene viele Faktoren wirken können, die Suizidalität begünstigen, losgelöst von Umgebungsfaktoren und Lebenssituationen, in denen sich eine Person befinden kann. Genetische Veranlagung, vererbte Traumata, neurologische Verarbeitungsstörungen, chronische oder unheilbare Krankheiten können einen Nährboden bieten, der den Menschen vulnerabel macht. Es wurde schon angedeutet, dass diese Faktoren Auswirkungen auf die Psyche haben. Dies soll im Folgenden genauere Betrachtung finden.

4.2. Psychologische Ursachen und Faktoren

„Hirnorganische Abläufe spielen im Rahmen von Suizidalität eine besondere Rolle, da sie die Psyche des Menschen verändern können. Die Psyche ermöglicht subjektives Wahrnehmen, Denken, Bewerten, Fühlen, Erinnern, Träumen und Phantasieren. Zu den psychischen Funktionen gehört auch die Fähigkeit des Reagierens wie Entscheiden, Handeln, Planen und so weiter. Bei suizidalen Entwicklungen sind diese Vorgänge beeinträchtigt.“ (Schenk 2014, S. 18).

Die Wahrnehmung und Einordnung von Reizen bis hin zu Krisen ist daher immer subjektiv, auch wenn sie häufig vom Individuum als objektiv und allgemeingültig bewertet wird. Insbesondere belastende Erfahrungen können durch Reize oder sogenannte Trigger immer wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Wird eine Person besonders häufig oder intensiv getriggert, kann die Folge eine Überforderung der Psyche sein, die im schlimmsten Falle mit dem Suizid endet, um den Reizen und den dadurch ausgelösten Gedanken und Gefühlen zu entkommen (Schenk 2014, S. 16).

² Serotonin ist ein Gewebshormon im Zentralnervensystem und gehört zur Gruppe der Neurotransmitter, die als Botenstoffe den Gehirnstoffwechsel steuern (Otzelberger 2005, S. 52–53).

„Der enge Zusammenhang zwischen Gedanken und Emotionen, die wie zwei Zahnräder ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen, spielt bei suizidalen Krisen und in der Trauer eine wichtige Rolle, da diese Abläufe unbewusst stattfinden und deshalb schwer beeinflussbar sind, wenn man sich nicht bewusst mit ihnen auseinandersetzt.“ (Schenk 2014, S. 17).

Wenn nun auf wiederkehrende Trigger mit gleichbleibenden Verhaltensweisen reagiert wird, können sich im Gehirn Muster bilden, die genauso abhängig machen können wie bestimmte stoffliche Substanzen (z.B. Alkohol oder Drogen etc.). Diese Denkmuster können sich zu sogenannten „Denkfehlern“ entwickeln, welche die empfundene Belastung weiter verstärken und gleichzeitig den Selbstwert schwächen können. Die „Denkfehler“ können neben unaushaltbaren Emotionen eine Einengung der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit auslösen und negative Konsequenzen für den psychischen und physischen Allgemeinzustand haben. Im Falle von Suizidalität ist es besonders fatal, wenn das Individuum in seiner Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit so begrenzt ist, dass ihm scheinbar kein anderer Ausweg mehr bleibt (Schenk 2014, S. 29). So begründet sich auch die Abwendung von dem Begriff Freitod. Befindet sich der Mensch aus psychologischer Perspektive in einem emotionalen und psychisch zugespitzten Zustand, kann kaum von Freiwilligkeit gesprochen werden, wenn es zu suizidalen Handlungen kommt (Ramachers 1994, S. 108). Es wird davon ausgegangen, dass der Person der Zugang zu den eigenen Emotionen und Bedürfnissen fehlt und sie dadurch nicht in der Lage ist, diese entsprechend zu stillen. Anstelle dessen werden ungünstige Methoden und Strategien gewählt, um den inneren Druck zu lösen (Schenk 2014, S. 23–24). Häufig besteht eine quälende Suche nach Liebe, Wärme, innerem Halt und Sicherheit, die mit Enttäuschungen, Angst, Verletzungen, Kränkungen und Leere beantwortet wird (Schenk 2014, S. 24). Aber auch Gefühle wie Scham und Schuld sind wiederkehrende Treiber in die Suizidalität. Sie sind stark mit den kognitiven Prozessen im Gehirn verknüpft und können Auslöser für die bereits benannten Denkfehler sein. Diese beiden Gefühle sind auch mit dem eigenen Selbstwert verbunden (Schenk 2014, S. 19). Es wurde festgestellt, dass es einen relevanten Zusammenhang zwischen einem schwergestörten Selbstgefühl in der Kindheit und Suizidalität gibt. Ringel benennt ängstliche, gehemmte, entmutigte und kontaktgestörte Kinder, die eine frühe, narzisstische Störung der Entwicklung des Selbstwertgefühles erlebt haben, als besonders gefährdet (Drömann 1983, S. 89; Neuhland - Hilfe in Krisen 2022). Sind Strategien wie Realitätsverleugnung oder Idealisierung des eigenen Selbstwertes zur Verhinderung starker Kränkungen nicht wirksam, kann der Wunsch nach Rückzug und Ruhe die Oberhand gewinnen. „Der Akt der Suizidhandlung ist dann als das Ausagieren der kleinkindlichen regressiven Phantasie zu verstehen.“ (Drömann 1983, S. 89–90). Ansätze in der Psychoanalyse verfolgen

den Gedanken, dass es sich beim Suizid um die Umkehr von nach außen gerichteten Aggressionen handelt, begründet in einer Beziehungsstörung. Durch den realen oder vermeintlichen Verlust einer Person, an die der Heranwachse auf ambivalente Weise gebunden ist, können Ängste und Aggressionen nicht nach außen gerichtet werden. „Vielmehr wird das ambivalent besetzte Objekt in das Ich introjiziert. Die Aggression, die dem Objekt gilt, wird dann gegen das Selbst gewandt und äußert sich in Selbstanklagen, Selbstvorwürfen und Suizidalität.“ (Neuhland - Hilfe in Krisen 2022).

4.3. Entwicklungspsychologische Aspekte während der Adoleszenz

Nun soll spezieller auf die Phase der Adoleszenz geschaut werden, die besonderen Entwicklungsaufgaben und die entsprechenden Fähigkeiten und Kompetenzen, beziehungsweise deren Minderentwicklung, welche zur suizidalen Entwicklung beitragen können. „Die Zeitspanne vom Kind zum Erwachsenen ist eine sehr empfindliche Phase. Sie ist geprägt durch Entwicklungsanforderungen, Veränderungen und Krisen [...]. Die Fähigkeit zur sozialen Anpassung ist bei der Meisterung dieses Lebensabschnitts von großer Bedeutung.“ (Neurologen und Psychiater im Netz 2022). Die Zeit des Erwachsenwerdens steckt voller Gegensätze, neuen Herausforderungen und Erfahrungen. Es ist die Zeit der Ablösung vom Elternhaus und gleichzeitig des Festhaltens an der Geborgenheit der Kindheit. Suizidgedanken und depressive Stimmungslagen sind Teil der „normalen“ Entwicklung und in diesem Rahmen in der Regel von kurzweiliger Natur (Möhler und Resch 2020, S. 79; Trompeter 2021, S. 628). Was trägt nun dazu bei, dass es sich nicht nur um eine Phase von suizidalen Tendenzen handelt, sondern sich Suizidgedanken manifestieren?

Eine wichtige Komponente ist die Frustrationstoleranz. Frust kann sehr schnell entstehen, wenn eine Person an Grenzen stößt und die Situation, in der sie sich befindet, nicht den eigenen Vorstellungen entspricht. Die Fähigkeit in solchen Situationen wie Konflikten, Krisen oder Stress angemessen zu reagieren, entwickelt sich bereits in der Kindheit. Sie basiert auf den Erfahrungen im Umgang mit Enttäuschungen, Belastungen, Misserfolgen, innerer Anspannung, Beklemmung, Unlust, Langeweile oder anderen unangenehmen Gefühlen und beeinflusst, ob jemand schnell oder besonders heftig auf solche äußeren Einflüsse reagiert. (Schenk 2014, S. 24–25). Suizidalität kann sowohl entstehen, wenn die Frustrationstoleranz sehr niedrig ist, als auch bei einer sehr hohen Frustrationstoleranz. Bei der ersten Variante sind Gefühle wie Hilflosigkeit, Selbstmitleid, die Vermeidung von Anstrengung und die Angst zu scheitern vorrangig, während es bei der zweiten Variante häufig in Kombination mit Übereifer und mangelnder Abgrenzungsfähigkeit durch langes Aushalten und Ertragen sowie

der Ignoranz der eigenen Bedürfnisse zur Überforderung kommen kann (Schenk 2014, S. 25). Auch die individuelle Wahrnehmung von Schmerzen hängt damit zusammen, wie sehr der junge Mensch unter körperlichen und emotionalen Verletzungen leidet und was sich im Bereich des Aushaltbaren befindet und was nicht. Für die Entwicklung der Schmerztoleranz sind zum einen die Spiegelneuronen des Kindes verantwortlich, welches den Umgang mit Schmerz und Leid bei seinen Bezugspersonen beobachtet und erlebt und zum anderen die persönlichen schmerzvollen Erfahrungen, die es macht, sowie die Möglichkeiten, die das Kind erfahren hat, wie Schmerzen gelindert werden können. Sowohl die Frustrations- als auch die Schmerztoleranz ist über die Lebensspanne veränderbar und abhängig von den Erlebnissen und Erfahrungen, die eine Person macht (Schenk 2014, S. 25–26). Kommt es nun zu Stress, innerem Druck, erhöhter Anspannung oder Überforderung setzen verschiedene Stressbewältigungsstrategien ein. Eine Möglichkeit ist die Abwehr, Verdrängung und Unterdrückung von unangenehmen Gefühlen oder die Vermeidung stressauslösender Situationen (Schenk 2014, S. 26). Dies löst jedoch die Konflikte nicht und deutet auf eine mangelnde Konfliktlösefähigkeit hin. Die Auseinandersetzung mit dem Leben und den bestehenden Konflikten kann dann aussichtslos erscheinen und als unerträglich empfunden werden (Neuhland - Hilfe in Krisen 2022). In diesem Zusammenhang fehlt es häufig auch an entsprechenden Kommunikationsfähigkeiten und reliablen Beziehungen, um sich in der Not mitzuteilen und einer Person anzuvertrauen. Kommunikationstheoretische Ansätze bezeichnen Suizidalität nicht als Krankheit, sondern als ein Symptom einer tiefsitzenden Beziehungsstörung. Dieser Ansatz geht auch von einer Appellfunktion des Suizidversuches aus. Paradoxerweise soll auf diese Art in einem letzten, hilflosen Akt die eigene Not zu offenbaren die verlorengegangene Kommunikation wieder geweckt werden (Neuhland - Hilfe in Krisen 2022; Radde et al. 2018, S. 1254; Ramachers 1994, S. 111). Im Jahr 2018 wurde von Radde et al. erstmalig im Rahmen einer systemischen Studie ein signifikanter Zusammenhang von dysfunktionaler Eltern-Kind-Kommunikation und Suizidalität in der Adoleszenz festgestellt, mit der weiteren Erkenntnis, dass die Kommunikation zur Mutter eine besondere Bedeutung besitzt (Radde et al. 2018, S. 1256). Eine Kommunikationsstörung geht oft einher mit einer Beziehungsstörung. Sie verhindert zusätzlich zur eingeschränkten Fähigkeit sich selbst zu verstehen und mitzuteilen, in Beziehung zu treten oder auf verlässliche und helfende Beziehungen zurückgreifen zu können. Ramachers beschreibt den Suizid als „[...] Endpunkt einer Geschichte gestörter, das heißt, symbiotisch einengender oder unsicherer und gleichgültiger Beziehungen (Ramachers 1994, S. 111–112). Auf den Einfluss der Familie wird später noch in Kapitel 5.6. genauer eingegangen.

Es gibt allerdings auch Umstände und Einflüsse, die auf die Entwicklung eines jungen Menschen Einfluss haben und unabhängig von einem gestörten Verhalten sind. Dies kann zum Beispiel der notwendige Aufenthalt in einem Brutkasten nach der Geburt sein, Krankheiten der Eltern, Geschwisterkonstellationen sowie fehlende Geschwister oder unsichere Wohnverhältnisse. Im Prinzip können alle möglichen Dinge, die zu Stressreaktionen des Heranwachsenden führen, auslösender Anteil sein (Schenk 2014, S. 21). Relevant und ausschlaggebend ist dann der Erwerb von entsprechenden Bewältigungsstrategien und dem Maß an Hilflosigkeit, welches empfunden wird, wenn die Person stressvollen Situationen ausgeliefert ist. Besonders prägend sind in diesem Fall Erfahrungen, die von dem Kind als lebensbedrohlich wahrgenommen wurden. Solch extreme Gefühlszustände können von dem noch nicht voll ausgereiften Gehirn eines Kindes nur zum Teil verarbeitet werden, was wiederum die daraus resultierende Lernerfahrung beeinflusst. So entstehen individuelle Verhaltensmuster, um auf Belastungen zu reagieren (Schenk 2014, S. 21–22). Es gibt auch Hinweise darauf, dass der Beginn der Pubertät das Suizidrisiko erhöhen kann. Dies sei der Fall bei Jungen, die spät in die Pubertät starten und Mädchen, die verhältnismäßig früh in die Pubertät kommen (Neurologen und Psychiater im Netz 2022). Neben den Entwicklungsaufgaben, mit denen der junge Mensch in der Pubertät zu kämpfen hat, verändert sich auch der Hormonhaushalt und im Gehirn kommt es zu neuen neuronalen Verknüpfungen (Schenk 2014, S. 22). Die Pubertät wird außerdem gekennzeichnet durch eine erhöhte Impulsivität und kann Suizidimpulse hervorbringen, ohne dass depressive Phasen und Störungen vorliegen. Aus diesen Suizidimpulsen können parasuizidale Handlungen entstehen, ausgelöst durch Situationen, die eine emotionale Überforderung darstellen, wie zum Beispiel ein eskalierter Streit mit den Eltern oder die Angst vor schlechten Schulnoten (Möhler und Resch 2020, S. 82). Dann handelt es sich um Kurzschlussreaktionen, nicht um konkret geplante Selbsttötungsabsichten. Eine weitere Gefahr liegt in der pubertätsbedingten Neigung zum Risikoverhalten. Diese ist bei männlichen Jugendlichen deutlich stärker ausgeprägt als bei den weiblichen Jugendlichen, zum Beispiel in den Bereichen Sport, Straßenverkehr, Umgang mit Gewalt oder in Form von Mutproben. Die Hemmungen sinken weiter in der Kombination mit Alkoholkonsum oder durch die Einnahme von illegalen Drogen (Kratzer und Juen 2020, S. 150). Die Funktionen von risikoreichem Verhalten variieren von positiven Einflüssen auf die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung, über die Abwendung von Langeweile, dem Ausdruck eines Lifestyles, von Experimentierfreude und dem Ausleben von Abenteuerlust. Aber es kann auch eine Art sein, um in Opposition zu treten, sich seinen Ängsten zu stellen oder Frust und Stress zu kompensieren. Des Weiteren kann der Versuch dahinter verborgen liegen, die Akzeptanz der Peers zu erlangen

(Kratzer und Juen 2020, S. 151). Der Kontakt und Umgang mit der Peergroup ist ein wesentlicher Punkt beim Erwachsenwerden und der Entwicklung von suizidalem Verhalten (Plener 2015, S. 42).

Während der Identitätsentwicklung von Jugendlichen ist die Unterstützung durch das soziale Umfeld enorm wichtig, so können Störungen auftreten, wenn ihre Versuche eigene Ansichten zu bilden wenig Akzeptanz finden. Dies kann sich auf ihre Einstellungen zum Werte- und Normensystem, zur sexuellen Orientierung, ihren Bedürfnissen, dem Selbstbild und den eigenen Zielen sowie der Auswahl von Freunden und die Partnerauswahl auswirken. Der Einfluss vom sozialen Umfeld kann so massiv werden, dass die Jugendlichen von den Meinungen der anderen abhängig werden können. Das macht sie anfälliger für Manipulationen und stärkt ihre Unsicherheit. „Eine nicht stabile Persönlichkeit und ein eingeschränkter Selbstwert, der das Spiegelbild aller Denkmuster über sich selbst ist, können zusammen mit hormonellen Veränderungen ab der Pubertät zu einem suizidalen Risikofaktor werden.“ (Schenk 2014, S. 22).

Es wird deutlich wie viele verschiedene Bereiche der Psyche Suizidalität im Jugendalter auslösen können und wie viele Kompetenzen notwendig sind, um mit den Krisen und Belastungen umgehen zu können.

4.4. Soziologische Einflüsse

Da ein junger Mensch nicht im luftleeren Raum aufwächst, sondern auch gesellschaftlichen Einflüssen unterliegt, werden in dieser Arbeit auch die soziologischen Faktoren betrachtet. Die Suizidrate variiert in den unterschiedlichen Gesellschaften in erheblichem Umfang (Calliess et al. 2007, S. 662–663). Daten belegen, dass die Suizidrate in den Industriestaaten höher ist als in weniger entwickelten Ländern (Calliess et al. 2007, S. 660). Traditionale Gesellschaften wirken im Gegensatz dazu eher protektiv (Calliess et al. 2007, S. 654).

„Umfassende gesellschaftliche Veränderungen wie Migration, Krieg, Bevölkerungsexplosion, sozialer Wandel und technische Entwicklung haben zweifelsohne nicht nur Einfluss auf die Stabilität einer Gesellschaft, sondern berühren auch die emotionale Stabilität der von diesen Veränderungen betroffenen Individuen. Unbestritten können Industrialisierung, Verstädterung und sozialer Wandel auch zu einer Zunahme von Suiziden führen [...].“ (Calliess et al. 2007, S. 654).

Die Gesellschaft beeinflusst das Werte- und Normensystem, die Moralvorstellungen, Regeln, die Akzeptanz von Bedürfnisbefriedigung und das Verhalten, welches daraus resultiert. So hat sich in der jüngeren Vergangenheit ein Trend zum Streben nach Perfektionismus und dauerhafter Erreichbarkeit entwickelt, eine gefährliche Kombination, die zu Leistungsdruck und Überforderung und einer Intoleranz gegenüber der eigenen Störungsanfälligkeit durch zum

Beispiel Krankheit, Krisen und Konflikte führen kann. Der Versuch diesen Ansprüchen gerecht zu werden, kann suizidale Entwicklungen begründen (Schenk 2014, S. 19). Dies wird begleitet durch eine steigende Individualisierung. Der Lebensweg ist deutlich weniger vorstrukturiert durch familiäre, gesellschaftliche und kirchliche Traditionen. Dadurch gehen aber auch bestehende Leitbilder verloren, die bis dahin Struktur, Klarheit und Halt geboten haben und nun zur Orientierungslosigkeit führen können. Das kann die Gefahr für psychische Krankheiten und Suizidalität erhöhen (Hefner 2000, S. 19–20). Dies deckt sich beispielsweise mit den gestiegenen Zahlen diagnostizierter Depressionen. Von 2005 bis 2017 hat sich die Depressionszahl bei den 10 – 14-Jährigen verdoppelt. Bei den Jugendlichen wurden sogar zweieinhalb Mal so viele Depressionen diagnostiziert (Möhler und Resch 2020, S. 79).

Daher hat auch der Umgang mit psychischen Krankheiten und Suizid in einer Gesellschaft entsprechenden Einfluss. Handelt es sich um ein Tabu und ist der Suizid mit Stigmatisierung verbunden, steht er in Verbindung mit Ehre und Stolz, wird er sogar strafrechtlich verfolgt oder als Sünde betrachtet? Dies hat Einfluss darauf, wie sehr ein Suizid als Option infrage kommt (Medical School Berlin 2022; Schenk 2014, S. 7).

Auch der technologische Fortschritt birgt seine Risiken. Die Zugriffsmöglichkeiten auf das Privatleben, die moderne Kommunikationsmittel mit sich bringen, vereinfachen auch die Möglichkeit von Grenzüberschreitungen in Form von Cybermobbing, Stalking oder Rufmord auf sozialen Plattformen. Dies kann einhergehen mit dem Rückgang von persönlichen Kontakten, was das Deuten verbaler und nonverbaler Kommunikation erschwert. Dies ist jedoch eine wichtige Kompetenz in Konfliktsituationen (Schenk 2014, S. 19–20). Zudem können junge Menschen durch das Internet leichter Zugriff auf für sie unangemessene Informationen erhalten und durch die Inhalte, zum Beispiel in Suizidforen, weiter in ihren negativen Gedanken bestärkt werden oder sogar Verabredungen zum gemeinsamen Suizid treffen. Ebenso kann die Berichterstattung den sogenannten „Werther-Effekt“ auslösen. Dabei handelt es sich um das Phänomen eines Nachahmungseffekts, welcher zu einer Häufung von Suiziden führt, nachdem von einem Suizid öffentlich berichtet wurde (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 15–16).

„Der Mensch in einer Lebenskrise ist hin und her gerissen zwischen Nicht-Leben-können und Nicht-sterben-wollen“ (Hefner 2000, S. 24). An dieser Stelle kommt eine weitere Ebene hinzu. So kann eine Person beispielsweise reflektiert und resilient (widerstandsfähig) genug sein, zu erkennen, dass sie suizidal ist und vor dem Punkt stehen, sich Hilfe zu suchen, stößt dann jedoch auf verschiedene Hürden in ihrer Umwelt. Dabei kann es sich um einen schwie-

rigen Zugang zum Gesundheitssystem sowie einer unzureichenden Bereitstellung der notwendigen Versorgung handeln (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 9).

4.5. Ethnologische Faktoren

Sowohl die persönliche als auch die gesellschaftliche Ebene werden umgeben von dem kulturellen Kontext, in dem ein Mensch aufwächst und eine bestimmte Betrachtung von Suizid vorherrscht. So wurde festgestellt, dass die jeweilige Kultur Einfluss auf die grundsätzliche Haltung zum Suizid sowie auf die Suizidmotive und –praktiken hat (Calliess et al. 2007, S. 654). Sie beeinflusst aber auch die möglichen Bewältigungsstrategien der Individuen. Während einige Kulturen offen über ihre Gefühle und möglichen Belastungen sprechen, ist es in anderen Kulturen eher Sitte, seine persönlichen Empfindungen zurückzuhalten. Dadurch wird eventuell erst spät oder gar nicht auf externe Unterstützer- oder Hilfesysteme zurückgegriffen (Kirkcaldy et al. 2006, S. 880). Die Kultur hat also Einfluss darauf, ob ein Suizid überhaupt als Lösung für die eigenen Probleme infrage kommt oder eher nicht (Calliess et al. 2007, S. 662). In einem bestimmten Bevölkerungsteil von Indien konnte beobachtet werden, dass junge Menschen in extremen emotionalen Ausnahmezuständen, z.B. nach heftigen Autoritätskonflikten, ihre Aggressionen in Form von suizidalen Handlungen gegen sich selber richteten, da es ihnen kulturell untersagt war, ihre aggressiven Stimmungen gegenüber den Autoritätspersonen auszuleben (Calliess et al. 2007, S. 658–659).

In einigen Kulturen, wie dem Hinduismus, gilt der Suizid in bestimmten Situationen dagegen als legitim, wie z.B. im hohen Alter oder in Krankheit, während er aus individuellen Gründen abgelehnt und verurteilt wird. Im Islam wird der Suizid als Sünde betrachtet, sodass allein der Gedanke an einen Suizid extreme Schuldgefühle hervorrufen kann, was die Hemmschwelle, sich Hilfe zu suchen, stark erhöht (Gräßer et al. 2017). Es wird vermutet, dass die niedrigen Suizidraten in katholisch geprägten Ländern (Irland, Italien und Spanien) damit zusammenhängen, dass der Suizid in der katholischen Kirche als schandhaft verurteilt wird (Calliess et al. 2007, S. 656). „Suizidversuche treten in verschiedenen Kulturen und zeitlichen Epochen mit unterschiedlicher Häufigkeit auf.“ (Mirisch 2018). Es gibt aber auch kleine, isoliert lebende Ethnien, bei denen Suizid völlig unbekannt ist und dementsprechend nicht auftritt (Calliess et al. 2007, S. 659).

4.6. Familiäre Faktoren

Der Einfluss der Familie auf die Entwicklung von Suizidalität wird im folgenden Kapitel genauer dargestellt. An dieser Stelle fließen Faktoren aus den verschiedenen, bereits beschriebe-

nen ätiologischen Ursachen ineinander. Die Familie wird beeinflusst durch den gesellschaftlichen Kontext, indem sie lebt, ihrem kulturellen Hintergrund und den Erfahrungen und Lernstrategien, die Eltern aus ihren eigenen Kernfamilien übernommen haben, sowie in die Erziehung ihre Kinder einfließen lassen. Somit bündeln sich die unterschiedlichen Einflussfaktoren in einem Familiensystem.

Auch viele der beschriebenen Risikofaktoren für Suizidalität in der Adoleszenz liegen im Bereich des familiären Einflusses. Neben den affektiven Störungen und Suizidalität im familiären Umfeld werden die physische Misshandlung und subjektiv empfundene fehlende familiäre Unterstützung sowie Konflikte in der Familie als besonders nennenswert erachtet (Plener 2015, S. 42; Radde et al. 2018, S. 1254). Als weiterhin stark gefährdet gelten Kinder und Jugendliche, die von der Familie abgelehnt, unerwünscht, ungewollt oder verwahrlost sind und überfordert werden. Auch jene, die in einer angespannten Familienatmosphäre aufwachsen und sowohl psychische als auch physische Gewalterfahrungen machen. Ebenso Heranwachsende, die als Partnerersatz eines Elternteils dienen müssen oder mehrere Trennungen miterlebt und verschiedene Beziehungsabbrüche erfahren haben, gelten als hochgradig gefährdet, suizidales Verhalten zu entwickeln (Neuhland - Hilfe in Krisen 2022). Traumata und Situationen, die für den jungen Menschen als lebensbedrohlich wahrgenommen werden und zu einem Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit führen, gehören ebenfalls zu den schwerwiegenden Einflüssen (Schenk 2014, S. 21).

Im Jahr 1983 veröffentlichte Schleiffer Aspekte eines familiensystemischen Konzeptes suizidalen Handelns, nachdem er wiederkehrende Auffälligkeiten in den familiendynamischen Konstellationen von suizidalen Kindern und deren Familien in der klinischen Arbeit feststellte (Schleiffer 1983, S. 101). Zu den Merkmalen gehören eine bestehende Suizidtradition in der Familie, gestörte Familienverhältnisse, eine bedrückende Familienatmosphäre mit bestehendem Todesbewusstsein, aufgrund unverarbeiteter Verluste und einer überwiegenden Vergangenheitsorientierung sowie versteckte oder offene Feindseligkeit, die bis hin zu offen ausgesprochenen Todeswünschen reichen kann, denen das Kind oder der junge Mensch dann irgendwann nachgeht (Schleiffer 1983, S. 101–102; Sperling 1980, S. 29, 1980, S. 28–29). „Eine schwierige konfliktreiche familiäre Situation kann für Kinder und Jugendliche eine erhebliche Belastung darstellen. Scheidung, häufige Streitigkeiten, unzureichende Betreuung und mangelnde Unterstützung oder fehlendes Verständnis belasten Kinder und Jugendliche.“ (Neurologen und Psychiater im Netz 2022). Genauso gehören seelische Erkrankungen der Eltern zu den familiären Vorbelastungen oder wenn diese selber einen sexuellen Missbrauch erlebt haben (Wewetzer und Quaschner 2019, S. 15, 2019, S. 20).

Im Kapitel zu den biologischen Faktoren wurde bereits über die Funktion der Spiegelneuronen gesprochen. Diesen kommt eine besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht bestimmtes Verhalten zu erlernen oder um zu erfüllen, wie es dem Gegenüber geht. Die Personen, die am meisten als Vorbild und Spiegel dienen, sind in der Regel die Eltern. Wie ein Kind beispielsweise auf Belastungen reagiert, lernt es anhand der Beobachtung der Eltern (Schenk 2014, S. 17). Dies gilt auch im Falle von Suizidalität. Häufig hat der Heranwachsende im familiären Umfeld bereits Kontakt mit der Lösungsstrategie Suizid gemacht und diese Option als Handlungsmöglichkeit für ähnliche Situationen abgespeichert. Hieraus resultieren die tragischen, familiären Traditionen von Suizid (Hefner 2000, S. 31, 2000, S. 36; Schleiffer 1983, S. 102). Dadurch erhöht sich das Suizidrisiko für die Kinder um das zwei- bis sechsfache (Neurologen und Psychiater im Netz 2022). Häufig mangelt es in diesen Familien an geeigneten Konfliktlösestrategien, entweder weil ungenügende Konfliktlösungsmuster von den Eltern übernommen wurden oder weil die Chance eigene Kompetenzen im Umgang mit den Geschwistern zu entwickeln unterbunden wurden beziehungsweise keine Geschwister da waren, mit denen Konflikte ausgetragen oder das Streiten geübt werden konnte. „Starrs Schweigen, Sichzurückziehen [sic], Nachtragendsein, Anklagen, Selbstmitleid oder Sichablenken [sic] sind Automatismen, die bei suizidalen Entwicklungen häufig anzutreffen sind.“ (Schenk 2014, S. 27). Auch kann die Annahme, dass andere Personen für die eigene Zufriedenheit und das Stillen der Bedürfnisse zuständig seien, von den Eltern übernommen werden. Daraus können wieder neue zwischenmenschliche Konflikte entstehen und die Fähigkeit eigenverantwortlich für sein Wohl zu sorgen unterentwickelt bleiben (Schenk 2014, S. 24). Ein negativer Umgang mit Fehlern und ihren Konsequenzen kann ebenfalls fatal sein. Wenn Eltern unverhältnismäßig hart auf das Fehlverhalten eines Kindes reagieren, kann dies starke emotionale Reaktionen hervorrufen, die auch auf das Selbstwert des Kindes wirken. Eine Folge davon kann sein, dass das Kind alles dafür tut, um Fehler und dessen Konsequenzen zu vermeiden, indem es beispielsweise anfängt zu lügen, die Fehler verschweigt oder vertuscht. Dieses Verhalten ist wiederum mit einer anhaltenden Überforderung verbunden und kann Ängste erzeugen, mit den eigenen Fehlern und den vermeintlichen Konsequenzen nicht leben zu können. Möglichkeiten wohlwollend mit begangenen Fehlern umgehen zu können, können in dem Rahmen nicht erlernt werden (Schenk 2014, S. 35).

„Obwohl bekannt ist, dass suizidale Menschen häufig eine insuffiziente Kommunikationsstrategie aufweisen, wurde die Bedeutung der familiären Kommunikation für die adolescente Suizidalität noch nicht hinreichend untersucht.“ (Radde et al. 2018, S. 1256). Radde et al. führten daher erstmalig eine systemische Studie zum Zusammenhang von dysfunktionaler

Kommunikation in der Familie und Suizid durch und bestätigten diese Verbindung. Sie erkannten außerdem einen besonderen Stellenwert in der Kommunikation zwischen der Mutter und ihrem Kind³ (Radde et al. 2018, 1254ff).

So wie die Stresshormone der Kindesmutter während der Schwangerschaft schon Einfluss auf den Fötus haben, kann auch die emotionale Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind, das Ungeborene prägen (Schenk 2014, S. 20–21). Gemeint sind damit zum Beispiel die bereits genannten Signale des unerwünscht seins oder dass die Eltern aufgrund psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, das Kind emotional zu versorgen. Entwickelt der junge Mensch während des Aufwachsens eine Beziehungsstörung, zeigt sich dies auch in der Schwierigkeit sich zum einen selbst zu verstehen und zum anderen sich seinen Mitmenschen gegenüber verständlich zu machen (Neuhland - Hilfe in Krisen 2022). Worin genau der Ursprung auch besteht, einig sind sich die verschiedenen Quellen darüber, dass Suizidalität auch aus defizitären emotionalen Beziehungen erwächst (Neurologen und Psychiater im Netz 2022; Ramachers 1994, S. 112; Schleiffer 1983, S. 101–102). Allerdings konnte im Kontext von der Auseinandersetzung mit dem „broken-home Syndrom⁴“ festgestellt werden, dass fehlende oder defizitäre Bindungen zu den Eltern durch andere Beziehungen im sozialen Umfeld kompensiert werden können. Suizidalität kommt eher vor, wenn es gar keine verlässlichen Bezugspersonen im Umfeld des jungen Menschen gibt, die unterstützend wirken können, wenn es zu Krisen und emotionalen Überforderungen kommt (Neurologen und Psychiater im Netz 2022).

Es gibt auch Erkenntnisse darüber, inwiefern der Erziehungsstil Einfluss auf die psychische Gesundheit des Kindes und die Suizidalität hat. Der Stil kann dabei sowohl protektiv als auch schädlich wirken. Eine Studie, die im April 2022 veröffentlicht wurde, hat festgestellt, dass das Suizidrisiko bei einem autoritativen Erziehungsstil im Vergleich zu anderen Erziehungsstilen am geringsten war. Das heißt wenn das Kind besonders liebevoll aufwächst und seine Interessen bei Entscheidungen einbezogen werden, aber gleichzeitig klaren Regeln und einer erheblichen Kontrolle unterliegt. Bei Kindern, die einen ablehnend-vernachlässigenden Erziehung erlebten, ist das Risiko für einen Suizidversuch dagegen erhöht. Ein autoritärer Erziehungsstil hatte dagegen keinen messbaren Einfluss auf die Suizidversuche, es wurde jedoch ein vermehrtes Auftreten von Suizidgedanken erfasst (Thieme Gruppe 2022). Trompe-

³ Da es keine Möglichkeit gab auf die Studie Zugriff zu erhalten, kann an dieser Stelle nicht tiefergehend auf diese Feststellung eingegangen werden.

⁴ Bei dem „broken-home Syndrom“ handelt es sich um gestörte Familienverhältnisse (Schleiffer 1983, S. 101–102).

ter beschreibt in einem Beitrag, dass ein überprotektiver Erziehungsstil in Kombination mit traumatischen Erfahrungen den jungen Menschen daran hindern kann, Krisen erfolgreich zu bewältigen und sich alterstypische Suizidphantasien schneller hin zu konkreten Suizidabsichten entwickeln können (Trompeter 2021, S. 628). Es gibt auch eine Gruppe von jungen Suizidanten, die aus intakten⁵ Familiensystemen stammen, wo für die Hinterbliebenen keine klare Logik hinter dem Suizid steckt. Häufig handelt es sich dabei um Hochbegabte mit besonders sensiblen Wesen. Es ist also auch zu berücksichtigen, wann Eltern keinen Einfluss auf den Suizid ihres Kindes haben. In der Literatur wird auch darauf hingewiesen, dass es für Eltern durchaus schwer sein kann, ernsthafte depressive Phasen neben alterstypischen, vergänglichen Suizidgedanken und pubertätsbedingten Krisen zu erkennen oder gar hormonell bedingte suizidale Impulsivität zu verhindern, wenn dies sogar Ärzten und Therapeuten oft nicht rechtzeitig gelang (Otzelberger 2005, S. 50).

5. Umgang mit Suizid

Es wurde in den vorangehenden Kapiteln ausführlich beschrieben, um wen es sich bei den Suizidanten handelt, was sie angetrieben hat, sich das Leben zu nehmen und warum sie scheinbar keine andere Wahl hatten.

In den folgenden Kapiteln soll nun der Blick auf die Menschen gerichtet werden, die am massivsten von dem Suizid betroffen sind – die Familie. Eltern und Geschwister, die zurückgelassen wurden und den Verlust eines Familienmitgliedes bewältigen müssen. In diesem Zusammenhang sind mit Familie jene Personen gemeint, die Teil der Kernfamilie der suizidierten Person sind, also Eltern und mögliche Geschwister. Der Personenkreis soll damit auf die vermutlich im Haushalt lebenden, engsten Familienmitglieder begrenzt werden. Dass es hier vielfältige mögliche Konstellationen gibt, ist der Autorin bewusst, kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden, da es den Umfang überschreiten würde, die vielen verschiedenen, möglichen Perspektiven angemessen zu berücksichtigen.

⁵ An dieser Stelle möchte die Autorin kritisch anmerken, dass es zu hinterfragen gilt, was als intaktes Familiensystem angesehen wird und inwieweit dies überprüft wurde, beziehungsweise nachträglich (nach dem Suizid) überprüfbar ist. Hängt die Einschätzung doch von den Aussagen der Eltern ab. Die gemachten Erfahrungen in der ambulanten Erziehungshilfe zeigen sehr häufig, dass Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung oder der Kommunikation nicht von den Eltern wahrgenommen werden oder auch nicht wahrgenommen werden wollen, selbst wenn offen über das suizidale Verhalten des Kindes und mögliche Auslöser gesprochen wird. Dies ist sicherlich keine repräsentative Wahrnehmung, aber zumindest die Erfahrung von neun Jahren sozialpädagogischer Familienhilfe.

Um herauszufinden, wie viele engste Familienmitglieder von dem Suizid betroffen sind, muss zunächst darauf geschaut werden, wie viele Geschwister ein Kind im Durchschnitt hat. Im Zeitraum von 2000 - 2010⁶ lag die durchschnittliche Geburtenrate bei 1,37 Kindern pro Mutter. Grob überschlagen bedeutet das, dass jedes dritte Kind zu der Zeit ein Geschwisterkind hatte. Vorausgesetzt es gibt zwei Elternteile, wobei es für diese Hochrechnung unerheblich ist, ob diese als Paar zusammenleben oder nicht, besitzt jedes Kind im Schnitt zwei bis drei engste Familienmitglieder. Wird diese Schätzung mit den 180 Suiziden der 10 – bis 20-jährigen im Jahr 2020 verknüpft, lässt sich eine grobe Schätzung von 420 betroffenen Familienmitgliedern allein für dieses eine Jahr errechnen (Statistisches Bundesamt 2022b, 2021). Bei dieser Hochrechnung handelt es sich im Vergleich zu anderen Hochrechnungen um die kleinste Gruppe von Hinterbliebenen, die in der Literatur zu finden war. Der Begriff Hinterbliebene wird je nach Auffassung enger oder weiter gefasst und zum Teil synonym mit Angehörigen verwendet. Es sind damit Menschen gemeint, die in einer engen, emotionalen Beziehung zu dem Suizidanten standen. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass Menschen im sozialen Umfeld wie Klassenkameraden*innen oder professionelle Helfer*innen und Ärzt*innen ebenfalls sehr betroffen sein können, ohne dass eine enge Freundschaft bestand (Brockmann et al. 2005, S. 47). So wird an einer Stelle von sechs bis zehn Personen gesprochen, die direkt vom Suizid betroffen sind, und an anderer von durchschnittlich zehn bis fünfzehn Menschen. Neuste Studien gehen sogar von etwa 135 Personen aus, die durch den Suizid berührt werden können (Brockmann et al. 2005, S. 47; Frei 2013; Wagner et al. 2021). Da in dieser Arbeit die Familie im Zentrum der Betrachtung steht, wird hier der Kreis der Hinterbliebenen und Angehörigen auf die Kernfamilie, also die Eltern und Geschwister, begrenzt, wenn von den Zurückgebliebenen oder Trauernden gesprochen wird. Diese Begriffe werden zur besseren Lesbarkeit synonym verwendet.

Sicherlich ist der Verlust eines geliebten Menschen in jedem Fall schwer, egal ob die Person durch einen Unfall, eine Krankheit oder an Altersschwäche stirbt. Dennoch unterscheidet sich der Suizid und die besondere Dramatik, die damit einhergeht, von anderen Todesformen. Wenngleich die Schwere der empfundenen Trauer nicht messbar ist, so kann doch festgestellt werden, dass die Bewältigung des Verlustes für Suizidtrauernde schwieriger ist (Brockmann et al. 2005, S. 48; Schenk 2014, S. 91).

Stirbt eine Person eines unnatürlichen Todes, werden polizeiliche Maßnahmen eingeleitet. Es kann sein, dass der Fundort der Leiche abgeriegelt werden muss, der Leichnamen zur

⁶ Der betrachtete Zeitraum der Geburtenrate entspricht den Geburtsjahrgängen der 10–20-Jährigen, die sich im Jahre 2020 das Leben genommen haben.

Obduktion mitgenommen und persönliche Gegenstände zur Untersuchung beschlagnahmt werden. Dies geschieht auch um ein mögliches Fremdverschulden auszuschließen. Die Angehörigen werden eventuell durch das Auffinden der toten Person nicht nur mit dem plötzlichen Tod konfrontiert, sondern auch mit den anschließenden Ermittlungen und damit verbundenen Fragen zum Tod des Familienmitgliedes. Auch das Überbringen der Todesnachricht durch die Polizei kann sehr aufwühlend sein.

„Mit den sicherlich belastenden Pflichten des Überbringens der Todesnachricht und des Treffens der geschilderten Maßnahmen sind viele verantwortliche Polizeibeamte selbst überfordert. Häufig geschieht dies nicht sensibel genug und kann eine zusätzliche Belastung der Hinterbliebenen darstellen. Darüber hinaus besteht im Fall unsensibler oder reißerischer Medienberichterstattung die Gefahr einer weiteren Verstärkung der Belastung.“ (Brockmann et al. 2005, S. 48).

Es kann außerdem notwendig sein, dass ein Angehöriger die tote Person identifizieren muss, wodurch er einer außergewöhnlich schmerzhaften Situation ausgesetzt wird. Erst wenn ein Fremdverschulden ausgeschlossen wurde, kann die Leiche für die Bestattung freigegeben werden (Ennulat 2010).

Der Suizid führt bei den Angehörigen häufig zu extremeren innerpsychischen Abläufen als bei anderen Todesformen (Schenk 2014, S. 49). Ein Familienmitglied hat sich gegen das Leben in seiner Familie entschieden und reißt den Zurückgebliebenen den Boden unter den Füßen weg (Ennulat 2010). Häufig wird der Suizid aufgrund der Angst vor den möglichen Reaktionen und Konsequenzen im Umfeld, Scham und Selbstschutz verleugnet. (Ennulat 2010; Schenk 2014, S. 50). Eine generelle Distanziertheit gegenüber des Themas Tod und die Tabuisierung des Suizids, führt bei den Menschen zu unangenehmen Gefühlen und dem Bedürfnis sich abzuwenden (Brockmann et al. 2005, S. 48).

„Für die Gemeinschaft ist jeder, der sein Leben vorzeitig beendet, ein Spielverderber, denn er bringt das soziale Gleichgewicht durcheinander und rüttelt am Selbstvertrauen jedes Einzelnen. Die Gesellschaft fühlt sich provoziert, schuldig, angeklagt und sieht sich mit dem eigenen Todestrieb konfrontiert.“ (Ennulat 2010).

Der Suizid konfrontiert die Hinterbliebenen urplötzlich mit dem Tod und stellt die eigenen Werte und Normen auf die Probe. Die bisherigen Lebenseinstellungen können dadurch infrage gestellt werden und ob ein Suizid als möglicher Ausweg in Betracht gezogen werden kann oder dies gegen alle persönlichen Tabus verstößt (Brockmann et al. 2005, S. 48). Durch die Stigmatisierung des Suizids, können auch die Angehörigen schnell ins Abseits geraten (Ennulat 2010). Im Vergleich zu anderen Todesformen, erleben Suizidhinterlassene deutlich weniger Unterstützung vom sozialen Umfeld und häufiger, dass sich die Menschen in ihrem Umkreis distanzieren und abwenden oder sie treffen auf große Unsicherheit und Verlegenheit

(Medical School Berlin 2022). Diese Reaktionen werden von den Hinterbliebenen häufig als Verachtung und Ausgrenzung oder die Bestätigung eigener Schuldvorwürfe interpretiert und greifen das geschwächte Selbstwertgefühl weiter an. Das wiegt besonders schwer, wenn sich gerade nahestehende Personen nach dem Suizid zurückziehen, anstatt die Familie zu unterstützen. Auch entsteht bei den Zurückgeblieben oft der Eindruck, sie müssten den Trauerprozess möglichst schnell durchlaufen, sodass die Trauernden denken, ihr Trauerverhalten sei unangemessen, was wiederum zu mehr Hilflosigkeit und Ohnmacht führt (Schenk 2014, S. 49).

Ein weiterer Grund für die schwerere Bewältigung eines Suizids ist die damit häufig einhergehende Gewalt. Der Gedanke, dass die Person nicht friedlich eingeschlafen ist, sondern sich selbst erhebliches Leid durch die Wahl der Todesform (zum Beispiel Schientod, Erhängen etc.) zugefügt hat, kann heftige emotionale Reaktionen hervorrufen. Aber auch das plötzliche und nicht vorhersehbare aus dem Leben treten, macht die Verarbeitung schwieriger. Genauso wie der Gedanke, dass dieser Tod vermeidbar war. Dadurch kommt es häufig zu Schuldgefühlen, die lange anhalten und ein Bewältigen stören können. Viele Familien waren bereits durch andere und multiple Stressoren vorbelastet, sodass die Trauerbewältigung auf die Basis eines schon belasteten Familiensystems trifft. Außerdem gibt es Hinweise dazu, dass normale Trauerrituale⁷ oft im Rahmen von Suiziden nicht greifen oder sogar behindert werden, weshalb die stützende Wirkung davon nicht zum Tragen kommen kann (Brockmann et al. 2005, S. 48). Durch den Verlust eines Familienmitgliedes kann es auch bei den Hinterbliebenen zu einem Anstieg der Suizidalität kommen. Diese ist im Vergleich zu anderen Todesformen erhöht und kann von psychosozialen Belastungen begleitet werden, die zum Teil lebenslang anhalten. Verglichen mit anderen Trauernden, nutzen Suizidhinterbliebene häufiger das Gesundheitssystem und weisen eine erhöhte Mortalität auf (Wagner et al. 2021). Dennoch sucht gerade diese Gruppe von Trauernden am seltensten professionelle Helfer*innen auf. Dies wurde in einer Studie in Großbritannien festgestellt. So soll nur jede*r vierte der Hinterbliebenen Hilfe, egal ob formell oder informell, in Anspruch genommen haben (Wagner et al. 2021). Deshalb und aufgrund der erhöhten Vulnerabilität sowie der speziellen Schwere der Trauerbewältigung, wird für spezifische Angebote für Suizidtrauernde plädiert (Schenk 2014, S. 91–92).

⁷ In der Quelle wurde nicht genauer definiert um was es sich bei den ‚normalen Trauer Ritualen‘ handelt, sodass auch an dieser Stelle nicht weiter erklärend darauf eingegangen werden kann.

5.1. Trauer

„Trauer ist die natürliche und notwendige Reaktion auf einen schweren Verlust.“
(Meuter 2019).

Nun wird der Blick auf die Trauer selbst und die damit einhergehenden Gefühle sowie die verschiedenen Trauerreaktionen von Eltern und Geschwistern gerichtet. Dabei wird sich dem Thema Trauer zunächst allgemein angenähert und später auf die Besonderheiten in Bezug auf Suizidtrauer geschaut.

Die Trauer kann als individueller Prozess verstanden werden, der keinem vorgegebenen Zeitrahmen folgt und den Übergang von einem Leben mit einer gewissen Person zu einer Lebenssituation ohne diese Person beschreibt (Medical School Berlin 2022; Paul 2004, S. 93). Wie intensiv die Trauer erlebt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören zum einen die individuellen Handlungsmöglichkeiten der zurückgebliebenen Person, zum anderen die Qualität der Beziehung zu dem Suizidopfer und des Weiteren wie das Umfeld auf den Todesfall reagiert. Hinzukommen noch die besonderen Umstände, die der Suizid mit sich bringt, die schon im Zusammenhang mit der schwereren Bewältigung von Suiziden im vorangehenden Kapitel benannt wurden (Schenk 2014, S. 47).

In der Theorie gibt es verschiedene Modelle der Trauer, die den Trauerprozess in unterschiedliche Phasen gliedern. Der in Deutschland lange praktizierte Ansatz "die vier Trauerphasen" von Verena Kast gilt inzwischen als überholt (Meuter 2019, S. 17). Dabei handelte es sich um die *Phase des Nichtwahrhabenwollens*, der *Phase der aufbrechenden Emotionen*, der *Phase des Suchens und Sich-Trennens* sowie der *Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs*. Die Reihenfolge der Phasen ist dabei nicht festgelegt, die einzelnen Phasen können sich vermischen oder wiederholen, dies ist von Mensch zu Mensch individuell. In der Therapie von Trauernden können anhand dieses Trauermodells gehemmte oder unterdrückte Trauerprozesse sichtbar gemacht werden (Kast 1982, o.S.; zit. nach Paul 2004, S. 17). Die inhaltlichen Aspekte dieser Phasen sind laut einer Befragung von Trauernden Teil des Trauerns, werden von den Trauernden selbst jedoch nicht als klare Phasen wahrgenommen und es gibt definitiv keinen Abschluss der Trauer, wenn die verschiedenen Phasen durchlebt wurden. Außerdem distanzieren sie sich davon, den Toten loslassen zu müssen (Meuter 2019, S. 17–18). Aktuell vorherrschende Modelle sprechen von Trauer-Aufgaben und weisen damit den Trauernden einen aktiveren Part im Trauerprozess zu. Als entscheidender Vertreter ist hier Worden zu nennen. Sein Konzept sieht es vor, den Trauerprozess als gestaltbar und mit eindeutig formulierten und erreichbaren Zielen zu beschreiben. Damit widerspricht er den Ansätzen, die die

Trauer als rein emotionales Ereignis ansehen, das nicht beeinflussbar sei. Paul gibt Wordens vier Trauer-Aufgaben, die allgemeingültig und nicht nur auf den Verlust durch Suizid bezogen sind, wie folgt wieder:

1. *Aufgabe: Die Wirklichkeit des Verlustes verstandes- und gefühlsmäßig annehmen*
2. *Aufgabe: Die Schmerzen des Trauerns durchleben*
3. *Aufgabe: Sich an die Umgebung anpassen, in der die oder der Tote fehlt*
4. *Aufgabe: Der oder dem Toten einen neuen Platz zuweisen und sich dem eigenen Leben zuwenden (Paul 2004, S. 18).*

Dem Gefühl der Situation nach dem Suizid hilflos und ohnmächtig ausgeliefert zu sein, kann, durch die Haltung der Zurückgebliebenen den Trauerprozess aktiv steuern zu können und durch die Bewältigung der Aufgaben, entgegen gewirkt werden (Meuter 2019, S. 18; Paul 2004, S. 18). Wird die Trauer als eine Aufgabe nach dem Verlust betrachtet, dann gibt es auch die Möglichkeit, diese Aufgabe zu lösen. Um dies zu tun, gibt es viele verschiedene Lösungswege, die individuell beschränkt werden und gleichzeitig Hoffnung bieten können, dass die schmerzhaften Gefühle nicht das eigene und künftige Leben beherrschen werden (Kubat 2022; Meuter 2019, S. 18).

5.1.1. Gefühle der Hinterbliebenen

Nach dem Suizid können die Hinterbliebenen von vielen verschiedenen, starken Gefühlen überwältigt werden, welche zum Teil auch ganz gegensätzliche Reaktionen hervorrufen können (Schenk 2014, S. 47). Häufig vorkommende Gefühle, die im Zusammenhang mit dem Suizid stehen, werden in diesem Unterkapitel dargestellt. Wie stark welches Gefühl und über welchen Zeitraum von den Hinterbliebenen empfunden wird, ist von der jeweiligen Person abhängig.

Der Suizid kann ein erhebliches Gefühlschaos auslösen, was von starker Grübelei, Albträumen bis hin zu Zwangsgedanken und quälenden Fragen um das ‚warum?‘ begleitet werden kann (Schenk 2014, S. 50). Eines der vorherrschenden Gefühle ist Schuld. Dabei geht es um keine reelle Schuld, die faktisch feststellbar ist, sondern um die empfundene Schuld. Das bedeutet auch, dass niemand anderes außer der Person selbst, sich von dieser gefühlten Schuld freisprechen kann. Die Gedanken drehen sich um die Vergangenheit, analysieren letzte Begegnungen, um den Moment zu finden, der den Suizid ausgelöst hat. Dadurch kann es zu destruktiven Überzeugungen mit weitreichenden Konsequenzen für diese Person kommen, wenn sie sich selbst bestraft und zur lebenslangen Buße verpflichtet, um die Schuld zu begleichen (Ennulat 2010; Paul 2004, S. 78; Schenk 2014, S. 51). Zu Schuldgefühlen kann es besonders

dann kommen, wenn Suizidankündigungen nicht ernst genommen wurden, davon ausgegangen wird, dass Konflikte, die mit der eigenen Person zusammenhängen, der Auslöser für den Suizid sein könnten oder die Beziehung zum Suizidenten als scheinbar nicht nah genug bewertet wird, um dem Suizidenten in der größten Not nicht beigestanden zu haben (Kubat 2022; Medical School Berlin 2022). Die Schuld kann aber auch eine stützende Funktion in der Trauer einnehmen, ein Konstrukt, an dem sich die Hinterbliebenen zunächst festhalten können. Sie schafft erste Antworten auf die Frage nach dem ‚warum?‘ und wird von Schenk sogar als Überlebensstrategie nach dem Suizid bezeichnet. In dieser Situation ist irgendeine Antwort besser als keine. Daher sei es wichtig, dass auch dieses Gefühl in der Trauer seinen Raum findet und vom Außen zunächst akzeptiert wird, bevor irrealer Schuldkonstrukte von realen Anteilen differenziert werden (Schenk 2014, S. 95–96).

Die Suizidtrauer wird auch häufig von Scham begleitet. In der Vergangenheit hat ein Suizid die gesamte Familie entehrt und dafür gesorgt, dass Suizide verheimlicht und tabuisiert wurden. Die Stigmatisierung hält bis heute an und sorgt weiterhin dafür, dass ein Suizid sehr schambehaftet ist (Ennulat 2010). Weitere Gedanken, die das Schamgefühl auslösen, betreffen Versagensängste im Umgang mit dem Suizidenten und drehen sich um Frage, ob etwas übersehen wurde oder irgendein Handeln den Suizid hätte verhindern können. Die Fehlersuche im eigenen Selbst stellt das Selbstwert infrage (Schenk 2014, S. 19; Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2021). Aber genauso wie die Schuld, kann auch die Scham eine Schutzfunktion in der Trauer sein, indem sie zu einem Rückzug des Selbst führt. „Deshalb wird Scham auch Hüterin an der Grenze zwischen innen und außen genannt. Ein wichtiger Schritt ist getan, wenn Scham als eine natürliche Emotion angesehen wird, die dafür sorgt, dass ich wieder zu mir komme, um danach wieder mit anderen kommunizieren zu können.“ (Ennulat 2010). Allerdings neigen Angehörige in der Trauer dazu ihre Verantwortung und Anteile an dem Suizid zu überschätzen und verdrängen weitere Faktoren, die zu dem Suizid geführt haben (Medical School Berlin 2022).

Neben der Schuld und Schamgefühlen kann es auch zu Wut und Aggressionen kommen. Diese richten sich sowohl gegen die verstorbene Person, mit Vorwürfen und Anklagen, warum sie den Suizid begangen hat, als auch gegen ein vorhandenes professionelles Umfeld von Ärzten, die den Suizid hätten verhindern müssen und zuletzt auch gegen sich selbst oder übergeordnete Kräfte. Es handelt sich häufig um eine ohnmächtige Wut, deren Energie irgendein Objekt sucht, um sich zu entladen (Ennulat 2010; Kubat 2022). Diese Wut kann auch sehr plötzlich und unvorhersehbar auftreten und damit andere Personen brüskieren (Schenk

2014, S. 51). Während der Trauer kann aus der Wut auch positive Kraft und Energie gezogen werden, welche den Trauerprozess vorantreiben kann (Ennulat 2010).

Im Gegensatz dazu kann es ebenso zum völligen Rückzug kommen und dem Verschließen vor jeglichen Gefühlen. Es kann der Zustand entstehen, nur noch zu funktionieren. Die Trauer ist so überwältigend, dass es zur Einengung des Bewusstseins kommt und sämtliche Gefühle verdrängt werden. Damit einhergeht auch der Verlust des Selbstvertrauens und jeglicher Interessen. Oft besteht eine fehlende Akzeptanz des Suizids (Schenk 2014, S. 50–51). Manche Hinterbliebenen können ihre eigene Liebes- und Beziehungsfähigkeit infrage stellen, sodass sie sich auf keine Beziehung mehr einlassen können. Dies kann dazu führen, dass es zu Vereinsamung kommt, abgekapselt von der Außenwelt und mutlos sowie kraftlos, um neue Kontakte zu knüpfen oder alte Beziehungen zu reaktiveren (Ennulat 2010).

Teilweise kann es sogar zu einem Nachsterbewunsch bei den Hinterbliebenen kommen. Dahinter steckt der alles überdeckende Wunsch wieder mit der toten Person zusammen zu sein und die Auseinandersetzung mit der Realität und der Trauer zu schmerzhaft scheint. Die Zurückgebliebenen sind mit ihren Gedanken nur bei den Verstorbenen und sind erfüllt von einer umfassenden Sehnsucht. Der Nachsterbewunsch ist dabei von der Suizidalität abzugrenzen. Es geht nicht darum, sterben oder nicht mehr leben zu wollen, sondern wieder mit der geliebten Person zusammen zu sein. Der Sinn des eigenen Lebens gerät in den Hintergrund. Dennoch können aus der Trauer auch suizidale Entwicklungen entstehen (Schenk 2014, S. 53). „Auch Tabletten-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder Ablehnung von Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamenten können Ausdruck von Autoaggression im Sinne von suizidalen Tendenzen sein.“ (Schenk 2014, S. 54).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass folgende Emotionen häufig in der Suizidtrauer vorkommen: Schuld, Scham, Versagensängsten, Wut und Aggressionen, Verlust von Gefühlen und Einsamkeit sowie dem Nachsterbewunsch bis hin zu suizidalen Entwicklungen. Die Trauer kann auch pathologisch werden, z.B. wenn die Hinterbliebenen sämtlichen Kontakt zum Umfeld als Belastung empfindet, folglich komplett isoliert lebt oder überängstliche sowie zwanghafte Verhaltensweisen entwickelt. Außerdem kann plötzliches bizarres Verhalten auf pathologische Entwicklungen sowie die Unfähigkeit den Alltag zu meistern hindeuten. Weitere Anzeichen können der mehrfach tägliche Besuch des Grabes sein oder wenn die Person den Friedhof gar nicht mehr verlassen möchte sowie wenn die Hinterbliebenen sich in eine Phantasiewelt flüchten (Schenk 2014, S. 52). Für Suizidtrauernde besteht ein erhöhtes Risiko an psychischen Störungen zu erkranken (Schenk 2014, S. 54).

5.1.2. Trauer der Eltern

Die Literatur bietet wenig Daten zu dem unterschiedlichen Trauerverhalten der einzelnen Familienmitglieder. Es gibt aber eine Studie aus dem Jahr 2005, die nach Erklärungen für interindividuelle Unterschiede im Trauerverhalten gesucht hat. Demnach haben das Alter, das Geschlecht, die Unterstützung im sozialen Umfeld, die Intensität sowie die Art der Beziehung zu dem Suizidenten und die Umstände des Suizids (Zeuge des Suizids, Auffinden des Toten etc.) Einfluss auf die Trauer (Brockmann et al. 2005, S. 49). Einige Autoren stellen beispielhaft den Trauerprozess einzelner Familien dar, machen aber keine allgemeinen Angaben. Die folgenden Inhalte können also nicht als allgemeingültig betrachtet werden, sondern bieten einen Einblick in mögliche Trauerreaktionen.

„Mit dem Tod der Eltern verliert man die Vergangenheit, mit dem Tod des Partners die Gegenwart, aber mit dem Tod des Kindes die Zukunft.“ (Meuter 2019). Durch den Suizid des Kindes wird den Eltern die gemeinsame Zeit, die noch kommen sollte, genommen. Nicht nur den Verlust an sich, müssen die Eltern verarbeiten, sondern auch die Zukunft, die sie sich mit ihrem Kind ausgemalt hatten. Die Liebe, die sie für das Kind empfunden haben, hat nun kein Gegenüber mehr und ihr ganzes Leben muss neu geordnet werden. Das verstorbene Kind braucht einen neuen Platz in dem Familiensystem (Meuter 2019). Handelte es sich um das einzige Kind, geht mit dem Verlust des Kindes auch der Verlust der Elternrolle einher und damit ein Stück der Identität (Znoj 2004, S. 28).

Schenk hält fest, dass es den Müttern eher gelingt als den Vätern ihre Trauer zu spüren und offen mit anderen über ihre Gefühle zu sprechen, während die Väter sich öfter von ihren Gefühlen abkapseln (Schenk 2014, S. 55). Dies beschreibt auch Otzelberger in einem seiner Fallbeispiele, in dem der Vater sich mehrere Tage in dem Zimmer seines suizidierten Sohnes einschloss und vor sich hin grübelte, während die Mutter sich mit der Frage nach dem ‚Warum?‘ quälte und nach eigenen Anteilen suchte, die den Suizid hätten verhindern können. Sie schloss sich einer Selbsthilfegruppe an, wo sie gelernt hat mit ihren anfänglichen Schuld- und Versagensgefühlen umzugehen (Otzelberger 2005, 54ff). Auch in einem zweiten Fallbeispiel wird das Verhalten des Vaters als ‚versteinert‘ beschrieben, während die Mutter viel über den Suizid reden musste, um sich besser zu fühlen (Otzelberger 2005, S. 64). In einem weiteren Fallbeispiel wird von der enormen Wut einer Mutter gesprochen, die sich auf das professionelle Helfersystem verlassen hatte, welches den Suizid des Kindes nicht verhindern konnte. Gepaart mit Schuldvorwürfen gegen sich selbst, wurde sie dadurch lange in ihrer Trauer blockiert. Ihr halfen Menschen dabei, den Verlust zu überwinden, die bedingungslos für sie da waren und mit denen sie offen über ihre Gefühle sprechen konnte (Otzelberger 2005, 57ff).

Tröstend kann es auch für Eltern sein, eine Antwort auf das ‚Warum?‘ zu finden und davon auszugehen, dass jede Person sein Möglichstes, im Rahmen seines Denk-, Gefühls- und Handlungssystems, welches auf den gemachten Erfahrungen und Erlebnissen sowie dem psychischen und physischen Zustand beruht, getan hat. Weiterhin kann es entlastend sein, die Gefühle zu verbalisieren, ohne dass diese vom Außen bewertet oder kritisiert werden (Schenk 2014, S. 96).

5.1.3. Trauer der Geschwister

Wie sieht nun die Perspektive der Geschwister aus, die einen geliebten Bruder oder die geliebte Schwester verloren haben? Was zeichnet ihre Trauer aus und wie bewältigen sie den Verlust? In Rahmen von Geschwistertrauer gibt es viel zu berücksichtigen. Das Geschlecht des gestorbenen Kindes und das der Zurückgebliebenen, die Geschwisterfolge und die neue Position, die sich durch den Tod für die Überlebenden verändert oder ob das Geschwisterkind plötzlich zum Einzelkind wird und wie sich das Verhältnis zu den Eltern ändert, sind Aspekte, die eine Rolle spielen.

In der zur Verfügung stehenden Literatur wurde allerdings keine Unterscheidung in verschiedene Geschlechter oder Altersgruppen vorgenommen, wenn überhaupt auf die Trauererfahrungen von Geschwistern nach Suizid eingegangen wurde. An dieser Stelle wird deshalb noch einmal auf das Kapitel zu den altersabhängigen Todesvorstellungen hingewiesen, ab wann ein Kind den Tod erfassen und verstehen oder ein Gefühl für den Verlust entwickeln kann. Es wird nicht erneut detailliert darauf eingegangen, aber daran erinnert, dass Kinder bereits sehr früh fühlen können, wenn ein wichtiger Mensch gestorben ist und auch schon im späten Grundschulalter verstehen können, was der Tod ist und bedeutet. Aufgrund der reduzierten Datenlage von Trauerprozessen von Geschwistern nach einem Suizid, werden außerdem allgemeine Trauerreaktionen nach dem Tod eines Geschwisters ergänzt. Besonderheiten, die nur im Zusammenhang von Suizid bestehen, werden entsprechend gekennzeichnet.

Es gibt zwei altersbezogene Erschwernisse für Kinder im Umgang mit Tod und Suizid. Zum einen kann es bei sehr jungen Kindern aufgrund von unausgereiften Sprachkenntnissen zu Unverständnis kommen, wenn versucht wird ihnen den Umstand des Verlustes zu erklären und zum anderen, wenn die Eltern und Erwachsenen im Umkreis die Kinder vor dem Schmerz und der Trauer schützen wollen und daher wichtige Informationen zurückhalten. Dies kann beim Kind jedoch schnell zur Überforderung führen, wenn sie aufgrund der Funktion der Spiegelneuronen spüren, dass ihre Eltern emotional sehr belastet sind, aber die Äußerungen nicht zu dem Gefühl passen (Schenk 2014, S. 55–56). Erwachsene vermeiden es eher

über den Tod zu sprechen aus dem Glauben heraus, ihre Kinder damit zu schonen. Sie unterschätzen, wie viel ein Kind über den Tod nachdenkt und welche Konsequenzen es haben kann, wenn das Kind seinen eigenen Fantasien und Ängsten überlassen und nicht darüber gesprochen wird. Daher ist ein offener Umgang mit dem Tod oder Suizid wichtig. Fragen zum Suizid können in jedem Entwicklungsschritt des Kindes auftreten und unterschiedliche Reaktionen hervorrufen. So kann es noch nach Jahren zu neuen Gefühlsausbrüchen, wie zum Beispiel Empörung oder Versagensvorwürfen, kommen. Dies gehört zum Trauerprozess eines Kindes dazu und bedeutet für die Eltern, immer wieder mit den neuen und sich entwickelnden Gefühlen des Kindes umgehen zu lernen (Ennulat 2010).

„Mit dem Verlust des Bruders oder der Schwester verliert das Geschwister einen besonderen Menschen, der eine wichtige Bedeutung in seinem Leben hatte. Geschwister teilen nicht nur ihre Eltern, sondern auch Kinderzimmer, Spielsachen, Wünsche, Freuden, Ängste, Sorgen, Geheimnisse miteinander.“ (Franz 2021, S. 89). Plötzlich nehmen die hinterbliebenen Geschwister einen neuen Platz im Familiensystem ein, sind eventuell nun ein Einzelkind oder werden zum jüngsten oder ältesten Kind. Dies kann große Verunsicherung mit sich bringen. Ähnlich wie bei den Eltern, die ihre Identität als Eltern durch den Verlust hinterfragen können, kann auch ein Geschwisterkind sich fragen, ob es ohne Geschwister überhaupt noch ein Bruder oder eine Schwester ist (Franz 2021, S. 89).

Durch den Suizid und damit verbundenen Schuldzuweisungen können Gefühle von Enttäuschung, Wut und Kränkung aufkommen. Da dies als objektiv gültig von dem Kind oder Jugendlichen eingeordnet wird, können aus der Angst und Sorge verantwortlich für den Suizid zu sein, Aggressionen und aufsässiges Verhalten entstehen (Schenk 2014, S. 56). Neben den Schuldgefühlen, Verantwortung für den Suizid zu tragen, gibt es auch die von Leist sogenannte „Überlebensschuld“ (Leist 1979, S. 47). Einige Kinder quält ein schlechtes Gewissen, am Leben zu sein, während das Geschwister tot ist. Dies kann besonders schwer wiegen und zu dem Gedanken führen, zu Unrecht am Leben zu sein, wenn die Eltern aufgrund ihrer eigenen Trauer, das lebende Kind aus dem Blick verlieren (Franz 2021, S. 91). In solch einem Fall kommt es zu einer weiteren Verlusterfahrung. Neben dem Geschwister kann es zusätzlich zu dem Verlust der Eltern kommen, wenn sie durch die emotionale Belastung für ihre lebenden Kinder nicht mehr ansprechbar sind und von dem vertrauten Familienleben, das es einmal gab, nichts mehr übrigbleibt (Franz 2021, S. 90).

„Nach Auffassung der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross sind Kinder beim Tod eines Geschwisters einsam, auf sich allein gestellt und werden unbeabsichtigt vernachlässigt. Im familiären Trauerchaos werden sie oftmals übersehen, sie fühlen sich zu wenig beachtet und nicht mehr geliebt.“ (Franz 2021, S. 88).

In der Folge davon kann es geschehen, dass ein Kind auf den Gedanken kommt, es wäre den Eltern lieber gewesen, wenn sie gestorben wären, anstatt des Geschwisters. Ebenso kann die Idee aufkommen, ebenfalls sterben zu wollen, um dieselbe Liebe zu erfahren wie das tote Kind. Außerdem kann waghalsiges Verhalten entwickelt werden, in dem Bemühen, die Aufmerksamkeit der Eltern zurückzugewinnen (Franz 2021, S. 91). Im Gegensatz dazu gibt es Kinder, die sich in ihren Gefühlen vollkommen zurücknehmen, um ihre Eltern nicht noch zusätzlich zu belasten. Damit verbunden ist auch eine Gehemmtheit und Angst, positive Gefühle vor den trauernden Eltern auszuleben (Franz 2021, S. 90; Schenk 2014, S. 56). Eine weitere Variante, die zu beobachten ist, dass manche Kinder versuchen, das verlorene Geschwisterkind zu ersetzen. Indem es Verhaltensweisen des verstorbenen Kindes nachahmt, seine Rolle und Aufgaben übernimmt, möchte es als sogenanntes „Ersatzkind“ seine Eltern trösten. Auf diese Weise versucht es seine Eltern wieder fröhlich und glücklich zu machen. Dies kann allerdings die Entwicklung einer eigenen Identität stören. Zudem behindert es die aktive Verarbeitung und den Trauerprozess (Franz 2021, S. 91–92). Das gesamte Familiensystem wird durch den Tod eines Kindes sehr belastet. Des Öfteren ist die Folge eine Vernachlässigung der lebenden Kinder, wenn die Eltern in ihrer Trauer so betroffen sind, dass sie sich nicht noch zusätzlich um das Leid ihrer Kinder kümmern können oder die zurückgebliebenen Kinder für sie ungünstige Rollen einnehmen, um ihre Eltern zu entlasten. „Trauernde Geschwister leiden neben ihrem eigenen Schicksal vor allem unter der Trauer der Eltern und auch darunter, dass ihre Eltern nicht mehr die sind, die sie vor diesem Schicksalsschlag waren.“ (Fleck-Bohaumilitzky 2010).

5.1.4. Familiensystem nach dem Suizid

Welche Auswirkungen auf das Familiensystem entstehen nun aus den unterschiedlichen Arten und Weisen, wie in Familien getrauert wird? „Die körperliche, soziale und emotionale Befindlichkeit eines Familienmitglieds steht in starker wechselseitiger Abhängigkeit vom Familiensystem: Verändern sich Elemente oder Strukturen innerhalb des Systems, so hat dies Auswirkungen auf jedes einzelne Systemmitglied.“ (Palm 2001, S. 17). Daher ist der individuumszentrierte Blick der Trauer um die systemische Perspektive zu erweitern (Palm 2001, S. 16). Innerhalb eines Familiensystem können verschiedene Subsysteme gebildet werden, die alle möglichen Konstellationen wiedergeben können, wie zum Beispiel Geschwister-Subsysteme, Eltern-Subsysteme oder Subsysteme nach dem Geschlecht sowie Subsysteme, die sich nach Interessen, Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsmerkmalen zusammenstellen (Palm 2001, S. 16). Wenn ein Familienmitglied stirbt, wird das Familiensystem zu einem

Trauersystem. Bekannte Strukturen, Rollenverteilungen und Aufgaben werden durch das Wegfallen der Person durcheinandergebracht und müssen neu vergeben werden. Das Familiensystem und seine Anpassungsfähigkeit werden dadurch auf die Probe gestellt (Palm 2001, S. 17). Es reicht nicht, dass das Individuum allein die Trauer bewältigt. Das Familiensystem als Ganzes muss den Trauerprozess durchlaufen, am besten so, dass alle Mitglieder ihre individuelle Trauer ausleben können, sich aber trotzdem gegenseitig in der Trauer unterstützen (Goldbrunner 1996, S. 42). Dafür muss für jedes Familiensystem eine spezifische Trauerkultur entwickelt werden, mit angepassten Regeln und Verhaltensweisen, die zu eben jenem Trauersystem passen (Palm 2001, S. 17).

Wie funktioniert das nun in der Realität? Was den Zusammenhalt nach dem Suizid im Eltern-Subsystem betrifft, ist sich die Literatur uneinig. Nach Franz bewältigen die meisten Eltern den Verlust des Kindes gemeinsam und nur einige Paare scheitern an der starken Belastung und können nicht mit der Art, wie der andere trauert, umgehen, sodass es zur Trennung kommt (Franz 2021, S. 88). Znoj beschreibt dagegen, dass es oft zur gegenseitigen Störung der Trauer zwischen den Eltern kommen kann. Besonders die Konstellation von einem kommunikativen und einem sich zurückziehenden Elternteil oder wenn es zu gegenseitigen Schuldzuweisungen und Kränkungen kommt, kann infolgedessen die Trennung ergeben (Znoj 2004, S. 28–29). Im Trauerprozess kann es zu Missverständnissen in der Familie kommen und das Gefühl entstehen allein zu sein, obwohl gemeinsam getrauert wird (Verein Regenbogen Schweiz 2022). Dies beschreibt auch Paul. „Partnerschaften, Familien und Freundeskreise, in denen verschiedene Mitglieder stark trauern, können an der Unmöglichkeit, dieses Trauern zu teilen, zerbrechen.“ (Paul 2004, S. 113). In der Überforderung der einzelnen Personen können zusätzliche Konflikte zwischen den verschiedenen Familienmitgliedern entstehen, obwohl sich alle Zusammenhalt, Geborgenheit und Verständnis für die eigenen Gefühle wünschen (Schenk 2014, S. 56). Dass Eltern in ihrer Trauer die Wahrnehmung für die Trauer und Bedürfnisse ihrer Kinder verlieren, ist nicht unüblich, es fehlt ihnen schlichtweg die Kraft sich noch um andere Personen zu kümmern (Fleck-Bohaumilitzky 2010). Das gesamte Familiensystem wird durch den Tod eines Kindes sehr belastet. Des Öfteren ist die Folge eine Vernachlässigung der lebenden Kinder, wenn die Eltern in ihrer Trauer so betroffen sind, dass sie sich nicht noch zusätzlich um das Leid ihrer Kinder kümmern können oder die zurückgebliebenen Kinder für sie ungünstige Rollen einnehmen, um ihre Eltern zu entlasten. „Trauernde Geschwister leiden neben ihrem eigenen Schicksal vor allem unter der Trauer der Eltern und auch darunter, dass ihre Eltern nicht mehr die sind, die sie vor diesem Schicksalsschlag waren.“ (Fleck-Bohaumilitzky 2010). Die Trauer verändert das Verhalten von Müttern und

Vätern und auch des Eltern-Subsystems (Witt-Loers 2014, S. 71). Das macht sie nicht zu schlechten Eltern, sollte aber in der Arbeit mit Trauersystemen berücksichtigt werden, damit auch die zurückgebliebenen Geschwister ihren Raum zum Trauern erhalten und nicht vernachlässigt werden. Es kann deshalb Sinn machen, gezielt Verantwortung an andere Bezugspersonen abzugeben, die die Versorgung der Kinder zunächst sicherstellt, oder professionelle Unterstützung zu suchen (Witt-Loers 2014, S. 68).

5.2. Trauerarbeit und Bewältigungsmechanismen

Die Geschichte der Hilfe für Suizidangehörige ist noch recht jung. Erst in den 1990er Jahren entwickelten sich spezielle Selbsthilfeangebote für diese Zielgruppe (Brockmann et al. 2005, S. 51). Die erste bundesweite Initiative wurde von Emmy Meixner-Wülker im Jahr 2008 gestartet. Mit ihrem Verein AGUS e.V. ist sie damit Vorreiterin in der Organisation von Trauergruppen. Ihrem Beispiel folgte unter anderen auch Chris Paul (AGUS e.V. 2022; Schenk 2014, S. 87). Zu dieser Zeit wird auch auf eine große Betreuungslücke von Hinterbliebenen in der Literatur hingewiesen (Otzelberger 2005, S. 16). „Ob der Hinterbliebene direkt nach einem Suizid Zugang zu Hilfsangeboten wie Notfallseelsorge, Krisentelefon bzw. -dienst oder im weiteren Verlauf zu Psychotherapie oder Selbsthilfegruppen erhält, ist in Deutschland jedoch zur Zeit weitgehend dem Zufall überlassen.“ (Brockmann et al. 2005, S. 50). Es gibt aber inzwischen einige Onlineangebote für Suizidtrauerende, wie z.B. Hilfe nach Suizid – ein online Präventionsprogramm oder BeSu Berlin (BeSu Berlin 2023; Medical School Berlin 2022). Durch ihre Internetpräsenz können Hilfesuchende für sich passende Angebote finden, sei es ein Live-Chat bei einem akuten Hilfebedarf, ein Überblick an örtlichen Vereinen und Selbsthilfegruppen oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, ob eine Psychotherapie angebracht ist (Medical School Berlin 2023). Auch Menschen, die durch ihren beruflichen Kontext eine enge Bindung zu den Hinterbliebenen haben, können relevante Ansprechperson werden, wie beispielsweise Lehrkräfte, Erzieher*innen oder religiöse Leitfiguren (Brockmann et al. 2005, S. 51). An dieser Stelle wird angemerkt, dass in der gesichteten Literatur auf keine Angebote der Jugendhilfe hingewiesen wurde, obwohl es sich dabei um verschiedene kostenlose und professionelle Maßnahmen handelt (wie z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 oder Erziehungsbeistandschaften nach § 30 SGB VIII), welche die Familien in der schwierigen Zeit nach dem Suizid auf vielfältige Weise unterstützen könnten.

Auf die relevantesten Angebote, die Selbsthilfegruppen allgemein und therapeutische Maßnahmen, wird in den folgenden Abschnitten eingegangen. Diese Auswahl ergibt sich aus

der in der Literatur festgestellten Häufung ihrer Nennung und der beschriebenen Wirksamkeit (Brockmann et al. 2005, S. 52; Fleck-Bohau militzky 2010; Schenk 2014, S. 87).

Unabhängig davon, in welchem Trauer-Setting sich die hinterbliebene Person befindet, ist es wichtig einen verlässlichen Raum für die Trauernden zu schaffen, der von Offenheit und Wertfreiheit geprägt ist, indem sie sich angst- und schamfrei bewegen können und sie das Gefühl erhalten, dass jemand für sie „da ist“ (Schenk 2014, S. 90).

Ebenfalls soll ein Blick auf die möglichen Bewältigungsstrategien, die ein Mensch entwickeln kann, gerichtet werden. Welche Formen der Bewältigung gibt es allgemein und welche treten besonders im Zusammenhang mit Suizidhinterbliebenen auf? Es wird damit ein Überblick über externe und interpersonelle Maßnahmen zur Bewältigung des Verlustes geschaffen.

5.2.1. Trauerbegleitung in Selbsthilfegruppen

Die regionalen Angebote für Suizidhinterbliebene sind zum Teil sehr begrenzt. Im Landkreis Harburg, in dem die Autorin als Sozialarbeiterin tätig ist, gibt es kein einziges Angebot speziell für Suizidangehörige und im weiteren Umfeld auch nur zwei Trauergruppen, die offen für alle Menschen mit Verlusterfahrung sind.

Das Beitreten einer Selbsthilfegruppe kann für viele Trauernde der Anfang sein, sich aktiv dem Verlust zu stellen und ein Schritt aus der Ohnmacht heraus zu machen. In der Gruppe erfahren sie erste Entlastung durch das Gefühl, in einer Gemeinschaft zu sein, die ihren Schmerz teilt und versteht (Hefner 2000, S. 62). Die Gruppenzusammensetzung kann dabei von Eltern zu Geschwistern, Großeltern oder Freunden der verstorbenen Person sehr variieren. Die Gruppen können sowohl von professionellen Fachkräften als auch von selbst Betroffenen oder einer Kombination aus beidem angeleitet werden. Es gibt die Möglichkeit der offenen Gruppe, wo jederzeit neue Trauernde beitreten können oder geschlossenen Gruppe, die aus einem gleichbleibenden Personenkreis besteht. Ebenso kann die Anzahl der Treffen festgelegt oder unbegrenzt sein (Brockmann et al. 2005, S. 51). All diese Optionen haben ihre Vor- und Nachteile. Einerseits können Neuzugänge in offenen Gruppen von den Erfahrungen und Fortschritten der anderen profitieren, andererseits kann durch die sich ständig wandelnde Gruppe auch eine gewisse Form der Intimität verloren gehen und den Trauerprozess stören, indem der eigene Verlust immer wieder von vorne erzählt werden muss. Dies und das Erfahren von immer wieder neuen Verlustgeschichten kann bei manchen Trauernden auch zu Retraumatisierungen und dem Ausstieg aus der Gruppe führen. Andererseits können diejenigen, die im Trauerprozess schon fortgeschrittener sind, ihre Erfolge im Trauerprozess deutlicher erkennen, wenn sie im Vergleich zu den neu Dazugekommenen stehen (Schenk 2014, S. 87).

Geschlossene Gruppen profitieren von einem wachsenden Zusammenhalt und einer steigenden Vertraulichkeit, da der Trauerprozess durch Neuzugänge nicht gestört werden kann. Da jedoch Trauerprozesse unterschiedlich lange andauern, ist es schwierig für alle Teilnehmenden, den passenden Zeitrahmen zu finden. Durch die Vorgabe der Anzahl von Treffen können Trauerprozesse abgebrochen werden, bevor sie für das Individuum als beendet angesehen werden. Besteht die Möglichkeit jederzeit aus der Gruppe auszusteigen, kann die Gruppe aufgrund zu wenig Teilnehmenden zerbröckeln, da keine neuen Trauernden zwischendurch nachrücken (Schenk 2014, S. 88). Unabhängig von dem gewählten Setting ist es als Trauerbegleiter*in wichtig, sich mit dem Thema auseinandergesetzt und die eigenen Gefühle reflektiert zu haben, um den Trauernden offen, sicher und vorurteilsfrei gegenüberzutreten. Andernfalls kann sonst der Trauerprozess gehemmt und destruktive Gefühle und Gedanken verstärkt werden (Schenk 2014, S. 88–89). Zudem sollten in der Gruppe gemeinsame Absprachen und Regeln festgelegt werden. Den Trauernden wird damit ein Stück weit die Kontrolle zurückgegeben, was besonders für Suizidtrauernden relevant ist, und können neues Selbstvertrauen und Sicherheit aus dem selbst geschaffenen Rahmen ziehen. Die Struktur bietet zusätzlich Stabilität und gewährleistet gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung. Schenk formulierte beispielhaft folgende Absprachen für Trauergruppen, die zu einem gelingenden Prozess beitragen können:

- *„Die Ich-Form nutzen, nicht »man« oder »wir«, wenn »ich« gemeint ist.*
- *Jeder verhält sich so, wie er kann und möchte – reden, zuhören, schweigen, weinen.*
- *Mit Pünktlichkeit achten wir die investierte Zeit eines jeden.*
- *Andere auf mögliche Störungen (Handy-Klingeln) hinweisen.*
- *Alle haben das Recht, dass das Gesagte »im Raum« bleibt.*
- *Es wird niemand ausgelacht.*
- *Es wird nichts bewertet – es gibt kein »richtig« oder »falsch«.*
- *Ratschläge nützen nur, wenn darum gebeten wurde.*
- *Jeder hat seinen Weg, braucht seine eigene Zeit bei der Verlustbewältigung.*
- *Gleichberechtigung heißt zuhören, andere ausreden lassen, nicht alle auf einmal reden, keine Monologe führen – jeder soll gleich viel Raum erhalten.“ (Schenk 2014, S. 97).*

Am wirkungsvollsten ist es, auf andere Menschen zu treffen, die ähnliches Leid empfinden, besonders wenn Suizidtrauernde im sozialen Umfeld auf Unsicherheit, Rückzug oder Stigmata getroffen sind. Die Erkenntnis durch den Suizid nicht „unnormal“ zu sein, kann enorm entlastend sein. Durch den Austausch mit den anderen kann ein Bewusstsein dafür entwickelt

werden, wie das Erlebte eingeordnet werden kann. Das kann dazu führen, dass Schuldgefühle und Ängste aufgebrochen werden und die seelische Gesundung beginnen kann. Mit Hilfe der Unterstützung der Gruppe können die Suizidtrauernden einen anderen und gesunden Umgang mit dem Erlebten finden, lernen die neue Lebenssituation zu akzeptieren und eine neue Perspektive für ihr Leben ohne das suizidierte Kind entwickeln. Diese Aspekte können durch kein anderes Angebot in der Form ersetzt werden (Brockmann et al. 2005, S. 51). Es hat sich ebenfalls als besonders hilfreich erwiesen, wenn Trauernde dazu angeleitet werden, sämtliche Gefühl in ihrer Trauer zu äußern und zu verbalisieren. Durch das Aussprechen in der Gruppe können Widersprüche gemeinsam aufgedeckt und gelöst und die Beziehung zu der suizidierten Person neu definiert werden. Der offene Umgang mit dem Schmerz kann pathologische Entwicklung verhindern (Fleck-Bohaumilitzky 2010). In der Begleitung von Suizidtrauernden haben sich folgende vier Phasen herauskristallisiert, die als ein Prozess verstanden werden können: Stabilisierung, Stärkung, Akzeptanz und Integration. Der Trauerprozess verläuft jedoch selten gradlinig. Abhängig vom Individuum, können sich die einzelnen Phasen wiederholen, abwechseln oder übersprungen werden (Schenk 2014, S. 94). Allerdings kann auch beobachtet werden, dass Trauernde die Selbsthilfegruppen oft zu früh verlassen, meistens dann, wenn es ihnen zum ersten Mal besser geht, obwohl genau dann die dauerhaft anhaltend entlastende Aufarbeitung beginnen sollte. Dadurch kann sich die vollständige Trauerverarbeitung verzögern und nachträglich zu pathologischen Entwicklungen führen (Schenk 2014, S. 88). Auch wenn Selbsthilfegruppen viele heilsame und wirkungsvolle Effekte mit sich bringen, wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass immer überprüft werden sollte, ob professionelle oder therapeutische Hilfe angezeigt ist. Die Selbsthilfegruppe sollte eine Therapie nicht ersetzen, sondern als zusätzliche Unterstützung angesehen werden (Brockmann et al. 2005, S. 52).

5.2.2. Therapeutische Trauerarbeit

Es hat sich gezeigt, dass Hinterbliebene nach einem Suizid seltener professionelle Hilfe aufsuchen als andere Trauernde. Auch wenn die Notwendigkeit psychotherapeutischer Unterstützung besteht, halten sich viele Suizidtrauernde zurück, ein entsprechendes Angebot in Anspruch zu nehmen. Gründe dafür sind Angst vor oder bereits erlebter Stigmatisierung und die daraufhin folgende soziale Isolierung, aber auch das mangelnde Angebot für Suizidhinterbliebene. Es gibt immer noch zu wenig Anlaufstellen, die sich speziell an Suizidtrauernde richten (Brockmann et al. 2005, S. 51; Wagner et al. 2021). Auch falls sich die Hinterbliebenen trauen eine Therapie zu beginnen, sind die aktuellen Wartezeiten auf einen Therapieplatz sehr

lang. Im Jahr 2022 betrug die durchschnittliche Wartezeit auf ein therapeutisches Angebot bundesweit 19,9 Wochen (Machon 2022). Nichtsdestotrotz kann die Therapie bei der Verarbeitung des Verlustes und weiterer Themen der eigenen Geschichte, die durch den Suizid getriggert wurden, wie zum Beispiel selbst erlebte Gewalt, Trennungs- und Verlusterfahrungen, helfen (Paul 2004, S. 114). Dabei sollte die Therapie individuell auf die trauernde Person abgestimmt sein, sie in der Trauerphase abholen, in der sie sich gerade befindet und über die Besonderheiten von Trauerprozessen aufklären. Ein Teil davon ist die Einordnung der Gefühle und Gedanken zunächst als natürliche Folge im Verarbeitungsprozess der belastenden Situation, anstatt diese als abweichend und pathologisch zu beschreiben (Brockmann et al. 2005, S. 51).

5.3. Bewältigungsstrategien in der Trauer

Bevor dieses Kapitel auf die Bewältigungsmechanismen in der Trauer nach einem Suizid eingeht, wird vorab eine knappe Einführung in die Thematik Bewältigungsstrategien sowie Coping⁸ gegeben.

Entwickler der Coping Theorie und des Stressbewältigungs-Modells ist Richard Lazarus. Er setzte sich als Erster mit dem Thema Stressbewältigung wissenschaftlich auseinander und veröffentlichte 1966 sein erstes Werk dazu (Lazarus 1966). Lazarus definierte Coping als Denk- und Verhaltensmuster, die dazu beitragen, alle persönlich als belastend empfundene Situationen zu bewältigen. Es geht also um die Art und Weise, wie ein Mensch mit stressvollen oder krisenhaften Lebenslagen umgeht (nach Lazarus Dimunová et al., S. 130–131; nach Lazarus, Dimunová et al. 2020, S. 130–131). Grundsätzlich kann der Mensch demnach auf drei unterschiedliche Weisen auf Stress reagieren: kognitiv, emotional und verhaltensbezogen. Daraufhin können zwei unterschiedliche funktionale Bewältigungsstrategien einsetzen. Bei der problemfokussierten Bewältigung versucht die Person aktiv auf die belastende Situation Einfluss zu nehmen, in dem die externen Rahmenbedingungen beeinflusst und verändert werden. Die emotionsfokussierte Bewältigung führt dazu den Blickwinkel und die innere Bewertung der belastenden Situation zu verändern, sodass sie weniger bedrohlich wirkt und somit neuen Raum für positive Gefühle schafft (Krafft 2022, S. 72). Auf diese beiden Formen der Bewältigung wird gleich noch genauer eingegangen. Es gibt aber auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien, welche zu keiner Lösung des Problems führen. Dazu zählen beispielsweise der übermäßige Konsum von Alkohol oder anderen Rauschmitteln, Selbstvorwürfe, Vernei-

⁸ Coping kommt von dem englischen Wort „to cope“ und bedeutet übersetzt „bewältigen“.

nung der Realität, Festhalten an negativen Gefühlen oder das Gefühl der Hoffnungslosigkeit an der Situation etwas ändern zu können (Krafft 2022, S. 74–75).

Welche Möglichkeiten haben nun die hinterbliebenen Familienmitglieder eines Suizidenten, um den Verlust zu bewältigen? Paul beschreibt fünf häufig vorkommende Coping-Strategien von Suizidtrauernden und nennt sie Überlebensstrategien: Rückzug, Ablenkung, Krankheit, radikaler Neubeginn und Festhalten am Alten. Diese Strategien sind zunächst dysfunktional und dienen dem alleinigen Überleben der unerträglichen Situation nach dem Suizid (Paul 2004, S. 93). Allein die Benennung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien hin zu Überlebensstrategien verwandelt diese negativen Strategien jedoch in etwas sinnvolles, eventuell sogar notwendiges, um diese Art von Lebenskrise überhaupt bewältigen zu können.

Vornehmlich sollen in dieser Arbeit die funktionalen Bewältigungsstrategien herausgearbeitet werden, da auf eine positive, ressourcen- und lösungsorientierte Betrachtung Wert gelegt wird. Die fünf Überlebensstrategien gehören durch ihre Umbewertung von Paul sowie der Einschätzung der Autorin somit ebenso zu dieser Kategorie. Die Unterteilung in konkrete problem- und emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien dient der klareren Übersicht.

5.3.1. Problemfokussierte Bewältigungsstrategien

Eine Möglichkeit problemfokussiert mit der Trauer umzugehen ist, sich aktiv dem Trauerprozess zu stellen. Das kann bedeuten, dass die Hinterbliebenen Handlungen unternehmen, die die aktuelle Situation direkt verändert oder die negativen Auswirkungen reduziert (Krafft 2022, S. 73). Das kann zum Beispiel die Suche nach verdeckten Ressourcen sein oder Momenten, die trotz des Verlustes in dem Moment schön sind, sowie die Wiederbelebung von wohltuenden Ritualen und Traditionen, die durch den Verlust verloren gegangen sind. Um verdeckte Ressourcen zu erkennen, eignen sich Gesprächsmethoden wie zirkuläres oder systemisches Fragen (Schenk 2014, S. 103). Eine Form davon kann das Verschriftlichen der Gefühle und des Trauerprozesses sein oder sein Leid in Bildern auszudrücken, für andere kann es hilfreich sein sich literarisch mit der Trauer auseinanderzusetzen (Hefner 2000, S. 62). Ist dies den Trauernden noch nicht möglich, kann auch allein die Planung bestimmter Maßnahmen schon hilfreich sein, wenn zum Beispiel verschiedene Handlungsoptionen oder Ideen für die Zukunft gesammelt werden. In dem Zusammenhang kann es sinnvoll sein, zunächst seinen Fokus auf die Dinge im Leben zu richten, die steuerbar und beeinflussbar sind. Auch, wenn dadurch die aktuelle Krise nicht direkt bewältigt wird, hilft dies dabei handlungsfähig zu bleiben und nicht komplett in Ohnmacht und Hilflosigkeit zu verfallen. Auch die Suche nach Unterstützung im Außen zählt zu den problemfokussierten Bewältigungsstrategien. Da-

bei ist es unerheblich, ob es sich um materielle oder immaterielle Unterstützung handelt und kann von finanzieller Hilfe bis zur Unterstützung bei der Erledigung des Haushaltes reichen (Krafft 2022, S. 73–74).

5.3.2. Emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien

Eine Form der emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien ist es, sich emotionale Unterstützung zu suchen, also Menschen, die für einen da sind, zuhören und Verständnis für die aktuelle Situation zeigen. Ein wichtiger Schritt ist auch den Suizid zu akzeptieren. Akzeptanz ist die Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit der neuen Lebenssituation (Krafft 2022, S. 74). Deshalb ist es für die Eltern wichtig, sich von ihrem Kind zu verabschieden und es noch einmal zu sehen, bevor es bestattet wird (Fleck-Bohauilitzky 2010). Aber auch ein Verständnis davon zu gewinnen, wie es zu Suizidhandlungen kommen kann und welche Zusammenhänge mit dem Suizid verbunden sind, trägt dazu bei, das Geschehene akzeptieren zu lernen (Schenk 2014, S. 7). Schenk beschreibt verschiedene Arbeitsweisen, die sich in der Praxis der Suizidbewältigung bewährt haben. Beispielsweise können Rituale, in denen Worte an die suizidierte Person gerichtet werden, bei der Akzeptanz helfen, sei es in Form eines Briefes oder eines imaginären Dialogs. Unausgesprochenes hat dann die Chance benannt und losgelassen zu werden (Schenk 2014, S. 107–108). Eine weitere Methode ist Positives Reframing. Dabei wird die Krise auf positive Art und Weise Neubewertet und umgedeutet. Die negativen Gesichtspunkte behalten dabei weiterhin Bestand, stehen aber neuen Chancen gegenüber (Krafft 2022, S. 74). Diese Technik hat enormen Einfluss auf den Trauerprozess und kann bei der Entlastung von Schuldgefühlen helfen. Für die Trauerenden macht es einen großen Unterschied, ob sie denken, die Person habe sich wegen eines Streits kurz vor dem Suizid umgebracht oder weil sie mit seinen eigenen Gefühlen in der Situation überfordert war und keinen anderen Ausweg wusste (Schenk 2014, S. 89). Wenn die trauernde Person selbst von den eigenen Gefühlen überwältigt wird, können auch verschiedene Techniken aus der Energetischen Psychologie helfen. Die Klopftechnik kann zum Abbau von Stress, Ängsten und Verlustempfindungen sowie zur Regulierung von belastenden Gefühlen beitragen (Schenk 2014, S. 99–100). Manche Trauernde können auch mit der Hilfe ihres Glaubens die Lebenskrise bewältigen und in der Religion oder einer Glaubensgemeinschaft Hilfe finden (Krafft 2022, S. 74).

6. Umgang mit Suizid in der Familie - Qualitativer Forschungsteil

Vorderstes Anliegen dieser Forschungsarbeit ist es, Bewältigungsstrategien von Familien zu erfassen, die dazu beitragen, den Verlust des Kindes zu verarbeiten. Wie kann jedes Familienmitglied individuell trauern und gleichzeitig im Kontext von Familie weiter bestehen? Gibt es einen familiären Trauerprozess? Welche innerfamiliären oder externen Maßnahmen fördern den Familienzusammenhalt nach dem Verlust? Ziel ist es somit, möglichst lösungs- und ressourcenorientiert auf die Familien, die ein Kind durch Suizid verloren haben, zu schauen sowie auf ihre Strategien im Umgang mit der Trauer und gegebenenfalls neue Handlungsansätze für die Trauerarbeit mit Familien zu entwickeln.

Eine Vermutung an dieser Stelle ist, dass die Bewältigung des Suizids in dem verbliebenen Familiensystem nicht immer reibungslos und konfliktfrei funktioniert. Vor allem wenn davon ausgegangen wird, dass, wie im Kapitel der Ätiologie beschrieben, viele Suizidenten Schwierigkeiten im häuslichen Umfeld aufweisen und Kommunikations- und Konfliktlösungsmuster ungünstig wirken. Der systemische Blick, nicht den Symptomträger bzw. Suizidenten allein im Familiensystem als Problem zu betrachten, stützt den Verdacht, dass mit dem Suizid nicht plötzlich alle Probleme verschwunden sein werden. Wenn diese Einschätzung nun noch mit den natürlichen Mechanismen der Trauer kombiniert wird, die dazu beitragen, dass sich ein Mensch zunächst gar nicht mit seinem Umfeld und den Bedürfnissen anderer auseinandersetzen kann, da ihm die Wahrnehmung in der Situation nach dem Suizid dazu fehlt, scheint es auch eine enorme Herausforderung für Familien zu sein, den Verlust gemeinsam zu bewältigen. Diese Hypothese soll im Rahmen der Forschung ebenfalls betrachtet und überprüft werden.

6.1. Forschungsdesign

Für dieses Vorhaben hat sich die Autorin für eine qualitative Forschung entschieden, da neben den deduktiven Kategorien auch induktive Kategorien von Interesse sind. Es sollen also nicht nur die aus der Theorie entstandenen Fragen überprüft und beantwortet werden, sondern im besten Falle auch neue Impulse, Denkansätze und Informationen generiert werden. Die qualitative Forschung eignet sich in diesem Fall besonders, da sich hier mit Einzelfällen auseinandergesetzt wird und diese dann in Diskussion mit der bestehenden wissenschaftlichen Literatur gesetzt werden können. Eine typische Methode dafür ist das Interview (Wotha und Dembowski 2017). Ein zweiter Grund für die Wahl dieser Methode ist zudem die realistische Einschätzung zur Gewinnung von Daten. Suizid ist weiterhin ein sensibles Thema. Überhaupt betroffene Menschen zu finden und dann auch noch für ein Interview zu gewinnen, erschien

unter den vorhandenen Rahmenbedingungen sehr schwierig. Somit ergab sich als sinnvolles Medium das Experteninterview. Es wird also nicht die eigentliche Zielgruppe befragt, sondern Personen, die mit der Zielgruppe arbeiten oder gearbeitet haben (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, S. 157).

6.1.1. Gütekriterien

In der Sache des qualitativen Experteninterviews selbst liegt bereits die erste Schwierigkeit zur Erfüllung der klassischen Gütekriterien. Durch seine offene Struktur kann der Anspruch einer intersubjektiven Nachprüfbarkeit nicht erfüllt werden. Auch wenn ein identischer Leitfaden für die Interviews genutzt werden würde, käme es bei zwei Forscher*innen zu unterschiedlichen Verläufen. Dies macht die ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens umso wichtiger. Es sollte zumindest nachvollziehbar sein, wie es zu der Expertinnen Auswahl gekommen ist, welche Leitfäden zur Erhebung der Daten verwendet wurden, wie die Interviews abgelaufen sind und welche Methode zur Auswertung verwendet wurde (Kaiser 2021, S. 9–10). Eine weitere Erschwernis ist die vollkommene Neutralität. Auch wenn der Anspruch besteht, offen, neutral und wertfrei zu forschen, kann eine vollständige Objektivität nicht gewährleistet werden, was nur menschlich ist. Infolgedessen gibt allein schon die Wahl der Forschungsfragen eine bestimmte Richtung vor. Deshalb wurde zur Vorbereitung des Leitfadens eine Art Fragenkatalog mit Hilfe des „SPSS Prinzips“ (sammeln, prüfen, sortieren, subsumieren) erstellt (Vogt und Werner 2014, S. 30–31). Dieser bildete die Grundlage für die Auswahl, welche Fragen konkret gestellt oder durch Erzählimpulse initiiert werden sollten. Daraus ergab sich schlussendlich eine Tabelle mit Fragen und Erzählimpulsen und einer Memospalte mit den entsprechenden deduktiven Kategorien. Der fertige Leitfaden wurden in einem Pretest erprobt. Im ersten Interview gab es zusätzlich eine Spalte für Fragen, die das Gespräch aufrechterhalten sollten. Während des Interviews zeigte sich jedoch, dass sich diese Fragen von selbst stellten und für das zweite Interview nicht mehr nötig waren. Beide Leitfäden endeten mit einer offenen Frage an die Expertinnen, für mögliche Themen, die durch den Fragenkatalog nicht abgedeckt wurden, aber eine besondere Wertigkeit für die Expertinnen darstellen (Vogt und Werner 2014, S. 31).

Es obliegt der Forscherin jeden Forschungsschritt zu reflektieren und auf seine Offenheit, Neutralität, Nachvollziehbarkeit und Gültigkeit zu überprüfen und neue Erzählimpulse der Expertinnen möglichst ohne Wertung anzunehmen (Kaiser 2021, S. 11). Dies wurde im besten Sinne der Forscherin getan.

6.1.2. Leitfadengestütztes Experteninterview

Die Suche nach geeigneten Experten*innen erwies sich als sehr schwierig, zumal es im beruflichen Umfeld der Autorin keine entsprechenden Beratungsstellen oder Angebote gibt, die sich spezifisch mit der Trauerbewältigung von Familien nach einem Suizid beschäftigen. Es musste also zunächst definiert werden, welche Personen als Experten*innen überhaupt infrage kämen. Der Expertenbegriff ist dabei umstritten in der Literatur. So könne in gewisser Weise jede Person als Expert*in gelten, zumindest in Bezug auf bestimmtes Alltagswissen und das eigene Leben. Expert*in wird eine Person also schon, wenn sie über ein spezielles Wissen verfügt, welches über ein Allgemeinwissen in bestimmten Bereichen hinausgeht. Deshalb sollen die Experten*innen auch über eine entsprechende Qualifikation verfügen, die sie auch soziologisch zu Experten*innen macht, also durch eine entsprechende Ausbildung oder Erfahrung in dem gefragten Themengebiet (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, S. 155). Dadurch öffnet sich die Möglichkeit, Einblick in exklusive Wissensbestände zu erhalten und übergeordnet sowie fachlich und konkret über den Forschungsgegenstand zu sprechen, ohne die Gefahr die Zielgruppe selbst durch bestimmte Fragen zu brüskieren (Liebhold und Trinczek 2009, S. 37).

Trotz der entsprechenden Vorgaben zur Auswahl der Experten*innen und dem geringen Angebot im Umkreis, konnten zwei Expertinnen zur Befragung gewonnen werden. Eine Sozial- und Traumapädagogin (folgend Expertin 1), die seit 10,5 Jahren bei der Arbeiterwohlfahrt Harburg Land e.V. tätig ist und im Rahmen einer Sozialpädagogischen Familienhilfe (SpFh) eine Familie betreut hat, in der sich während des Hilfezeitraums ein junger Mensch suizidiert hat. Dabei handelte es sich um eine alleinerziehende Mutter (KM) mit vier Kindern (A, B, C und D). Zwei Töchter B und C sowie zwei Söhne A und D. A suizidierte sich im Alter von 20 Jahren nach einem Klinikaufenthalt, den er eigenständig beendete und wieder zuhause einzog. Er starb an einer Überdosis unbekannter Medikamente in seinem Zimmer, in dem die KM ihn tot auffand. Zu dem Zeitpunkt lief die SpFh ein Jahr lang. Der Fokus der Hilfe lag damals auf den beiden jüngeren Kindern C und D sowie der Kindesmutter. C war zum Zeitpunkt des Suizids 9 Jahre und D 6,5 Jahre alt. Das Alter von B schätzte die Expertin auf 22 Jahre. Die Kindesmutter bat damals das Jugendamt um Unterstützung, sie sei geschieden und hatte 2006 einen schweren Autounfall, seitdem sie arbeitsunfähig war. Bei dem Unfall saßen C und D mit im Auto, D war zu dem Zeitpunkt noch ein Säugling. Die Expertin vermutet, dass A auch mit im Auto saß, kann sich aber nicht mehr genau daran erinnern. Die Familie war finanziell eher schlecht aufgestellt, da der Kindsvater (KV) die Unterhaltsleistungen verweigerte und nur sporadisch beliebige Summen überwies. Neben dem elterlichen Konflikt und der finanziellen

Not kamen psychische Spätfolgen durch den Unfall hinzu, sodass von dem Jugendamt die Sozialpädagogische Familienhilfe installiert wurde, mit dem Ziel, die Familie bei der Bewältigung der Alltagsprobleme, Klärung der Schulden der KM, in Erziehungsfragen und der Trennungsproblematik zu unterstützen sowie bei der Verarbeitung des Autounfalls und den daraus entstandenen Ängsten zu helfen (Expertin 1, Z. 6ff.). Weitere Details zu dem Fall können bei Bedarf im Transkript im Anhang V. nachgelesen werden.

Bei der zweiten Expertin handelt es sich um Frau Walper. Sie gründete die Begegnungsstätte Claras Haus e.V. im Nachbarlandkreis Lüneburg gemeinsam mit ihrem Ehemann, nachdem ihre Tochter mit 19 Jahren an einem Hirntumor gestorben ist. Die Gruppe richtet sich hauptsächlich an verwaiste Eltern, ist aber offen für alle Trauernden (Clara`s Haus e.V. 2021). Eltern suizidierter Kinder seien eher selten in der Gruppe vertreten, ein paar Fälle wurden jedoch in ihrer Zeit als Trauerbegleiterin von ihr betreut.

Es wurden weitere Expert*innen von der Krisenintervention Lüneburg, der „Trau dich“ Trauergruppe in Buchholz in der Nordheide und einer stationären psychiatrischen Einrichtung für Kinder und Jugendliche in Hamburg angesprochen, welche jedoch im Laufe ihrer Zeit in den jeweiligen Diensten noch nicht mit Hinterbliebenen von suizidierten Kindern zu tun hatten und deshalb für eine Erhebung ausgeschlossen wurden.

Für die Befragung wurden zwei Leitfäden (s. Anhang I. und II.) erstellt. Diese wurden an die entsprechenden Arbeitsbereiche der Expertinnen angepasst und anhand der deduktiven Kategorien vorstrukturiert, um jeweils bestimmte Themenbereiche abzufragen und trotzdem offen genug gehalten zu sein, um den Expertinnen Raum zu geben, eigene Inhalte und neue Ansätze einbringen zu können (Liebhold und Trinczek 2009, S. 35).

„Diese doppelte Ausrichtung des Experteninterviews kann als ‚geschlossene Offenheit‘ bezeichnet werden: Zum einen strukturieren konzeptionelle Überlegungen das Feld, zum anderen bleibt durch das Erzählprinzip die Bedeutungsstrukturierung durch die Forschungssubjekte erhalten. Deduktion und Induktion gehen Hand in Hand.“ (Liebhold und Trinczek 2009, S. 37).

Die Interviews fanden in den Räumen der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Harburg Land e.V. statt. Dies sollte den Expertinnen zum einen ein professionelles Umfeld bieten und zum anderen lange Anfahrtswege ersparen. Das erste Interview fand am 19.08.2022 mit der Sozial- und Traumapädagogin und das zweite am 13.12.2022 mit Frau Walper statt. Beide dauerten etwas länger als eine Stunde. Die Expertinnen wurden vorab über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und um die Einwilligung zur Aufzeichnung und Verwendung der Daten gebeten. Es wurde dabei abgefragt, ob die Aussagen anonymisiert dargestellt werden sollen oder ob der Name genannt werden darf. Dieses Angebot dient der Wertschätzung des Expertinnenwissens

und der Möglichkeit, die entsprechende Zuschreibung tätigen zu können, von wem das Wissen stammt. Frau Walper stimmte der Namensnennung zu und war erfreut, als Expertin in dieser Arbeit entsprechende Anerkennung für ihr Wissen zu erhalten.

6.1.3. Auswertung und Methodik

Zur Aufbereitung der gesammelten Daten durch die Expertinneninterviews wurde das aufgezeichnete Material als erstes inhaltlich zusammengefasst. In der Literatur gibt es bisher keine eindeutige Empfehlung zur Transkriptionsart von Experteninterviews (Kaiser 2021, S. 111). Da es bei den Interviews nicht auf die Art und Weise, wie etwas gesagt wurde, ankommt oder auch Pausen und Gestiken unwichtig für die Auswertung des Gesagten sind, kann auf eine detaillierte Transkription verzichtet werden. Die Expertinnen fungieren als ‚Trägerinnen von Wissen‘, welches sachlich und neutral durch die Zusammenfassung erfasst wird (Liebhold und Trinczek 2009, S. 37; Vogt und Werner 2014, S. 43; Wassermann 2015, S. 61–62). Es wird trotzdem auf bestimmte, themenbezogene Ausdrücke oder Umschreibungen der Expertinnen Rücksicht genommen, sodass diese in der Zusammenfassung erhalten bleiben. Es werden folglich Paraphrasen⁹ gebildet (Kaiser 2021, S. 111). Bei der Analyse wurden die Daten systematisch nach den in Tabelle 2 aufgeführten Kategorien untersucht. Dabei handelt es sich um vier Hauptkategorien, zehn Subkategorien der 1. Ordnung und vier Subkategorien der 2. Ordnung, die die Grundlage des Leitfadens bilden und auf dem Theorieteil dieser Arbeit aufbauen. Außerdem wurden die Daten thematisch zusammengefasst und mit entsprechenden Überschriften versehen. Diese konnten dann entweder den deduktiven Kategorien zugeordnet werden oder bildeten induktive Kategorien, die sich durch das Interview ergeben haben. Im Anschluss daran wurde je Interview eine weitere Tabelle (s. Anhang III. und IV.) angefertigt, in der die Kategorien mit den entsprechenden aussagekräftigen Textpassagen erfasst und gesammelt wurden. Diese Übersicht konnte zur Beantwortung der Forschungsfragen und der Entwicklung neuer Handlungsansätze herangezogen werden.

⁹ „Unter einer Paraphrase verstehen wir eine textgetreue Zusammenfassung einer Aussage des Experten in unseren eigenen Worten, wobei die ursprünglichen Informationen, Deutungen und Meinungen nach wie vor enthalten sind. Eliminiert werden also insbesondere solche Elemente der Aussagen, die nur ausschmückenden Charakter haben oder offenkundig redundant sind.“ (Kaiser 2021, S. 111).

Tabelle 2- Kategoriesystem

Hauptkategorie	Subkategorie 1. Ordnung	Subkategorie 2. Ordnung
Bewältigungsstrategien (1)	Innerfamiliäre Maßnahmen (1.1.)	Funktional (1.1.1)
		Dysfunktional (1.1.2)
	Maßnahmen von außen (1.2.)	Funktional (1.2.1)
		Dysfunktional (1.2.2)
Trauer (2)	Individuell (2.1)	
	Familiär (2.2)	
Zusammenhalt in der Familie (3)	Vor dem Suizid (3.1)	
	Nach dem Suizid (3.2)	
Handlungsempfehlungen der Expertinnen (4)	Familiär (4.1)	
	Berufliche Praxis (4.2)	
	Gesellschaftlich (4.3)	
	Politisch (4.4)	

6.2. Ergebnisse

Folgend sollen die Ergebnisse der beiden Expertinneninterviews dargestellt werden. Dazu wird auf die in der Auswertung beschriebene Tabelle zurückgegriffen und systematisch auf die vier Hauptkategorien eingegangen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen sollen. Das heißt, es werden als erstes die Ergebnisse für die verschiedenen Bewältigungsstrategien der einzelnen Familienmitglieder sowie der gesamten Familie aufgezeigt. Dabei werden sowohl funktionale als auch dysfunktionale Strategien berücksichtigt. Anschließend wird auf die individuelle und familiäre Trauer eingegangen. Daraufhin werden die gewonnen Erkenntnisse zum Zusammenhalt der Familie dargestellt. Zum Abschluss werden noch die Handlungsempfehlungen der beiden Expertinnen vorgestellt.

Bewältigungsstrategien

Allein der Besuch einer Selbsthilfegruppe ist bereits eine wichtige Bewältigungsstrategie, indem die Trauer problemfokussiert und aktiv angegangen wird. Diese Strategie wird hauptsächlich von Frauen angewendet, beschreibt Frau Walper. Obwohl Männer und Väter genauso willkommen sind, steigen diese aber nach wenigen Sitzungen wieder aus. Sie kommen hauptsächlich ihren Frauen zuliebe mit (Walper, Z.58ff.). Auch Geschwisterkinder nutzen das An-

gebot der Gruppentreffen wenig. Sie ziehen Onlineangebote vor und treten eher anonym im Chat in den Kontakt (Walper, Z. 65ff.). Das vornehmliche Ziel von Selbsthilfegruppen ist „Gleichgesinnte zu treffen und das Gefühl zu entwickeln, dass man nicht alleine ist und ähnliches fühlt oder denkt.“ (Walper, Z. 200f.). Die Maßnahmen werden entsprechend den Trauerphasen angepasst. In der Akutphase geht es zuerst um Stabilisierung und das Schaffen eines Raumes, wo die Teilnehmer*innen trauern und ihre Anliegen teilen können (Walper, Z.248f., Z. 269ff.) Hier ist es vordergründig „da zu sein und aktiv zu zuhören, präsent [zu] sein.“ (Walper, Z. 261f.). Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Phase etwa ein halbes Jahr lang andauert, vorher sind die Trauernden eher nicht in der Lage, aktiv an ihrer Trauer zu arbeiten (Walper, Z.249f.). In dieser Zeit ist es das oberste Anliegen von Frau Walper Beständigkeit und Verlässlichkeit zu vermitteln, dafür hat sie ein Notfallhandy, auf dem sie jederzeit erreichbar ist. Sie betrachtet sich in ihrer Funktion als Lotsin für die Trauernden (Walper, Z.257-259). Erst wenn die akute Trauerphase vorbei ist, sind die Eltern in der Lage mit der Trauerarbeit zu beginnen. Zentrale Bestandteile davon gründen auf dem Trauerkaleidoskop von Chris Paul. „Dort heißt es, man müsse den Tod begreifen, mit allen Sinnen und da gehört auch das visuelle dazu. So schrecklich das ist, es ist wichtig, um damit irgendwann abschließen zu können, dass das Kind tot ist.“ (Walper, Z. 154f.). Frau Walper betont die Bedeutsamkeit für den Bewältigungsprozess der Eltern, das Kind noch einmal zu sehen (Walper, Z. 147f.). Dies müsste jedoch gut begleitet werden, was häufig nicht der Fall ist (Walper, Z. 146f., Z. 156ff.). „Dafür müsste die Polizei entsprechend geschult sein, für einen sensiblen Umgang mit den Familien, das läuft derzeit noch nicht so gut.“ (Walper, Z. 159ff.).

Ein weiterer Bestandteil ist es den Tod konkret zu benennen (Walper, Z. 367f.). Häufig wird in den Familien nicht über den Verlust gesprochen, „er wird totgeschwiegen“ (Walper, Z. 324f.). Dies ist kritisch zu betrachten, da so gerade Geschwisterkinder keinen Raum finden, um über den Verlust und ihre Trauer zu sprechen. „Was macht das jetzt mit den Kindern? Sie lernen von dem Verhalten ihre Eltern und sehen, die reden nicht darüber, dabei ist das schlimmste überhaupt passiert.“ (Walper, Z. 325ff.). Die Kinder geraten häufig aus dem Blick, sie neigen dazu überangepasst zu sein, um den Eltern nicht weiter zur Last zu fallen (Walper, Z. 314ff.).

Zur Trauerarbeit gehört auch die Analyse vorhandener Bewältigungsstrategien. Das heißt es wird mit den Trauernden darauf geschaut, wie vor dem Verlust mit Krisen in der Familie umgegangen worden ist, „daraus kann sehr viel abgeleitet werden.“ (Walper, Z.128f.). Es ist wichtig, bestehende Ressourcen zu finden und Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Walper, Z. 132). Dafür wird zum Beispiel ein individueller Ressourcenkoffer mit den Trauernden er-

arbeitet. Ein weiterer Aspekt dieser Methode ist die Arbeit an der Wahrnehmung, die der veränderten Umwelt und des veränderten Selbst. Welche Auswirkungen hat der Verlust auf die Person und was passiert mit dem Umfeld (Walper, Z. 179ff.)? Dazu gehört auch, einen Weg zu finden, mit dem Umfeld zu kommunizieren und sich zu überlegen, wie z.B. am Arbeitsplatz damit umgegangen werden soll (Walper, Z. 184f.). Aus Angst vor Stigmatisierung und Schuldzuweisungen wird mit dem Umfeld eher selten über den Suizid gesprochen, sodass der Suizid „oft als Unglück getarnt wird.“ (Walper, Z. 275). Nur wenige Eltern trauen sich offen darüber zu sprechen (Walper, Z.276). Es ist „sehr klassisch für einen Suizid, dass suggeriert wird, was eine Person getan haben könnte, sodass man nicht mit ihr zusammenleben kann. [...] Was ist denn in der Familie los, dass das Kind nicht mehr leben wollte?“ (Walper, Z. 175ff.).

Dadurch dass insgesamt in der deutschen Kultur sehr wenig über den Tod gesprochen würde, seien viele Dinge in diesem Zusammenhang auch nicht bekannt. So darf der Leichnam für eine gewisse Zeit mit nach Hause genommen werden. „Das ist für viele Menschen ein wichtiger Schritt, um Abschied zu nehmen.“ (Walper, Z. 330ff.). Abhängig von der Bestattungsart können auch individuelle Rituale erarbeitet werden. Diese sind eine wichtige Stütze für die Eltern, „woran sie sich festhalten können.“ (Walper, Z.279f.). „Mit einem Elternpaar wurde nach einem geeigneten Symbol gesucht, dass ihre Trauer auch nach außen hin ausdrückt. Ihnen war es wichtig einen Ausdruck ihrer Trauer bei sich zu tragen.“ (Walper, Z. 277ff.).

Trotz der vielen Möglichkeiten bei der Trauerbewältigung zu unterstützen, kann die Selbsthilfegruppe jedoch keine Therapie ersetzen. „Eine Therapie ist unabdingbar.“ (Walper, Z. 202). Dies wurde auch von der Expertin 1 in ihrer Zusammenarbeit mit der Familie wiederholt empfohlen (Expertin 1, Z. 267ff.). Die Familie musste neben dem unverarbeiteten Autounfall nun auch noch den Suizid des Sohnes/Bruders verarbeiten. Im Laufe der Hilfe konnten alle Familienmitglieder außer B therapeutisch angebunden werden. Nach einer ambulanten Traumatherapie bemühte sich die KM selbstständig um einen Platz in der Tagesklinik. C besuchte wöchentlich eine Kinder- und Jugendtherapeutin und D konnte bei der Kinder- und Jugendinstitutsambulanz mit monatlichen Terminen angebunden werden, während nach einem geeigneten Therapieplatz für ihn gesucht wurde. Parallel dazu war D bereits an einer ergotherapeutischen Praxis angebunden und beide Kinder wurden einer Trauergruppe für Kinder vorgestellt (Expertin 1, Z 269f., 312f., 313ff.). B erhielt einen Termin bei der Lebensberatung zum Thema Trauer (Expertin 1, Z. 265f.). Die Expertin konnte beobachten, dass die Kinder beide von der Therapie profitierten. C hatte ein gutes Verhältnis zu ihrer Therapeutin

aufgebaut und D ging gerne zur Ergotherapie, die er bereits vor dem Suizid seines Bruders besuchte (Expertin 1, Z. 312ff.). „Dabei handelte es sich um eine sinnesverstehende, psychomotorische Entwicklungstherapie mit Blick auf traumatische Erfahrungen vor und/oder nach der Geburt. Dabei wurde Bezug auf den Autounfall genommen [...]. Im Rollenspiel konnte er seine gemachten Erfahrungen verarbeiten und gut auf die Therapeutin eingehen. Dabei wurde er intensiv partizipiert und immer in die Planung in den nächsten Termin miteinbezogen. Er hat dabei auch die ihm geschenkte Aufmerksamkeit und die 1:1 Situation genossen.“ (Expertin 1, Z. 250ff.).

Ebenso können die Punkte Beständigkeit und Struktur sowie Präsenz und „Da sein“ von der Expertin 1 als wichtige Komponenten zur Bewältigung benannt werden. „Die Kinder äußerten, dass ihnen der Kontakt zur Familienhilfe sehr wichtig sei, und baten um regelmäßige Termine.“ (Expertin 1, Z. 209f.). Die Struktur und Regelmäßigkeit, die die Termine mit der SpFh brachten, waren „für die Familie von hoher Bedeutung.“ (Expertin 1, Z. 330f.). Sie trug auch dazu bei die Frustrationstoleranz von D zu erhöhen (Expertin 1, Z. 241ff., 359ff.). Die SpFh hatte außerdem immer ein „offenes Ohr“ für die Anliegen der Familienmitglieder und unterbreitete wiederholend Gesprächsangebote, um über den toten Sohn/Bruder zu sprechen. „Die Familienhilfe ließ ihn regelmäßig in die Unterhaltungen einfließen und bot immer an, dass die Kinder mit ihr über den Verlust und ihre Gefühle reden könnten. Sie verwickelte die Kinder dabei in Gespräche, die mit positiven Erinnerungen an den Bruder besetzt waren. Die Kinder hatten dabei immer die Möglichkeit die Gesprächsangebote abzulehnen.“ (Expertin 1, Z. 210ff.). Der Expertin war es ein Anliegen, der Familie zu vermitteln, dass offen über A gesprochen werden kann und dass es keine Tabus diesbezüglich gibt (Expertin 1, Z. 364ff.). Auch mit dem sozialen Umfeld der Familie wurde offen über den Suizid gesprochen. Die Mutter der KM konnte als Krisenkontakt organisiert werden und war für die Familie jederzeit abrufbar. Auch die Eltern des Kindesvaters und der damalige Lebensgefährte P1 der KM boten ihre Unterstützung an (Expertin 1, Z. 175, 205ff.). Ebenso wurden die Schulen über den Suizid informiert. Gemeinsam wurde erarbeitet, dass den Kindern so viel „normale“ Tagesstruktur erhalten bleiben sollte wie möglich (Expertin 1, Z. 176ff.). Dazu gehörte ebenfalls der Reitunterricht von C. Die Familie besaß in der Nähe eigene Ponys, zu denen die Expertin C regelmäßig begleitete. „Dies hat sie sehr gestärkt, die Familienhilfe konnte beobachten, wie sie mit der Zeit an Selbstvertrauen gewinnen konnte.“ (Expertin 1, Z.226ff.). Auch nachdem die KM sich von P1 trennte, förderte sie den Kontakt zwischen ihm und den Kindern, da er eine wichtige Bezugsperson für die Kinder war und sie weitere Verluste verhindern wollte (Expertin, Z. 296ff.). Sie „kam mit einem neuen, deutlich älteren Mann P2 zusammen. Sie

sehnte sich nach mehr Unterstützung und Stärke, die ihr P1 nicht bieten konnte.“ (Expertin 1, Z. 294ff.).

Die Expertin 1 leistete auch viel Aufklärungsarbeit, besprach z.B., dass alle Gefühle erlaubt sind, dass sich die Trauer mit der Zeit auch verändert und welche Trauerphasen es gibt. Dazu brachte sie der Familie auch ein Buch zum Thema Trauer mit, dass sie sich gemeinsam im Tempo der Kinder anschauten (Expertin 1, Z. 333ff.). Sie besuchten auch zusammen den Friedhof und brachten A Blumen ans Grab und die SpFh ermöglichte den Kindern noch einmal letzte Worte an A zu richten (Expertin 1, Z. 337ff.) Zudem bastelte die Familie unter ihrer Anleitung einen Altar für A aus Gegenständen und Bildern, die in positiver Verbindung zu diesem standen (Expertin 1, Z. 331f.). Dabei wurde stets auf die Grenzen der Trauernden geachtet. „Das Thema A wurde immer positiv besetzt thematisiert, aber nur, wenn die Kinder auch darüber sprechen wollten. Wenn nicht, wurde dies akzeptiert.“ (Expertin 1, Z. 339f.).

Zur Bewältigung des Haushalts wurde mit der Familie ein Belohnungssystem eingeführt, an dem alle Familienmitglieder beteiligt wurden. Zusätzlich wurde die KM bei Behördenangelegenheiten unterstützt und die SpFh kümmerte sich um solch belastenden Aufgaben, wie die Kostenklärung der Beerdigung (Expertin 1, Z.282f., 302f., 216ff.).

Auch die Konflikte auf der Elternebene wurden im späteren Hilfeverlauf durch die SpFh begleitet. Es fand eine Anbindung bei der Trennungs- und Scheidungsberatung im Landkreis statt, die eine außergerichtlichen Umgangsregelung erwirken konnte (Expertin 1, Z. 303ff., 320ff.).

Eigenständig hat sich die ältere Tochter B um eine neue Wohnung für die Familie gekümmert. „[Die] Expertin beschreibt eine Szene als gruselig, wie die Familie sich weiterhin in der Wohnung aufhalten musste, in der der Suizid passiert ist und gemeinsam in der Küche am Tisch saß, wo nebenan das Zimmer von A war.“ (Expertin 1, Z.287ff.). Zeitnah besichtigten B und die KM eine Wohnung, in die die Familie umziehen konnte. B zog zu ihrem Freund (Expertin 1, Z. 290ff.).

In der Schule zeigte sich der schon vor dem Suizid auffällige D, noch auffälliger. Er verließ ohne Absprache das Klassenzimmer und blieb dem Unterricht fern. C „wurde [von ihren Lehrkräften] als sensibel und empfindsam beschrieben und dass sie sich große Mühe gab dem Unterricht zu folgen, was ihr jedoch im Bereich Lesen und Rechnen Schwierigkeiten bereitete. Vor dem Suizid war sie in diesen Fächern gut und sie habe gerne gelesen.“ (Expertin 1, Z.219ff.). C begann auch an den Fingernägeln und Haarspitzen zu knabbern (Expertin 1, Z. 306f., 225f.). „D hatte zwischenzeitlich enorm an Gewicht verloren und im Januar 2014 wieder sein Normalgewicht erreicht.“ (Expertin 1, Z. 318f.). Er hatte auch große Schwierigkeiten

seine Gefühle zu fassen und nach außen zu zeigen. Die Ergotherapeutin arbeitete mit ihm an dem Zugang zu seinen Gefühlen. Dieses Defizit bestand allerdings bereits vor dem Suizid (Expertin, Z. 257ff.).

Die Expertin hat die KM „ermutigt D mehr Nähe anzubieten und durch Umarmungen Kontakt und Vertrautheit aufzubauen.“ (Expertin 1, Z.363f.). Sie nahm ihn in den gemeinsamen Termin als sehr haltlos und orientierungslos wahr und empfahl einen verlässlichen und wertschätzenden Rahmen für ihn, indem er Sicherheit und Stabilität erfahren konnte (Expertin 1, Z. 360ff.).

Rückblickend schätzt die Expertin die Maßnahme der Sozialpädagogischen Familienhilfe und die Angebote, die sie der Familie gemacht hat, als sehr erfolgreich ein. Die Familie hat von dem gemeinsamen Prozess sehr profitiert, „sodass ein Loslassen stattfinden konnte und die Nachfrage nach gemeinsamen Terminen langsam nachließ, es entstand ein Gefühl, dass es nun genug sei.“ (Expertin 1, Z. 347ff.). Zusammenfassend können folgende Maßnahmen benannt werden, die zu einer positiven Entwicklung beigetragen haben: Gemeinsame Gespräche, zusammen spielen, Nähe, Regelmäßigkeit, Zeit, Offenheit, teilhaben lassen und gemeinsame Entscheidungen treffen, Kontrolle bei der Mitgestaltung der Termine, großer Freiraum, der geschützt und begrenzt und gerahmt war (Expertin 1, Z. 369ff.).

Zusätzlich dazu hat die Familie als abendliches Ritual gemeinsam für A gebetet (Expertin 1, Z. 358).

Trauer

Die Expertin 1 berichtet, dass jedes Familienmitglied zuerst seinen eigenen Umgang mit dem Verlust finden musste, bevor sie gemeinsam trauern konnten. Die Kinder haben sich eher zurückgezogen, während die KM sehr betroffen war. Sie war vorher schon sehr belastet, wirkte aber als sie der SpFh am Telefon von dem Suizid erzählte zunächst sehr gefasst. (Expertin 1, Z. 352ff., 174). Sie machte sich selbst viele Vorwürfe, ob sie den Suizid hätte vorhersehen müssen oder verhindern können (Expertin 1, Z. 286f.). Außerdem fiel es ihr schwer, den Alltag zu bewältigen (Expertin 1, Z. 189f.). Im weiteren Verlauf der Hilfe hat die Expertin die Familie dann versucht durch verschiedene gemeinsame Aktionen wieder näher zusammenzubringen. Sie ermutigte die Familie auch offen über A zu sprechen (Expertin 1, Z. 355ff.).

Frau Walper erklärt, dass es viele Faktoren gibt, die die Verlusterfahrung beeinflussen. „Das ist wirklich sehr komplex, es wirken so viele Dinge mit darein.“ Es spielt z.B. mit darein, ob das Kind von den Eltern selbst aufgefunden wird und in welchem Zustand sich der Körper dann befindet oder ihnen die Nachricht überbracht wird (Walper, Z. 143ff.). Genauso

macht es einen Unterschied, ob es sich um eine Impulshandlung handelte oder der Suizid geplant war und dem Suizid eine lange Krankengeschichte vorweg ging (Walper, Z. 119ff.). In dem Fallbeispiel von Frau Walper überkam die Eltern im Trauerprozess daher ein Gefühl der Erleichterung. „[...] auch wenn das verrückt klingt, aber sie haben über viele Jahre mit der psychischen Krankheit ihres Kindes gelebt und eine ständiges auf und ab erlebt, immer mit der Anspannung, ob er nach Hause kommt oder nicht, ob er sich etwas antut, und dann gab es endlich Gewissheit. Es war keine Erleichterung über den Verlust, sondern darüber, dass diese dauernde Anspannung vorbei war.“ (Walper, Z. 85ff.). Die Familie konnte nun trauern, nicht nur über den Verlust, sondern auch wegen der Krankheit des Kindes. „Es wurde viel geweint und hinterfragt, warum er so krank geworden ist.“ (Walper, Z.92ff.). Gleichzeitig empfanden die Eltern große Wut über die Ärzte. Diese hatten ihren Sohn für gesund genug gehalten, um die Klinik zu verlassen. Sie hatten auf ihre fachliche Einschätzung vertraut (Walper, Z. 82f.). Ebenso empfanden sie Ohnmacht und Hilflosigkeit, da sie ihrem Sohn nicht helfen konnten (Walper, Z. 96ff.).

Allgemein erklärt Frau Walper, dass Eltern weniger mit der Frage „warum hat mein Kind sich das angetan?“ hadern als damit, warum sie dies als Eltern nicht rechtzeitig erkannt oder was sie übersehen haben. „Eine klassische Frage ist, ob man zu viel gearbeitet hat. Man hätte doch etwas bemerken müssen.“ (Walper, Z. 114ff.).

Zusammenhalt

Frau Walper berichtet, dass sich Eltern später häufig trennen, dies aber unabhängig von der Todesart Suizid ist. Auf Nachfragen der Forscherin, ob das Familiensystem in der Selbsthilfegruppe bedacht wird, antwortet Frau Walper: „[...]“, dass die allein sind und sich das auch allein erarbeiten müssen.“ Die Selbsthilfe ist eine Einzelfallhilfe (Walper, Z. 210). In Baden-Württemberg gibt es daher bereits ein entsprechendes Angebot für Familien in besonderen Lebenssituation. Dabei handelt es sich um Stärke-Kurse für die ganze Familie. Ob es ein ähnliches Angebot auch in dieser Region gebe, wüsste sie nicht (Walper, Z.211f.).

Handlungsempfehlungen

Frau Walper würde sich ein Angebot wünschen, welches die erarbeiteten Ressourcen der Einzelperson aus der Selbsthilfe in die Familien tragen kann. „Dass die Familien als Familiensystem mehr Unterstützung erfahren und konstante Unterstützung haben.“ Wichtig sei eine kontinuierliche und beständige Begleitung, mindestens im ersten Jahr nach dem Verlust. Der Fokus sollte zudem mehr auf die Geschwisterkinder gerichtet werden. Für diese Arbeit würde

Zweierteams empfehlen, um den verschiedenen Bedürfnissen in einer Familie gerecht werden zu können (Walper, Z.344ff., 300ff.). Insgesamt wünscht sie sich eine Professionalisierung der Trauerbegleitung. Gemeinsam mit Chris Paul kämpft sie seit einiger Zeit für die Anerkennung der Arbeit. „Gerade in diesem Bereich ist Ehrenamt eigentlich nicht das richtige, sondern ein professionelles Team.“ (Walper, Z. 353ff.). Selbst in der Zusammenarbeit mit Therapeuten erlebt sie häufig eine fehlende Spezialisierung im Bereich Trauerarbeit und trifft dort nicht selten auf Überforderung, wenn es sich um besonders schwere Fälle von Trauer handelt, die sich im Bereich von posttraumatischen Belastungsstörungen bewegen. Es fehlen spezielle Angebote, die für diese Zielgruppe qualifiziert sind (Walper, Z. 357ff.). Ebenso mangelt es an geeigneten Helfer*innen, die in der Lage seien, eine Trauergruppe zu moderieren. Der Bedarf ist da, aber es gibt zu wenig Menschen, die bereit sind zu helfen, besonders in der Region südlich von Hamburg (Walper, Z. 8ff., 12f., 193f.). Frau Walper beschreibt, dass eine Gruppe optimalerweise aus sechs bis acht Personen bestehen sollte, das zeigt ihre Erfahrung in der Region Karlsruhe (Walper, Z. 26f.). Durch die unterschiedlichen Verlusterfahrungen, je nach Todesform, wären entsprechende Gruppenangebote, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eingehen, wünschenswert. Für die Moderation ist es oft schwierig, die verschiedenen Verlusterfahrungen in einer Gruppe zu balancieren (Walper, Z. 33ff.). Umso wichtiger ist ein wertfreier Umgang miteinander. Frau Walper betont, „das ist eine unserer obersten Regeln. [...] Sonst funktioniert diese Mixtur nicht.“ (Walper, Z.53ff.).

Wenn sie ihren Teilnehmer*innen zusätzlich vorschlägt das Jugendamt um Unterstützung zu bitten, stößt sie häufig auf Abwehr und Angst. Die Eltern haben Sorge, dass dort eher auf ihre Defizite geschaut würde und ihnen auch noch ihre anderen Kinder weggenommen werden (Walper, Z. 214ff.). Der Ruf des Jugendamtes muss sich verbessern, dahingehend welche Angebote es alles gibt außer Kindesentzug (Walper, Z. 230f.). Die Arbeit von Frau Walper in Baden-Württemberg zeigt, dass eine gelingende Vernetzung mit dem Jugendamt möglich ist. Dort ist sie fester Bestandteil des Helfernetzwerkes und erhält finanzielle Mittel, um ihre Kurse auch digital anbieten zu können. Für die Region hier wäre dies ein wichtiger Schritt hin zur qualifizierten Trauerarbeit. Dafür benötige es jedoch mehr Transparenz (Walper, Z. 232ff.).

Außerdem wünscht sich Frau Walper, dass das Thema Tod und Trauer auch im Bildungsbereich Raum fände, sodass Kinder von klein auf mit diesem Thema aufwachsen und über Mythen und Floskeln aufgeklärt würden (Walper, Z. 364).

Die Expertin 1 empfiehlt für die Arbeit mit trauernden Familien als Person verfügbar zu sein und anzubieten, belastende und schwierige Aufgaben zu übernehmen, wie zum Beispiel die Klärung rund um die Bestattung. Dabei ist es wichtig, für die Familien transparent zu sein

und mit der Familie über mögliche Reaktionen im Umfeld zu sprechen, sie auf die veränderte Umwelt vorzubereiten und zu stärken. Außerdem empfiehlt sie, immer gut im Austausch mit dem eigenen Team und dem Jugendamt zu sein sowie sich selbst Beratung und Unterstützung bei einer Trauerhilfe zu suchen, die für die Arbeit mit Trauernden spezialisiert ist (Expertin 1, Z. 386ff.).

Sie weist außerdem darauf hin, die eigene Betroffenheit immer wieder zu reflektieren. „Es sei wichtig, auch als Fachkraft einen eigenen Umgang mit dem Suizid zu finden und trotzdem wöchentlich in die Familie gehen zu können.“ (Expertin 1, Z. 379ff).

6.3. Betrachtung der Ergebnisse

Beide Interviews konnten durch ihre unterschiedlichen Kontaktpunkte und Arbeitsweisen im Zusammenhang mit der Zielgruppe wichtige Informationen zur Beantwortung der Forschungsfragen liefern. Darüber hinaus haben beide Expertinnen Anregungen, Impulse und Hinweise ergänzt sowie Themen angesprochen, die vorab nicht bedacht oder planbar waren, aber wertvoll für die künftige Arbeit mit Familien sind, die ein Kind durch Suizid verloren haben.

Die beiden Expertinnen konnten von zahlreichen Bewältigungsstrategien berichten, sowohl funktionalen als auch dysfunktionalen. Einige wurden konkret benannt, andere wurden indirekt durch beschriebene Verhaltensweisen deutlich. Trotz der unterschiedlichen Handlungsfelder, in denen die beiden Expertinnen tätig sind, betonten beide, dass ein wichtiger Teil in der Arbeit mit Trauernden nach dem Suizid eines Kindes darin liegt, für die Familien „da zu sein“, präsent zu sein, Kontinuität zu bieten und bei der Bewältigung des Alltags zu unterstützen sowie diesen zu strukturieren, damit die Familie Raum für ihre Trauer hat, bis sie bereit seien, mit der Trauerarbeit zu beginnen. Das deckt sich mit den Aussagen von Schenk. „Ein erster Impuls der Erleichterung kann eintreten, wenn Trauernde Menschen finden, die sich Zeit nehmen. Eine angstfreie Grundhaltung sowie Klarheit und Zuverlässigkeit – beispielsweise bei der Einhaltung von Terminen und Zusagen – werden von Betroffenen nach einer Selbsttötung als sehr wertvoll und entlastend empfunden.“ (Schenk 2014, S. 90). Die Trauernden brauchen Menschen, die da sind und zuhören. Sich diesen mit ihrem Kummer anzuvertrauen, gehört zu den emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien (Krafft 2022, S. 74). Diese kommt sowohl zum Tragen, wenn sich die Trauernden einer Selbsthilfegruppe anschließen, als auch bei der betreuten Familie der Expertin 1, die ein starkes soziales Netzwerk um sich hatte, das sie emotional unterstützte. Das sich Hilfesuchen allgemein ist ein wichtiger Schritt der Bewältigung. Sowohl das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe als auch

die Inanspruchnahme der Sozialpädagogischen Familienhilfe können als problemfokussierte Bewältigungsstrategie gewertet werden. Die Personen wollen aktiv etwas an ihrer Situation verändern (Krafft 2022, S. 73–74).

Frau Walper bestätigt die Aussage von Fleck-Bohaumilitzky, dass es für die Eltern wichtig ist, das Kind noch einmal zu sehen, [sie] müsse[n] den Tod begreifen, mit allen Sinnen und da gehört auch das visuelle dazu.“ (Walper, Z. 154f.). Das gehört zum Abschiednehmen dazu. Beide weisen darauf hin, dass das Bewusstsein von Polizei, Ärzten etc. dahingehend weiter sensibilisiert werden muss (Fleck-Bohaumilitzky 2010; Walper, Z. 146ff.).

Dann ist es wichtig, vorhandene Ressourcen zu entdecken und nutzbar zu machen. Dafür kann es z.B. hilfreich sein zu analysieren, wie die Familie vor dem Suizid mit Krisen umgegangen ist und welche Kommunikationsstrukturen bestehen. Eine Möglichkeit dies zu tun ist die Erarbeitung eines „Ressourcenkoffers“ (Walper, Z. 272), der individuell anpassbar ist und den Trauernden konkrete Handlungsstrategien bietet. Im Falle der Expertin 1 ist das Aufrechterhalten des Reitunterrichts für die jüngste Tochter für die Arbeit mit bestehenden Ressourcen beispielhaft zu nennen. „Dies hat sie sehr gestärkt, die Familienhilfe konnte beobachten, wie sie mit der Zeit an Selbstvertrauen gewinnen konnte.“ (Expertin 1, Z. 226ff.). Dazu gehört auch mit der Familie den Fokus auf die Dinge zu richten, die in dem Moment für sie steuerbar sind. Beispielweise durch die Einführung des Belohnungssystems zur Haushaltsführung wurde sowohl eine Struktur zur Alltagsbewältigung geschaffen als auch der Familie aufgezeigt, dass sie weiterhin handlungsfähig sind. Dabei handelt es sich um eine problemfokussierte Bewältigungsstrategie (Krafft 2022, S. 73).

Auch berichten beide Expertinnen davon, dass Rituale ein hilfreicher Bestandteil der Trauerarbeit sind. Diese sollten am besten individuell mit den Trauernden erarbeitet werden. Die Expertin 1 hat beispielsweise die Kinder auf dem Friedhof ermutigt, in einen imaginären „Dialog“ mit dem Verstorbenen zu treten. Dies ist auch ein wichtiger Schritt dahin, den Tod zu akzeptieren (Schenk 2014, S. 107–108). Weiterhin konnte die Familie auch Kraft aus ihrem Glauben ziehen. Durch das gemeinsame Beten wurde ein Ritual, das Sicherheit bietet, geschaffen. Dabei handelt es sich um eine emotionsfokussierte Bewältigungsstrategie (Krafft 2022, S. 74).

Durch die Einbindung des Toten in Gespräche mit den Familienmitgliedern oder die Errichtung des „Altars“, wie es die Expertin 1 angeleitet hat, oder den Austausch über die veränderte Umwelt und das veränderte Selbst, wie es Teil der Arbeit in den Trauergruppen von Frau Walper ist, wird der Verlust langsam in den Alltag integriert und ein Umgang damit gefunden.

Frau Walper und die Expertin 1 begleiten beide die Trauernden durch die von Schenk beschriebenen vier Schritte der Selbsthilfe: „Stabilisierung, Stärkung, Akzeptanz und Integration.“ (Schenk 2014, S. 94). Beide tragen damit positiv zur Bewältigung des Verlustes bei. „Nach Einschätzung von E[xpertin 1], konnte die Familie von der Hilfe und dem gemeinsamen Prozess sehr profitieren, sodass ein Loslassen stattfinden konnte [...].“ (Expertin 1, Z. 347f.).

Neben dem Angebot und der Unterstützung, die beide Expertinnen anbieten bzw. angeboten haben, verweisen sie darauf, wie auch die Literatur, dass eine begleitende Therapie unbedingt nötig sei (Brockmann et al. 2005, S. 52; Paul 2004, S. 114). Die Expertin 1 hat die Familienmitglieder therapeutisch angebunden und auch Frau Walper erklärt, „eine Therapie ist unabdingbar.“ (Walper, Z. 202).

Allerdings konnten auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien festgestellt werden. Dies wird in der Fallbeschreibung von Expertin 1 an einigen Stellen deutlich. Zunächst haben sich die Familienmitglieder zurückgezogen und die Kinder hätten sich verschlossen. Auch wirkte sich der Verlust negativ auf das Essverhalten vom jüngsten Sohn aus, der nach dem Suizid deutlich an Gewicht verloren hat (Expertin 1, Z. 318f.) oder auf die jüngste Schwester, die danach anfang an ihren Haaren und Fingernägeln zu kauen. Genauso kann das Weglaufen aus dem Unterricht von D bei Überforderung oder die Trennung der KM von P1 als zunächst dysfunktional eingeordnet werden. Ähnlich wie bei den von Paul beschriebenen häufigen Coping Strategien nach einem Suizid: Rückzug, Ablenkung, Krankheit, Neubeginn, Festhalten an Altem (Paul 2004, 93ff).

Auch in Bezug auf das Trauerverhalten nach dem Suizid können die beiden Expertinnen einige in der Theorie gesammelten Daten bestätigen. Trauer ist hoch individuell und komplex (Brockmann et al. 2005, S. 49). Frau Walper bestätigt, dass hauptsächlich Mütter das Angebot der Selbsthilfe nutzen, „die Väter sind eher außen vor.“ (Walper, Z. 58f.).

Zu den in der Trauer vorkommenden Gefühlen konnte Frau Walper berichten, dass Scham und die Angst vor Stigmatisierung die Eltern von suizidierten Kindern sehr belastet. Ebenso die Wut auf das professionelle Umfeld konnte sie bei der Begleitung eines Elternpaares erleben, genauso wie die Versagensängste der Eltern, den Suizid nicht vorhergesehen zu haben. Sie verneinte, dass es sich dabei um solche Schuldgefühle handelte, verantwortlich für den Suizid zu sein. Damit widerspricht sie der Literatur, „[...] das Gefühl, schuldig an der Selbsttötung zu sein, gehör[e] zu den stärksten Gefühlen, die Hinterbliebene durchleiden.“ (Paul 2004, S. 78). Ebenso wenig hat sie erlebt, dass die Eltern über das „warum hat mein

Kind sich das angetan“ grübeln (Hefner 2000, S. 56). Viel mehr wird darüber nachgedacht, „warum man das nicht erkannt hat. Was habe ich übersehen?“ (Walper, Z. 114f.).

Für den Umgang mit Trauer zeigen beide Expertinnen auf, wie elementar eine wertfreie und offene Haltung in der Begleitung von Suizidtrauernden ist und stimmen damit den Empfehlungen in der Trauerbegleitung von Schenk zu (Schenk 2014, S. 89).

Frau Walper kann ebenfalls die Feststellungen in der Literatur, dass die hinterbliebenen Geschwisterkinder häufig aus dem Blickfeld der Eltern geraten, bejahen. „Im familiären Trauerchaos werden sie oftmals übersehen [...]“ (Franz 2021, S. 88).

Bezugnehmend auf den Familienzusammenhalt gibt es in der Literatur unterschiedliche Aussagen dazu, ob sich Eltern nach dem Verlust eher trennen oder zusammenbleiben. Frau Walper musste jedoch feststellen, dass sich viele Paare nach dem Tod eines Kindes trennen, unabhängig von der Todesart. Auch die Kindesmutter in dem Fall der Expertin 1 hat sich nach dem Suizid von ihrem damaligen Lebenspartner getrennt. Die Erfahrungen der Expertinnen stützen daher die Aussagen von Znoj und Franz, dass Paare eher an der gemeinsamen Trauerbewältigung scheitern (Franz 2021, S. 88; Znoj 2004, S. 28–29). Ansonsten könne Frau Walper keinen großen Einfluss auf das Familiensystem und den Zusammenhalt dort nehmen. Bei Selbsthilfe handelt es sich um Einzelfallhilfe. Im Gegensatz dazu konnte die Expertin 1 durch ihre Arbeit als Sozialpädagogische Familienhilfe auf den Zusammenhalt einwirken, indem sie die Familie zu gemeinsamen Gesprächen und Aktionen animierte und die KM dahingehend beriet in den Kontakt mit ihren Kindern zu gehen und ihnen Nähe anzubieten. Sie hat damit den Empfehlungen von Goldbrunner entsprochen, also die Trauer als System zu bewältigen, indem sowohl individuell als auch gemeinsam getrauert wird (Goldbrunner 1996, S. 42). Genau wie Palm empfiehlt auch Frau Walper die „individuumszentrierte Perspektive der Trauer“ um die systemische zu erweitern (Palm 2001, S. 16). Sie würde sich entsprechende Angebote für Familien wünschen. Die Angebotslandschaft für Suizidtrauernde gilt es auszubauen. Sowohl Brockmann im Jahr 2005 als auch Wagner 2021 weisen auf eine Unterversorgung und fehlende spezifische Angebote hin (Brockmann et al. 2005, S. 51; Wagner et al. 2021).

6.4. Beantwortung der Forschungsfragen und Interpretation der Ergebnisse

Was ergibt sich nun aus den Ergebnissen und welche Schlüsse können daraus gezogen werden? In diesem Abschnitt werden die zu Beginn gestellten Forschungsfragen beantwortet und Erklärungsansätze formuliert. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei um keine Allgemeingültigkeiten handeln kann, da die Stichprobe dafür zu gering ist und genau genommen nur der Fall der Expertin 1 konkrete Einblicke in das Trauersystem einer Familie bieten kann-

te. Wie im vorherigen Unterkapitel beschrieben, konnten jedoch einige der im Theorieteil der vorliegenden Arbeit gesammelten Aspekte durch die Aussagen der Expertinnen bestätigt werden. Deshalb kann der Fall, nach Einschätzung der Autorin, exemplarisch dazu dienen, das Familiensystem nach dem Suizid besser zu verstehen. Ergänzend dazu können besonders die Erfahrungen von Frau Walper aus der Selbsthilfe herangezogen werden, um den Trauerprozess allgemeiner zu erfassen. Im Nachhinein erweisen sich die beiden unterschiedlichen Expertinnen als sehr glücklich für die vorliegende Arbeit, da sie die sowohl die Vor- und Nachteile der jeweiligen Trauerarbeit darstellen, aber auch auf die dazwischen und darum liegenden Versorgungslücken hinweisen.

Beide Expertinnen können bestätigen, dass jede Person für sich individuell trauert und auch trauern muss. Trauern ist sehr individuell. Die Schwierigkeit in der gemeinsamen Trauerbewältigung scheint in der Verbindung und Akzeptanz der verschiedenen Arten und Weisen zu trauern zu liegen. Durch die Funktion der Sozialpädagogischen Familienhilfe war es der Expertin möglich, den Zusammenhalt in der Familie zu fördern und zu stärken. Sie hatte die Möglichkeit, sowohl auf die individuellen Bedürfnisse der Familienmitglieder einzugehen als auch Angebote für die gesamte Familie zu schaffen. Genau dies sei im Rahmen von einer Selbsthilfegruppe nicht möglich. Dort wird an der individuellen Trauerbewältigung gearbeitet und eine Begleitung in die Familie oder eine Übertragung der erweckten Ressourcen ist nicht möglich. Diese Form der Hilfe kommt also nur den Personen zugute, die in der Lage sind, sich aktiv Unterstützung zu suchen und eine Eigenmotivation entwickelt haben, den Verlust zu verarbeiten. Dazu muss die Person auch bereit sein, ihr Leid offen in der Gruppe zu kommunizieren. Frau Walper konnte feststellen, dass sowohl Kinder als auch Väter eher weniger das Angebot der Selbsthilfe für sich nutzen, sondern hauptsächlich Mütter daran teilnehmen und dementsprechend davon profitieren. Zwei Drittel einer dreiköpfigen Familie wären demnach in ihrem Trauerprozess auf sich gestellt. Wird der Faktor einbezogen, dass in der akuten Trauerphase der Mensch zunächst gar nicht in der Lage ist, die Bedürfnisse anderer Personen wahrzunehmen, ist es leicht nachvollziehbar, wenn es zu Konflikten und Vernachlässigung kommt oder wie festgestellt auch häufig zur Trennung auf der Elternebene. Aus der aktuellen Forschung ergibt sich nun die Frage, ob ein entsprechendes Angebot ein Zerbrechen des Familiensystems verhindern könnte.

Es mangelt scheinbar an einer Person, die in der akuten Phase der Trauer die Verantwortung für den Zusammenhalt in der Familie übernimmt. Jemand, der da ist, präsent ist, ein offenes Ohr hat, Stabilität und Struktur gibt, der die unterschiedlichen Bedürfnisse aller Familienmitglieder im Blick hat und das System als Ganzes stützt. Der Fall der Expertin zeigt sehr

deutlich, dass sie diese Rolle in der Familie einnehmen und damit die Kindesmutter entlasten sowie individuelle Angebote zur Trauerbewältigung anbieten konnte. Dies entspricht in etwa den Vorstellungen von Frau Walper, die sich Teams wünschen würde, die die Trauernden aus der Gruppe in ihre Familien begleiten könnten, um mit ihnen gemeinsam ihre Fortschritte in das Familiensystem zu integrieren. Dadurch würden auch die restlichen Familienmitglieder in ihrem Trauerprozess unterstützt werden, selbst wenn sie nicht in der Lage sind, eigenständig um Hilfe zu bitten oder einen anderen Ausdruck für ihre Trauer haben als die Kommunikation darüber. Dabei denkt sie besonders an hinterbliebene Geschwisterkinder, die häufig hinter der Trauer der Eltern verloren gingen. Die Theorie zeigt, dass sich Geschwisterkinder oft in ihrer eigenen Trauer zurücknehmen, um ihre Eltern nicht zusätzlich zu belasten. Sie übernehmen Rollen und Aufgaben, die zu einer dysfunktionalen Bewältigung führen. Dies könnte z.B. durch eine externe Fachkraft, wie die Sozialpädagogische Familienhilfe, rechtzeitig erkannt und verhindert werden. Dennoch musste sich auch die Expertin 1 erst in das Thema Trauerarbeit und speziell im Zusammenhang mit Suizid eines jungen Erwachsenen einarbeiten. Spezifische Angebote fehlen und auch die von allen Seiten betonte notwendige therapeutische Anbindung, ist schwer zu finden. Eine Therapie ist ein eher hochschwelliges Angebot. Zudem sind die Wartezeiten für einen Therapieplatz sehr lang. Der Wille und die Kraft sich mit der Trauer und dem Verlust auseinanderzusetzen muss genauso vorhanden sein, wie wenn sich die Person einer Trauergruppe anschließen möchte. Aber auch Trauergruppen sind nicht immer disponibel oder spezialisiert auf die Arbeit mit verwaisten Eltern und Geschwistern, besonders in Bezug auf Suizid.

Welche Möglichkeiten gibt es also, betroffene Familien zu erreichen? Es gibt drei Kontakte, die zwangsläufig nach einem Suizid stattfinden. Die Polizei, die die Todesumstände untersucht, das Kriseninterventionsteam, das eingeschaltet wird, wenn es zu einem Suizid kommt, und das Bestattungsunternehmen, welches sich um die Bestattung kümmert, treten nach dem Suizid mit der Familie in Verbindung. Alle drei könnten also potenzielle Verteiler von entsprechenden Hilfsangeboten sein. Bisher liegt dies jedoch nicht in deren entsprechenden Aufgabenbereichen. Eine Idee wäre, dass die Polizei oder das Kriseninterventionsteam grundsätzlich das Jugendamt einschalten, sobald bekannt ist, dass es noch Geschwisterkinder in der Familie gibt, sodass dieses den Bedarf überprüfen und kostenlos sowie zeitnah passende Angebote machen könnte. In diesem Fall müsste die Familie nicht die Hemmschwelle überwinden, mit dem „angstbesetzten“ Jugendamt in Kontakt zu treten, sondern dieses würde auf die Familien zugehen und ihnen Unterstützung unterbreiten. Solange keine Kindeswohlgefährdung nach §8a SGB VIII vorliegt, handelt es sich um ein freiwilliges Angebot, was die

Familie annehmen kann aber nicht muss. Falls eine Kindeswohlgefährdung festgestellt werden würde, könnten auch entsprechende Maßnahmen gemäß §1666 BGB erwirkt werden, um die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass es zur Herausnahme des Kindes kommt. Wie Frau Walper vorgeschlagen hat, wäre es daher sinnvoll an dem eher schlechtem Bild des Jugendamtes, was in der Gesellschaft scheinbar vorherrscht (zumindest nach der Erfahrung von Frau Walper und der Autorin), zu arbeiten, damit Familien der Zugang zum Helfersystem erleichtert würde.

Eine weitere Idee wäre die Moderator*innen der Selbsthilfegruppen dahingehend zu sensibilisieren und zu schulen, die Trauernden auch systemisch zu betrachten und sie zu ermutigen, sich an das Jugendamt zu wenden und über entsprechende, mögliche Angebote aufzuklären. Teil des Gruppenprozesses könnte sein, aktiv über die verschiedenen Arten der Trauer in der Familie zu sprechen und wie dafür gesorgt werden kann, dass Kinder nicht aus dem Blick geraten.

Außerdem wäre es ein wichtiger Entwicklungsschritt, wenn die Selbsthilfegruppen fachlich anerkannt werden würden, sodass es sich von einem ehrenamtlichen Angebot hin zu einem professionellen entwickelt. Der Umgang mit Trauer und insbesondere Trauer nach einem Suizid ist fachlich hoch anspruchsvoll und gehört in gut ausgebildete Hände, welche auch die entsprechende Entlohnung erhalten sollten, für die wichtige Arbeit, die sie leisten. Das könnte auch dazu führen, dass sich mehr geeignete Menschen finden, die diese Gruppen leiten und moderieren wollen, um dem bestehenden Bedarf gerecht zu werden.

Überlegungen dahingehend, was die Autorin selbst zu einer Veränderung der aktuellen Lage beitragen könnte, gehen in die Richtung, die Ergebnisse dieser Arbeit dem Landkreis zur Verfügung zu stellen und in entsprechenden Gremien, wie z.B. dem Jugendhilfeausschuss auf die bestehende Versorgungslücke hinzuweisen und mögliche Angebote, wie die von Frau Walper, hinzuweisen.

7. Fazit

Was kann nun abschließend festgestellt werden? Nachdem die hochkomplexen Vorgänge, die die Entwicklung von Suizidalität in der Adoleszenz beeinflussen, dargestellt wurden, ist sicherlich nachvollziehbar, warum die Freiwilligkeit und die bewusste Entscheidung für den Suizid hinterfragt wird. Etliche Faktoren gilt es zu berücksichtigen, wenn es um die Beantwortung der Frage, warum sich der junge Mensch umgebracht hat, geht. Dazu konnten Ursachen in den Bereichen der Medizin und der Biologie, der Psychologie, Soziologie, Ethnologie sowie dem familiären Umfeld gefunden werden. Es gibt Hinweise darauf, dass es eine genetische Veranlagung gibt, neurologische Verarbeitungsstörungen vorliegen können und ein niedriger Serotoninspiegel Suizidalität begünstigt. Ebenso können chronische und unheilbare Krankheiten sowie vererbte Traumata belastend wirken. Auch eine beeinträchtigte Psyche fördert suizidale Entwicklungen. Sie ist verantwortlich für die Wahrnehmung und Verarbeitung von Reizen und steuert, wie wir reagieren, entscheiden und handeln. Kommt es durch wiederkehrende belastende Ereignisse ohne entsprechende Lösungsstrategien zu einer Überforderung der Psyche, kann dies zur Einengung der Wahrnehmung führen, mit der Folge keine andere Möglichkeit mehr als den Tod zu sehen, um das Leiden zu beenden. Häufig hängt dies mit einem schwer gestörten Selbstwertgefühl und einer narzisstischen Kränkung zusammen. Entwicklungspsychologisch betrachtet gehört die Adoleszenz zu einer besonders vulnerablen Phase im Leben. Erwachsenwerden ist ein herausfordernder Entwicklungsschritt. Depressive Stimmungslagen und Suizidgedanken sind nicht unüblich in dieser Zeit, was es schwer für Eltern macht, dieses Verhalten von tatsächlicher Suizidalität zu unterscheiden. Die Pubertät wird begleitet durch eine gesteigerte Impulsivität, erhöhtem Risikoverhalten und einer starken Beeinflussbarkeit durch die Peers. Ebenso werden in der Kindheit und der Adoleszenz erste Anlagen dazu gelegt, wie mit Frust, Schmerzen, Konflikten, Stress und Krisen umgegangen wird. Auch können starke aggressive Gefühle, die sich gegen das Außen richten, aber nicht dahingehend adressiert werden können, stattdessen gegen sich selbst gerichtet werden und in der extremsten Form zum Suizid führen. Dies kommt besonders in solchen Kulturen vor, in denen es streng untersagt ist, sich gegen Autoritätspersonen aufzulehnen. Die Kultur, in der der junge Mensch heranwächst, beeinflusst auch die möglichen Suizidmotive und -praktiken und ob Suizid als Lösung überhaupt infrage kommt. Während in der einen Kultur der Suizid in bestimmten Situationen als legitim betrachtet wird, kann er in einer anderen Kultur als Sünde oder Schande gelten. Das hat Auswirkungen auf die Suizidrate in einem Land. Ebenso hat die Kultur Einfluss darauf, wie mit Krisen umgegangen wird. Kulturen, in denen offen über Probleme gesprochen werden kann, wirken protektiv im Vergleich zu Kulturen, in denen

Krisen mit sich selbst ausgemacht werden müssen und psychische Krankheiten einem Stigma unterliegen. Problematisch wird es zusätzlich, wenn dies den Zugang zu professioneller Hilfe erschwert oder gar verhindert. Wenn jedoch die Bereitschaft und Offenheit besteht, sich Unterstützung zu suchen, aber keine oder nicht genug professionelle Angebote bereitgehalten werden, handelt es sich um ein gesellschaftliches Problem. Es konnte ebenfalls festgestellt werden, dass extreme gesellschaftliche Veränderungen die Suizidrate beeinflussen, dazu zählen beispielweise Krieg, Migration, sozialer Wandel oder technischer Fortschritt. Die Werte und Normen einer Gesellschaft, die zur ständigen Überforderung des Individuums führen, haben ebenfalls Einfluss auf suizidale Entwicklungen. Des Weiteren sind in diesem Zusammenhang das Streben nach Perfektionismus, Leistungsdruck, das Gefühl dauerhaft erreichbar sein zu müssen und eine Intoleranz gegenüber eigener Fehlbarkeit zu benennen. Jene Attribute werden aber auch durch das familiäre Umfeld mitgeprägt. Wie ein Kind mit Krisen, Stress und Frust umgeht, lernt es am Modell. Der Suizid als Lösung für die eigenen Probleme wird wahrscheinlicher, wenn es bereits Suizide im familiären Umfeld gegeben hat und Konfliktlösungsstrategien nicht vorhanden sind. Häufen sich die Suizide in einer Familie über Generationen, kann von einer familiären Suizidtradition gesprochen werden. Es konnte außerdem eine Verbindung zwischen dysfunktionaler Kommunikation, defizitären emotionalen Beziehungen, Misshandlungen sowie einem ablehnend-vernachlässigenden Erziehungsstil und Suizid in der Adoleszenz hergestellt werden. In der Fachliteratur wird von einem „familiensystemischen Konzept suizidalen Handelns“ oder dem „broken-home Syndrom“ gesprochen, wenn mehrere der benannten Faktoren zusammenkommen.

Auf die genannten Lebensbedingungen hat der junge Mensch keinen Einfluss, niemand kann sich aussuchen, wo und in welche Familie oder Umwelt er oder sie geboren wird. So sind die Startbedingungen für die einen besser und für die anderen schlechter. Dennoch bedeutet es nicht zwangsläufig, dass es zu einem Suizid kommen muss. Je mehr negative Faktoren zusammenwirken, desto höher ist allerdings die Vulnerabilität. Umso wichtiger sind die Schutzfaktoren, die dem positiv entgegenwirken können. Menschen mit einer guten Emotionsregulierung, verlässlichen Bezugspersonen, selbstfürsorglichem Umgang und adaptiven Fähigkeiten, können belastende Einflüsse damit kompensieren. Das Risiko für Suizidalität steigt jedoch, wenn der junge Mensch Krisen des Selbstwertes und innerpsychische Konflikte erlebt, die eigene Existenz hinterfragt, Schwierigkeiten mit dem sozialen Umfeld hat und dann keine Handlungs- und Bewältigungsstrategien vorweisen kann, um damit gesund umzugehen. Mögliche Auslöser für Suizidalität sind vielfältig und reichen von Liebeskummer, über schlechte Schulnoten, Mobbing oder Diskriminierung, hin zu der Trennung der Eltern, selbst-

verletzendem Verhalten oder Social Media. Jede Ursache, jeder Risikofaktor oder Auslöser für sich bedingen keine Suizidalität, die Häufung und Kombination der verschiedenen Wirkfaktoren begünstigen diese allerdings.

Das Achten auf die folgenden Signale kann jedoch dazu beitragen, Suizidalität in der Adoleszenz zu erkennen. So sollten Suizidankündigungen unter allen Umständen ernst genommen werden. Hinweise können sein, wenn sich der junge Mensch vollkommen zurückzieht, sowohl emotional als auch sozial, jegliches Interesse verliert und z.B. geliebtes Spielzeug verschenkt, niedergeschlagen, traurig und hoffnungslos wirkt oder sich auffällig mit dem Thema Tod beschäftigt.

Wenn nun der Suizid trotz allem weder vorhersehbar war noch verhindert werden konnte, beginnt für die zurückgebliebene Familie eine schwere Zeit. Auch wenn die empfundene Trauer nicht messbar ist, wird der Suizidtrauer doch eine schwerere Bewältigung zugeschrieben als bei anderen Todesarten. Die Auseinandersetzung mit der Polizei, die den Suizid untersuchen muss und den damit verbundenen Maßnahmen, kann für die Familie sehr aufwühlend sein, zumal der Umgang mit den Hinterbliebenen als eher unsensibel beschrieben wird. Zudem leiden die Trauernden immer noch unter der Stigmatisierung des sozialen Umfeldes, so dass sie in vielen Fällen auf kein stützendes Umfeld zugreifen können. Außerdem kann die Wahl der Todesform, wenn sie besonders gewaltvoll war, stark belasten. Ebenso erschwert es die Bewältigung, wenn der Suizid für die Familie nicht vorhersehbar war und sich der Heranwachsende ohne Abschied suizidiert hat. Es werden Gefühle ausgelöst wie Schuld, Versagensängste, Scham, Wut und Aggressionen, Ohnmacht, Einsamkeit und Isolation. Wiederum kann es auch zu dem völligen Verlust der Gefühle oder sogar zum Nachsterbewunsch kommen. Inzwischen wird von verschiedenen Traueraufgaben gesprochen, nicht mehr von Trauerphasen. Anstatt den verschiedenen Trauerphasen hilflos ausgesetzt zu sein, wird den Trauernden so eine aktive Rolle im Trauerprozess zugestanden. Sie können Einfluss darauf ausüben. Wie jemand trauert, ist sehr individuell und hängt davon ab, in welcher Beziehung die beiden Personen miteinander standen. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass das Alter und das Geschlecht auf die Verlusterfahrung einwirken. Deshalb wurde versucht, die verschiedenen Perspektiven von Mutter, Vater und Geschwisterkindern darzustellen. Diesbezüglich gibt es allerdings noch weiteren Forschungsbedarf. Dennoch konnte herausgearbeitet werden, dass Mütter von Suizidenten in der Regel kommunikativer sind als die Väter. Diese neigen eher dazu, sich zurückzuziehen und weniger Gefühle zuzulassen. Geschwisterkinder werden dagegen häufig mit ihren Gefühlen allein gelassen. Zum einen, weil die Eltern in ihrer eigenen Trauer so gefangen sind, dass sie nicht in der Lage sind, die Bedürfnisse der hinter-

bliebenen Kinder wahrzunehmen. Sie verlieren damit nicht nur ein Geschwister, sondern eventuell noch ein Elternteil, das durch die eigene Trauer für sie nicht mehr ansprechbar ist. Es kommt zum kompletten Verlust des vertrauten Familiensystem. Zum anderen, weil die Erwachsenen vermuten, sie würden die Kinder vor Leid schützen, wenn sie ihnen Informationen rund um den Suizid vorenthalten. Dabei sind Kinder schon sehr früh in der Lage zu trauern und den Tod zu begreifen. Erschwerend kommt hinzu, dass Kinder dazu neigen, sich in ihrer eigenen Trauer zurückzunehmen, um ihre Eltern zu entlasten. Auch wenn Trauern sehr individuell ist, besteht eine Familie aus mehr als einer Person. Den Trauerprozess auch systemisch als einen familiären Trauerprozess zu betrachten, macht daher Sinn. Umso erstaunlicher war die Feststellung, dass dies, sowohl in der Literatur als auch in der Praxis der Selbsthilfegruppen, eher selten berücksichtigt wird. Wichtig ist, dass die Familie eine eigene Trauerkultur entwickelt und lernt mit den unterschiedlichen Arten und Weisen, wie jedes einzelne Familienmitglied trauert, umzugehen, um den Zusammenhalt der Familie zu wahren. Es sei nicht ungewöhnlich, dass sich Eltern nach dem Verlust eines Kindes trennen. Wie kann dies aber verhindert werden? Es müssen passende Bewältigungsstrategien gefunden und entwickelt werden. Viele Mütter finden Unterstützung in einer Selbsthilfegruppe, in der sie auf Gleichgesinnte treffen, die ihre Gefühle und Gedanken nachvollziehen können. Dort können die Trauernden Stabilisierung erfahren, einen gesunden Umgang mit dem Verlust finden, lernen die neue Situation zu akzeptieren und Perspektiven für eine Zukunft ohne das suizidierte Kind entwickeln. Auch wenn die Arbeit von Selbsthilfegruppen sehr wirksam ist, kann sie keine Therapie ersetzen. Darin sind sich die Literatur und die interviewten Expertinnen einig. Dennoch suchen wenig Suizidtrauernde professionelle Hilfe auf. Gründe dafür sind zum einen die Angst vor der Stigmatisierung und zum anderen fehlende Angebote, in Kombination mit langen Wartezeiten für einen Therapieplatz. Übergeordnet geht es darum, mögliche Denk- und Verhaltensmuster zu entwickeln, die zur Bewältigung des Verlustes beitragen. Der Mensch kann kognitiv, emotional oder verhaltensbezogen auf Stress reagieren und dann dysfunktional, problem- oder emotionsfokussiert damit umgehen. D.h. entweder wählt er Strategien, die tendenziell schädlich sind und langfristig zu keiner Lösung führen oder er kann etwas an den Rahmenbedingungen und Umgebungsfaktoren ändern oder die Perspektive auf die Situation verändern, damit diese ertragbarer wird. In der Trauerarbeit geht es genau darum, die individuellen Ressourcen zu entdecken und nutzbar zu machen. Dazu macht es Sinn, die vorhandenen Bewältigungsmechanismen genauer anzuschauen, zu analysieren, wie die Familie vor dem Suizid mit Konflikten und Belastungen umgegangen ist und die Kommunikationsstruktur zu betrachten. Danach sollten sowohl mit den einzelnen Familienmitgliedern als

auch der ganzen Familie individuelle Strategien erarbeitet werden. Ebenso können gemeinsame Rituale dazu beitragen, den Familienzusammenhalt zu fördern und zu stärken, was in dem Fallbeispiel der Expertin 1 deutlich zu beobachten war. Dies ist jedoch eine enorme Herausforderung, wird die Lage betrachtet, in der sich die Familie nach dem Suizid befindet. Daher wird eine externe Unterstützung unbedingt empfohlen. Diese kann sowohl die Bedürfnisse jedes einzelnen als auch die der gesamten Familie im Blick behalten und sich um alle Belange kümmern, die in der akuten Phase nach dem Suizid zu belastend sind. Damit so eine Hilfe als entlastend und wirksam wahrgenommen wird, hat sich in der Praxis gezeigt, dass es vor allem darauf ankommt, dass es eine Person gibt, die da, präsent und verlässlich ist, ein offenes Ohr für die verschiedenen Belange hat sowie Kontinuität, Struktur und Halt bietet. Das Fallbeispiel der Expertin 1 hat gezeigt, dass sie in ihrer Funktion als Sozialpädagogische Familienhilfe der Familie genau das bieten konnte, sodass praktisch schon ein funktionierendes Angebot besteht, was aber scheinbar wenig eingesetzt wird, wenn es um Suizidtrauer in Familien geht. Die zur Verfügung stehende Literatur schlägt diese Maßnahme nicht vor und auch Frau Walper, der Leiterin der Trauergruppe, war dieses Angebot nicht bekannt. Ihre Erfahrung hat gezeigt, dass das Jugendamt, welches zuständig für die Bewilligung dieser Maßnahme ist, bei den Familien noch sehr angstbesetzt ist und mit der Herausnahme von Kindern aus den Familien in Verbindung gesetzt wird. Es müsste sich also einiges an dem gesellschaftlichen Bild vom Jugendamt und Suizid ändern. Die Angst vor Stigmatisierung schränkt nicht nur die Unterstützung durch das soziale Umfeld, sondern auch den Zugang zu professioneller Hilfe ein. Diese ist jedoch immens wichtig für die Bewältigung des Suizids.

Allen Menschen, die ein Familienmitglied durch Suizid verloren haben, spreche ich mein tiefstes Beileid aus.

Literaturverzeichnis

Aeschbacher, Bettina (2008): Wie sich Kinder mit Tod und Sterben auseinandersetzen. Eine qualitative Untersuchung zu Todes-, Sterbe- und Trauerkonzepten von 5- bis 12-jährigen Kindern. Saarbrücken, VDM Verlag Dr. Müller.

AGUS e.V. (2022): AGUS e.V. für Suizidtrauernde bundesweit. Online: <https://www.agus-selbsthilfe.de/>.

Becker, Merle; Correll, Christoph U. (2020): Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213424/Suizidalitaet-im-Kindes-und-Jugendalter>, (20.03.2022).

BeSu Berlin (2023): Beratung für suizid-betroffene Angehörige. Online: <https://www.besu-berlin.de/#ueber-uns>, (04.01.2023).

Brockmann, Elisabeth; Hegerl, Ulrich; Winter, Susanne (2005): Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. In: *Verhaltenstherapie* 15 (1), S. 47–53. DOI: 10.1159/000083937.

Calliess, I. T.; Machleidt, W.; Ziegenbein, M.; Haltenhof, H. (2007): Suizidalität im Kulturvergleich. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 75 (11), S. 653–664. DOI: 10.1055/s-2007-980057.

Clara's Haus e.V. (2021): Clara's Haus e.V. Begegnungsstätte Trauer. Online: <https://www.clarashaus.info/>, (08.02.2023).

Deutsches Komitee für UNICEF (2021): UNICEF: Psychische Belastungen durch Covid-19 nur „Spitze des Eisbergs“. Online: <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2021/sowcr-2021-mentale-gesundheit/249166>, (20.03.2022).

Dimunová, Lucia; Bérešová, Anna; Raková, Jana; Rónyová, Ivana; Fertaľová, Terézia (2020): The relationship between self-esteem of nurses and their choice of strategies to cope with workload burdens. In: *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 11 (3), S. 130–135. DOI: 10.15452/CEJNM.2020.11.0023.

Drömann, Sebastian (1983): Todesphantasien und -vorstellungen bei jugendlichen Suizidanten. In: Jochmus, Ingeborg und Förster, Eckart (Hg.): Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Enke, S. 88–90.

Ennulat, Gertrud (2010): Wenn ein Suizid in der Familie geschieht. Online: <https://www.familienhandbuch.de/familie-leben/schwierige-zeiten/tod-trauer/wenneinsuizidinderfamiliegeschieht.php>, (08.06.2022).

Fleck-Bohaumilitzky, Christine (2010): Begleitung trauernder Mütter, Väter und Geschwister. Online: <https://www.familienhandbuch.de/familie-leben/schwierige-zeiten/tod-trauer/begleitungtrauerndermuetter.php>, (29.12.2022).

Franz, Margit (2021): Tabuthema Trauerarbeit. Kinder begleiten bei Abschied, Verlust und Tod. Vollständig überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. München, Don Bosco.

Frei, Martina (2013): Die Leere nach dem Suizid. Pro Jahr müssen 10000 bis 15000 Menschen in der Schweiz mit dem Suizid eines nahestehenden Angehörigen fertig werden. Online: <https://verein-regenbogen.ch/wp-content/uploads/2015/02/Sonntagszeitung.pdf>, (10.06.2022).

- Goldbrunner, Hans** (1996): Trauer und Beziehung. Systemische und gesellschaftliche Dimensionen der Verarbeitung von Verlusterlebnissen. Mainz, Matthias-Grünwald-Verl.
- Gontard, Alexander von; Theisen, Frank; Renschmidt, Helmut; Quaschner, Kurt; Wehmeiner, Peter M.** (2018): Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. In: Gortner, Ludwig und Meyer, Sascha (Hg.): Pädiatrie. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, S. 819–821, (08.10.2021).
- Gräßer, Melanie; Iskenius, Ernst-Ludwig; Hovermann, Eike** (2017): Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. 1. Auflage. Weinheim, Basel, Beltz.
- Hefner, Helgard** (2000): Mütter nach dem selbstgewählten Tod eines Kindes. Biographische Aufarbeitung - Bewältigung - Neuorientierung; eine qualitative Untersuchung auf der Basis narrativer Interviews. Regensburg, Roderer.
- Kaiser, Robert** (2021): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden, Springer VS.
- Kast, Verena** (1982): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart, Kreuz Verlag.
- Kirkcaldy, B.; Wittig, U.; Furnham, A.; Merbach, M.; Siefen, R. G.** (2006): Migration und Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsbl.* 49 (9), S. 873–883. DOI: 10.1007/s00103-006-0021-9.
- Krafft, Andreas** (2022): Unsere Hoffnungen, unsere Zukunft. Erkenntnisse aus dem Hoffnungsbarometer. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg/ Imprint Springer.
- Kratzer, Dietmar; Juen, Barbara** (2020): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen. In: Gerngroß, Johanna (Hg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und -Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer, S. 135–164.
- Kubat, Herbert** (2022): Suizid in der Familie: Das Leid der Hinterbliebenen. Online: <https://www.atupri.ch/de/gesund-leben/wissen/psyche/suizid>, (12.03.2022).
- Küchenhoff, Bernhard** (2013): Migration und Suizidalität. In: *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie* (4), S. 12–15. Online: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/91289/>, (01.06.2020).
- Lazarus, Richard S.** (1966): Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill.
- Leist, M.** (1979): Kinder begegnen dem Tod. 3. Auflage. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus Mohn - Freiburg i. Br.
- Liebold, Renate; Trinczek, Rainer** (2009): Experteninterview. In: Kühl, Stefan, Strodtholz, Petra und Taffertshofer, Andreas (Hg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Online-Ausg. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 32–56.
- Machon, Michael** (2022): Wo sind freie Therapieplätze? Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz dehnt sich aus. Online: <https://www.campusnaturalis.de/magazin/wo-sind-freie-therapieplaetze/>, (07.01.2023).
- Medical School Berlin** (2022): Hilfe nach Suizid - Umgang mit der Trauer. Online: <https://www.hilfe-nach-suizid.de/nach-dem-suizid>, (08.06.2022).
- Medical School Berlin** (2023): Hilfsangebote - Hilfe nach Suizid. Online: <https://www.hilfe-nach-suizid.de/hilfsangebote>, (04.01.2023).

- Meuter, Christa** (2019): Wenn Eltern um ihr Kind trauern. Eine Herausforderung in der Trauerbegleitung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mirisch, Stephan** (2018): Suizidalität und psychiatrische Notfälle. In: Leucht, Stefan und Förstl, Hans (Hg.): Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie. 2., unveränderte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, (08.10.2021).
- Möhler, Eva; Resch, Franz** (2020): Depression und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Wenn Kinder nicht mehr können. In: Springmann-Preis, Sigrid (Hg.): Notsignale aus dem Klassenzimmer. Hilfen und Lösungswege gemeinsam finden. Paderborn: Ferdinand Schöningh, S. 79–88.
- Neuhland - Hilfe in Krisen** (2022): Informationen Suizidgefährdung. Online: <https://www.neuhland.net/information-suizid.html>, (25.10.2022).
- Neurologen und Psychiater im Netz** (2022): Mögliche Ursachen für Suizidabsichten und Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Online: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie/warnzeichen/suizidabsichten-suizidversuch/moegliche-ursachen>, (10.06.2022).
- Oschlies, Wolf** (1979): Jugendpolitische Aspekte des neueren Selbstmord-Geschehens in Osteuropa. In: *Pädagogische Rundschau* 33 (4), S. 211–252.
- Otzelberger, Manfred** (2005): Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen; Erfahrungen und Auswege. 3. Aufl., ungekürzte Ausg.. München, Dt. Taschenbuch-Verl.
- Palm, Gerda** (2001): Jetzt bist du schon gegangen, Kind. Trauerbegleitung und heilende Rituale mit Eltern früh verstorbener Kinder. 1. Aufl. München, Bernward bei Don Bosco.
- Paul, Chris** (2004): Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat. 4., aktualisierte Aufl. Gütersloh, Gütersloher Verl.-Haus.
- Plener, Paul L.** (2015): Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika** (2021): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Boston, De Gruyter Oldenbourg.
- Radde, S.; Gutwinski, S.; Stuke, F.; Fuchs, A.; Schouler-Ocak, M.; Bempohl, F.; Henssler, J.** (2018): Suizidalität in der Adoleszenz. Dysfunktionale familiäre Kommunikation als Risikofaktor. In: *Nervenarzt* 89 (11), S. 1254–1261. DOI: 10.1007/s00115-018-0549-6.
- Ramachers, Günter** (1994): Entwicklung und Bedingungen von Todeskonzepten beim Kind. Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Razum, O.; Zeeb, H.** (2004): Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. In: *Nervenarzt* 75 (11), S. 1092–1098. DOI: 10.1007/s00115-003-1649-4.
- Schenk, Marion** (2014): Suizid, Suizidalität und Trauer. Gewaltsamer Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung. 1. Aufl. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schleiffer, Roland** (1983): Zur Familiendynamik parasuizidaler Handlungen bei Kindern. In: Jochmus, Ingeborg und Förster, Eckart (Hg.): Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Enke, S. 101–104.
- Sperling, Eckhard** (1980): Suizid und Familie. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 16, S. 24–34.

- Statistisches Bundesamt** (2021): Suizide in Deutschland. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>, (13.03.2022).
- Statistisches Bundesamt** (2022a): Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahr 2019. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318292/umfrage/anzahl-der-sterbefaelle-durch-suizid-in-deutschland-nach-altersgruppe-und-geschlecht/>, (30.04.2022).
- Statistisches Bundesamt** (2022b): Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtenziffer.html>, (12.11.2022).
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe** (2021): Suizidalität. Online: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>, (16.01.2022).
- Thieme Gruppe** (2013): Suizidalität. Online: <https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/suizidalitaet-45487.htm>, (18.12.2020).
- Thieme Gruppe** (2022): Suizid – Welchen Einfluss hat die Erziehung? Online: <https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/suizid-einfluss-erziehung-62912.htm>, (10.06.2022).
- Trompeter, Susann** (2021): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Selbstverletzung und Suizidalität. In: Götsch, Karin (Hg.): Allgemeine und Spezielle Krankheitslehre. 4. unveränderte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 625–629, (08.10.2021).
- Verein Regenbogen Schweiz** (2022): Selbsthilfegruppen für vom Suizid ihres Kindes betroffene Eltern. Online: <https://verein-regenbogen.ch/wp-content/uploads/2022/05/verein-regenbogen-flyer-suizid-2022.pdf>, (10.06.2022).
- Vogt, Stefanie; Werner, Melanie** (2014): Forschen mit Leitfadenterviews und qualitativer Inhaltsanalyse. Online: https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf, (09.08.2022).
- Wagner, Birgit; Hofmann, Laura; Grafiadeli, Raphaela** (2021): Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid. Online: <https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/interventionen-fuer-hinterbliebene-nach-einem-suizid-163282.htm>, (17.10.2022).
- Wassermann, Sandra** (2015): Das qualitative Experteninterview. In: Wassermann, Sandra und Niederberger, Marlen (Hg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 51–67.
- WELT** (2022): Starker Anstieg von Suizidversuchen bei Kindern im Lockdown 2021. In: *WELT*, 2022. Online: <https://www.welt.de/wissenschaft/article236101972/Starker-Anstieg-von-Suizidversuchen-bei-Kindern.html>, (20.03.2022).
- Weltgesundheitsorganisation** (2014): Suizidprävention: Eine globale Herausforderung. Online: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwinkcuVvdfAhXLCOW-KHR5SA3wQFjADegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F131056%2F14%2F9789241564779-ger.pdf%3Fua%3D1&usq=A0vVaw1e9ZXXFF1eyDN_L244miUpI, (18.12.2020).

Wewetzer, Christoph; Quaschner, Kurt (2019): Ratgeber Suizidalität. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. 1. Auflage. Göttingen, Hogrefe.

World Health Organization (2019): Suicide. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, (31.01.2021).

Wotha, Brigitte; Dembowski, Nina (2017): Leitfaden – qualitative Interviews. Online: https://www.ostfalia.de/cms/de/iftr/.content/documents/Leitfaden_qualitative_Interviews_Version_2017_06_14.pdf, (08.08.2022).

Znoj, Hansjörg (2004): Komplizierte Trauer. Göttingen, Bern, Toronto, Hogrefe.

Anhang

I. Leitfadeninterview I: Sozial- und Traumapädagogin der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Harburg Land e.V.

Einstieg: Danksagung, Vorstellung des Projekts, Einverständniserklärung

Leitfrage, Erzählimpuls	Memospalte	Fragen zur Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses
Mögen Sie zunächst ein bisschen was über den Fall berichten und wie es zu der Hilfe gekommen ist?	Institutionen, Versorgungsnetzwerk, Ressourcen	Ziele der Maßnahme? Probleme zu Beginn und im Verlauf? Welche weiteren Maßnahmen waren oder wurden noch installiert?
Ist es bekannt, wie die Familie vor dem Suizid aufgestellt war?	Familiensystem vor dem Suizid Ressourcen oder Risikofaktoren	Beziehungsstrukturen? Zusammenhalt? Familienatmosphäre? Ressourcen? Netzwerke?
Hat der Suizid das Beziehungsgefüge zwischen den Familienmitgliedern verändert?	Beziehungssystem	
Wie hat das Umfeld auf den Suizid reagiert?	Soziales Umfeld	Schulduweisungen? Scham?
Welche Gefühle waren vorherrschend?	Gefühle, Umgang mit Trauer	
Was glaubst du hat den einzelnen Familienmitgliedern geholfen und gutgetan? Welche Bewältigungsstrategien hat die Familie entwickelt? Können Sie einzelne Strategien benennen?	Bewältigungsstrategien - individuell, systemisch Externe Maßnahmen Positive Einflüsse	
Wenn es wieder zu so einer Betreuung kommen sollte, was würden Sie empfehlen oder anders machen?	Maßnahmen Empfehlungen	
„Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen oder noch loswerden möchten?“		

II. Leitfadeninterview II: Frau Walper von Clara's Haus e.V.

Einstieg: Danksagung, Vorstellung des Projekts, Einverständniserklärung

Leitfrage, Erzählimpuls	Memospalte/Kategorie
Mögen Sie kurz erzählen, wie sich Ihre Gruppen bilden und wie groß diese im Schnitt sind?	Art des Angebots
Wie lange bleiben die Eltern in der Gruppe?	Dauer der Maßnahme
Kommen die Eltern oft als Paar oder eher einzeln? Können Geschwisterkinder auch an den Gruppensitzungen teilnehmen?	Konstellation der Teilnehmerpaare
Nehmen Eltern, die ihr Kind durch Suizid verloren haben, einen großen Raum ein? <ul style="list-style-type: none"> - Wie oft ist das über den Zeitraum vorgekommen, dass Eltern, die ein Kind durch Suizid verloren haben, sich bei Ihnen angemeldet haben? - Erinnern Sie sich an einen Fall besonders? Mögen Sie davon ein bisschen erzählen? 	Anteil der Eltern
Welche Gefühle sind vorherrschend in dem Trauerprozess? <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Umgang mit Schuld und Schuldzuweisungen? - Wie können die einzelnen Familienmitglieder ihre individuelle Trauer bewältigen? - Kommt es häufig zu Konflikten? Oder wächst die Familie durch den Verlust eher zusammen? 	Gefühle, Umgang mit... Schuld Individuelle Trauer Konflikte
Wissen sie etwas darüber, wie das Familiensystem vor dem Suizid aufgestellt war? <ul style="list-style-type: none"> - Hat sich durch den Suizid das Beziehungsgefüge der Familie verändert? 	Familiensystem vor und nach dem Suizid
Was würden Sie sagen sind spezielle Herausforderungen oder Erschwernisse für diese Familien? <ul style="list-style-type: none"> - Bekommen Sie mit, wie das soziale Umfeld der Familien auf den Suizid reagiert? 	Hürden und Herausforderungen Soziales Umfeld
Können sie Gemeinsamkeiten feststellen bei diesen Familien?	Gemeinsamkeiten
Sie erwähnten am Telefon, dass es sich bei der Selbsthilfegruppe um eine wichtige Säule handelt, was sagen Sie, sind weitere Säulen der Bewältigung?	Säulen der Bewältigung
Was glauben Sie hat den einzelnen Familienmitgliedern geholfen und gutgetan?	Positive Einflüsse
Welche Bewältigungsstrategien können Sie bei den Familien feststellen? Oder haben sie schon in die Gruppe mitgebracht bzw. sich über den Zeitraum entwickelt?	Bewältigungsstrategien
Was würden sie sich für diese Familien wünschen? <ul style="list-style-type: none"> - Strukturell, an den bestehenden Angeboten - Gesellschaftlich - Wo wird zu wenig hingeschaut 	Wünsche
Gibt es noch etwas Wichtiges, was noch nicht zur Sprache gekommen ist?	Letzte Worte und Anmerkungen

III. Auswertung Expertinneninterview 1

Kategorie	Thema	Textpassage	Zeile
0	Ungünstige Kommunikationsstrukturen	Es bestand die Vermutung, dass die Kinder nach dem Unfall nicht über alles mit der KM sprechen konnten, um die KM zu schonen.	17-18
0	Mangelnde Konfliktbewältigungsstrategien	D. Entwicklungsrückstände im sozial-emotionalen Bereich oder vor allem in der Konfliktbewältigung bestand.	42-43
0	Fehlende Traumabewältigung (erst 6 Jahre nach Unfall Therapie)	Die KM nahm die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Therapie an und vereinbarte ebenfalls ein Termin für ein Erstgespräch	47-48
0	Fehlende Bewältigungsstrategien	A kam an seinem Arbeitsplatz zu der Zeit sehr schlecht zurecht. Es bestand die Vermutung, dass ihn die Trennung seines Chefs und dessen Frau zusätzlich belastete und an die Trennung der Eltern erinnerte.	57-59
0	Fehlende Bewältigungsstrategien	Unter Klärungsbedarfe und Vorschläge für zukünftige Ziele wurde damals vermerkt, dass weiterhin eine Unterstützung für die gesamte Familie bei der Bewältigung des Autounfalls zu empfehlen sei und dass es sowohl für die KM, A, C und D als notwendig erachtet worden ist, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten	69-72
0	Mangelnde Frustrationsbewältigung	Er hat eine sehr geringe Frustrationstoleranz und hatte ein Potential zu Gewaltausbrüchen.	129-130
0	Gefühle nach Suizid	KM zu dem Zeitpunkt als sehr gefasst wahrgenommen	174
0	Offene Kommunikation mit dem Außen	Im weiteren Verlauf wurden die Schulen einbezogen und mit ihnen offen kommuniziert was passiert ist.	176-177
0	Auswirkungen	Die KM hat große Mühe den Alltag zu bewerkstelligen.	189-190
0	Einflussfaktor	Als dann keine Reaktion kam, betrat sie sein Zimmer und fand ihn tot auf. Er hatte sich mit Tabletten suizidiert.	194-195
0	Auswirkungen	C wurde da als sensibel und empfindsam beschrieben und dass sie sich große Mühe gab dem Unterricht zu folgen, was ihr jedoch im Bereich Lesen und Rechnen Schwierigkeiten bereitete. Vor dem Suizid war sie in diesen Fächern gut und sie habe ger-	219-224

		ne gelesen. Es wurde berichtet, dass die langsamer sei in der Umsetzung des Unterrichtsstoffes, sich jedoch selber sehr unter Druck setze und mit den Mitschülern vergleichen würden.	
0	Empfohlene Maßnahme	Eine Trauma therapeutische Anbindung wurde weiterhin für alle Familienmitglieder von der Familienhilfe empfohlen, um den Suizid und den Autounfall aufzuarbeiten, da dies immer wieder Thema während der Hausbesuche der Familienhilfe waren.	267-269
0	Gefühle	Die KM hat sich viele Vorwürfe gemacht, ob sie etwas hätte ahnen müssen oder hätte verhindern können. Sie wirkte sehr gefasst.	286-287
0	Atmosphäre in der Familie	E beschreibt eine Szene als gruselig, wie die Familie sich weiterhin in der Wohnung aufhalten musste, in der der Suizid passiert ist und gemeinsam in der Küche am Tisch saß, wo nebenan das Zimmer von A war.	287-289
1.1.1 1.2.1	Positive Maßnahme Struktur, Präsenz	Die Kinder äußerten, dass ihnen der Kontakt zur Familienhilfe sehr wichtig sei und baten um regelmäßige Termine.	209-210
1.1.1	Bewältigungsstrategie	Am Nachmittag hatte C Reitunterricht, die Familie besaß Ponys in der Nähe. Dies hat sie sehr gestärkt, die Familienhilfe konnte beobachten, wie sie mit der Zeit an Selbstvertrauen gewinnen konnte	226-228
1.1.1	Maßnahme Umzug Bewältigungsstrategie	Die älteste Tochter B hatte dann begonnen nach einer neuen Wohnung zu suchen und mit der KM gemeinsam eine passende Wohnung besichtigt. B hat sich darum gekümmert, dass die Familie dort einziehen konnte, obwohl sie zunächst plante, selber dort hinzuziehen. B ist stattdessen dann zu ihrem Freund gezogen.	290-293
1.1.1	Bewältigungsstrategie Trennung von P1 Neuer Partner	In der Zeit hat sich die KM von ihrem Lebensgefährten P1 getrennt und kam mit einem neuen, deutlich älteren Mann P2 zusammen. Sie sehnte sich nach mehr Unterstützung und Stärke, die ihr P1 nicht bieten konnte.	293-296
1.1.1	Beständigkeit, Stabilität	Die Kinder hatten trotzdem weiterhin Kontakt zu P2. Dies wurde auch ak-	296-299

		tiv von der KM gefördert, da sie wusste, wie wichtig dieser für die Kinder war und sie einen weiteren Verlust einer Bezugsperson verhindern wollte. P1 bat regelmäßig an, die Kinder zu sich zu nehmen.	
1.1.1	Struktur	Besonders die dadurch entstandene Struktur war für die Familie von hoher Bedeutung	330-331
1.1.1	Familiäre Trauerbewältigung	Eigenständig hat die Familie abends gemeinsam für A gebetet.	358
1.1.1 1.2.1	Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsames Beten - Gemeinsame Gespräche - Zusammen spielen - Nähe - Regelmäßigkeit - Zeit - Offenheit - Teilhaben lassen und gemeinsame Entscheidungen treffen, Kontrolle bei der Mitgestaltung der Termine → Großer Freiraum, der geschützt und begrenzt und gerahmt war 	369-378
1.1.2	Kompensation durch Flucht	In der Schule von D lief es weiterhin schwierig, er verließ öfter ohne Absprache den Klassenraum und blieb dem Unterricht fern.	306-307
1.1.2	Auswirkungen Schule	Wurde da als sensibel und empfindsam beschrieben und dass sie sich große Mühe gab dem Unterricht zu folgen, was ihr jedoch im Bereich Lesen und Rechnen Schwierigkeiten bereitete. Vor dem Suizid war sie in diesen Fächern gut und sie habe gerne gelesen. Es wurde berichtet, dass die langsamer sei in der Umsetzung des Unterrichtsstoffes, sich jedoch selber sehr unter Druck setze und mit den Mitschülern vergleichen würden.	219-224
1.1.2	Auswirkungen Bewältigungsmechanismen	C begann an ihren Fingernägeln und Haarspitzen zu knabbern, es wurde vermutet, dass dies für sie ein Ventil zum Druckabbau war.	225-226
1.2.1	Beständigkeit	Durch die intensive Zusammenarbeit mit der Familienhilfe und viel Übung, konnte sich sein Spielverhalten positiv entwickeln	248-249

1.2.1	Einfluss des sozialen Umfelds	unterstützendem Familiensystem	175
1.2.1	Soziales Umfeld Schule Struktur Offenheit	Im weiteren Verlauf wurden die Schulen einbezogen und mit ihnen offen kommuniziert was passiert ist. Gemeinsam wurde entschieden, dass es das Beste für die Kinder sei die Tagesstruktur so weit wie möglich aufrecht zu erhalten und so gut es geht, Normalität zu bieten. Auf Nachfragen von F, ob mitgeteilt wurde, dass es sich um einen Suizid handle oder bloß von Todesfall gesprochen wurde, da dies häufig mit Scham verbunden sei, erwiderte E, dass dies offen mit den Lehrkräften thematisiert wurde und kein schamhafter Umgang herrschte.	176-182
1.2.1	Da sein, Präsenz	Die Mutter der KM wurde als Krisenkontakt organisiert. Diese bat an jederzeit zu unterstützen, wenn die Familie Hilfe benötigen sollte.	184-185
1.2.1	Einfluss des sozialen Umfelds	Die KM erhielt viel Unterstützung von ihren Eltern, den Eltern des KV und ihrem Lebensgefährten, welche sich auch mit um die beiden jüngeren Kinder kümmerten. Es gab auch viele Hilfsangebote von Freunden und aus der Schule. Die KM ließ sich wieder vermehrt von der Familienhilfe unterstützen	205-208
1.2.1	Gesprächsangebote Offenheit Präsenz, Da sein	Sie nutzen die Treffen zur Freizeitgestaltung und um über ihren Bruder zu sprechen. Die Familienhilfe ließ ihn regelmäßig in die Unterhaltungen einfließen und bot immer an, dass die Kinder mit ihr über den Verlust und ihre Gefühle reden könnten. Sie verwickelte die Kinder dabei in Gespräche, die mit positiven Erinnerungen an den Bruder besetzt waren. Die Kinder hatten dabei immer die Möglichkeit die Gesprächsangebote abzulehnen.	210-215
1.2.1	Übernahme belastender Aufgaben	Die Familienhilfe hat sich mit dem Sozialamt in Verbindung gesetzt und sich um die Erstattung der Kosten für die Bewilligung gekümmert, sodass die KM sich nicht mit den bürokratischen und behördlichen Angelegen-	216-218

		heiten auseinandersetzen musste	
1.2.1	Externe Maßnahmen Ergotherapie Aufmerksamkeit 1:1 Partizipation Struktur Beständigkeit	Seit Anfang des Jahres erhielt D Ergotherapie, dabei handelte es sich um eine sinnesverstehende, psychomotorische Entwicklungstherapie mit Blick auf traumatische Erfahrungen vor und/oder nach der Geburt. Dabei wurde Bezug auf den Autounfall genommen, wo D noch im Säuglingsalter war. Im Rollenspiel konnte er seine gemachten Erfahrungen verarbeiten und gut auf die Therapeutin eingehen. Dabei wurde er intensiv partizipiert und immer in die Planung in den nächsten Termin miteinbezogen. Er hat dabei auch die ihm geschenkte Aufmerksamkeit und die 1:1 Situation genossen.	250- 256
1.2.1	Externe Maßnahme Trauergruppe Kinder	Kontakt zu einer Trauergruppe für die Kinder hergestellt	263
1.2.1	Externe Maßnahme Lebensberatung	Für die ältere Tochter wurde bei der Diakonie ein Termin bei der Lebensberatung zum Thema Trauer vereinbart.	265- 266
1.2.1	Externe Maßnahme Therapie	Die Kindesmutter war ebenfalls professionell angebunden.	269- 270
1.2.1	Struktur Klarheit Messbarkeit	In Bezug auf die Haushaltsführung wurde mit der Familie ein Tokensystem erarbeitet. Wobei alle Familienmitglieder Ziele und Aufgaben vereinbart haben.	282- 283
1.2.1	Externe Maßnahmen	Unterstützung bei Behördenangelegenheiten und der Termineinhaltung von beispielsweise Arztbesuchen.	302- 303
1.2.1	Unterstützung bei Struktur und Ordnung	Coaching in der Haushaltsführung	303
1.2.1	Externe Maßnahme Zusätzliche Konflikte minimieren	Begleitung und Unterstützung in der Kommunikation mit den KV und Erarbeitung einer tragfähigen Umgangsregelung.	303- 305
1.2.1	Externe Maßnahme Therapie und Tagesklinik	Die KM hat sich selbstständig um ihre Therapie bemüht und besuchte 14-tägig die Institutsambulanz. Es gab Überlegungen in die Tagesklinik zu gehen, wozu es später auch gekommen ist.	310- 312
1.2.1	Externe Maßnahme Therapie	C besuchte wöchentlich eine Kinder- und Jugendtherapeutin, mit der sie sich gut verstand.	312- 313
1.2.1	Externe Maßnahme	D konnte ebenfalls an die Kinder-	313-

	Therapie Ergotherapie positiv	und Jugendinstitusambulanz ange- bunden werden und erhielt einmal im Monat Therapie, während nach einer therapeutischen Praxis gesucht wur- de, die häufigere Kontakte anbot. Die Termine in der Ergotherapie Praxis fanden weiterhin zusätzlich statt. Laut Einschätzung von E taten ihm diese Termine sehr gut.	317
1.1.2	Auswirkungen Gewichtsver- lust	D hatte zwischenzeitlich enorm an Gewicht verloren und im Januar 2014 wieder sein Normalgewicht erreicht.	318- 319
1.1.2	Wut Fehlender Zugang zu den Ge- fühlen	Nach dem Tod von A fand eine The- rapiestunde statt in der er keine Emo- tionen zeigte. Danach war er sehr wütend und in sich gefangen, in der Therapie konnte er diese Emotionen nicht zeigen. Der Zugang zu seinen Emotionen Wut und Trauer war be- reits vorher im Rahmen der Therapie gemindert.	257- 260
1.2.1	Externe Maßnahme TuS Beratung Entspannung des Elternkonflikts	Die Eltern wurden bei der Tren- nungs- und Scheidungsberatung an- gebunden. Dort fanden zunächst Ein- zelgespräche statt. Der KV bemühte sich darum, die Kinder dauerhaft zu sich zu holen. Die Fachkraft aus der Trennungs- und Scheidungsberatung konnte in einem gemeinsamen Ge- spräch mit den Eltern eine gute Um- gangsvereinbarung erarbeiten. Da- nach entspannte sich das Verhältnis zwischen den Eltern und der KV hielt sich an die Umgangsvereinbarungen.	320- 325
1.2.1	Altar Positive Erinnerung schaffen	Gemeinsam wurde mit der Familie eine Art Altar für A gebastelt aus Bildern und Gegenständen, die posi- tive Erinnerungen in sich trugen	331- 332
1.2.1	Gesprächsangebote Offenheit Präsenz Da sein Aufklärung	E bot regelmäßig in den Terminen die Möglichkeit an, über A zu spre- chen und erklärte den Kindern, dass alle Gefühle genau so sein dürfen, auch später sei es in Ordnung noch traurig zu sein, zu weinen oder wü- tend zu sein. Dass es keine leichte Situation für die Kinder sei und alle Gefühle ihre Berechtigung haben	332- 336
1.2.1	Friedhofbesuch Abschiedsworte	Es fand auch ein gemeinsamer Be- such auf dem Friedhof statt, wo sie Blumen für das Grab mitbrachten	337- 339

		und die Kinder angeregt worden mit dem verstorbenen A zu sprechen, wenn sie ihm noch etwas sagen wollten.	
1.2.1	Gesprächsangebot Grenzen akzeptieren	Das Thema A wurde immer positiv besetzt thematisiert, aber nur, wenn die Kinder auch darüber sprechen wollten. Wenn nicht, wurde dies akzeptiert.	339-340
1.2.1	Aufklärung Trauer verändert sich	Auch über den Altar wurde mit der KM regelmäßig gesprochen, dass dieser sich mit der Zeit verändern und den aktuellen Bedürfnissen anpassen kann.	341-342
1.2.1	Aufklärung Phasen der Trauer	Es wurde in dem Zuge auch über die verschiedenen Phasen der Trauer gesprochen und dass diese alle ihren Raum bräuchten.	343-344
1.2.1	Material und Informationen zum Thema Trauer Aufklärung	E brachte der Familie auch ein Buch zum Thema Trauer mit, welches sie sich gemeinsam in kleinen Schritten im Tempo der Kinder anschauten.	344-346
1.2.1	SpFh erfolgreiche Maßnahme	Nach Einschätzung von E, konnte die Familie von der Hilfe und dem gemeinsamen Prozess sehr profitieren, sodass ein Loslassen stattfinden konnte und die Nachfrage nach gemeinsamen Terminen langsam nachließ, es entstand ein Gefühl, dass es nun genug sei.	347-349
1.2.1	Klarheit Struktur Grenzen Wertschätzung Halt Stabilität Verlässlichkeit	Mit D wurde viel an der Frustrationstoleranz gearbeitet. Am Ende des Hilfezeitraums hat sich seine Frustrationstoleranz stark verbessert. E gab ihm einen klaren, strukturierten Raum mit Grenzen und viel Wertschätzung, der ihm Halt gegeben hat. Sie hat ihn sehr haltlos und orientierungslos wahrgenommen und ihm entsprechend Stabilität und Verlässlichkeit geboten.	359-363
1.2.1	Nähe Vertrautheit	Die KM wurde ermutigt D mehr Nähe anzubieten und durch Umarmungen Kontakt und Vertrautheit aufzubauen.	363-364
1.2.1	Offenheit, keine Tabus Gespräche	Es wurde auch mit D über die starke Ähnlichkeit zu A gesprochen.	364-365
1.2.1	Offene Kommunikation	Es war ein Anliegen, A in positiver Erinnerung zu behalten und zu verhindern, dass das Geschehene ver-	365-366

		drängt und ausgeblendet wird	
2.1 2.2	Erst einzeln dann zusammen getrauert	E berichtet, dass die Familie die Trauer auch gemeinsam bewältigt hat, aber am Anfang zunächst jedes Familienmitglied seine eigene Betroffenheit und Art hatte damit umzugehen.	352-354
2.1	Individuelle Trauer	Die Kinder haben sich zuerst verschlossen und die KM war sehr betroffen und war vorher schon eher instabil, sodass jeder erst einmal für sich getrauert hat.	354-355
2.2	Familientrauer	Später haben dann gemeinsame Gespräche stattgefunden, angeleitet durch E, die durch verschiedene Aktionen die Familienmitglieder zusammenbrachte und ermutigte über A zu sprechen	355-358
4.2	Wichtige Maßnahmen für eine positive Bewältigung	<ul style="list-style-type: none"> - Sich zur Verfügung stellen - Unterstützung bei finanziellen Angelegenheiten bezüglich der Bestattung anbieten und bei der Klärung von Abläufen und Papierkram, Aufgaben abnehmen - Offene Angebote machen, da sein und zuhören, was von den Familienmitgliedern kommt - Transparent sein - Gut im Austausch mit dem eigenen Team und dem Jugendamt bleiben - Sich selbst Unterstützung oder Rat bei einer Trauerhilfe suchen und Ideen für den Umgang holen oder entsprechende Literatur anschaffen - Über mögliche Reaktion im sozialen Umfeld sprechen und wie damit umgegangen werden kann 	386-396
	Hinweis Eigene Betroffenheit	Reflexion der eigenen Betroffenheit. Sie kannte A auch, hat ihn kurz vor dem Suizid noch gesehen und wurde anschließend auch vom Jugendamt befragt, ob ihr nicht irgendetwas aufgefallen sei. Es sei wichtig auch als Fachkraft einen eigenen Umgang mit dem Suizid zu finden und trotzdem wöchentlich in die Familie gehen zu können.	379-383

IV. Auswertung Expertinneninterview 2

0	Signale	Im Laufe der Begleitung wurden immer mehr Signale deutlich, die man rückwirkend dann erkennt.	104-105
0	Abschiedsbriefe	Abschiedsbriefe gibt es fast nie, das sind die wenigsten.	112
0	Risikofaktor Depression	Dazu kann E nichts genaueres sagen, da sie keine Medizinerin sei, aber sie durchaus den Eindruck habe, dass wenn depressive Neigungen bereits in der Familie vorliegen, die Wahrscheinlichkeit höher ist.	137-139
0	Stadien der Trauer Akut im Trauerprozess	Die Leute kommen in allen Stadien der Trauer, kurz nach dem Verlust oder bei einigen bricht das auch erst nach 5, 6, 7 Jahren durch. Diese Menschen sind akut im Trauerprozess	20-21
0	Aktuelle Gruppengröße	Es sind zwischen 12 und 16 Teilnehmer*innen und das ist schon ziemlich groß für so eine Gruppe.	23-24
0	Zusammensetzung der Gruppe	Die Gruppe setzt sich notgedrungen zusammen aus Sternenkindern, normal verwaisten Eltern, durch Krankheit und Suizid oder sogar auch Mord.	30-31
0	Einzugsgebiet	Die E berichtet es handelt sich um die einzige Gruppe für verwaiste Eltern für einen wirklich großen Raum. Die Eltern kommen vom Wendland, bis Buchholz, Tostedt, Lüneburg, riesig.	32-33
0	Kultureinfluss	Die E gibt den Hinweis, dass es auch auf die Kultur der Familie ankommt. Andere Kulturen trauern anders.	329-330
0	Bestatter*innen wichtiger Bestandteil	Der Bestatter ist das Bindeglied zwischen Leben und Tod. Sind die denn da entsprechend sensibilisiert, wenn es um Suizid geht? E erzählt, dass sich die "Bestatter-Szene" unglaublich weiterentwickelt hat und sehr kompetent ist.	337-340
0	Anzahl Suizide	In dieser Altersspanne kann sich die E an 2 – 3 Fälle erinnern.	72
1	Krisenbewältigung Analyse	Es spielt eine große Rolle wie die Familien generell mit Krisen umgeht. E bestätigt dies. Wie die Familie mit kleineren Krisen umgegangen ist, daraus kann sehr viel abgeleitet werden. Das wird im Prozess auch immer erarbeitet.	125-129
1	Analyse Bewältigungsstrategien	<i>Damit die Familie ein Bewusstsein dafür entwickelt, wie die Strukturen zuhause</i>	130-132

		<p><i>gewesen sind und welche Strategien das Kind überhaupt hatte zu reagieren?</i></p> <p>E bestätigt, dass es immer auch um Bewältigungsstrategien geht und Coping Strategien.</p>	
1	Maßnahme Den Tod begreifen	Wichtig ist es und das rate ich eigentlich jedem, da müssten auch die Polizei und die Kriseninterventionsteams noch weiter sensibilisiert werden, dass es elementar wichtig für die Eltern ist, das Kind noch einmal zu sehen. Auch wenn der Körper in keinem ansehnlichen Zustand mehr ist, gibt es Möglichkeiten das Kind zu identifizieren. Eltern erkennen ihr Kind immer und wenn es nur die Haare, eine Locke, ein Finger oder Zeh ist. Sonst glaubt man das nicht.	146-151
1	Maßnahme Den Tod begreifen	E bestätigt dies und erzählt vom Trauerkaleidoskop. Dort heißt es, man müsse den Tod begreifen, mit allen Sinnen und da gehört auch das visuelle dazu. So schrecklich das ist, es ist wichtig, um damit irgendwann abschließen zu können, dass das Kind tot ist. Dieser Schritt muss jedoch behutsam begleitet werden und die Eltern müssen darauf aufmerksam gemacht werden, dass dieser Schritt für später wichtig ist. Die Sorge, man würde die Bilder nicht mehr aus dem Kopf kriegen sei da unbegründet.	154-159
1	Maßnahme Umgang mit dem Umfeld und dem veränderten ich	Das ist auch ein wichtiger Bestandteil im Trauerprozess. In dem Trauerkaleidoskop geht es auch um die veränderte Umwelt und wie verändert das einen auch als Person. Das ist auch Teil der Arbeit, auf die Selbstwahrnehmung zu schauen und dann was im Außen passiert.	179-182
1	Umgang mit dem Umfeld	Dazu gehört auch die Kommunikation. Wie wird damit umgegangen, bspw. am Arbeitsplatz.	184-185
1 1.1.1	Ziel von Selbsthilfe	Bei den Selbsthilfegruppe oder Trauergruppen geht es hauptsächlich darum Gleichgesinnte zu treffen und das Gefühl zu entwickeln, dass man nicht alleine ist und ähnliches fühlt oder denkt. Die Selbsthilfe ist daher so wichtig, wird aber so stiefwarumlich behandelt.	199-202
1	Therapie notwendig	Aber eine Therapie ist unabdingbar. Die E bietet auch Einzelberatungen an, aller-	202-204

		dings nur in Verbindung mit einer Therapie. Sie fungiert auch häufig als Überbrückung bis eine Therapie begonnen werden kann	
1 1.1.1	Selbsthilfe = Einzelfallhilfe	E beschreibt, dass die allein sind und sich das auch alleine erarbeiten müssen.	210
	Angst vor Stigmatisierung Fehlende Kommunikation	Zu den Ritualen muss gesagt werden, dass viele Eltern sich gar nicht trauen offen über den Suizid mit dem Umfeld zu sprechen und dieser oft als Unglück getarnt wird. Wenige Eltern haben den Mut zu sagen, mein Kind hat Suizid begangen, aufgrund der Stigmatisierung und des Tabus	274-277
1	Abhängig von der Bestattung Individuelle Rituale möglich Rituale wichtige Stütze	Es kommt auch auf die Art der Bestattung an, gibt es einen Friedhof oder einen Friedwald, dementsprechend können individuelle Rituale entwickelt werden, die den Eltern als Stütze dienen, woran sie sich festhalten können.	279-282
1	Trauersymbol	Mit einem Elternpaar wurde nach einem geeigneten Symbol gesucht, dass ihre Trauer auch nach außen hin ausdrückt. Ihnen war es wichtig einen Ausdruck ihrer Trauer bei sich zu tragen.	277-279
1	Zeit zum Abschiednehmen	Wie wird in Deutschland mit dem Tod umgegangen? Der Umgang damit ist sehr verschlossen. Viele Dinge sind gar nicht so bekannt. Nach dem Bestattungsrecht darf der Leichnam mit nach Hause genommen werden für eine gewisse Zeit, um sich zu verschieben. Das ist für viele Menschen ein wichtiger Schritt, um Abschied zu nehmen. Der Leichnam kann auch beim Bestatter noch zurecht gemacht werden, damit sich Angehörige dort verabschieden können.	330-335
1	Den Tod benennen	In der Trauerarbeit ist jedoch wichtig den Tod konkret zu benennen und nicht drum herum zu reden.	367-368
1.1.1	Zielgruppe Hauptsächlich Mütter	Bei den Sternenkindern sind es sehr oft Paar ansonsten überwiegend Mütter. Die Väter sind eher außenvor. Die E betont, dass Väter auch willkommen sind und 1-2 Väter auch dabei seien, diese aber meistens nach 2-3 Gruppenabenden aussteigen. Sie kommen der Frau zuliebe.	58-61
1.1.1	Geschwistertrauer Angebote	In diesem Bereich wird gerade experimentiert. Geschwistertrauer ist wieder ganz anders und es werden eher andere	65-67

		Medien dafür genutzt. Sie gehen eher im Chat in den Kontakt und eher anonym. Die haben keine Lust mehr in so einer Gruppe zu sitzen.	
1.2.1	Angebote je nach Trauerphase Stabilisierung	Was schon vorgekommen ist, dass der Landkreis, Krisenintervention oder auch Ärzte Kontakt zu ihr aufgenommen haben und um akut Hilfe gebeten haben. In dieser Zeit kann man nur stabilisieren. Es hat sich gezeigt, dass die Menschen ca. ein halbes Jahr brauchen, damit sie überhaupt aufnahmefähig sind und in die Bearbeitung einsteigen können.	247-250
1.2.1	Akut Maßnahmen Präsenz	Solche Geschichten laufen nicht über den Verein, das macht die E nebenbei und kann etwa zwei Jahre lang gehen. Die Abstände verändern sich jedoch. In der akuten Phase gibt es teilweise zwei bis drei Kontakte die Woche. Diese waren manchmal auch nur sehr kurz, etwa 20 min oder 30 min.	253-256
1.2.1	Beständigkeit Notfallhandy Lotsin	Das Anliegen der E war immer als eine Art Lotsin zu fungieren, da sein. Deshalb gibt es auch das Notfallhandy. Oft reicht es zu wissen, dass jemand erreichbar ist und da ist. Die brauchen Beständigkeit.	257-259
1.2.1	Da sein, aktiv zuhören, Präsenz	In der akuten Phase ist es häufig einfach nur da zu sein und aktiv zu zuhören, präsent sein.	261-262
1.2.1	Raum für Trauer und Anliegen, später individueller Ressourcenkoffer	Die E beschreibt den Ablauf der Treffen, wo zunächst Raum für die Trauer, ihre Anliegen und den Prozess ist und wenn der Eindruck besteht, die Eltern seien bereit überhaupt wieder etwas aufzunehmen, gibt sie Input. Es gibt zum Beispiel die Methode des Ressourcenkoffers, wo Handlungsstrategien erarbeitet werden, was hat früher in Krisen schon mal geholfen und die Wahrnehmung geschult wird. Dies wird jeweils individuell erarbeitet.	269-274
1.1.2	Tabuisierung innerhalb der Familie Fehlende Kommunikation, Kinderthemen haben keinen Raum	Die E erlebt es häufig, dass in der Familie überhaupt nicht über den Verlust gesprochen wird, er wird totgeschwiegen. Was macht das jetzt mit den Kindern? Sie lernen von dem Verhalten ihre Eltern und sehen, die reden nicht darüber, dabei ist das schlimmste überhaupt passiert. Oder das gestorbene Geschwisterkind war eine Vorbildfigur, was löst das in	324-328

		einer Kinderseele aus?	
1.2.2	Handlungsbedarf Netzwerk	Dafür müsste die Polizei entsprechend geschult sein, für einen sensiblen Umgang mit den Familien, das läuft derzeit noch nicht so gut.	159-161
1.2.2	Stigmata des sozialen Umfelds	Das ist sehr klassisch für einen Suizid, dass suggeriert wird, was eine Person getan haben könnte, sodass man nicht mit ihr zusammenleben kann. Eltern stigmatisiert, weil sie es nicht verhindern konnten. Was ist denn in der Familie los, dass das Kind nicht mehr leben wollte?	175-178
2	Auswirkungen auf Ver-lusterfahrungen	Das ist wirklich sehr komplex, es wirken so viele Dinge mit darein. Z.B. ob die Eltern das Kind selber gefunden haben oder ist es als Nachricht überbracht worden, beim Personenschaden auf den Gleisen, das wirkt sich stark auf die Trauer aus.	143-145
2	Warum Frage	Es geht weniger darum, warum er das gemacht hat, als warum man das nicht erkannt hat. Was habe ich übersehen? Eine klassische Frage ist, ob man zu viel gearbeitet hat. Man hätte doch etwas bemerken müssen.	114-116
2143	Impuls oder Plan	Und dann muss man auch unterscheiden, dass es ebenso einfach zu Kurzschluss-handlungen kommen kann, wo kein großer Plan dahintersteckt oder eben die mit einer kranken Vorgeschichte, wo es auch geplant sein kann.	119-121
2	Gefühl Erleichterung	Im Prozess entwickelte sich ein Gefühl der Erleichterung, auch wenn das verrückt klingt, aber sie haben über viele Jahre mit der psychischen Krankheit ihres Kindes gelebt und eine ständiges auf und ab erlebt, immer mit der Anspannung, ob er nach Hause kommt oder nicht, ob er sich etwas antut, und dann gab es endlich Gewissheit. Es war keine Erleichterung über den Verlust, sondern darüber, dass diese dauernde Anspannung vorbei war.	85-90
2	Weinen	Die waren fix und alle und dann konnten sie endlich trauern, nicht nur über den Tod, sondern auch wegen der Krankheit. Es wurde viel geweint und hinterfragt, warum er so krank geworden ist.	92-95
2	Gefühl Wut	. Die Eltern waren vornehmlich wütend. Wütend auf die Ärzte, die entschieden	82-83

		hatten, es ginge dem Jungen gut genug, um nach Hause zu fahren.	
2	Gefühl Ohnmacht, Hilflosigkeit	Die E bestätigt auf Nachfragen der F, dass sich die Eltern auch ohnmächtig fühlten, die hatten alles versucht, um ihrem Sohn zu helfen und trotz der Klinikaufenthalte und der Ärzte, konnten sie den Suizid nicht verhindern und beeinflussen, dass es ihrem Kind gut geht.	96-99
3.2	Baden-Württemberg bereits Angebote für Familien	In Baden-Württemberg bietet sie Stärke Kurse für Familien in besonderen Lebenssituationen an. Ob es ein vergleichbares Angebot in dieser Region gibt, weiß sie nicht.	211-212
3.2	Zusammenhalt	Im Nachhinein erfährt sie häufig, dass sich die Eltern auch oft trennen, nicht nur bei Suizid Eltern.	287-288
4.1 4.2	Handlungsbedarf	Sie würde sich wünschen, dass die Ressourcen, die die Elternteile in der Gruppe für sich erarbeiten, mit ihren Familien geteilt würden, dazu benötige es jedoch die entsprechende familiäre Unterstützung von außen.	297-299
4.1	Handlungsempfehlung Konstante Unterstützung für die gesamte Familie mit Blick auf Geschwister	Über die Lösung haben wir eigentlich schon gesprochen. Dass die Familien als Familiensystem mehr Unterstützung erfahren und konstante Unterstützung haben. Nichts ist schlimmer, als wenn heute der und morgen der kommt. Trauernde können keine Veränderung ertragen, es gab durch den Verlust genug Veränderung. Sie brauchen zumindest im ersten Jahr eine Konstante. Die Geschwisterkinder sollten mehr in den Fokus gerückt werden. Dass es Teams gibt, die sich darum kümmern.	344-349
4.2	Hoher Bedarf	Der Bedarf ist da und gerade in der Trauerarbeit braucht es ein Moderator und Co Moderatoren.	12-13
4.2	Trauer ist individuell	E erklärt, dass es unabhängig von der Todesform, immer sehr individuell ist. Jedes Leben, jede Familie ist individuell	124-125
4.2	Zu wenig Regionale Angebote	wie wenig Angebote es insgesamt und vor allem hier in der Region gibt.	193-194
4.2	Optimale Gruppengröße	optimal wäre nach meiner Erfahrung zwischen 6 und 8 Personen, das zeigt sich in den Gruppen im Raum Karlsruhe. Wenn die Gruppen zu klein sind und dann Teilnehmer*innen wegbrechen, ist die Gruppe wieder zu klein. Das ist ein	26-29

		echtes Dilemma.	
4.2	Handlungsempfehlung	Sie empfiehlt außerdem, dass dies am besten im Team geschehen sollte. Ihre Erfahrung hat gezeigt, dass es schwer zu balancieren ist, wenn sich sowohl die Mutter als auch der Vater vertraulich an sie wenden und dazwischen die Schweigepflicht steht. Sie sieht viel Potential in der Tandemarbeit innerhalb der Familien.	300-303
4.2	Erschwernis in der Trauerarbeit	Damit treffen sehr unterschiedliche Verlusterfahrungen aufeinander, was für die Moderation nicht einfach ist.	33-35
4.2 4.4	Handlungsempfehlung Professionalisierung	Die E bestätigt dies und berichtet, dass sie auch gemeinsam mit Chris Paul schon lange darum kämpft diese Arbeit anerkennen zu lassen. Gerade in diesem Bereich ist Ehrenamt eigentlich nicht das richtige, sondern ein professionelles Team.	353-355
4.2.	Handlungsempfehlung Spezialisierung	Selbst in der Zusammenarbeit mit Therapeuten erlebt E immer wieder Überforderungen im Umgang mit schwerer Trauer, verzögerter Trauer oder Fällen, die Richtung Posttraumatische Belastungsstörung geht. Es gibt kein spezielles Angebot, das diese Zielgruppe direkt anspricht.	357-360
4.2	Verlusterfahrung sind unterschiedlich	Als die E vor 10 Jahren den Verein gegründet und die erste Gruppe aufgebaut hat, ging sie zunächst davon aus, dass alle Menschen den gleichen Grundschmerz besäßen. Auf diesen Ansatz müsse sie auch weiterhin bauen, was schwierig ist. Schließlich sei sie auch immer professioneller geworden über die Zeit.	36-39
4.2	Verlusterfahrung sind unterschiedlich	Ein plötzlicher und unerwarteter Tod und Krankheit sind ebenfalls voneinander zu unterscheiden. Es gibt Eltern, deren Kinder sich totgefahren haben oder welche, die ihr Kind, wie ich, durch Krebs verloren haben oder Sterneltern, die ihr Kind gar nicht lebend kennenlernen konnten.	45-48
4.2	Regeln in der Trauergruppe Wertfreiheit	Es wird auf einen wertfreien Umgang Wert gelegt. Nicht der eine Verlust ist schlimmer als der andere. Das ist einer unserer obersten Regeln. Diese werden auch jedes Mal bekannt gegeben, wenn	53-55

		neue dazukommen. Sonst funktioniert diese Mixtur nicht.	
4.2	Hoher Bedarf Zu wenig Helfer*innen	In Lüneburg gibt es derzeit eine Gruppe, obwohl es mehr Gruppen geben könnte. Allerdings mangelt es an ehrenamtlichen Helfer*innen. Die Arbeit traut sich keiner zu, so eine Gruppe zu moderieren.	8-10
4.3	Jugendamt angstbesetzt	wenn sie das Jugendamt oder entsprechende andere Stellen empfiehlt, ist dies eher angstbehaftet, dass dort sehr defizitär geschaut wird, wie schlecht man als Eltern ist.	214-216
4.4 4.3	Ruf des Jugendamtes verbessern	E vermutet, dass es vermutlich bessere Marketingstrategien braucht, was das Jugendamt alles anzubieten hat und nicht nur Kindesentzug.	230-231
4.4. 4.2	Funktionierende Strukturen	In Baden-Württemberg gibt es bereits eine engere Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Die E wurde zu einem Netzwerktreffen eingeladen ist nun dort fester Bestandteil des Helfersystems. Dort sind auch Kliniken, Ärzte etc. beteiligt. Dies sei für den Norden hier auch sehr hilfreich und wichtig, dass es mehr Transparenz geben müsste. Im Süden erhält sie Gelder von dem zuständigen Landkreis, um die Kurse digital anbieten zu können. Die Möglichkeit das auch hier anzubieten, besteht ihrerseits.	232-237
4.4.	Handlungsempfehlung Tod und Trauer in der Schule	Ein Wunsch der E wäre noch, dass das Thema vielleicht auch Teil des Bildungssektors sein sollte. Trauer und Tod von klein auf schon zu thematisieren.	364-365

E = Expertin
F = Forscherin

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

V. Zusammenfassung Interview I

1 F stellt die E vor. E ist zum Zeitpunkt des Interviews am 19.08.2022 seit 10,5 Jahren bei
2 der Arbeiterwohlfahrt Harburg Land e.V. als Sozialpädagogin in der
3 Sozialpädagogischen Familien tätig und besitzt die Zusatzausbildung zur
4 Traumapädagogin.

5 F bittet E zunächst den Fall vorzustellen, um den es heute geht.

6 Die Hilfe begann am 01.02.2012. Die KM mit vier Kindern wurde damals auf eigenen
7 Wunsch beim Jugendamt vorstellig. Sie hatte zwei jüngeren, kleinere und zwei schon
8 etwas ältere Kinder. Sie bat um ein Beratungsgespräch und gab an, geschieden zu sein.
9 Sie hatte 2006 einen sehr schweren Autounfall, darauf folgte ein dreimonatiger Kran-
10 kenhausaufenthalt mit einer anschließenden Reha. In der Zeit kümmerte sich nicht der
11 KV um die Kinder, sondern die Mutter des KVs in Schleswig-Holstein. Die KM litt
12 anschließend an Spätfolgen durch den Unfall und hat ganz große Verlustängste entwi-
13 ckelt.

14 *Saßen die Kinder mit in dem Auto?*

15 C und D saßen während des Unfalls mit im Auto. Die KM war auf dem Weg zum Ein-
16 kaufen.

17 Es bestand die Vermutung, dass die Kinder nach dem Unfall nicht über alles mit der
18 KM sprechen konnten, um die KM zu schonen. Es stand der Verdacht im Raum, dass
19 die Zeit bei den Großeltern des KVs nicht reibungslos verlaufen ist und dort irgendet-
20 was vorgefallen ist.

21 Zusätzlich war die Familie finanziell schlecht aufgestellt. Es war bereits ein Verfahren
22 zur Privatinsolvenz eingeleitet. Die KM wollte gerne eine Therapie zur Verarbeitung
23 des Unfalls und den daraus entstandenen psychischen Folgen beginnen. E fasst zusam-
24 men: die Familie war bereits in finanzieller Not, die KM war alleinerziehend und ge-
25 trennt und dann kam auch noch der Unfall.

26 Geplant war, dass erst einmal ein Vertrauensverhältnis zu den Kindern und der KM auf-
27 gebaut wird. Zudem sollte bei der Bewältigung der Alltagsprobleme, Schulden, in Er-
28 ziehungsfragen und der Trennungsproblematik unterstützt werden. Ebenso sollte ein
29 adäquater Umgang mit dem Autounfall und den daraus resultierenden Ängsten und Fol-
30 gen erarbeitet werden. Geplant war auch, dass man die Kinder irgendwann mitnimmt im
31 Auto, um die Ängste vorm Autofahren zu nehmen. (0:05:19)

32 C ist im September 2006 geboren, C im Januar 2004. Die beiden älteren Geschwister A
33 und B sind nicht im Hilfeprotokoll des Jugendamtes aufgeführt und waren kein offiziel-
34 ler Teil der Hilfe.

35 *Ziel der Familienhilfe war es also zunächst die Familie im Alltag zu unterstützen, die
36 Bedarfe zu ermitteln nach dem Autounfall und gegebenenfalls therapeutische Maßnah-
37 men einzuleiten. Oder gab es bereits andere laufenden Hilfen?*

38 Es ging bei dem Ziel unter anderem darum Unterstützung bei der Anbindung an einen
39 Kinderarzt zu geben und eine Anbindung an eine Traumatherapie. Der Wunsch und die
40 Idee für eine Therapie bestanden bereits. Beim Thema Gesundheit wurde vermerkt dass
41 Cs und Ds allgemeiner Gesundheitszustand im Normalbereich lag und bei der Begut-
42 achtung der Landesschulbehörde ging hervor, dass bei D. Entwicklungsrückstände im
43 sozial-emotionalen Bereich oder vor allem in der Konfliktbewältigung bestand. Der
44 damals 19-jährige Sohn A klagte seit einiger Zeit über Schlafstörungen und hat sich

E = Expertin
F = Forscherin

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

45 selbst an einen Arzt gewandt. Dieser habe A an einen Therapeuten überwiesen, ein
46 Erstgespräch fand im Oktober 2012 statt.
47 Die KM nahm die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Therapie an und
48 vereinbarte ebenfalls ein Termin für ein Erstgespräch.
49 *Dh. A hat sich aufgrund von Schlafstörungen selbst in Behandlung gegeben. Gibt es*
50 *weitere Hinweise zu seinem Gemütszustand?*
51 Im Austausch mit der KM berichtete diese, dass A eine Ausbildung in einer KfzWerk-
52 statt begonnen hatte. In der Berufsschule schien er dem Unterricht nicht gut folgen zu
53 können und erhielt dort ein sehr schlechtes Zeugnis. Die KM beschrieb A als sehr ge-
54 räuschempfindlich, der sich bei einem erhöhten Geräuschpegel in der Klasse schwer
55 konzentrieren kann. Sie bezeichnetet ihn auch als sehr verschlossen, dem es schwer fiel
56 sich anderen gegenüber zu öffnen.
57 A kam an seinem Arbeitsplatz zu der Zeit sehr schlecht zurecht. Es bestand die Vermu-
58 tung, dass ihn die Trennung seines Chefs und dessen Frau zusätzlich belastete und an
59 die Trennung der Eltern erinnerte. *Wann haben sich die Eltern getrennt?*
60 E kann sich nicht daran erinnern und findet auch keinen Hinweis in den Unterlagen. Die
61 Eltern waren aber bereits getrennt als sich die KM an das Jugendamt gewandt hat. Im
62 August 2012 bat der Chef von A die KM um ein gemeinsames Gespräch, um über die
63 Situation zu sprechen.
64 Während der Termine kam es nur zu kurzen Begegnungen mit A und er wirkte eher
65 verschlossen und bevorzugte in der Zeit in seinem Zimmer zu sein. Manchmal fanden
66 die Gespräche, beziehungsweise die Kontakte mit den jüngeren Kindern in der Küche
67 statt. Das Zimmer von A grenzte an die Küche.
68 Unter Klärungsbedarfe und Vorschläge für zukünftige Ziele wurde damals vermerkt,
69 dass weiterhin eine Unterstützung für die gesamte Familie bei der Bewältigung des Au-
70 tounfalls zu empfehlen sei und dass es sowohl für die KM, A, C und D als notwendig
71 erachtet worden ist, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten. Die E überlegt, ob A
72 ebenfalls mit im Auto saß während des Unfalls. Dies könne durchaus auch der Fall ge-
73 wesen sein, lässt sich in den Unterlagen jedoch nicht wiederfinden. Die Möglichkeit
74 besteht.
75 In der Schule von C gab es einen Klassenlehrerwechsel und auch bei D gab es einen
76 Wechsel vom Kindergarten in die Schule.
77 Die Kinder wurden beim Kinderarzt vorgestellt und es wurde eine ergotherapeutische
78 Behandlung für D eingeleitet. Des Weiteren wurde eine Trauma therapeutische Anbin-
79 dung für alle Kinder empfohlen, da der Autounfall immer wieder Thema war. Die Ver-
80 mutung, dass A mit im Auto saß, verfestigt sich.
81 E spekuliert erneut, das eventuell etwas bei den Großeltern vorgefallen sein könnte,
82 während die KM in der Reha war. Es war auch nicht bekannt, weshalb die Kinder in
83 dieser Zeit nicht zum KV gekommen sind. E erinnert sich, dass die Umgänge mit dem
84 KV ein Streitthema waren.
85 Seit dem Autounfall ist die KM arbeitsunfähig und erhielt Arbeitsunfähigkeitsrente bis
86 ihr damaliger Lebensgefährte P1 bei ihr einzog und die Leistungen vom Jobcenter ge-
87 kürzt wurden, aufgrund des Gehalts von P1. Der KV verweigerte zu dem Zeitpunkt die
88 vollständige Zahlung des Unterhalts für seine Kinder. Sporadisch hat er Geld überwie-
89 sen. *Scheinbar kein verlässlicher Vater.*
90 Dazu lief bereits ein gerichtliches Verfahren, Ende Juli 2012 sollte eine Klärung statt-
91 finden. Die KM erhielt dazu Unterstützung vom Bürgerbudget. Kurz vor dem Gerichts-

E = Expertin
F = Forscherin

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährtin KM
P2 = 2. Lebensgefährtin KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

92 termin kam es zu einer außergerichtlichen Einigung. Der KV beabsichtigte zukünftig
93 Unterhaltszahlungen für die beiden jüngsten Kinder zu leisten, die etwas über dem Satz
94 der Unterhaltsvorschusskasse lagen. Die älteste Tochter B hat schriftlich auf ihren Un-
95 terhalt verzichtet. Auch mit der Privatschule der beiden jüngeren Kinder, gab es eine
96 Einigung bezüglich des Schulgeldes.
97 Damals ging C in die zweite Klasse und wurde nach den Sommerferien in die dritte
98 Klasse versetzt. Ihre Lehrerin beschrieb sie als sehr zurückhaltendes und schüchternes
99 Kind. Sie sei eine aufmerksame Schülerin, die sich eher zurückhält und nicht so nach
100 vorne prescht und durchaus auch mal Keck und frech sein kann, dann ist sie aber schnell
101 wieder zurückzuholen. In der Klasse hat sie einen festen Freundeskreis, wobei ihre bes-
102 ten Freundinnen auch mal wechseln würden. Bei ihren schulischen Anforderungen hätte
103 sie keine großen Kompensationsmöglichkeiten und ihre Kräfte würden schnell nachlas-
104 sen. Allerdings ist ihr Sozialverhalten als gut zu bewerten. Auffällig war die Verab-
105 scheidung, wenn die KM sie morgens zur Schule brachte. Sie hatte große Schwierigkei-
106 ten die KM gehen zu lassen und hatte Angst die KM würde nicht wiederkommen. Des-
107 halb wurde eine
108 Sonderregelung erarbeitet, der den Loslöseprozess vereinfachen sollte. Das Abschiedsri-
109 tual sorgte dafür, dass sich die Situation verbesserte.
110 *Die Schule wird als kooperatives und stützendes Umfeld beschrieben.*
111 Die Lehrerin beschrieb die Bindung zu den Eltern als eine sichere Bindung.
112 Der KV wohnte in der Nähe und war selbstständig als Tischler tätig.
113 In der Vorweihnachtszeit klagte C oftmals über Kopf- und Bauchschmerzen, das war
114 die Jahreszeit in der der Unfall passiert sei. Die Symptome haben sich über die Jahre
115 verstärkt. Gemeinsam wurde überlegt, dass der Auslöser dafür die Wetterlage sein
116 könnte und der Körper sich daran erinnert hat und dann wieder ins „Schlingern“ gerät.
117 Das war schließlich ein heftiger Unfall.
118 Der Klassenlehrerwechsel wurde durch die Lehrerin gut vorbereitet. Der neue Klassen-
119 lehrer wurde über den Unfall und die Sonderregelungen in Kenntnis gesetzt und auch
120 die Kontaktdaten der Familienhilfe wurden übergeben. Es wurde sehr fürsorglich mit
121 der Familie umgegangen. Es gab regelmäßigen Austausch. (00:20:45)
122 D wurde von seiner Kindergärtnerin als ein sehr bewegungsfreudiges und körperlich
123 gut entwickeltes Kind beschrieben, der gerne spricht und auch über einen großen Wort-
124 schatz verfügte. Er war den anderen Kindern ein bisschen voraus und hatte ein gutes
125 Gedächtnis. An feinmotorischen Tätigkeiten zeigte er kaum Interesse und ist auch in
126 Einzelarbeit hierfür wenig zu motivieren, was sie als Defizit sieht. In Gruppensituatio-
127 nen viel es ihm schwer mitzumachen und der ließ sich dort nicht so leicht anleiten. In
128 der Gruppe seinen Platz unauffällig einzunehmen viel ihm schwer und hat dann gerne
129 eine Show veranstaltet. Er hat eine sehr geringe Frustrationstoleranz und hatte ein Po-
130 tential zu Gewaltausbrüchen. Er kneift und schlägt andere Kinder ab und zu und wenn
131 dies geschieht, stellte ihm die Kindergärtnerin die Frage, ob er “lüften gehen” möchte.
132 Dieses Ritual gelang gelegentlich. Bei gestellten Aufgaben, die ihn begeisterten, klappte
133 seine Mitarbeit gut. D sei ein emotional und sozial entwicklungsgestörtes Kind und die
134 Kindergärtnerin hielt eine therapeutische Anbindung auch für ratsam, um ihn zusätzlich
135 zu unterstützen und seine Defizite mit fachlicher Unterstützung aufzuholen. Nach den
136 Sommerferien 2012 sollte er in die 1. Klasse eingeschult werden.

E = Expertin
F = Forscherin

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

137 Es gab ein Gutachten von der Schuleingangsuntersuchung, wonach D als nicht ausrei-
138 chend schulreif eingestuft und somit nicht die Aufnahme in die erste Klasse des Schul-
139 jahres 2012/2013 empfohlen wurde. Ein sonderpädagogischer Förderbedarf lag bei D
140 jedoch laut Landesschulbehörde nicht vor. Als Empfehlung ist die Vorschulbetreuung
141 des Kindergartens ausgesprochen worden. Der bis dahin besuchte Waldorf Kindergarten
142 bietet diese Art der Betreuung jedoch nicht an und kann D deshalb nicht weiter be-
143 treuen, auch weil er für den Kindergarten nicht länger tragbar war, da er eine intensivere
144 Betreuung als andere Kinder brauchte. Diese konnte dort nicht gewährleistet werden.
145 Deshalb hatte sich die KM. entschieden, D in die erste Klasse einschulen zu lassen. Ge-
146 gen die Empfehlung. Sie wollte die ersten 2-3 Monate abwarten, wie er dort zurecht-
147 kommt und sollte er aufgrund seiner Defizite nicht zurechtkommen, sollte eine erneute
148 Begutachtung und Testung durch eine Sonderschullehrerin stattfinden mit der Option,
149 dass D an den Förderschulzweig der Privatschule wechselt.
150 E wirft ein, dass die gesamte Familie von der Waldorf Pädagogik geprägt sei und der
151 Vater der KM sogar die Waldorfschule, die die Kinder besuchten, mit aufgebaut habe.
152 Die KM bemühte sich um eine regelmäßige Förderung von D im Unterricht, um ihm
153 den Schulbesuch zu vereinfachen (00:25:36)
154 F gibt zurück wie viele Informationen zum Hintergrund der Familie schon benannt
155 wurden und damit die Frage, wie die Familie vor dem Suizid von A aufgestellt war, be-
156 reits beantwortet wurde. Das Umfeld beschrieb die Bindung von den jüngeren Kindern
157 zu den Eltern als gut. Gibt es Hinweise auf die Beziehung zwischen den Geschwistern?
158 E erinnert sich an einen liebevollen Umgang. A war eher zurückhaltend. D suchte inten-
159 siv den Kontakt zu A und krabbelte oft auf ihm rum, was A weniger gefiel und dann
160 abweisend reagierte. Die meiste Zeit ließ er das jedoch über sich ergehen.
161 Die Brüder sind etwa 13 Jahre auseinander.
162 Das ist ein langer Zeitraum zwischen den Geschwistern und jeweils dieselbe Konstellation.
163 Erst ein Mädchen und dann ein Junge. E beschreibt die extreme optische Ähnlich-
164 keit zwischen den Geschwistern, sowohl zwischen den Brüdern als auch zwischen den
165 beiden Schwestern. Man könne direkt erkennen, dass sie eine Familie sind.
166 E ergänzt, dass es vermutlich noch schwerer war, damit klar zu kommen und suggeriert
167 damit den Suizid. D hing sehr an seinem großen Bruder.
168 Konnte beobachtet werden, ob sich das Beziehungsgefüge in der Familie nach dem Sui-
169 zid verändert hat?
170 E bittet um eine kurze Pause, um darüber nachzudenken und erklärt dann, dass sie
171 diese Frage nicht beantworten kann.
172 F leitet nun über zu der Zeit nach dem Suizid. Wann hat dieser stattgefunden?
173 (00:27:58) Die Fachkraft informiert das Jugendamt über den Suizid, nachdem sie einen
174 Anruf von der KM erhielt. Sie hat die KM zu dem Zeitpunkt als sehr gefasst wahrge-
175 nommen und von einem unterstützendem Familiensystem erzählt. Sie hat ebenfalls an-
176 geboten sofort zu kommen. Im weiteren Verlauf wurden die Schulen einbezogen und
177 mit ihnen offen kommuniziert was passiert ist. Gemeinsam wurde entschieden, dass es
178 das Beste für die Kinder sei die Tagesstruktur so weit wie möglich aufrecht zu erhalten
179 und so gut es geht, Normalität zu bieten. Auf Nachfragen von F, ob mitgeteilt wurde,
180 dass es sich um einen Suizid handele oder bloß von Todesfall gesprochen wurde, da

E = Expertin
F = *Forscherin*

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

181 dies häufig mit Scham verbunden sei, erwiderte E, dass dies offen mit den Lehrkräften
182 thematisiert wurde und kein schamhafter Umgang herrschte.

183 (00:30:00)

184 Die Mutter der KM wurde als Krisenkontakt organisiert. Diese bat an jederzeit zu unter-
185 stützen, wenn die Familie Hilfe benötigen sollte. Das nähere soziale Umfeld war insge-
186 samt sehr unterstützend, obwohl alle sehr betroffen und geschockt waren, waren sie in
187 der Lage das aufzufangen.

188 E fasst die Inhalte der Tischvorlage vom 29.3.2013 für das erste HPG nach dem Suizid
189 zusammen. Durch den Tod von A am 23.2.2013 ist die Familie stark belastet. Die KM
190 hat große Mühe den Alltag zu bewerkstelligen. A war zuvor in der Psychiatrie, hat dort
191 Medikamente bekommen und sich selbst entlassen und wollte nach Hause. Die KM
192 hatte Sonntagmorgen an seine Zimmertür geklopft, als jedoch keine Antwort kam, keine
193 weiteren Kontaktversuche unternommen, weil sie dachte, er würde noch schlafen. Sie
194 klopfte frühen Nachmittag erneut. Als dann keine Reaktion kam, betrat sie sein Zimmer
195 und fand ihn tot auf. Er hatte sich mit Tabletten suizidiert. Welche Tabletten das waren
196 ist unbekannt.

197 A begab sich im Oktober 2012 in therapeutische Behandlung, aufgrund von Schwierig-
198 keiten bei seiner Ausbildung und den starken Konzentrationsstörungen bei erhöhten
199 Umweltgeräuschen. Er konnte den Inhalten in der Berufsschule nicht mehr folgen. Als
200 die ambulante Therapie nicht mehr ausreichte ließ sich A von seinem Therapeuten in
201 eine Psychiatrische Klinik einweisen. Vor dem Suizid war er mehrere Wochen dort sta-
202 tionär untergebracht. Mehrfach kam er zwischendurch an den Wochenenden nach Hau-
203 se, bis er auf eigenen Wunsch die stationäre Unterbringung verließ und wieder zuhause
204 einzog.

205 Die KM erhielt viel Unterstützung von ihren Eltern, den Eltern des KV und ihrem
206 Lebensgefährten, welche sich auch mit um die beiden jüngeren Kinder kümmerten. Es
207 gab auch viele Hilfsangebote von Freuden und aus der Schule. Die KM ließ sich wieder
208 vermehrt von der Familienhilfe unterstützen.

209 Die Kinder äußerten, dass ihnen der Kontakt zur Familienhilfe sehr wichtig sei und ba-
210 ten um regelmäßige Termine. Sie nutzen die Treffen zur Freizeitgestaltung und um über
211 ihren Bruder zu sprechen. Die Familienhilfe ließ ihn regelmäßig in die Unterhaltungen
212 einfließen und bot immer an, dass die Kinder mit ihr über den Verlust und ihre Gefühle
213 reden könnten. Sie verwickelte die Kinder dabei in Gespräche, die mit positiven Erinne-
214 rungen an den Bruder besetzt waren. Die Kinder hatten dabei immer die Möglichkeit die
215 Gesprächsangebote abzulehnen.

216 Die Familienhilfe hat sich mit dem Sozialamt in Verbindung gesetzt und sich um die
217 Erstattung der Kosten für die Bewilligung gekümmert, sodass die KM sich nicht mit den
218 bürokratischen und behördlichen Angelegenheiten auseinandersetzen musste.

219 C ist nach den Sommerferien in die dritte Klasse versetzt worden. Wurde da als sen-
220 sibel und empfindsam beschrieben und dass sie sich große Mühe gab dem Unterricht zu
221 folgen, was ihr jedoch im Bereich Lesen und Rechnen Schwierigkeiten bereitete. Vor
222 dem Suizid war sie in diesen Fächern gut und sie habe gerne gelesen. Es wurde berich-
223 tet, dass die langsamer sei in der Umsetzung des Unterrichtsstoffes, sich jedoch selbst
224 sehr unter Druck setze und mit den Mitschülern vergleichen würden.

225 Sie begann an ihren Fingernägeln und Haarspitzen zu knabbern, es wurde vermutet,
226 dass dies für sie ein Ventil zum Druckabbau war. Am Nachmittag hatte sie Reitunter-

E = Expertin
F = *Forscherin*

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

227 richt, die Familie besaß Ponys in der Nähe. Dies hat sie sehr gestärkt, die Familienhilfe
228 konnte beobachten, wie sie mit der Zeit an Selbstvertrauen gewinnen konnte.
229 (38:38)
230 D wurde versuchsweise in die 1. Klasse (Sommer 2012) eingeschult. Er zeigte weiter-
231 hin auffälliges Verhalten und störte massiv den Unterricht, weshalb ein Elterngespräch
232 stattfand. Dabei wurde von dem Klassenlehrer vorgeschlagen D zu suspendieren und
233 durch seine KM beschulen zu lassen. Die Möglichkeit auf eine Schulbegleitung wurde
234 abgelehnt, da in seiner Klasse bereits ein Kind eine Schulbegleitung hatte. Deshalb
235 stimmte die KM der Suspendierung zu. Das Verhalten wurde danach in der Schule wei-
236 terhin genau beobachtet und der Lern- und Förderbedarf regelmäßig überprüft. Die
237 Idee, einen Schulwechsel hin zum Förderschulzweig einzuleiten, kam wieder auf, was
238 schlussendlich auch umgesetzt wurde. Bei der Schule handelt es sich um einen speziel-
239 len Zweig der Waldorfschule mit kleineren Klassen und besonderen Förderangeboten,
240 weshalb die Mutter dem Wechsel zustimmte.
241 Auch im Kontakt mit der Familienhilfe viel es D schwer sich länger zu konzentrieren
242 und im Kontakt zu bleiben. Vorschläge konnte er schwer annehmen und auch das Ein-
243 halten von Spielregeln gestaltete sich schwierig, was jedoch intensiv geübt wurde. D
244 möchte selbstbestimmt agieren und geriet schnell in die Überforderung oder ist frus-
245 triert, wenn er einem Spielablauf kognitiv nicht folgen konnte und reagierte dann auch
246 schnell aggressiv. Auch mit dem Verlieren konnte er nicht umgehen, er neigte dazu das
247 Spiel kaputt zu machen oder beendete es frühzeitig, indem er wegrannte. Er fühlte sich
248 schnell benachteiligt. Durch die intensive Zusammenarbeit mit der Familienhilfe und
249 viel Übung, konnte sich sein Spielverhalten positiv entwickeln. (00:42:10)
250 Seit Anfang des Jahres erhielt D Ergotherapie, dabei handelte es sich um eine sinnesver-
251 stehende, psychomotorische Entwicklungstherapie mit Blick auf traumatische Erfahrun-
252 gen vor und/oder nach der Geburt. Dabei wurde Bezug auf den Autounfall genommen,
253 wo D noch im Säuglingsalter war. Im Rollenspiel konnte er seine gemachten Erfahrun-
254 gen verarbeiten und gut auf die Therapeutin eingehen. Dabei wurde er intensiv partizi-
255 piert und immer in die Planung in den nächsten Termin miteinbezogen. Er hat dabei
256 auch die ihm geschenkte Aufmerksamkeit und die 1:1 Situation genossen.
257 Nach dem Tod von A fand eine Therapiestunde statt in der er keine Emotionen zeigte.
258 Danach war er sehr wütend und in sich gefangen, in der Therapie konnte er diese Emo-
259 tionen nicht zeigen. Der Zugang zu seinen Emotionen Wut und Trauer war bereits vor-
260 her im Rahmen der Therapie gemindert. Die Therapeutin nahm dieses Thema auf und
261 versuchte mit verschiedenen Methoden an seine Gefühlswelt heranzutasten, um ihm den
262 Zugang zu erleichtern. (00:45:20)
263 Es wurde auch Kontakt zu einer Trauergruppe für die Kinder hergestellt. Dazu wollte
264 der Gruppenleiter die Familie zu Hause besuchen, um sich und die Gruppe vorzustellen.
265 Dabei sollten die KM und die beiden jüngeren Kinder dabei sein. Für die ältere Tochter
266 wurde bei der Diakonie ein Termin bei der Lebensberatung zum Thema Trauer verein-
267 bart. Eine Trauma therapeutische Anbindung wurde weiterhin für alle Familienmitglie-
268 der von der Familienhilfe empfohlen, um den Suizid und den Autounfall aufzuarbeiten,
269 da dies immer wieder Thema während der Hausbesuche der Familienhilfe waren. Die
270 Kindesmutter war ebenfalls professionell angebunden. E kann sich nicht mehr genau an
271 die Anlaufstelle erinnern, vermutlich handelte es sich um eine Trauma Therapeutin.

E = Expertin
F = Forscherin

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

272 E berichtet, dass es später zu Konflikten mit den Eltern des KVs kam, da diese der KM
273 vorgeworfen haben, sich nicht richtig um die Kinder zu kümmern. Daraufhin erteilte die
274 KM dem Jugendamt die Erlaubnis, den Schwiegereltern über den Hilfeverlauf zu infor-
275 mieren, um zu beweisen, dass diese ihrer Erziehungspflicht nachkommt. (00:48:13) Ein
276 Fernziel war die Stabilisierung der Familie und dass die KM über Strukturen und Stra-
277 tegien verfügt, den Haushalt in Ordnung zu halten. Dies sei in der Zeit nicht gut gelun-
278 gen, was aber angesichts der Situation auch nicht verwunderlich wäre. Die Mutter des
279 KVs sollte als verlässliche Bezugsperson für die Kinder erhalten bleiben. Nahziele wa-
280 ren der Umgang mit dem KV und zu erörtern, ob ein zusätzlicher Beratungsbedarf not-
281 wendig sei.
282 In Bezug auf die Haushaltsführung wurde mit der Familie ein Tokensystem erarbeitet.
283 Wobei alle Familienmitglieder Ziele und Aufgaben vereinbart haben. (00:50:00) *F er-*
284 *fragt, wie E die KM wahrgenommen hat in dieser Zeit, welche Gefühle hat sie nach au-*
285 *ßen hin gezeigt?*
286 Die KM hat sich viele Vorwürfe gemacht, ob sie etwas hätte ahnen müssen oder hätte
287 verhindern können. Sie wirkte sehr gefasst. E beschreibt eine Szene als gruselig, wie die
288 Familie sich weiterhin in der Wohnung aufhalten musste, in der der Suizid passiert ist
289 und gemeinsam in der Küche am Tisch saß, wo nebenan das Zimmer von A war.
290 Die älteste Tochter B hatte dann begonnen nach einer neuen Wohnung zu suchen und
291 mit der KM gemeinsam eine passende Wohnung besichtigt. B hat sich darum geküm-
292 mert, dass die Familie dort einziehen konnte, obwohl sie zunächst plante, selber dort
293 hinzuziehen. B ist stattdessen dann zu ihrem Freund gezogen. In der Zeit hat sich die
294 KM von ihrem Lebensgefährten P1 getrennt und kam mit einem neuen, deutlich älteren
295 Mann P2 zusammen. Sie sehnte sich nach mehr Unterstützung und Stärke, die ihr P1
296 nicht bieten konnte. Der neue Partner konnte auch finanziell die Familie unterstützen.
297 Die Kinder hatten trotzdem weiterhin Kontakt zu P2. Dies wurde auch aktiv von der
298 KM gefördert, da sie wusste, wie wichtig dieser für die Kinder war und sie einen weite-
299 ren Verlust einer Bezugsperson verhindern wollte. P1 bat regelmäßig an, die Kinder zu
300 sich zu nehmen. (00:53:00)
301 Januar 2014: Aktuelle Ziele: Unterstützung und Ansprechpartnerin bei der Bewältigung
302 des Suizids. Unterstützung bei Behördenangelegenheiten und der Termineinhaltung von
303 beispielsweise Arztbesuchen. Coaching in der Haushaltsführung. Begleitung und Unter-
304 stützung in der Kommunikation mit den KV und Erarbeitung einer tragfähigen Um-
305 gangsregelung.
306 In der Schule von D lief es weiterhin schwierig, er verließ öfter ohne Absprache den
307 Klassenraum und blieb dem Unterricht fern. In einem Lehrer-Eltern-Gespräch wurde
308 erarbeitet, dass der Schulinterne Arzt D noch einmal beobachten sollte.
309 C verhielt sich in der Schule unauffällig.
310 Die KM hat sich selbstständig um ihre Therapie bemüht und besuchte 14-tägig die Insti-
311 tutsambulanz. Es gab Überlegungen in die Tagesklinik zu gehen, wozu es später auch
312 gekommen ist. C besuchte wöchentlich eine Kinder- und Jugendtherapeutin, mit der sie
313 sich gut verstand. D konnte ebenfalls an die Kinder- und Jugendinstitusambulanz ange-
314 bunden werden und erhielt einmal im Monat Therapie, während nach einer therapeuti-
315 schen Praxis gesucht wurde, die häufigere Kontakte anbot. Die Termine in der Ergothe-
316 rapie Praxis fanden weiterhin zusätzlich statt. Laut Einschätzung von E taten ihm diese
317 Termine sehr gut.

E = Expertin
F = *Forscherin*

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährtin KM
P2 = 2. Lebensgefährtin KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

318 D hatte zwischenzeitlich enorm an Gewicht verloren und im Januar 2014 wieder sei n
319 Normalgewicht erreicht.

320 Die Eltern wurden bei der Trennungs- und Scheidungsberatung angebunden. Dort fan-
321 den zunächst Einzelgespräche statt. Der KV bemühte sich darum, die Kinder dauerhaft
322 zu sich zu holen. Die Fachkraft aus der Trennungs- und Scheidungsberatung konnte in
323 einem gemeinsamen Gespräch mit den Eltern eine gute Umgangsvereinbarung erarbei-
324 ten. Danach entspannte sich das Verhältnis zwischen den Eltern und der KV hielt sich
325 an die Umgangsvereinbarungen. Häufiger fielen die Kontakte aus, diese sagte er nun
326 aber vorher ab und begründete dies mit seiner Selbstständigkeit.

327 Für den folgenden Hilfezeitraum reduzierten sich die Ziele der Familienhilfe auf eine
328 rein unterstützende Tätigkeit. E konnte feststellen, wie der Bedarf der Familie zurück-
329 ging, im Vergleich zu Beginn, wo sich die Familie immer sehr auf die Kontakte gefreut
330 hatte und alle Angebote freudig annahm. Besonders die dadurch entstandene Struktur
331 war für die Familie von hoher Bedeutung. Gemeinsam wurde mit der Familie eine Art
332 Altar für A gebastelt aus Bildern und Gegenständen, die positive Erinnerungen in sich
333 trugen. E bot regelmäßig in den Terminen die Möglichkeit an, über A zu sprechen und
334 erklärte den Kindern, dass alle Gefühle genau so sein dürfen, auch später sei es in Ord-
335 nung noch traurig zu sein, zu weinen oder wütend zu sein. Dass es keine leichte Situa-
336 tion für die Kinder sei und alle Gefühle ihre Berechtigung haben. Es fand auch ein ge-
337 meinsamer Besuch auf dem Friedhof statt, wo sie Blumen für das Grab mitbrachten und
338 die Kinder angeregt worden mit dem verstorbenen A zu sprechen, wenn sie ihm noch
339 etwas sagen wollten. Das Thema A wurde immer positiv besetzt thematisiert, aber nur,
340 wenn die Kinder auch darüber sprechen wollten. Wenn nicht, wurde dies akzeptiert.

341 Auch über den Altar wurde mit der KM regelmäßig gesprochen, dass dieser sich mit der
342 Zeit verändern und den aktuellen Bedürfnissen anpassen kann. Er sollte kein verkrampf-
343 tes Denkmal darstellen. Es wurde in dem Zuge auch über die verschiedenen Phasen der
344 Trauer gesprochen und dass diese alle ihren Raum bräuchten. E brachte der Familie
345 auch ein Buch zum Thema Trauer mit, welches sie sich gemeinsam in kleinen Schritten
346 im Tempo der Kinder anschauten.

347 Nach Einschätzung von E, konnte die Familie von der Hilfe und dem gemeinsamen
348 Prozess sehr profitieren, sodass ein Loslassen stattfinden konnte und die Nachfrage nach
349 gemeinsamen Terminen langsam nachließ, es entstand ein Gefühl, dass es nun genug
350 sei. *Konnte ein gemeinsamer Trauerprozess beobachtet werden oder hat jeder für sich*
351 *getrauert?*

352 E berichtet, dass die Familie die Trauer auch gemeinsam bewältigt hat, aber am Anfang
353 zunächst jedes Familienmitglied seine eigene Betroffenheit und Art hatte damit umzu-
354 gehen. Die Kinder haben sich zuerst verschlossen und die KM war sehr betroffen und
355 war vorher schon eher instabil, sodass jeder erst einmal für sich getrauert hat. Später
356 haben dann gemeinsame Gespräche stattgefunden, angeleitet durch E, die durch ver-
357 schiedene Aktionen die Familienmitglieder zusammenbrachte und ermutigte über A zu
358 sprechen. Eigenständig hat die Familie abends gemeinsam für A gebetet.

359 Mit D wurde viel an der Frustrationstoleranz gearbeitet. Am Ende des Hilfezeitraums
360 hat sich seine Frustrationstoleranz stark verbessert. E gab ihm einen klaren, strukturier-
361 ten Raum mit Grenzen und viel Wertschätzung, der ihm Halt gegeben hat. Sie hat ihn
362 sehr haltlos und orientierungslos wahrgenommen und ihm entsprechend Stabilität und
363 Verlässlichkeit geboten. Die KM wurde ermutigt D mehr Nähe anzubieten und durch

E = Expertin
F = Forscherin

KM = Kindsmutter
KV = Kindsvater

P1 = 1. Lebensgefährte KM
P2 = 2. Lebensgefährte KM

A = 2. Kind (m) Suizident
B = 1. Kind (w)
C = 3. Kind (w)
D = 4. Kind (m)

364 Umarmungen Kontakt und Vertrautheit aufzubauen. Es wurde auch mit D über die starke Ähnlichkeit zu A gesprochen. Es war ein Anliegen, A in positiver Erinnerung zu behalten und zu verhindern, dass das Geschehene verdrängt und ausgeblendet wird.

367 *Können spezielle Bewältigungsstrategien benannt werden, die der Familie besonders geholfen haben?*

369 - Gemeinsames Beten

370 - Gemeinsame Gespräche

371 - Zusammen spielen

372 - Nähe

373 - Regelmäßigkeit

374 - Zeit

375 - Offenheit

376 - Teilhaben lassen und gemeinsame Entscheidungen treffen, Kontrolle bei der Mitgestaltung der Termine

377 -> Großer Freiraum, der geschützt und begrenzt und gerahmt war

379 Wichtiger Hinweis der E: Reflexion der eigenen Betroffenheit. Sie kannte A auch, hat ihn kurz vor dem Suizid noch gesehen und wurde anschließend auch vom Jugendamt befragt, ob ihr nicht irgendetwas aufgefallen sei. Es sei wichtig auch als Fachkraft einen eigenen Umgang mit dem Suizid zu finden und trotzdem wöchentlich in die Familie gehen zu können.

384 *Gibt es Empfehlungen für den Umgang, wenn es erneut zu so einer Betreuung kommen würde?*

386 - Sich zur Verfügung stellen

387 - Unterstützung bei finanziellen Angelegenheiten bezüglich der Bestattung anbieten und bei der Klärung von Abläufen und Papierkram, Aufgaben abnehmen

389 - Offene Angebote machen, da sein und zuhören, was von den Familienmitgliedern kommt

391 - Transparent sein

392 - Gut im Austausch mit dem eigenen Team und dem Jugendamt bleiben

393 - Sich selbst Unterstützung oder Rat bei einer Trauerhilfe suchen und Ideen für den Umgang holen oder entsprechende Literatur anschaffen

395 - Über mögliche Reaktion im sozialen Umfeld sprechen und wie damit umgegangen werden kann

397 *F bedankt sich sehr für die Zeit und die vielen Informationen. Es gibt keine weiteren*

398 *Anmerkungen mehr von der E, sodass die Aufzeichnung und das Gespräch an dieser Stelle beendet wurde.*

E = Expertin/Frau Walper F
= Forscherin

VI. Zusammenfassung Interview II

1 *F bedankt sich herzlich bei der E, dass sie den Weg auf sich genommen hat, stellt das*
2 *Forschungsprojekt vor und erhält von E die Erlaubnis das Interview aufzuzeichnen und*
3 *zu Forschungszwecken auszuwerten.*

4 E bedankt sich für die Einladung und ist froh über die spannende Abwechslung und dass
5 Wissen darüber verbreitet wird.

6 *Mögen Sie zunächst kurz erzählen, wie sich die Gruppen bei Ihnen zusammenstellen und*
7 *wie viele Personen teilnehmen können?*

8 In Lüneburg gibt es derzeit eine Gruppe, obwohl es mehr Gruppen geben könnte. Aller-
9 dings mangelt es an ehrenamtlichen Helfer*innen. Die Arbeit traut sich keiner zu, so
10 eine Gruppe zu moderieren.

11 *Der Bedarf und Anfragen sind also da, aber zu wenig Gruppenleiter*innen?*

12 Der Bedarf ist da und gerade in der Trauerarbeit braucht es ein Moderator und Co Mo-
13 deratoren, damit darauf reagiert werden kann, wenn eine Person wegbricht und zum
14 Beispiel ein Einzelgespräch braucht, die Arbeit in der Gruppe aber trotzdem weiterge-
15 hen kann.

16 Es wurden bereits etliche Aufrufe gestartet über die Ehrenamtsbörse oder Recruiting
17 Seminare angeboten, aber es traut sich keiner. Es bestand auch die Idee aus der Gruppe
18 jemanden zu generieren, aber das funktioniert auch nicht.

19 *Was ist daran die Schwierigkeit?*

20 Die Leute kommen in allen Stadien der Trauer, kurz nach dem Verlust oder bei einigen
21 bricht das auch erst nach 5, 6, 7 Jahren durch. Diese Menschen sind akut im Trauerpro-
22 zess und eignen sich nicht dazu eine Gruppe anzuleiten. Daran scheitert es und die
23 Gruppe platzt aus allen Nähten, sodass Anfragen abgesagt werden muss. Es sind zwi-
24 schen 12 und 16 Teilnehmer*innen und das ist schon ziemlich groß für so eine Gruppe.

25 *Für die Intimität?*

26 Genau, optimal wäre nach meiner Erfahrung zwischen 6 und 8 Personen, das zeigt sich
27 in den Gruppen im Raum Karlsruhe. Wenn die Gruppen zu klein sind und dann
28 Teilnehmer*innen wegbrechen, ist die Gruppe wieder zu klein. Das ist ein echtes
29 Dilemma.

30 Die Gruppe setzt sich notgedrungen zusammen aus Sternenkindern, normal verwaisten
31 Eltern, durch Krankheit und Suizid oder sogar auch Mord. Die E berichtet es handelt
32 sich um die einzige Gruppe für verwaiste Eltern für einen wirklich großen Raum. Die
33 Eltern kommen vom Wendland, bis Buchholz, Tostedt, Lüneburg, riesig. Damit treffen
34 sehr unterschiedliche Verlusterfahrungen aufeinander, was für die Moderation nicht
35 einfach ist. (00:03:59)

36 Als die E vor 10 Jahren den Verein gegründet und die erste Gruppe aufgebaut hat, ging
37 sie zunächst davon aus, dass alle Menschen den gleichen Grundschmerz besäßen. Auf
38 diesen Ansatz müsse sie auch weiterhin bauen, was schwierig ist. Schließlich sei sie
39 auch immer professioneller geworden über die Zeit. Eltern von Mordopfern werden
40 daher inzwischen an einen speziellen Verein namens ANUAS weitergeleitet. Die sitzen
41 in Berlin und sind auf solche Fälle spezialisiert. Die kümmern sich zunächst um alles
42 um die Eltern herum, was wichtig ist, bis alle rechtlichen und mit der Polizei zusam-
43 menhängenden Angelegenheiten geklärt sind. Danach kann es sein, dass die Eltern wie-
44 der zu unserem Verein zurückwechseln.

45 Ein plötzlicher und unerwarteter Tod und Krankheit sind ebenfalls voneinander zu un-
46 terscheiden. Es gibt Eltern, deren Kinder sich tot gefahren haben oder welche, die ihr
47 Kind, wie ich, durch Krebs verloren haben oder Sterneneltern, die ihr Kind gar nicht

E = Expertin/Frau Walper F
= Forscherin

48 lebend kennenlernen konnten. Leider, aber zum Glück nicht so häufig, gibt es auch El-
49 tern, deren Kinder sich suizidiert haben.

50 *Das stelle ich mir wirklich schwierig vor in so einer Gruppe zu koordinieren. Theore-*
51 *tisch wäre es als schön, wenn jede Gruppe einen eigenen Kreis hätte? Oder profitieren*
52 *die Teilnehmer*innen auch von den unterschiedlichen Trauerprozessen?*

53 Es wird auf einen wertfreien Umgang wertgelegt. Nicht der eine Verlust ist schlimmer
54 als der andere. Das ist einer unserer obersten Regeln. Diese werden auch jedes Mal be-
55 kannt gegeben, wenn neue dazukommen. Sonst funktioniert diese Mixtur nicht.

56 (00:06:23)

57 *Kommen die Eltern oft als Paar oder kommen einzelne Elternteile?*

58 Bei den Sternenkindern sind es sehr oft Paar ansonsten überwiegend Mütter. Die Väter
59 sind eher außenvor. Die E betont, dass Väter auch willkommen sind und 1-2 Väter auch
60 dabei seien, diese aber meisten nach 2-3 Gruppenabenden aussteigen. Sie kommen der
61 Frau zuliebe.

62 *F erfragt, welche Angebote es für Geschwister gibt. Es gibt eine Gruppe bei Ihnen für*
63 *junge Erwachsene und Jugendliche. Wird das so getrennt oder gibt es auch die Mög-*
64 *lichkeit als Familie zusammen zu kommen?*

65 In diesem Bereich wird gerade experimentiert. Geschwistertrauer ist wieder ganz anders
66 und es werden eher andere Medien dafür genutzt. Sie gehen eher im Chat in den Kon-
67 takt und eher anonym. Die haben keine Lust mehr in so einer Gruppe zu sitzen.

68 *Es wurde bereits erwähnt, dass der Anteil der Eltern mit suizidierten Kinder eher gering*
69 *ist. Können Sie schätzen, wie viele Eltern deswegen bei Ihnen waren? F definiert den*
70 *Begriff Kind und den forschungsrelevanten Zeitraum, damit E die Fälle entsprechend*
71 *einordnen kann.*

72 In dieser Altersspanne kann sich die E an 2 – 3 Fälle erinnern. Die Spanne zwischen 20
73 und 30 Jahren sei deutlich größer. Diese nimmt zu, je älter sie werden und dann gibt es
74 wieder eine Pause. (00:10:43)

75 *Können Sie ein bisschen von diesen Fällen berichten? Wie waren die Familien aufge-*
76 *stellt?*

77 Bei einer Familie 1 handelte es sich um eine Arztfamilie. Der Sohn war psychisch krank
78 und zu der Zeit bereits mehrfach im UKE in der psychiatrischen Abteilung. Er hatte
79 immer wieder damit gedroht und die Angst hat die Familie eine lang Zeit begleitet. Die
80 E beschreibt den Fall als tragisch. Der Junge sollte für ein paar Tage wieder nach Hause
81 und am Tag, an dem er von seinen Eltern abgeholt werden sollte, ist er auf das Dach
82 gestiegen und runtergesprungen. Die Eltern waren vornehmlich wütend. Wütend auf die
83 Ärzte, die entschieden hatten, es ginge dem Jungen gut genug, um nach Hause zu fah-
84 ren. (00:12:58)

85 Diese Eltern wurden von der E einzeln begleitet. Im Prozess entwickelte sich ein Gefühl
86 der Erleichterung, auch wenn das verrückt klingt, aber sie haben über viele Jahre mit der
87 psychischen Krankheit ihres Kindes gelebt und eine ständiges auf und ab erlebt, immer
88 mit der Anspannung, ob er nach Hause kommt oder nicht, ob er sich etwas antut und
89 dann gab es endlich Gewissheit. Es war keine Erleichterung über den Verlust, sondern
90 darüber dass diese dauernde Anspannung vorbei war. Es ist schwer vorstellbar, was das
91 ausmachen muss, diese absoluten Wellenbewegungen über Jahre zu ertragen, immer
92 aufzupassen, in Hochspannung sein. Man kann das Kind ja auch nicht einsperren. Die
93 waren fix und alle und dann konnten sie endlich trauern, nicht nur über den Tod, son-
94 dern auch wegen der Krankheit. Es wurde viel geweint und hinterfragt, warum er so
95 krank geworden ist.

E = Expertin/Frau Walper F
= *Forscherin*

- 96 Die E bestätigt auf Nachfragen der F, dass sich die Eltern auch ohnmächtig fühlten, die
97 hatten alles versucht, um ihrem Sohn zu helfen und trotz der Klinikaufenthalte und der
98 Ärzte, konnten sie den Suizid nicht verhindern und beeinflussen, dass es ihrem Kind gut
99 geht. (00:15:05)
- 100 Die E erinnert sich an weitere Fälle und schätzt das Alter grob zwischen 17 und 25 Jah-
101 re. Bei Familie 2 kam der Suizid des Sohnes scheinbar überraschend. Die Familie war
102 an dem Abend noch gemeinsam feiern und alles war scheinbar gut. Die Eltern verließen
103 die Party früher und dann hat sich der Junge auf die Gleise geworfen.
- 104 Im Laufe der Begleitung wurden immer mehr Signale deutlich, die man rückwirkend
105 dann erkennt.
- 106 Die E und die F unterhalten sich kurz darüber, ob es sich in allen Fällen um Jungen han-
107 delte. Die E bestätigt die Statistiken, dass mehr Jungen Suizid begehen als Mädchen. In
108 diesem Zusammenhang äußert sie eine Vermutung, dass sich hinter vielen Verkehrsun-
109 fällen junger Männer, die gerade ihren Führerschein erworben haben, auch einige Suizi-
110 de verbergen könnten. Die Dunkelziffer, die als Unfall getarnt sind, sei groß.
- 111 *Wo auch kein Abschiedsbrief gefunden wird?*
- 112 Abschiedsbriefe gibt es fast nie, das sind die wenigsten. (00:16:59)
- 113 *Beschäftigt die Eltern auch die Frage nach dem warum oder ist das eher unwichtig?*
- 114 Es geht weniger darum, warum er das gemacht hat, als warum man das nicht erkannt
115 hat. Was habe ich übersehen? Eine klassische Frage ist, ob man zu viel gearbeitet hat.
116 Man hätte doch etwas bemerken müssen. Viele Eltern interpretieren mögliche Anzei-
117 chen als pubertäres Verhalten und können gar nicht differenzieren, was ist normal und
118 was nicht, was ist Risiko und Dinge ausprobieren.
- 119 Und dann muss man auch unterscheiden, dass es ebenso einfach zu
120 Kurzschlusshandlungen kommen kann, wo kein großer Plan dahintersteckt oder eben
121 die mit einer kranken Vorgeschichte, wo es auch geplant sein kann. (00:18:35)
- 122 *Können Sie Gemeinsamkeiten zwischen den paar Familien feststellen? Auch wenn das*
123 *jetzt nicht repräsentativ ist.*
- 124 E erklärt, dass es unabhängig von der Todesform, immer sehr individuell ist. Jedes Le-
125 ben, jede Familie ist individuell. Es spielt eine große Rolle wie die Familien generell mit
126 Krisen umgeht.
- 127 *Auch wie kommuniziert und mit Konflikten umgegangen wird?*
- 128 E bestätigt dies. Wie die Familie mit kleineren Krisen umgegangen ist, daraus kann sehr
129 viel abgeleitet werden. Das wird im Prozess auch immer erarbeitet.
- 130 *Damit die Familie ein Bewusstsein dafür entwickelt, wie die Strukturen zuhause gewe-*
131 *sen sind und welche Strategien das Kind überhaupt hatte zu reagieren?*
- 132 E bestätigt, dass es immer auch um Bewältigungsstrategien geht und Coping Strate-
133 gien. (00:20:08)
- 134 F *berichtet von den Forschungserkenntnissen, dass es eine erbliche Komponente gebe*
135 *und dass Suizidtraditionen in Familien diesen Weg auch als mögliche*
136 *Bewältigungsstrategie aufzeigen.*
- 137 Dazu kann E nichts genaueres sagen, da sie keine Medizinerin sei, aber sie durchaus den
138 Eindruck habe, dass wenn depressive Neigungen bereits in der Familie vorliegen, die
139 Wahrscheinlichkeit höher ist.
- 140 *Es wurde schon kurz darüber gesprochen, dass alle Verlusterfahrung anders sind. Kön-*
141 *nen Sie trotzdem einige Besonderheiten in Bezug auf die Verlusterfahrung nach Suizid*
142 *erkennen?*

E = Expertin/Frau Walper F
= *Forscherin*

143 Das ist wirklich sehr komplex, es wirken so viele Dinge mit darein. Z.B. ob die Eltern
144 das Kind selber gefunden haben oder ist es als Nachricht überbracht worden, beim Per-
145 sonenschaden auf den Gleisen, das wirkt sich stark auf die Trauer aus.
146 Wichtig ist es und das rate ich eigentlich jedem, da müssten auch die Polizei und die
147 Kriseninterventionsteams noch weiter sensibilisiert werden, dass es elementar wichtig
148 für die Eltern ist, das Kind noch einmal zu sehen. Auch wenn der Körper in keinem an-
149 sehnlichen Zustand mehr ist, gibt es Möglichkeiten das Kind zu identifizieren. Eltern
150 erkennen ihr Kind immer und wenn es nur die Haare, eine Locke, ein Finger oder Zeh
151 ist. Sonst glaubt man das nicht.
152 *Der natürliche Gedanke ist wahrscheinlich, dass der Anblick viel zu schwer zu ertragen*
153 *sei. Aber dann ist der Beweis wichtiger, zu sehen, dass das Kind wirklich tot ist?*
154 E bestätigt dies und erzählt vom Trauerkaleidoskop. Dort heißt es, man müsse den Tod
155 begreifen, mit allen Sinnen und da gehört auch das visuelle dazu. So schrecklich das ist,
156 es ist wichtig, um damit irgendwann abschließen zu können, dass das Kind tot ist. Die-
157 ser Schritt muss jedoch behutsam begleitet werden und die Eltern müssen darauf auf-
158 merksam gemacht werden, dass dieser Schritt für später wichtig ist. Die Sorge, man
159 würde die Bilder nicht mehr aus dem Kopf kriegen sei da unbegründet. Dafür müsste
160 die Polizei entsprechend geschult sein, für einen sensiblen Umgang mit den Familien,
161 das läuft derzeit noch nicht so gut. (00:24:06)
162 E erinnert sich noch an einen weiteren Fall. Ein junges Mädchen, dass an einer Überdo-
163 sosis gestorben ist. Daraufhin entsteht eine weitere Diskussion über verdeckte Suizide, die
164 sich hinter Konsum und risikohaften Verhalten verstecken oder dem Suizid auf Raten,
165 wie bei Anorexie, wenn man sich zu Tode hungert. Da spielt der Tod eine große Rolle
166 und oft gibt es auch einen Mutter-Tochter-Konflikt. (00:25:15)
167 *F ergänzt, dass aktuelle Studien auf eine dysfunktionale Kommunikation, besonders zu*
168 *der Mutter, als Risikofaktor für Suizid hinweisen und dass es relevant ist, wie die Bezie-*
169 *hung und die Art zu kommunizieren in der Familie war. Was bedeutet das für die Fami-*
170 *lien, wenn solche Forschungen und Studien erscheinen, die dem, was innerhalb der*
171 *Familie passiert, einen hohen Wert zuschreiben?*
172 Die E ist erschüttert und möchte sich gar nicht vorstellen, wie es wäre, mit dieser Last
173 zu leben.
174 *Was denkt auch das Umfeld?*
175 Das ist sehr klassisch für einen Suizid, dass suggeriert wird, was eine Person getan ha-
176 ben könnte, sodass man nicht mit ihr zusammen leben kann. Eltern stigmatisiert, weil
177 sie es nicht verhindern konnten. Was ist denn in der Familie los, dass das Kind nicht
178 mehr leben wollte?
179 Das ist auch ein wichtiger Bestandteil im Trauerprozess. In dem Trauerkaleidoskop geht
180 es auch um die veränderte Umwelt und wie verändert das einen auch als Person. Das ist
181 auch Teil der Arbeit, auf die Selbstwahrnehmung zu schauen und dann, was im Außen
182 passiert.
183 *Ist das unterstützend oder destruktiv?*
184 Dazu gehört auch die Kommunikation. Wie wird damit umgegangen, bspw. am
185 Arbeitsplatz.
186 *F erfragt was genau das Trauerkaleidoskop ist.*
187 Das Trauerkaleidoskop wurde von Chris Paul entwickelt, bei der die E auch die Ausbil-
188 dung zur Trauerbegleiterin gemacht hat. Es steht sinnbildlich für die Trauer, die rotiert,
189 sich dreht und nie zu Ende geht, aber die Abstände und die Intensität nimmt ab. Chris
190 Paul fungiert als ihre Mentorin und ist Mitgründerin von AGUS e.V. Sie hat selbst ihre

E = Expertin/Frau Walper F
= Forscherin

191 Lebenspartnerin durch Suizid verloren und bietet Schulungen zu dem Thema an. Sie ist
192 sehr erfahren. Es findet ein kurzer Austausch über Chris Paul statt und wie jung im
193 Grunde die Arbeit mit Hinterbliebenen eines Suizids noch ist sowie wie wenig Angebo-
194 te es insgesamt und vor allem hier in der Region gibt.

195 *F nimmt nun Bezug auf eine Aussage von E, die sie im Telefonat vor dem Interview ge-*
196 *tätigt hat. Dabei ging es um Selbsthilfegruppen als wichtige Säule bei der Trauerbewäl-*
197 *tigung. E wird gebeten dies genauer zu erläutern und zu benennen, was weitere Säulen*
198 *sind, damit Familien den Verlust gut bewältigen können.*

199 Bei den Selbsthilfegruppen oder Trauergruppen geht es hauptsächlich darum Gleichge-
200 sinnte zu treffen und das Gefühl zu entwickeln, dass man nicht allein ist und ähnliches
201 fühlt oder denkt. Die Selbsthilfe ist daher so wichtig, wird aber so stiefmütterlich be-
202 handelt. Aber eine Therapie ist unabdingbar. Die E bietet auch Einzelberatungen an,
203 allerdings nur in Verbindung mit einer Therapie. Sie fungiert auch häufig als Überbrü-
204 ckung bis eine Therapie begonnen werden kann. (00:30:58)

205 *Ist die Sozialpädagogische Familienhilfe auch ein relevanter Netzwerkpartner? Im Ver-*
206 *gleich zur Therapie, wo eher auf den Einzelfall geschaut wird, dass jemand systemisch*
207 *die Familie betrachtet und unterstützt? Wie ist das, wenn die Mutter allein zu Ihnen*
208 *kommt und dann zur Therapie geht, was ist mit dem Rest der Familie? Wird das mitge-*
209 *dacht?*

210 E beschreibt, dass die allein sind und sich das auch alleine erarbeiten müssen.
211 Familienhilfe ist kein bekannter Begriff für sie. In Baden-Württemberg bietet sie Stärke
212 Kurse für Familien in besonderen Lebenssituationen an. Ob es ein vergleichbares
213 Angebot in dieser Region gibt, weiß sie nicht. In ihrer Position erhält sie keine
214 Informationen und wenn sie das Jugendamt oder entsprechende andere Stellen
215 empfiehlt, ist dies eher angstbehaftet, dass dort sehr defizitär geschaut wird, wie
216 schlecht man als Eltern ist.

217 *Das heißt, dieses Helfersystem ist eher negativ besetzt, weshalb es eher nicht für die*
218 *Familien infrage kommt. F berichtet knapp von dem Fall, der durch die andere E be-*
219 *treut wurde und wie unterstützend die Familienhilfe in der Situation war und wie wich-*
220 *tig, dass sie die gesamte Familie danach im Blick hatte.*

221 E ergänzt, dass häufig in der Trauer die anderen Familienmitglieder aus dem Blick ver-
222 loren gehen.

223 *Es ist wirklich bedauerndswert, wie negativ das Jugendamt dann noch besetzt ist. E erin-*
224 *uert sich an eine Familie, die große Angst hatten, sich an das Jugendamt zu wenden,*
225 *weil sie befürchteten, dass ihnen dann noch das andere Kind weggenommen wird. Das*
226 *verbinden die Familien mit Jugendamt.*

227 *Es müsste also ein Weg gefunden werden, die Eltern über ihre Möglichkeiten aufzuklä-*
228 *ren, welche Unterstützung sie erhalten können, die Familienhilfe ist ein kostenloses An-*
229 *gebot, auf das sie sogar einen Rechtsanspruch haben, ohne dass sie Angst davor haben.*

230 E vermutet, dass es vermutlich bessere Marketingstrategien braucht, was das Jugendamt
231 alles anzubieten hat und nicht nur Kindesentzug.

232 In Baden-Württemberg gibt es bereits eine engere Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.
233 Die E wurde zu einem Netzwerktreffen eingeladen ist nun dort fester Bestandteil des
234 Helfersystems. Dort sind auch Kliniken, Ärzte etc. beteiligt. Dies sei für den Norden
235 hier auch sehr hilfreich und wichtig, dass es mehr Transparenz geben müsste. Im Süden
236 erhält sie Gelder von dem zuständigen Landkreis, um die Kurse digital anbieten zu kön-
237 nen. Die Möglichkeit das auch hier anzubieten, besteht ihrerseits.

E = Expertin/Frau Walper F
= *Forscherin*

238 *F überlegt in welchem Rahmen dieses Angebot dem Landkreis vorgestellt werden kann*
239 *und ob der Jugendhilfeausschuss eine passende Anlaufstelle dafür sei. (00:35:58)*
240 In Baden-Württemberg hat sie auch die Möglichkeit die Gruppen entsprechend zu split-
241 ten und bietet derzeit eine Sternenkinder Gruppe und eine Familie in Trauer Gruppe an
242 sowie eine Krebs Gruppe für den spezifischen Austausch untereinander. Es gibt auch
243 eine Kompakt Trauer Gruppe, die als erste Anlaufstelle fungiert, von der aus weitere
244 Hilfe vermittelt wird, da dies in der akuten Trauerphase nicht selbstständig schaffbar ist.
245 *Müssten dann die Polizei und die Kriseninterventionsteams entsprechend geschult wer-*
246 *den, um diese Anleitung vorzunehmen oder entsprechende Anbindung zu schaffen?*
247 Was schon vorgekommen ist, dass der Landkreis, Krisenintervention oder auch Ärzte
248 Kontakt zu ihr aufgenommen haben und um akut Hilfe gebeten haben. In dieser Zeit
249 kann man nur stabilisieren. Es hat sich gezeigt, dass die Menschen ca. ein halbes Jahr
250 brauchen, damit sie überhaupt aufnahmefähig sind und in die Bearbeitung einsteigen
251 können. (00:38:02)
252 *Wie lange läuft im Schnitt eine Begleitung?*
253 Solche Geschichten laufen nicht über den Verein, das macht die E nebenbei und kann
254 etwa zwei Jahre lang gehen. Die Abstände verändern sich jedoch. In der akuten Phase
255 gibt es teilweise zwei bis drei Kontakte die Woche. Diese waren manchmal auch nur
256 sehr kurz, etwa 20min oder 30min. Denn das Kriseninterventionsteam ist ja nur die ers-
257 ten Stunden vor Ort und bieten keine Folgeangebote an. Das Anliegen der E war immer
258 als eine Art Lotsin zu fungieren, da sein. Deshalb gibt es auch das Notfallhandy. Oft
259 reicht es zu wissen, dass jemand erreichbar ist und da ist. Die brauchen Beständigkeit.
260 *Können sie weitere Faktoren benennen, die hilfreich und unterstützend sind?*
261 Das kommt auf die Phase an. In der akuten Phase ist es häufig einfach nur da zu sein
262 und aktiv zu zuhören, präsent sein. Das Angebot, immer erreichbar zu sein, spricht die E
263 inzwischen mutig aus. Nur sehr selten wurde dies außerhalb der üblichen
264 Erreichbarkeitszeiten genutzt. Die meisten respektieren tatsächlich von selbst die Zeiten.
265 Es geht auch nicht darum, dass dort nachts angerufen wird, sondern um das Signal, dass
266 es die Möglichkeit gibt. Das hilft auch dabei Vertrauen aufzubauen. Manchmal passt das
267 auch menschlich nicht zusammen, das gibt es immer mal. (00:41:05)
268 *Gibt es auch bestimmte Rituale und Methoden, die mit den Familien erarbeitet werden?*
269 Die E beschreibt den Ablauf der Treffen, wo zunächst Raum für die Trauer, ihre Anlie-
270 gen und den Prozess ist und wenn der Eindruck besteht, die Eltern seien bereit über-
271 haupt wieder etwas aufzunehmen, gibt sie Input. Es gibt zum Beispiel die Methode des
272 Ressourcenkoffers, wo Handlungsstrategien erarbeitet werden, was hat früher in Krisen
273 schon mal geholfen und die Wahrnehmung geschult wird. Dies wird jeweils individuell
274 erarbeitet. Zu den Ritualen muss gesagt werden, dass viele Eltern sich gar nicht trauen
275 offen über den Suizid mit dem Umfeld zu sprechen und dieser oft als Unglück getarnt
276 wird. Wenige Eltern haben den Mut zu sagen, mein Kind hat Suizid begangen, aufgrund
277 der Stigmatisierung und des Tabus. Mit einem Elternpaar wurde nach einem geeigneten
278 Symbol gesucht, dass ihre Trauer auch nach außen hin ausdrückt. Ihnen war es wichtig
279 einen Ausdruck ihrer Trauer bei sich zu tragen. Es kommt auch auf die Art der Bestat-
280 tung an, gibt es einen Friedhof oder einen Friedwald, dementsprechend können indivi-
281 duelle Rituale entwickelt werden, die den Eltern als Stütze dienen, woran sie sich fest-
282 halten können. (00:44:02)
283 *Konnten Sie feststellen, ob sich durch den Suizid auf der Beziehungsebene in den Fami-*
284 *lien etwas verändert hat?*

E = Expertin/Frau Walper F
= Forscherin

285 Es wird zwar darüber gebrochen, wie in der Familie kommuniziert wird, aber dies ge-
286 schieht natürlich meistens aus der Perspektive der Mütter, die in die Gruppe kommen.
287 Einen tieferen Einblick in die Familie erhält sie dabei nicht. Im Nachhinein erfährt sie
288 häufig, dass sich die Eltern auch oft trennen, nicht nur bei Suizid Eltern.

289 *F erzählt ein bisschen über ihre Vermutungen bezüglich der Auswirkungen des Suizids*
290 *auf das Familiensystem, dass familiäre Probleme mit dem Suizid nicht verschwinden.*
291 *Das Familiensystem aber scheinbar außenvor gelassen wird und Angebote sich nur an*
292 *Einzelpersonen richten, die sich selbstständig Hilfe suchen in Selbsthilfegruppen oder*
293 *bei einer Therapie. Auch die Literatur bietet wenig Antworten auf die Frage, was mit*
294 *der Familie nach dem Suizid passiert.*

295 E ergänzt eine weitere Hypothese bezüglich des Familiensystems. Sie meint zu erin-
296 nern, dass es sich immer um das erstgeborene Kind in der Familie handelte und spricht
297 über Last und Druck, führt dies jedoch nicht weiter aus. Sie würde sich wünschen, dass
298 die Ressourcen, die die Elternteile in der Gruppe für sich erarbeiten, mit ihren Familien
299 geteilt würden, dazu benötige es jedoch die entsprechende familiäre Unterstützung von
300 außen. Sie empfiehlt außerdem, dass dies am besten im Team geschehen sollte. Ihre
301 Erfahrung hat gezeigt, dass es schwer zu balancieren ist, wenn sich sowohl die Mutter
302 als auch der Vater vertraulich an sie wenden und dazwischen die Schweigepflicht steht.
303 Sie sieht viel Potential in der Tandemarbeit innerhalb der Familien.

304 *F berichtet, dass die Tandemarbeit tatsächlich immer häufiger vorkommt, besonders in*
305 *Hochkonfliktfamilien, sodass zunächst jeder einen eigenen Ansprechpartner*in hat,*
306 *aber die unterschiedlichen Perspektiven auch zusammengeführt werden können. Dort*
307 *geht es auch viel darum, die aktuelle Lebenswelt des anderen zu verstehen, zu akzeptie-*
308 *ren und darum zu lernen, damit umzugehen. Was sich auch in Bezug auf Trauer absolut*
309 *anbieten würde, damit die einzelnen Familienmitglieder jeweils die Möglichkeit be-*
310 *kommen auf ihre eigene Art und Weise zu trauern, aber auch lernen sich gegenseitig*
311 *dabei zu begegnen.*

312 Es ist grundsätzlich wichtig, dass in der Trauer jeder seinen eigenen Raum zum Trauern
313 hat und Akzeptanz dafür zu entwickeln, dass der Mann eventuell anders trauert als die
314 Frau. Es geht darum Druck rauszunehmen, jeder geht seinen Weg. Wenn es noch Kinder
315 in der Familie gibt, fällt der E auf, diese fallen häufig hinten über. Sie tut sich schwer
316 einen passenden Begriff für ihre Situation zu finden, möchte sie nicht die „Verlierer“
317 nennen, aber sie finden häufig wenig Beachtung. E bestätigt die Aussagen von F, dass
318 Kinder eher dazu neigen überangepasst zu reagieren, um ihren Eltern den Trauerprozess
319 zu erleichtern.

320 *Daraus ergibt sich eine Zielgruppe Hilfebedürftiger, die nicht systematisch erfasst und*
321 *aufgefangen wird, auf die es hinzuweisen gilt. Dafür muss gesellschaftlich ein Wandel*
322 *passieren, damit Betroffene keine Angst haben müssen, um Hilfe zu bitten oder offen*
323 *über ihren Verlust zu sprechen, ohne dafür verurteilt zu werden.*

324 Die E erlebt es häufig, dass in der Familie überhaupt nicht über den Verlust gesprochen
325 wird, er wird totgeschwiegen. Was macht das jetzt mit den Kindern? Sie lernen von dem
326 Verhalten ihre Eltern und sehen, die reden nicht darüber, dabei ist das schlimmste über-
327 haupt passiert. Oder das gestorbene Geschwisterkind war eine Vorbildfigur, was löst das
328 in einer Kinderseele aus? (00:52:48)

329 Die E gibt den Hinweis, dass es auch auf die Kultur der Familie ankommt. Andere Kul-
330 turen trauern anders. Wie wird in Deutschland mit dem Tod umgegangen? Der Umgang
331 damit ist sehr verschlossen. Viele Dinge sind gar nicht so bekannt. Nach dem Bestat-

E = Expertin/Frau Walper F
= *Forscherin*

332 tungsrecht darf der Leichnam mit nach Hause genommen werden für eine gewisse Zeit,
333 um sich zu verschieben. Das ist für viele Menschen ein wichtiger Schritt, um Abschied
334 zu nehmen. Der Leichnam kann auch beim Bestatter noch zurecht gemacht
335 werden, damit sich Angehörige dort verabschieden können. (00:56:18)
336 *Bestatter*innen spielen also eine wichtige Rolle in diesem Prozess.*
337 Der Bestatter ist das Bindeglied zwischen Leben und Tod.
338 *Sind die denn da entsprechend sensibilisiert, wenn es um Suizid geht?*
339 E erzählt, dass sich die "Bestatter-Szene" unglaublich weiterentwickelt hat und sehr
340 kompetent ist.
341 *F stellt E die Zauberstab Frage. Was würde Sie sich für die Familien wünschen, was*
342 *sich verändern soll. (00:58:50)*
343 Suizide werden wir nicht verhindern können, jeder hat das Recht auf Selbstbestimmung.
344 Über die Lösung haben wir eigentlich schon gesprochen. Dass die Familien als Famili-
345 ensystem mehr Unterstützung erfahren und konstante Unterstützung haben. Nichts ist
346 schlimmer, als wenn heute der und morgen der kommt. Trauernde können keine Verän-
347 derung ertragen, es gab durch den Verlust genug Veränderung. Sie brauchen zumindest
348 im ersten Jahr eine Konstante. Die Geschwisterkinder sollten mehr in den Fokus gerückt
349 werden. Dass es Teams gibt, die sich darum kümmern.
350 *Wäre auch eine Möglichkeit, die Trauerbegleitung als „professionelles Angebot“ zu*
351 *gestalten, als da den Anreiz zu schaffen, dass als Beruf zu machen und nicht nur ehren-*
352 *amtlich nebenbei?*
353 Die E bestätigt dies und berichtet, dass sie auch gemeinsam mit Chris Paul schon lange
354 darum kämpft diese Arbeit anerkennen zu lassen. Gerade in diesem Bereich ist Ehren-
355 amt eigentlich nicht das richtige, sondern ein professionelles Team. Sie prüft ihre ehren-
356 amtlich daher sehr genau, ob sie wirklich in der Lage sind eine stabile Unterstützung
357 leisten können. Selbst in der Zusammenarbeit mit Therapeuten erlebt E immer wieder
358 Überforderungen im Umgang mit schwerer Trauer, verzögerter Trauer oder Fällen, die
359 Richtung Posttraumatische Belastungsstörung geht. Es gibt kein spezielles Angebot,
360 dass diese Zielgruppe direkt anspricht. (01:02:50)
361 *Vielleicht leistet dieser Arbeit einen kleinen Beitrag dazu, das Thema weiter publik zu*
362 *machen, aufmerksam zu machen auf die Lücken im System und der Stigmatisierung ent-*
363 *gegenzuwirken.*
364 Ein Wunsch der E wäre noch, dass das Thema vielleicht auch Teil des Bildungssektors
365 sein sollte. Trauer und Tod von klein auf schon zu thematisieren. Es wird über verschie-
366 dene Floskeln und gängige Methapern gesprochen, wie Kindern der Tod erklärt wird
367 und welche Folgen das haben kann. In der Trauerarbeit ist jedoch wichtig den Tod kon-
368 kret zu benennen und nicht drum herumzureden.
369 *F fragt E, ob es noch ein offenes Thema ihrerseits gibt, dass sie gerne ansprechen*
370 *möchte.* E weist noch auf die altersabhängigen Todesvorstellungen hin.
371 *F bedankt sich noch einmal bei E für die Zeit und die vielen Informationen, die sie bei-*
372 *tragen konnte und wertschätzt die Arbeit und die Strukturen, die sie aufgebaut hat.*

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.
