

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Angehörigenarbeit nach Suizid

vorgelegt von:

Laura Schumeier

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0467-2

Erstprüferin: Frau Dr. Mirjam Reiß

Zweitprüferin: Frau Dr. Anja Schwertfeger

Abstract

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, die Frage zu beantworten, wie Fachkräfte der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Angehörigen nach einem Suizid beitragen können und welche Maßnahmen und Intervention besonders wirksam sind, um auf die spezifischen Hilfebedarfe einzugehen. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine umfassende Literaturrecherche zum Thema Angehörigenarbeit nach einem Suizid mit dem Schwerpunkt der Sozialen Arbeit durchgeführt. Neben Begriffsdefinitionen sind in dieser Arbeit viele aktuelle Ergebnisse aus Studien und Statistiken zu finden. Die Auseinandersetzung mit diesen Zahlen bildet die Grundlage, um zu verstehen, dass die Durchführung von Suiziden keine Einzelfälle sind und dass diese weitreichende psychosoziale Auswirkungen auf die Angehörigen der Suizident*innen haben. Angehörige von Personen die Suizide begehen, stellen somit einen nicht geringen Personenkreis dar, die begleitet und ggf. behandelt werden dürfen und müssen. Neben Therapeut*innen und Ärzt*innen, stellen auch Fachkräfte der Sozialen Arbeit in diesem Kontext wichtige Ansprechpartner*innen für Betroffene dar. In welcher Form diese eine aktive Rolle in der Angehörigenarbeit einnehmen, wird im letzten Teil der Arbeit ausführlich dargestellt. In Form von Netzwerkarbeit können sie angemessene Hilfen vermitteln und/oder selbst im Bereich der Trauerbegleitung aktiv werden. Voraussetzung für einen adäquaten Umgang mit den Betroffenen ist zum einen spezifisches Fachwissen, was sich z.B. über Fortbildungen o.ä. selbst angeeignet werden muss, und das Kennen potenzieller Hilfsangebote. Netzwerkarbeit und umfangreiche Informationen sind von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang. Es kann abschließend festgestellt werden, dass die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle zur Unterstützung der Angehörigen nach einem Suizid einnimmt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Suizid.....	3
2.1. <i>Definition.....</i>	3
2.2. <i>Epidemiologie</i>	5
2.3. <i>Risikofaktoren.....</i>	7
3. Angehörige von Suizident*innen	10
3.1. <i>Definition und Beschreibung.....</i>	10
3.2. <i>Auswirkungen eines Suizids auf Hinterbliebene.....</i>	12
3.2.1. <i>Trauer nach einem Suizid</i>	12
3.2.2. <i>Trauma</i>	16
3.2.3. <i>Stigmatisierung.....</i>	17
4. Hilfsangebote für Angehörige	20
4.1. <i>Prävention und Postvention.....</i>	20
4.2. <i>Selbsthilfegruppen</i>	23
4.3. <i>Onlineinterventionen.....</i>	26
5. Rolle der Sozialen Arbeit	29
5.1. <i>Netzwerkarbeit.....</i>	30
5.2. <i>Anforderungen und Herausforderungen an Fachkräfte der Sozialen Arbeit.....</i>	31
6. Fazit	35
Literaturverzeichnis	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Suizide in Deutschland nach Altersgruppe (2011-2021)	6
Abbildung 2: Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen (2012-2021)	7

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Trauerphasenmodelle	13
Tabelle 2: Kognitives Verständnis und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zum Tod nach Altersgruppen	23

1. Einleitung

Mit dem Tod wird sich in der Gesellschaft generell nicht gerne auseinandergesetzt, denn er lässt sich weder vorhersagen, noch kontrollieren und jeder Mensch wird zwangsläufig irgendwann davon betroffen sein (Backhaus, 2020, S. 10). Unvorstellbar erscheint es dann erst recht, dass sich ein Mensch selbst das Leben nimmt.

Suizid wird in zahlreichen Religionen und Kulturen bis heute als sündhaft oder verwerflich bewertet. Diese Ablehnung bezieht sich auf die bewusste Entscheidung einer Person ihr Leben, das oft als göttliches Geschenk angesehen wird, zu beenden (Backhaus, 2020, S. 104). Viele Länder stellen einen Suizid mit einer Straftat gleich. Während in dem Vereinigten Königreich das Gesetz beispielsweise erst 1961 geändert wurde, verhängen andere Länder immer noch Strafen für suizidales Verhalten (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S. 53; Walraven-Thissen, 2021, S. 161). Dabei hat es über alle Epochen und Kulturen hinweg schon immer Menschen gegeben, die selbst ihr Leben beendet haben (Paul, 2014, S. 189). Finzen (1997) beschreibt Suizide infolgedessen als „eine Möglichkeit des menschlichen Handelns“ (S.17).

Trotzdem ist Suizid nach wie vor ein Tabuthema in der Gesellschaft und mit vielen Vorurteilen belastet. Mit Personen, die suizidale Handlungen durchführen, werden häufig negativen Attribute wie Feigheit, Egoismus oder Versagen in Verbindung gebracht (Oexle, Mayer, & Rüscher, 2020, S. 779). Diese negativen Assoziationen beziehen sich aber nicht nur auf die Suizident*innen, sondern werden auch auf die Angehörigen übertragen. Suizidhinterbliebenen werden häufig mit Bezeichnungen wie schuldig, emotional belastet oder bedauernswert betrachtet (Oexle et al., 2020, S. 779).

Dabei ist Suizid eine potenzielle Gefahr, die jeden Menschen an jedem Ort treffen kann (Walraven-Thissen, 2021, S. 160). Es gibt keine festen Kriterien wie Einkommensklasse, Bildungsstand, Gesundheitszustand oder familiäre Bindungen, die einen Suizid in dem Familien- oder Freundeskreis ausschließen können (Paul, 2014, S. 189). Walraven-Thissen (2021) stellt dazu die These auf, dass jeder einen Menschen kennt oder selbst davon betroffen ist, jemanden durch Suizid verloren zu haben (Walraven-Thissen, 2021, S. 160).

Insbesondere für Familien stellt der Suizid eines Familienmitglieds eine der größten Herausforderungen dar. Dieser Verlust gehört zu denen, die schwierig zu akzeptieren und nur schwer zu bewältigen sind (Worden, 2018, S. 173f).

Derzeit ist es in Deutschland jedoch weitgehend zufällig, ob Hinterbliebene unmittelbar nach einem Suizid Zugang zu Hilfsangeboten erhalten (Winter, Brockmann, & Hegerl, 2005, S. 50). Nur wenige Interventionen richten sich spezifisch an Suizidangehörige. In einer Studie aus Großbritannien stellte sich heraus, dass nur jede*r vierte Befragte ein Unterstützungsangebot in Anspruch genommen hat (Wagner, 2021, S. 246).

Fachkräfte der Sozialen Arbeit kommen im Rahmen ihrer Arbeit mit Menschen immer wieder in den verschiedensten Tätigkeitsbereichen mit Suizidhinterbliebenen in Berührung (Misek-Schneider, 2013, S. 213). Damit die Sozialarbeiter*innen in diesen Situationen den Angehörigen nicht hilflos und unvorbereitet entgegentreten, ist eine Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid und den Möglichkeiten der Unterstützung für die Fachkräfte relevant.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird aus diesem Grund der Frage nachgegangen, wie Fachkräfte der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Angehörigen nach einem Suizid beitragen können und welche Maßnahmen und Intervention besonders wirksam sind, um auf die spezifischen Hilfebedarfe einzugehen.

Ziel ist es, einen umfassenden Überblick über vorhandene Forschung und Fachliteratur zu geben, um Fachkräften der Sozialen Arbeit mögliche Handlungsempfehlungen und Strategien für eine effektive Unterstützung der Angehörigen aufzeigen zu können.

Die vorliegende Bachelorarbeit basiert auf einer umfangreichen Literaturliteratur zum Thema „Angehörigenarbeit nach Suizid“ und untersucht die Definition, Epidemiologie und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Suizid. Zudem werden die Auswirkungen eines Suizids auf die Hinterbliebenen betrachtet, insbesondere in Bezug auf Trauer, traumatische Erfahrungen und Stigmatisierung. Im weiteren Verlauf werden verschiedene Hilfsangebote für Angehörige vorgestellt, darunter Präventions- und Postventionsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen und Onlineinterventionen. Dabei wird untersucht, wie diese Angebote zur Unterstützung und Begleitung der Angehörigen beitragen können. Besondere Aufmerksamkeit wird der Rolle der Sozialen Arbeit gewidmet, insbesondere der Netzwerkarbeit und den Anforderungen sowie Herausforderungen, mit denen Fachkräfte der Sozialen Arbeit konfrontiert sind. Abschließend wird mit den Ergebnissen und Erkenntnissen der Literaturliteratur ein Fazit gezogen.

2. Suizid

Im Leben vieler Menschen kommt es irgendwann zu einer depressiven Episode, begleitet von Gefühlen der Sinnlosigkeit, Verzweiflung und Leere. Diese Episode kann durch verschiedene negative Ereignisse oder als Symptom anderer psychischer oder körperlicher Erkrankungen ausgelöst werden. Suizidversuche oder Selbstmorde treten am Ende solcher depressiven Episoden auf, wenn die Betroffenen keinen Ausweg aus ihrer als unerträglich oder unlösbar wahrgenommenen Situation sehen und dem Leben entkommen wollen (Misek-Schneider, 2013, S. 213).

Obwohl Suizid allgegenwärtig ist, bleibt es im Alltag ein Thema, über das nur selten offen gesprochen wird (Andre-Lägel, 2016, S. 241). Demnach mangelt es den meisten Menschen an Wissen dazu.

Um ein Verständnis für das Thema Suizid zu bekommen, gibt das folgende Kapitel einen Überblick durch die Definition des Begriffs, aktuelle Suizidstatistiken und möglichen Risikofaktoren, die Menschen dazu bringen können, ihr Leben zu beenden.

2.1. Definition

Suizid als Begriff entstand im 17. Jahrhundert aus dem Lateinischen, abgeleitet von „sui“, das „selbst“ bedeutet und „caedere“, übersetzt „schlagen“ oder „er-schlagen“ (Walraven-Thissen, 2021, S. 19). In den deutschen Sprachgebrauch wurde der Ausdruck „Suizid“ erst vor einigen Jahrzehnten aus dem Englischen übernommen (Rotthaus, 2017, S. 14).

Eine internationale und einheitlich festgelegte Definition eines Suizids gibt es nicht. Allgemeine Einigkeit besteht darin, „dass dann von einem Suizid zu sprechen ist, wenn es aufgrund eines von der Person selbst ausgeführtem schädigendem Verhalten zum Tod kommt und das Verhalten mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war“ (Teismann & Dormann, 2021, S. 3).

Unter dem Begriff „Suizidalität“ werden alle Suizidhandlungen sowie Suizidgedanken zusammengefasst (Illes, Jendreyshak, Armgart, & Juckel, 2015, S. 22). Mit suizidalen Handlungen sind Suizidversuche und vollendete Suizide gemeint (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 402). Suizidgedanken beziehen sich auf sämtliche Denkvorgänge in Bezug auf Suizid, das können flüchtige Gedanken daran sein bis hin zu konkreten Suizidplänen (Illes et al., 2015, S. 22). Für Menschen, die sich das Leben genommen haben, wird in vielen wissenschaftlichen Texten, einschließlich Illes et al. (2015), Lindner und

Schneider (2022) und Feldmann (2004), die Bezeichnung „Suizident“ bzw. „Suizidentin“ genutzt, weshalb auch in der vorliegenden Arbeit dieser Begriff Verwendung findet.

Rotthaus (2017) definiert den vorsätzlichen selbst ausgeführten Tod genauer, indem er Beispiele für aktive Methoden, wie Erschießen, Erhängen, Medikamenteneinnahme, Gifteinnahme und passive Methoden, z.B. Nahrungsaufnahmeverweigerung, aufführt (S.14).

Davon abzugrenzen sind selbstgefährdende Verhaltensweisen, z.B. Drogenmissbrauch oder Hochrisikosportarten, die nicht darauf abzielen, das Leben zu beenden, aber dennoch dazu geführt haben können. Suizid beinhaltet ebenfalls nicht das Recht, im medizinischen Kontext auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten (Verrel, 2022, S. 907).

Um einen Suizid festzustellen, müssen nach Teismann und Dormann (2021) drei Kriterien erfüllt sein: Der Tod der Person muss feststehen, der*die Tote muss selbst durch sein*ihr Verhalten gestorben sein und es bestand eine Absicht das eigene Leben zu beenden, wobei der letzte Punkt nicht immer eindeutig zu bestimmen ist (S.3).

Über die Zeit wurden verschiedene Begriffe genutzt, die beschreiben, dass ein Mensch sich selbst das Leben genommen hat. Dazu zählen u.a. „Selbstmord“, „Selbsttötung“ oder „Freitod“ (Rotthaus, 2017, S. 14). Benennungen wie diese sind jedoch immer begleitet von einer moralischen Bewertung. Der weitverbreitete Begriff „Selbstmord“ bringt negative Assoziationen mit sich. Durch die Zuordnung als „Mord“ werden Merkmale, wie niedrige Beweggründe oder Heimtücke verbunden (Kirschenbauer, 2023, S. 201).

Die Verwendung der Bezeichnung „Freitod“ vermittelt einen heroischen Charakter sowie die Möglichkeit einer freien Wahl (Rotthaus, 2017, S. 14). Die meisten Suizide entstehen jedoch durch „objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingung“ (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 402). Von einer gewollten Entscheidung kann nicht die Rede sein, vielmehr handelt es sich um eine psychische Krisensituation von Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind und denen diese auch zuteilwerden sollte (Glaesmer, 2021, S. 22).

Walraven-Thissen (2021) betont dazu, „dass die Menschen, die durch Selbsttötung sterben, sich nicht für den Tod entscheiden, sondern ihr Leid beenden wollen“ (S.19).

Daher ist es umso wichtiger, einen wertfreien Begriff wie „Suizid“ für diesen Kontext zu verwenden (Glaesmer, 2021, S. 22). Aus diesem Grund wird ausschließlich dieser Begriff in der vorliegenden Bachelorarbeit genutzt.

2.2. Epidemiologie

Im Jahr 2016 begingen weltweit 789.064 Personen Suizid (Hallensleben & Rath, 2021, S. 27). Im Jahr 2021 haben sich 9.215 Menschen in Deutschland das Leben genommen (Statistisches Bundesamt, 2023b). Wird die Suizidrate pro 100.000 Einwohner mit anderen Ländern verglichen, befindet sich Deutschland 2019 mit 8,3 im mittleren Bereich. Die höchsten Raten sind in Südafrika (23,5), Russland (21,6) und Südkorea (21,2) aufzufinden (WHO, 2021). Dabei ist zu beachten, dass es eine geschätzte Dunkelziffer von 10 bis 30% gibt, die auf unerkannte Verkehrsunfälle, Drogenüberdosisfälle sowie unklarer Todesursachen zurückzuführen ist und somit unentdeckt blieben (Illes et al., 2015, S. 23).

1979 wurde die höchste Suizidrate in Deutschland verzeichnet, seit dem Zeitpunkt ist sie rückläufig (Teismann & Dormann, 2021, S. 7). Mögliche Gründe für die Abnahme der Zahlen sind die Verschiebung im Zusammenhang mit der demografischen Bevölkerungsentwicklung oder die Art und Weise, in der Todesursachen erfasst wurden (Misek-Schneider, 2013, S. 216). Hinzu kommt, dass sich die Versorgung von psychisch Erkrankten und Menschen nach einem Suizidversuch verbessert hat. Zudem stieg das Bewusstsein für die Relevanz des Themas Suizid (Teismann & Dormann, 2021, S. 7).

In Bezug auf das Alter der Personen zum Zeitpunkt ihres Suizids nehmen die Suizide mit fortschreitendem Alter deutlich zu (siehe Abbildung 1). Dennoch sollte betont werden, dass Suizide an zweiter Stelle der häufigsten Todesursache bei Jugendlichen stehen, obwohl die Rate in dieser Altersgruppe vergleichsweise gering ist (Kirschenbauer, 2023, S. 202). Bei Kindern hingegen sind Suizide unter 10 Jahren äußerst selten, da sie aufgrund ihres kognitiven und emotionalen Entwicklungsstandes die volle Tragweite von Sterben und Tod noch nicht erfassen können (Kirschenbauer, 2023, S. 202).

2. Suizid

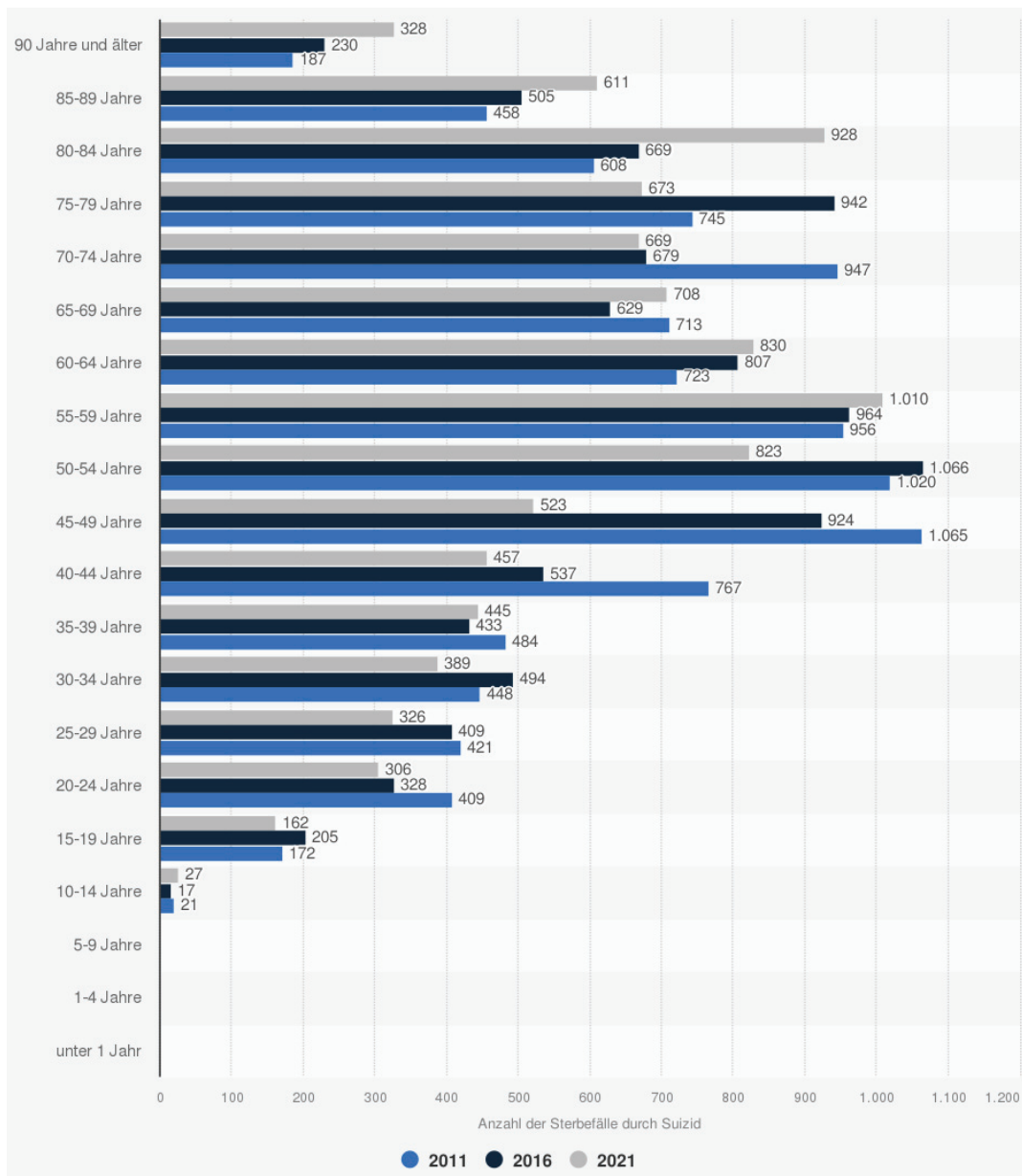


Abbildung 1: Anzahl der Suizide in Deutschland nach Altersgruppe (2011-2021)
(Statistisches Bundesamt, 2023a)

Insgesamt gibt es deutlich mehr Suizidopfer als Opfer von Verkehrsunfällen, Drogenüberdosierungen oder Morden (siehe Abbildung 2). Geschlechtsspezifisch nehmen sich Männer dreimal häufiger das Leben als Frauen. Dies kann auf die Suizidmethode zurückzuführen sein, die bei Männern oft letaler ist (Hallensleben & Rath, 2021, S. 27). Die meisten Suizidopfer erfolgen durch Erhängen, Ersticken oder Strangulieren (gbe-bund.de, 2022).

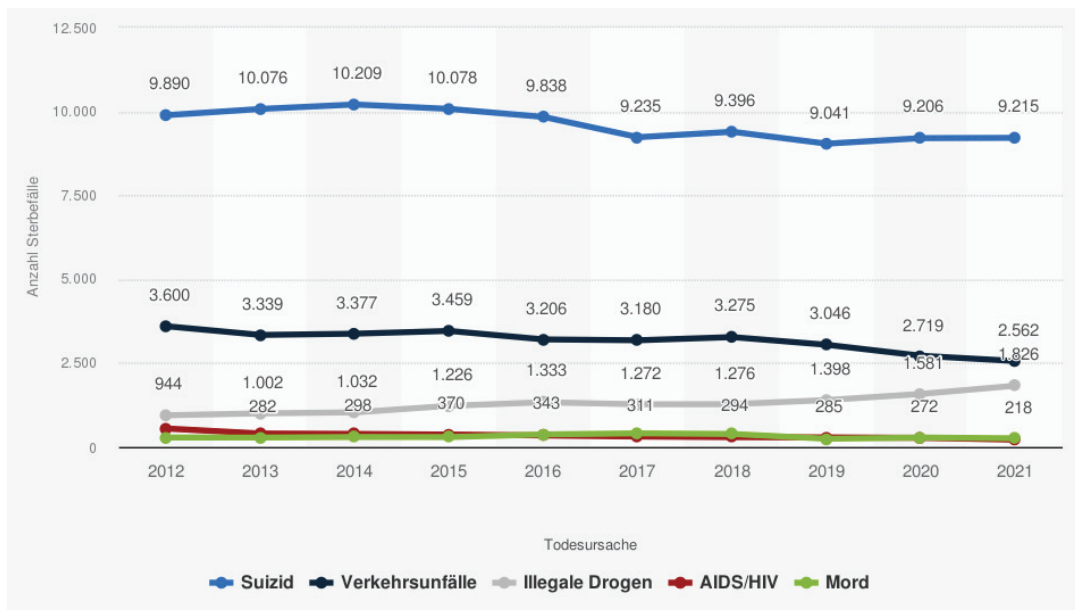


Abbildung 2: Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen (2012-2021)

(Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut & Bundeskriminalamt, 2023)

2.3. Risikofaktoren

Auf demografischer Ebene steigt das Suizidrisiko mit ansteigendem Alter. Im Vergleich der Geschlechter nehmen sich Männer häufiger das Leben als Frauen (Teismann & Dormann, 2021, S. 10). Im Jugendalter von 15 bis 20 Jahren betrifft das dreimal mehr männliche als weibliche Heranwachsende (Rotthaus, 2017, S. 30). Besonders ist das Risiko vermindert bei Frauen, die Kinder zu versorgen haben. Bei verwitweten, getrenntlebenden oder geschiedenen Personen kommt es vermehrt zu Suiziden im Gegensatz dazu bei Verheirateten seltener. Zu den stärkeren Risikofaktoren kommen Arbeitslosigkeit sowie ein geringer sozioökonomischer Status (Teismann & Dormann, 2021, S. 10). In jungen Jahren kommen auch Sorgen um berufliche Perspektiven hinzu, die insbesondere nach dem Schulabschluss auftreten (Kirschenbauer, 2023, S. 205).

Bei vielen Jugendlichen kommt es zu Identitätsproblemen. Diese sorgen dafür, dass sie sich kaum anerkannt und geliebt fühlen, das löst in ihnen ein Gefühl der Ohnmacht und der Ausweglosigkeit aus. Das geringe Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein führt dazu, dass sie sich als bedeutungslos wahrnehmen, mit dem ein höheres Suizidrisiko verbunden ist (Kirschenbauer, 2023, S. 205).

90% der Menschen, die sich das Leben nahmen, haben unter einer psychischen Erkrankung gelitten. Mit 43% waren am meisten affektive Störungen vertreten. 26% wiesen substanzbezogene Störungen auf, 16% an einer Persönlichkeitsstörung und 9%

an psychotischen Störungen (Teismann & Dormann, 2021, S. 10). Insbesondere Depression ist ein hoher Indikator dafür an einem Suizid zu sterben, mit etwa 60 % Anteil (Misek-Schneider, 2013, S. 218). Im Verhältnis zu Kindern und Jugendlichen treten diese Faktoren bei Erwachsenen signifikant öfter auf (Kirschenbauer, 2023, S. 204).

Physische Belastungen, besonders Krebs und chronische Schmerzen, führen bei ca. 30-40% der Betroffenen zu einem Suizid (Teismann & Dormann, 2021, S. 10). Menschen, die eine Krebsdiagnose erhalten, haben vor allem im ersten Jahr nach dem Befund oder bei Metastasenbildung ein höheres Risiko (Schneider, Wächtler, Schaller, Erlemeier, & Hirsch, 2014, S.38). Da ältere Menschen häufiger von schwerwiegenden Krankheiten betroffen sind, stellen diese für sie einen größeren Risikofaktor dar im Vergleich zu jüngeren Personen (Schneider et al., 2014, S.36). Zu den belastenden Erkrankungen gehören z.B. chronische Lungenerkrankungen, Osteoporose, Schlaganfälle oder neurologische Leiden. In dem Zusammenhang mit der Altersgruppe spielt auch Demenz eine Rolle. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung zeigte ein dänisches Fallregister bei Frauen einen 3,8-fachen und bei Männern einen 4,5-fach größeren Einfluss einer Demenzdiagnose auf das Suizidrisiko. Hierbei tritt dies insbesondere kurz nach der Feststellung auf (Schneider et al., 2014, S. 38).

Biografische Erfahrungen von Menschen können ebenfalls ein Prädiktor für einen Suizid sein. Es wurde nachgewiesen, dass Missbrauchserfahrungen, die in der Kindheit gemacht wurden, das Risiko erhöhen (Teismann & Dormann, 2021, S. 11). Zu weiteren belastenden Lebensereignissen zählen Streit, soziale Isolation und Trennungen. Für Jugendliche führen ebenso gestörte Beziehungen zu Familienmitgliedern, Trennung der Eltern und Alkoholerkrankungen von Elternteilen zu einem erhöhten Suizidrisiko (Kirschenbauer, 2023, S. 205).

In manchen Familien treten Suizide häufiger auf. Das brachte die Frage mit sich, ob es für Suizide eine genetische Komponente gibt. Eine Zwillingsforschung konnte aber keine plausiblen Befunde liefern, die dies bestätigen (Kirschenbauer, 2023, S. 204). Dennoch ist das Risiko einen Suizid zu begehen größer, wenn sich bereits ein anders Familienmitglied das Leben genommen hat (Hallensleben & Rath, 2021, S. 32). Durch den erlebten Suizid in der Familie kann der Suizid als eine plausible Möglichkeit angesehen werden, um eigene Konflikte zu lösen. Hinzu kommt, dass es einige Regionen gibt, in denen Suizide „traditionell“ häufiger auftreten (Kirschenbauer, 2023, S. 204).

Der Nachahmungseffekt tritt aber nicht nur bei Familien auf, sondern ist ein weit verbreitetes Phänomen. Erstmals trat dieser auf, nachdem Goethe 1794 sein Werk „Die

Leiden des jungen Werther“ veröffentlichte. Inhalt war die Geschichte eines Mannes, der sich aufgrund von Liebeskummer erschießt. Das führte dazu, dass sich junge Männer in verschiedenen Ländern auf dieselbe Art das Leben nahmen. Bis heute wird das Nachahmen von Suiziden deshalb als „Werther-Effekt“ bezeichnet. Heute werden vor allem Suizide imitiert, die durch Prominente begangen oder durch Medienberichte öffentlich beschrieben wurden (Kirschenbauer, 2023, S. 205). Beispielsweise stieg die Anzahl der Schienensuizide um 19 Prozent im Zeitraum von zwei Jahren, nachdem der Torwart Robert Enke sich 2009 auf diese Weise das Leben genommen hat (Wagner & Hofmann, 2020, S. 26). 2017 führte die Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ des Streaming-Dienstes Netflix dazu, dass junge Menschen in die Notaufnahme gebracht wurden, die sich an dem dort dargestellten Suizid orientierten. In der Serie nahm sich die junge Protagonistin das Leben und nahm davor für ihre Mitschüler*innen Gründe auf Kasette auf, warum sie diese Tat begangen hat (Auersperg, 2020, S. 542f).

Besonders ausgeprägt ist das Suizidrisiko, wenn es bereits einen Suizidversuch in der Vergangenheit gab. Die Wahrscheinlichkeit liegt bei 10 bis 15% sich zu einem späteren Zeitpunkt zu suizidieren. Dieses Risiko bleibt über das gesamte Leben bestehen, innerhalb des ersten Jahres erfolgen jedoch mit 80% die meisten Suizide. Dies war das Ergebnis einer Studie, in der 1.490 Menschen drei bis 25 Jahre nach ihrem Suizidversuch untersucht wurden (Hallensleben & Rath, 2021, S. 33f).

Durch Medien wie das Internet kommen weitere Risikofaktoren hinzu. Es existieren Foren und Internetseiten, in denen sich anonym und ohne Zensur zum Thema Suizid ausgetauscht wird (Misek-Schneider, 2013, S. 219). Unter anderem veröffentlichen die Nutzer*innen dort Suizidankündigen, besprechen detailliert Suizidmethoden oder verabreden sich sogar zu einem gemeinsamen Suizid (Kirschenbauer, 2023, S. 205f).

Wenn eine Person äußert sich das Leben nehmen zu wollen, sich vielleicht sogar schon genau vorstellt, wie das von statten gehen soll oder plötzlich alle sozialen Kontakte abbricht, sind das immer ernstzunehmende Indikatoren für einen Suizid (Misek-Schneider, 2013, S. 218).

Die beschriebenen Risikofaktoren sollen für Suizidalität sensibilisieren und die Aufmerksamkeit zu der Thematik erhöhen. Es ist jedoch noch wichtig zu betonen, dass Situationen immer individuell sind und es dementsprechend weitere untypische Risikofaktoren gibt (Teismann & Dormann, 2021, S. 12f). Es sollte berücksichtigt werden, dass eine vollständig sichere Erkennung von suizidalen Gedanken oder eine absolute Bewertung des damit verbundenen Risikos nicht möglich ist (Leupold, 2021, S. 910).

3. Angehörige von Suizident*innen

In der Literatur gibt es zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Suizid. Jedoch befassen sich nur wenige Autor*innen mit den Angehörigen von Suizident*innen. Die meisten Arbeiten, die sich mit dieser Gruppe auseinandersetzen, sind in den letzten Jahren entstanden. Das deutet darauf hin, dass die Thematik der Arbeit mit Hinterbliebenen nach einem Suizid zunehmend an Relevanz für die Forschung gewinnt und eine Notwendigkeit erkannt worden ist, sich intensiver mit den Suizidhinterbliebenen und ihrem spezifischen Hilfebedarf zu beschäftigen.

In der vorliegenden Arbeit stehen die Angehörigen von Suizident*innen im Mittelpunkt. Da es unterschiedliche Auffassungen dazu gibt, wer zu „Angehörigen“ zählt ist es notwendig diese im folgenden Kapitel einzugrenzen sowie näher zu beschreiben. Des Weiteren wird darauf eingegangen, welche Auswirkungen ein Suizid auf die Hinterbliebenen hat. Insbesondere wird der Zustand der Trauer, die traumatischen Auswirkungen und die Stigmatisierung betrachtet. Die daraus erstandenen Erkenntnisse bieten die Basis für die Herausarbeitung der Hilfsangebote für Angehörige und drücken die Notwendigkeit für die Tätigkeiten im Rahmen der Sozialen Arbeit aus.

3.1. Definition und Beschreibung

Mit „Angehörige“ sind verschiedene (familiäre) Beziehungen gemeint, die sich sowohl in Bezug auf ihre emotionale Bedeutung als auch in Bezug auf Aufgaben und Verantwortlichkeiten unterscheiden können. Dies umfasst Eltern und Großeltern, Partner, Geschwister, Kinder sowie enge Freundschaftsbeziehungen (Kröger, Hahn, & Große, 2023).

Um Personen zu beschreiben, die einen Menschen durch einen Suizid verloren haben wird in deutschsprachiger Literatur am häufigsten der Begriff „Suizidhinterbliebene*r“ verwendet. Winter et al. (2005) definierten Hinterbliebene als „Familienangehörige und Freunde bzw. Menschen, die mit dem Suizidopfer in enger, emotionaler Beziehung standen (S.47).“ Sie kritisieren jedoch, dass diese Definition zu eng gefasst sein könnte (Winter et al., 2005, S. 47). Denn zu Betroffenen zählen je nach Fall Mitschüler*innen, Arbeitskolleg*innen, Mitstudent*innen, eventuell auch Behandler*innen (Wagner, 2021, S. 234). Illes und Kolleg*innen (2015) ergänzen, dass es auch Mitbetroffene gibt, die zufällig teil geworden sind, in dem sie z.B. Augenzeug*innen des Suizids waren (Illes et al., 2015, S. 104).

3. Angehörige von Suizident*innen

Teilweise findet sich in Publikationen (z.B. in Schmidtke & Schaller, 2012; Kantor & Wolfersdorf, 1993) auch der Begriff „Survivor“. Dieser Bezeichnung wurde aus dem Englischsprachigen übernommen und wird oft fälschlicherweise verwendet, da mit „suicide survivor“ vor allem Überlebende eines Suizidversuchs assoziiert werden. Um ein Missverständnis zu vermeiden, muss es in Englisch „suicide loss survivors“ genannt werden (Glaesmer, 2021, S. 21).

Ab den 1970er Jahren beschäftigten sich viele Publikationen mit der Frage, wie viele Menschen durch einen Suizid unmittelbar betroffen sind. In der Literatur tritt seitdem häufig die Einschätzung mit etwa sechs direkt Betroffenen auf. Empirisch wurde diese Zahl jedoch nicht belegt (Wagner, 2021, S. 235). Nach den Beurteilungen der Weltgesundheitsorganisation erweitert sich der Personenkreis auf sechs bis 23 Betroffene. Die Schätzungen des Forschers Berman belaufen sich sogar bis auf eine Anzahl von 60 Personen (Schmidtke & Schaller, 2012, S. 50).

Wagner (2021) betont, dass für die Einschätzung des betroffenen Personenkreises die Qualität, in dem der*die Angehörige mit dem Suizidverstorbenen in Kontakt war, eine wichtige Rolle spielt. Sie unterteilt dafür in verschiedene Gruppen. Zum einen, diejenigen, die den Verstorbenen „nur“ kannten (z.B. Menschen aus der Nachbarschaft), die Personen die direkt betroffen sind (z.B. Arbeitskolleg*innen) und trauernde Menschen (z.B. Familienangehörige) (S.235).

Wie häufig ein Suizid im Umfeld von Menschen stattfindet untersuchte Andriessen mit Kolleg*innen (2017) in einer Meta-Analyse in der 18 Studien einbezogen wurden, die zwischen 1985 und 2016 publiziert wurden (S.115). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Langzeitprävalenz für den Verlust eines Familienmitglieds bei 3,90% liegt. Bei Freunden und Peers ergab sich eine Langzeitprävalenz von 14,53% und für alle Beziehungen 29,41% (Andriessen, Rahman, Draper, Dudley, & Mitchell, 2017, S. 117).

Diese Erkenntnisse verdeutlichen, wie häufig Menschen durch einen Suizid einer nahestehenden Person betroffen sind und es sich nicht um ein seltenes Lebensereignis handelt. Dementsprechend wichtig ist es, der Gruppe der Suizidhinterbliebenen eine angemessene Bedeutung zuteilwerden zu lassen. Aufgrund der begrenzten Möglichkeit der Untersuchungstiefe wird die vorliegende Arbeit im weiteren Verlauf nur auf die Rolle der nahen Angehörigen als Suizidhinterbliebene eingehen.

3.2. Auswirkungen eines Suizids auf Hinterbliebene

Der Suizid eines Angehörigen kann langfristige Auswirkungen auf die psychische, körperliche und funktionale Gesundheit der Hinterbliebenen haben (Wagner, 2021, S. 234). Neben den gesundheitlichen Konsequenzen eines Suizids, können auch soziale, finanzielle und juristische Bereiche der Suizidhinterbliebenen betroffen sein. Beispielsweise kann Schadensersatz verlangt werden, wenn durch den Suizid ein materieller oder finanzieller Schaden entstanden ist (Wagner, 2021, S. 236).

Die Reaktionen von Angehörigen nach einem Suizid können vielfältig sein. Es kann zu Trauer, Schuldgefühlen, Verlassenheitsgefühlen und einer Verringerung des Selbstwertgefühls sowie einer Angst vor sozialer Stigmatisierung und Isolation kommen. Verschiedene Emotionen können auftreten, darunter Wut und Scham sowie quälendes Grübeln, psychosomatische Beschwerden oder „Horrorvorstellungen“ zu dem Todesumstand. Gelegentlich können aber auch Gefühle der Erleichterung entstehen (Schmidtke & Schaller, 2012, S. 52).

Im Folgenden werden die Bereiche der Trauer, des Traumas und der Stigmatisierung nach einem Suizid näher erörtert.

3.2.1. Trauer nach einem Suizid

Grundsätzlich unterstützt der Trauerprozess Menschen dabei, den Verlust zu verstehen und Abschied zu nehmen, um sich anschließend wieder dem Leben zuzuwenden. Er dient als gesunder Mechanismus zur Bewältigung der veränderten Lebenssituation nach dem Tod eines Angehörigen (Chomé, et al., 2022, S. 554). Nach Feldmann (2004) ist Trauer „eine Form von psychischem Sterben, ein tatsächlicher oder antizipierter Verlust von identitätsrelevanten Personen und Objekten“ (S. 270). Die Erfahrung eines Verlusts kann krisenhafte Zustände der Ohnmacht auslösen, die mit physischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen einhergehen können (Chomé, et al., 2022, S. 554).

Der Verlust eines Menschen durch Suizid unterscheidet sich in der Erfahrung der Hinterbliebenen von einem natürlichen Todesfall. Daher ist es ratsam, sich einerseits mit den allgemeinen Reaktionen der Trauer auseinanderzusetzen, aber auch spezifische Reaktionen nach einem Suizid zu reflektieren (Illes et al., 2015, S. 108). Die Trauerbewältigung nach einem Suizid weist viele Gemeinsamkeiten mit anderen Umständen des Todes auf. Typische Reaktionen in der Trauer umfassen beispielsweise die Sehnsucht nach der*dem Verstorbenen, Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Todes, Traurigkeit und Trennungsschmerz. Zusätzlich zu diesen allgemeinen

3. Angehörige von Suizident*innen

Trauersymptomen treten nach einem Suizid häufig Schuldgefühle und Gefühle der Mitverantwortlichkeit, die Suche nach dem Sinn und dem „Warum?“, ein starkes Gefühl der Verlassenheit und der Zurückweisung, Wutgefühle sowie ein erhöhtes Suizidrisiko bei den Hinterbliebenen auf (Wagner, 2022, S. 129).

In Bezug auf den Begriff der Trauer wird über verschiedene Ausprägungen gesprochen, wie normale, erschwerte, komplizierte, pathologische, anhaltende und vorweggenommene Trauer (Anane-Mundthal, 2020, S. 571). Im deutschen Sprachgebrauch ist der Begriff „Komplizierte Trauer“ weit verbreitet und wird seit langem äquivalent für die Bezeichnung „pathologische Trauer“ verwendet (Wagner, 2013, S. 16).

Der Terminus "normale Trauer" oder auch "unkomplizierte Trauer" bezeichnet ein vielfältiges Spektrum an Emotionen und Verhaltensweisen, das häufig nach einem Verlust beobachtet wird (Worden, 2018, S. 25). Die Bezeichnung „normale“ Trauer wird in der Literatur häufig verwendet, auch wenn sie fragwürdig ist, da der Trauerprozess individuell stark variieren kann und es keine allgemeingültige Norm gibt. Dies gilt insbesondere für die Trauer nach einem Suizid eines Angehörigen (Anane-Mundthal, 2020, S. 571). Im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte wurde versucht, den dynamischen und mitunter verwirrenden Verlauf der Trauer mithilfe verschiedener Phasenmodelle zeitlich zu strukturieren und Gemeinsamkeiten im menschlichen Trauerprozess zu betonen (Chomé, et al., 2022, S. 554). In Tabelle 1 werden einige bekannte Phasenmodelle des Trauerprozesses übersichtlich dargestellt.

Tabelle 1: Trauerphasenmodelle

Fulcomer (1942)	Westberg (1962)	Kübler-Ross (1969)	Spiegel (1973)	Kast (1982)	Bowlby (1961)
Immediate state = shock	Shock	Nicht-wahrhaben-Wollen	Schock	Nicht-wahrhaben-Wollen	Protest
Post-immediate state = culturally determined	Emotional expression	Zorn	Kontrolle	Aufbrechende Emotionen	Despair
Transitional state = trial and error	Depression, loneliness	Verhandeln	Regression	Suchen und Sichtrennen	Detachment
Repatterning state	Physical distress	Depression	Adaptation	Neuer Selbst- und Weltbezug	
	Panic	Zustimmung			
	Guilt				
	Anger, resentment				
	Resistance to »return«				
	Gradual hope				
	Struggle to affirm reality				

Quelle: Lammer, 2014, S.73

3. Angehörige von Suizident*innen

In der Forschung und Literatur ist es ein viel diskutiertes Thema, ob es spezielle Unterschiede in Verlauf und Dauer in der Trauer nach einem Suizid zu anderen Todesumständen gibt. Während einige Forscher*innen von einer intensiveren und länger anhaltenden Trauer bei Suizidhinterbliebenen ausgehen, wird dies wiederum durch andere bestritten. Weiterhin gibt es Forscher*innen, die eine Verbindung aus posttraumatischer Belastung und Trauer erkennen (Worden, 2018, S. 174).

Einigkeit herrscht dahingehend, dass es keinen allgemeingültigen Verlauf oder eine generelle Dauer von Trauer gibt. Demzufolge ist es auch schwierig Modelle auf Suizidtrauer übertragen zu wollen (Winter et al., 2005, S. 49).

Des Weiteren sind sich Forscher*innen weitgehend einig darüber, dass bei Hinterbliebenen drei Hauptfragen nach einem Suizid aufkommen, die im Falle anderer Todesumstände kaum auftauchen: Warum hat er/sie so gehandelt? Wieso konnte ich es nicht verhindern? Wie konnte mir die Person das antun? (Worden, 2018, S. 174).

Aufgrund der Sinn-und Warum-Frage wird Abschiedsbriefen eine erhebliche Bedeutung nachgesagt. Abschiedsbriefe können eine wertvolle Unterstützung für die Hinterbliebenen sein, wenn ihnen dadurch die Verantwortung für den Suizid genommen wird und die Beweggründe hinter der Tat deutlich gemacht werden (Wagner, 2013, S. 48). Abschiedsbriefe können zudem letzte Unsicherheiten beseitigen, ob es sich tatsächlich um einen Suizid handelte (Wagner & Hofmann, 2020, S. 28). Wenn der Abschiedsbrief jedoch negative Emotionen und Vorwürfe des Verstorbenen enthält, kann es für die Hinterbliebenen schwierig sein, sowohl den Tod als auch die Beziehung zur verstorbenen Person zu akzeptieren und inneren Frieden zu finden (Wagner, 2013, S. 48). Eine bevölkerungsbasierte Studie zeigte auf, dass bei 2.936 Suiziden nur 18% der Suizidverstorbenen einen Abschiedsbrief hinterließen (Wagner & Hofmann, 2020, S. 28).

Das Trauerjahr ist ein weiteres Beispiel dafür, wie sich Suizidtrauer zu anderen Trauerarten unterscheidet. Bei einem „unkomplizierten“ Trauerverlauf wird davon ausgegangen, dass sich Trauernde nach einem Jahr mit der veränderten Situation arrangiert haben und sie eine Neuorientierungsphase antreten. Sollte es ein Jahr nach dem Todesfall noch zu Symptomen einer schweren Trauer kommen wird bereits von einer verlängerten oder chronischen Trauer gesprochen. Diese Störung führt dazu, dass es Trauernden nicht möglich ist Veränderungen ihres emotionalen Zustandes zuzulassen, sie stecken in ihrer Trauer fest. Die Übertragung dieser Theorie auf Suizidtrauernde ist nicht ohne weiteres möglich. Viele von ihnen haben das erste Jahr

3. Angehörige von Suizident*innen

„einfach hinter sich gebracht“ und können mit der Verarbeitung des Suizids erst ab diesem Zeitpunkt beginnen (Winter et al., 2005, S. 49f).

Damit eine Trauer als „Komplizierte Trauer“ diagnostiziert werden kann, wurden folgende Diagnosekriterien festgelegt:

- Verlust einer nahestehenden Person durch Tod
- starkes Sehnen nach der verstorbenen Person, begleitet von physischem oder emotionalem Leiden
- tägliches Erleben von fünf oder mehr der folgenden Symptome in ausgeprägter Form seit dem Verlust: Unsicherheit bezüglich der eigenen Rolle im Leben, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust, Unfähigkeit, Anderen zu vertrauen, Verbitterung und Wut, Schwierigkeiten, das eigene Leben fortzuführen, emotionale Taubheit, Gefühl der Leere und Bedeutungslosigkeit, Unglauben und Schock
- mindestens sechs Monate sind seit dem Verlust vergangen
- klinisch relevante Beeinträchtigungen im psychischen Funktionieren in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen
- Ausschluss von Depression, generalisierter Angststörung und posttraumatischer Belastungsstörung als Ursachen für die Symptome (Rosner & Wagner, 2013, S. 473).

Im ICD-11(Internationale statistische Klassifikation) taucht der Begriff der komplizierten Trauer nicht auf, stattdessen nennt sich die Diagnose „Prolonged Grief Disorder“, was sich mit „anhaltender Trauerstörung“ übersetzen lässt (Rosner, 2022, S. 6).

In einer Studie wurden Suizidtrauernde verglichen mit Trauernden, deren Angehörige eines natürlichen Todes verstarben. Die Ergebnisse spiegelten bei den Suizidtrauernden häufigere Symptome einer anhaltenden Trauerstörung wider (Wagner & Hofmann, 2020, S. 29).

Eine Studie, in der hauptsächlich weibliche Suizidhinterbliebene vertreten waren, kam zu dem Resultat, dass bei 43% von ihnen eine komplizierte Trauerdiagnose ausfindig gemacht werden konnte (Wagner, 2013, S. 45). Mehrere Untersuchungen ergaben eine konstante Verringerung von trauerspezifischen Reaktionen nach drei bis fünf Jahren nach dem Suizid. Die ersten zwei Jahre nach dem Tod wiesen Unterschiede in der Trauer zu anderen Todesfällen auf. Danach waren keine Besonderheiten mehr nachweisbar (Wagner, 2013, S. 46).

3. Angehörige von Suizident*innen

In einer telefonischen Umfrage gaben nur ein Drittel der befragten Suizidhinterbliebenen an, dass sie keine Hilfe brauchen, um mit der Situation umgehen zu können. 35% sagten, sie haben keine spezifischen Probleme, bei 18% wurden spezifische Probleme ausgesagt, während 26% damit übereinstimmten spezifische Bedürfnisse zu haben (Schmidtke & Schaller, 2012, S. 52). Vergleichend dazu gibt es Ergebnisse einer norwegischen Studie mit Eltern, die ein Kind durch Suizid verloren haben. Von den Befragten gaben 88% an eine professionelle Hilfe zu benötigen (Schmidtke & Schaller, 2012, S. 52).

Die Beziehung, die zu dem Suizidverstorbenen geführt wurde, hat einen Einfluss auf die Trauer. Je nachdem, welche Art, wie lange und wie intensiv sie war. Für Angehörige, die eine jahrelange oder enge Verbindung zu dem Verstorbenen hatten, stellt der Umgang mit dem Suizid eine größere Herausforderung dar als für Menschen, die die tote Person nur oberflächlich oder kurz kannten (Illes et al., 2015, S. 67).

3.2.2. Trauma

Suizide zählen zu den gewaltsamen Todesumständen (Wagner, 2013, S. 43). Obwohl der Großteil der Angehörigen den Suizid nicht direkt miterlebt haben, reicht meist allein die Vorstellung über die Todesumstände aus, um traumatisiert zu werden (Backhaus, 2020, S. 124).

In einigen Fällen finden aber auch Angehörige selbst den Suizidverstorbenen auf. Wie oft es zu diesem Ereignis kommt, wurde in einer Studie untersucht. Dafür wurden zwei unterschiedlich große Angehörigengruppen zu dem Auffinden der Leiche nach einem Suizid befragt. In der ersten Gruppe haben 10 von 80 Befragten den Verstorbenen aufgefunden. Die zweite Gruppe mit 130 Teilnehmer*innen wurde gefragt, ob sie die Leiche entdeckt oder am Auffindungsort gesehen haben. 37 Personen von ihnen haben die Leiche gefunden, weitere 40 Befragten wurden mit dem Anblick am Auffindungsort konfrontiert. Die Erlebnisse brachten als Konsequenz eine höhere Belastung für die Angehörigen mit sich (Seibl, Antretter, & Haring, 2001, S. 318).

Bei Suizidhinterbliebenen führen die traumatisierenden Bilder zu einem sechsmal höheren Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung im Gegensatz zur durchschnittlichen Bevölkerung (Wagner, 2022, S. 128).

Zu den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung zählen: „unfreiwilliges Wiedererleben, ständige Übererregung bis hin zu schweren psychosomatischen Störungen, sowie Vermeidung aller Situationen, die an das Geschehen erinnern“ (Borst

3. Angehörige von Suizident*innen

& Hepp, 2012, S. 38). Das kann zu Krankheit und damit zu langer Arbeitsunfähigkeit des Suizidhinterbliebenen führen (Borst & Hepp, 2012, S. 38).

Ein Suizid ist kein „natürlicher“ Tod und zum Ort des Geschehens kommen viele weitere Personen hinzu, wie z.B. Polizisten oder Notärzte. Eine Absicherung des Fundortes findet statt, der Leichnam wird beschlagnahmt, eine Obduktion angeordnet. Hinzu kommt das Verhören der Angehörigen sowie das Sicherstellen von persönlichen Dingen des Verstorbenen (Winter et al., 2005, S. 48). Weitere Erlebnisse, wie das Säubern des Suizidortes oder das Weiterleben in z.B. der Wohnung, in der sich der Angehörige das Leben nahm, führen zu einer Traumatisierung (Bailey, Kral, & Dunham, 1999, S. 256). Die Belastung durch das Ereignis kann so stark sein, dass auch nach langer Zeit nach dem Suizid Albträume oder „Flashbacks“ auftreten (Wagner, 2013, S. 44).

Es ist jedoch zu betonen, dass nicht bei allen Suizidhinterbliebenen posttraumatische Belastungssymptome nach dem Suizid eines Angehörigen auftreten. Nichtsdestotrotz ist es von großer Bedeutung, den Menschen dieser Trauergruppe mit einer gesteigerten Sensibilität und Aufmerksamkeit zu begegnen (Backhaus, 2020, S. 124).

3.2.3. Stigmatisierung

Hinterbliebene eines*iner durch Suizid Verstorbenen werden oft mit Verurteilungen durch die Gesellschaft konfrontiert. Das Erleben von Stigmatisierung in Folge eines Suizids spielt bei den Hinterbliebenen eine entscheidende Rolle für ihre psychische Gesundheit und das eigene suizidale Verhalten (Wagner, 2021, S. 240).

Die Verwendung des Begriffs „Stigma“ ist es erforderlich zunächst eine Definition anzugeben. Stigma ist „die Eigenschaft einer Person, die diese in den Augen anderer diskreditiert und abwertet. Solche Eigenschaften können sichtbar sein, wie etwa eine körperliche Behinderung, oder unsichtbar, wie etwa eine psychische Erkrankung“ (Oexle et al., 2020, S. 779).

Die Stigmatisierung von Menschen, die sich suizidiert haben und ihren Angehörigen reicht bis ins Mittelalter zurück. Hinterbliebene Familienmitglieder mussten mit Bestrafungen rechnen, das Familienvermögen wurde eingezogen und sie mussten mit gesellschaftlicher Ausgrenzung leben (Schneider, Lindner, & Sperling, 2014, S. 108). Noch heute ist Suizid ein Tabuthema in vielen Kulturen (Winter et al., 2005, S. 48). Nach einem systematischen Review sind Stigmatisierungserleben mit 31 bis 87 Prozent bei Hinterbliebenen nach einem Suizid weit verbreitet (Wagner, 2021). Es gilt als ein inakzeptables Handeln, für das die Gesellschaft nach Gründen sucht.

3. Angehörige von Suizident*innen

Die Gesellschaft schiebt Schuldzuweisungen vor, um sich von der Verantwortung für den Suizid zu distanzieren und ihn als etwas zu betrachten, das ausschließlich anderen passieren kann (Brassel-Ochmann, 2016, S. 153). „Außenstehende, die von einem Suizid erfahren, projizieren ihre Todesängste auf die Angehörigen und stigmatisieren sie auf der Suche nach einer plausiblen Erklärung. Die Stigmatisierung hilft ihnen, die Bedrohung des Todes von der eigenen Person abzuwenden“ (Diodà & Gomez, 1999, zitiert nach Brassel-Ochmann, 2016, S. 40). Weitere Ursachen für die Stigmatisierung liegen zum Teil in einem begrenzten Verständnis psychischer Erkrankungen und der anhaltenden Tabuisierung von Suizidalität in unserer Gesellschaft (Wagner, 2021, S. 240).

Nach einer Studie bei der es 2000 Teilnehmer*innen gab, bekam die Aussage, dass „ein schwacher Wille“ ein Grund für Suizidgedanken sein kann, 44% Zustimmung. In einer US-amerikanischen Onlinebefragung, die nicht repräsentativ war, bezeichnete etwa ein Drittel der Teilnehmer Suizid als egoistisch, wohingegen nur ein Zehntel der Befragten Suizid als Ausdruck von Schwäche betrachtete (Oexle et al., 2020, S. 781).

Suizide bringen Menschen dazu, über Fragen nachzudenken, wie z.B. ob sich jemand das Leben nehmen darf oder ob Suizid auch ein möglicher Ausweg für sich selbst ist. Nimmt sich ein Mensch selbst das Leben, kann das dazu führen, dass dieser endgültige Schritt, mit dem sich die Gesellschaft nicht konfrontieren will, eine ablehnende Haltung gegenüber dem Suizidtoten aber auch den Hinterbliebenen mit sich bringt (Winter et al., 2005, S. 48). Als Resultat erhalten Trauernde nach einem Suizid weniger Unterstützung aus ihrem Umfeld als Trauernde anderer Todesumstände. In einer Studie gaben nur 27% der Suizidhinterbliebenen an, positive Erfahrungen mit ihrem sozialen Netzwerk gemacht zu haben. Wohingegen bei der Trauergruppe von Unfallverstorbenen 76% auf eine positive Unterstützung bauen konnten (Wagner, 2013, S. 48).

Daraus ergibt sich bei den Suizidhinterbliebenen das Gefühl, dass Trauer- oder Verzweiflungsempfindungen im öffentlichen Raum entweder gar nicht oder nur innerhalb bestimmter Grenzen gezeigt und ausgedrückt werden dürfen (Brassel-Ochmann, 2016, S. 155). Als Ergebnis des gesellschaftlichen Suizidstigmas können Menschen unsicher im Umgang mit Suizidhinterbliebenen werden. Sie fühlen sich hilflos und unsicher, wenn sie mit einem Suizid konfrontiert werden und wissen möglicherweise nicht, wie sie z.B. kondolieren sollen. Ohne es bewusst zu beabsichtigen, meiden sie möglicherweise das Thema und vermeiden den Kontakt zu den Angehörigen. Dadurch fühlen sich Suizidhinterbliebene oft von Schweigen „umhüllt“ und es fehlt ihnen die Möglichkeit der gemeinsamen Trauer, die ihnen eine Entlastung bieten könnte (Winter et al., 2005, S.

3. Angehörige von Suizident*innen

48f). Aber auch die Angehörigen haben oft selbst Vorurteile und haben dem Thema gegenüber keine klare Position entwickelt, die sie nach außen hin vertreten könnten. Das erschwert ihnen zusätzlich die Kommunikation mit ihrem Umfeld und sorgt dafür, dass sie sich selbst von ihren sozialen Netzwerk isolieren (Wagner, 2013, S. 49).

Sie schämen sich und fühlen sich schuldig dafür, es nicht geschafft zu haben den Suizid zu verhindern. Infolgedessen stigmatisieren sie sich selbst (Borst & Hepp, 2012, S. 39).

In einer Untersuchung, die den Einfluss der Todesursache auf die Reaktionen gegenüber trauernden Personen analysierte, wurde festgestellt, dass Angehörige von Suizident*innen im Vergleich zu anderen häufiger als psychisch krank, unsympathischer und als mitverantwortlich für den Tod wahrgenommen wurden (Wagner, 2013, S. 48f).

Nicht selten führen diese Beurteilungen durch die Gesellschaft aber auch durch sie selbst, dazu, dass die Angehörigen den Suizid verschweigen (Schneider et al., 2014, S. 108). In akuten Situationen kann das Leugnen und Verheimlichen von Suiziden dazu führen, dass sie als Unfälle dargestellt werden. Dies ist insbesondere bei Suiziden von Kindern häufig der Fall, entweder als bewusste Täuschung oder weil der Suizid eines Kindes für die meisten Menschen kaum vorstellbar ist und daher noch belastender erscheint. Die Verschleierung dient dazu, die Realität erträglicher zu machen (Rotthaus, 2017, S. 196).

Vorhandene Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Stigmatisierung nach einem Suizid den Trauerprozess für Hinterbliebene erheblich erschweren kann. In qualitativen Untersuchungen wurde berichtet, dass Angehörige stigmatisierende Reaktionen aus ihrem sozialen Umfeld erfahren haben, wie beispielsweise Schuldzuweisungen und Vermeidungsverhalten. Zudem wurden geringe bis fehlende soziale Unterstützung sowie ein Gefühl der Schuld und Scham von vielen Hinterbliebenen wahrgenommen. Eine aktuelle quantitative Studie stellte fest, dass das erlebte Suizidstigma mit erhöhter Trauerbelastung und einem erhöhten Suizidalitätsrisiko bei den Angehörigen verbunden war (Oexle et al., 2020, S. 782).

Als weitere Konsequenz der Stigmatisierung fällt es Personen bei akutem suizidalem Verhalten schwerer sich die notwendige Hilfe zu suchen, womit verheerende Folgen einhergehen können (Oexle et al., 2020, S. 781).

Aufgrund der erheblichen Auswirkungen von Stigmatisierung auf Suizidhinterbliebene ist es umso wichtiger die Allgemeinbevölkerung über das Thema Suizid besser aufzuklären und Interventionen darauf anzupassen.

4. Hilfsangebote für Angehörige

Trotz der erheblichen Zahl von Suizidhinterbliebenen ist es bemerkenswert, wie gering und unspezifisch die Hilfsangebote für diese Gruppe sind. Zu den allgemeinen Unterstützungsmöglichkeiten gehören unter anderem: medizinische Versorgung, Psychotherapie, Trauerbegleitung, Kriseninterventionen und Seelsorge (Winter et al., 2005, S. 50).

Für Angebote zur Hilfe und Begleitung von Suizidhinterbliebenen kann eine Unterteilung in drei Bereiche vorgenommen werden: Suizidprävention, Interventionen und Suizid-Postventionen. Suizidprävention zielt darauf ab, sowohl Risikofaktoren zu reduzieren als auch schützende Faktoren und die Resilienz zu stärken (Walraven-Thissen, 2021, S. 29). Interventionen greifen ein, um unzufriedenstellende Zustände, Strukturen oder Verhaltensweisen zu verändern (Effinger, 2022, S. 456). Durch frühzeitige Intervention wird präventiv eingeschritten, noch bevor suizidale Gedanken in suizidales Verhalten umschlagen, und betroffene Personen erhalten Betreuung und Unterstützung. Suizid-Postvention konzentriert sich auf Menschen, die den Verlust einer Person durch Suizid erlebt haben, da sie selbst einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind. Daher ist Suizid-Postvention in Zusammenhang mit Suizid auch gleichbedeutend mit Prävention (Walraven-Thissen, 2021, S. 29).

Im Folgenden werden die Bereiche der Prävention und Postvention näher dargestellt und mögliche Hilfsangebote mit Selbsthilfegruppen und Onlineinterventionen vorgestellt.

4.1. Prävention und Postvention

Abgeleitet aus den lateinischen Begriffen „venire“ für „ankommen“ und „post“ für „danach“ lässt sich Suizid-Postvention in „nach dem Suizid ankommen“ übersetzen (Walraven-Thissen, 2021, S. 29). Diese Bezeichnung wurde vor allem durch Shneidman geprägt. Er beschrieb damit präventive Maßnahmen für die zukünftige Generation (Seibl et al., 2001, S. 320).

Menschen, bei denen ein*e Angehörige*r durch einen Suizid gestorben ist, weisen ein erhöhtes Suizid- und Krisenrisiko auf (Sonneck, Kapusta, Tomandl, & Voracek, 2012, S. 172). Studien ergaben, dass bei 9 bis 49% der Suizidhinterbliebenen ein erhöhtes Auftreten von Suizidgedanken und -handlungen besteht (Wagner, 2022, S. 128). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft Suizidhinterbliebene als Hochrisikogruppe in Bezug auf Suizide ein. Die Betreuung dieser betroffenen Gruppe im Rahmen der

4. Hilfsangebote für Angehörige

Postvention wird als ein wesentlicher Bestandteil der nationalen und internationalen Strategien zur Suizidprävention hervorgehoben (Wagner, 2022, S. 128).

Durch Postvention soll eine Unterstützung im Trauerprozess der Suizidhinterbliebenen und eine Reduzierung nachahmender suizidaler Verhaltensweisen erreicht werden (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S. 39).

Um direkt nach einem Suizid Kontakt zu den Hinterbliebenen aufzunehmen erwiesen sich nach Sonneck et al. (2012) Hausbesuche als nicht erfolgsversprechend, wohingegen das Anschreiben bei 20 Prozent der Angehörigen zur Kontaktaufnahme führte (S.172). Durch die Kontaktaufnahme zu Suizidhinterbliebenen konnten positive Effekte erreicht werden. Dazu gehören die vermehrte Teilnahme an Selbsthilfe- und Trauerbewältigungsgruppen sowie die Verringerung psychischer Belastungen wie Angst, Depression und Verzweiflung (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S. 39).

Postventionen können im schulischen, familiären oder kommunalen Rahmen umgesetzt werden (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S. 39). In Nordamerika sind beispielsweise an Schulen Programme der Suizidpostvention verbreitet, die Schüler*innen sowie Lehrer*innen bei der Verarbeitung nach einem Suizid eines*einer Schüler*in unterstützen soll und sich präventiv auswirken soll (Seibl et al., 2001, S. 320).

Nordamerika legt einen besonders großen Wert auf Suizidpostventionsmaßnahmen, die dort vor allem durch Betroffenenengruppen, genannt „support groups“ umgesetzt werden. Sie sollen den Austausch mit Menschen, die das gleiche Schicksal teilen, ermöglichen (Seibl et al., 2001, S. 320).

Postventionsprogramme beinhalten psychoedukativen Bausteine, um über Suizid und Trauer aufzuklären (Winter et al., 2005, S. 51). Psychoedukation ist keine reine Wissensvermittlung, sie soll zugleich auch bei einer emotionalen Entlastung der Angehörigen unterstützen (Scherer & Lamprecht, 2021, S. 133). Psychoedukation kann im Kontext der Suizid-Postvention Angehörige dabei unterstützen ein Verständnis für Trauerphasen zu erlangen, das kann dabei helfen seine Trauerreaktionen zu „normalisieren“ und festzustellen, dass es Gleichgesinnte gibt, die die mit den gleichen Gefühlen und Gedanken beschäftigt sind. Mithilfe von Zahlen zu Suiziden in Deutschland, bekommen die Hinterbliebenen ein Gefühl dafür, wie häufig Suizide passieren, das kann dabei helfen der Scham, die viele Angehörige verspüren, entgegenzuwirken. Ebenso wichtig kann es sein, über die verschiedenen Phasen der Suizidalität aufzuklären und damit zu verdeutlichen, dass ein Suizid in den meisten Fällen nicht vorhersehbar ist. Damit kann den Suizidhinterbliebenen bei Schuldgefühlen

4. Hilfsangebote für Angehörige

geholfen werden, die Suizidgefahr des Verstorbenen nicht erkannt zu haben (Andre-Lägel, 2016, S. 245).

Für Kinder, die durch den Suizid eines Angehörigen betroffen sind, kann Psychoedukation ebenso eine Rolle spielen. Kinder trauern anders als Erwachsene, da ihr Trauerprozess von ihrer Entwicklung, Hirnentwicklung, Abhängigkeit von Bezugspersonen und begrenzter Lebenserfahrung beeinflusst wird. Dies wirkt sich auf die Form der Trauer, das Verständnis des Geschehens sowie auf Fragen, Emotionen und Gedanken zum Suizid des Angehörigen aus, die sich mit der Zeit verändern können (Andre-Lägel, 2016, S. 245f).

Erwachsene gehen häufig davon aus, dass insbesondere junge Kinder nicht mit der Thematik Suizid konfrontiert werden sollten. Sie wollen die Wahrheit über das Versterben des Angehörigen hinauszögern (Bobillier, 2022, S. 105). Mit Kindern sollte jedoch je nach Entwicklungsstand in kindgerechter Sprache über den Suizid des Angehörigen gesprochen werden (Andre-Lägel, 2016, S. 246). Die fortlaufende Entwicklung des kognitiven Verständnisses führt dazu, dass Kinder dementsprechend andere Fragen zum Suizid stellen. Die Erklärungen zum Suizid sollten immer wieder auf den derzeitigen Entwicklungsstandes des Kindes angepasst werden (Bobillier, 2022, S. 105). In Tabelle 2 sind das Kognitive Verständnis und die Verhaltensweisen zum Tod nach Altersgruppen dargestellt. Auch wenn niemand mit dem Kind über den Suizid kommuniziert, kann es dazu kommen, dass es etwas über den Suizid „mitbekommt“ und sich fragt warum niemand mit ihm darüber spricht. Das Kind kann dadurch vermuten schuld an dem Tod zu sein (Andre-Lägel, 2016, S. 246). Umso wichtiger ist eine kindgerechte Aufklärung zum Suizid des Angehörigen.

Zusammenfassend ist Suizid-Postvention eine wichtige präventive Maßnahme zur Unterstützung von Suizidhinterbliebenen und zur Reduzierung nachahmender suizidaler Verhaltensweisen, die über alle Altersgruppen hinweg umgesetzt werden kann.

4. Hilfsangebote für Angehörige

Tabelle 2: Kognitives Verständnis und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zum Tod nach Altersgruppen

Altersgruppe	Kognitives Verständnis und Verhaltensweisen
1–3 Jahre	<ul style="list-style-type: none">– Kein entwickeltes Konzept von Tod und Sterben– Kinder reagieren sensibel auf Trauerreaktionen innerhalb des Familiensystems– Kein Verständnis von zeitlich begrenzter und permanenter Trennung– Trauerreaktion in Form von somatischen Veränderungen (z. B. Bettnässen, Schreianfälle)
4–7 Jahre	<ul style="list-style-type: none">– Kinder können ab dem Alter von 4 Jahren mithilfe der Eltern ein Verständnis vom Tod entwickeln– Ab 5 Jahren können die Kinder einen Unterschied zwischen temporären und permanenten Trennung verstehen– Kinder ab 7 Jahren haben ein volles Verständnis vom Tod
8–12 Jahre	<ul style="list-style-type: none">– Bewusstsein, dass der Tod universell ist und jeden Menschen betrifft– Außerfamiliäre soziale Netzwerke (z. B. Schulverbände, Peergroups) sind wichtige Ressourcen– Abschiednehmen vom verstorbenen Elternteil wird empfohlen– Beteiligung an der Organisation des Begräbnisses, etc.– Kind mit den realen Todesumständen kindgerecht konfrontieren
13–18 Jahre	<ul style="list-style-type: none">– Intensives Erleben von Trennungsschmerz und Sehnsucht nach der verstorbenen Person– Streben nach Unabhängigkeit von der Familie und Trauer stehen in Konflikt zueinander– Angst vor dem »anders sein« in der Peergruppe durch den Verlust des Elternteils– Freizeitaktivitäten stehen oft im Vordergrund– Häufiger (kurzfristiger) Rückzug von der Familie– Peergroup wichtige Ressource und soziale Unterstützung– Ab 16–18 Jahren nimmt Trauer immer mehr Form der Erwachsenentrauer an– Jugendliche übernehmen Vater- oder Mutterrolle innerhalb der Familie

Quelle: Wagner B., Komplizierte Trauer, 2013, S. 73

4.2. Selbsthilfegruppen

Die am weitesten verbreitete Form der Unterstützung besteht aus Selbsthilfegruppen, die aufgrund ihrer niedrigen Zugangshürden als geschätzte Ressource gelten (Wagner, 2013, S. 52).

Es gibt verschiedene Arten von Selbsthilfegruppen, die aus dem angloamerikanischen Raum bekannt sind. Diese Gruppen können offen oder geschlossen sein und werden entweder von Betroffenen selbst, von Health Professionals oder einer gemeinsamen Leitung beider geführt. Es können Gruppen mit festgelegter Anzahl von Terminen sowie solche ohne begrenzte Termine sein. In der Zusammensetzung kann sie genauso vielfältig sein, wie es die Suizidhinterbliebenen selbst sind (Winter et al., 2005, S. 51).

Die Selbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene zeichnen sich durch ihre Differenzierung von anderen Trauergruppen aus, da sie spezifische psychische Zustände berücksichtigen, die bei den Hinterbliebenen entstehen, wenn sie den Verlust eines Angehörigen durch Suizid erleben. Diese Zustände umfassen neben der Trauer auch Aspekte wie Enttäuschung, Zorn, Wut, Kränkung, Schulgefühle und Hilflosigkeit (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 412).

4. Hilfsangebote für Angehörige

Eine Auswertung der Weltgesundheitsorganisation von 90 Ländern über die Verfügbarkeit von Selbsthilfegruppen ergab, dass diese in 38 Ländern vorhanden waren. Im Europäischen Raum waren die meisten Gruppen (20) vertreten, während im Gebiet des östlichen Mittelmeers keine Gruppen etabliert waren. 25 der Länder mit Selbsthilfegruppen wurden zum Teil aber nicht ausschließlich von Fachleuten mit entsprechender Ausbildung geleitet. Wohingegen in 9 von 38 Ländern professionelle Fachkräfte für die Leitung eingesetzt wurden (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016, S. 53).

Hilfegruppen, die sich explizit an Suizidhinterbliebene richten waren in Deutschland noch in den 1990er Jahren kaum vertreten (Winter et al., 2005, S. 51). Trotz des seitdem kontinuierlichen Wachstums des Netzwerks von Selbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene, gibt es nur eine begrenzte Anzahl von Interventionen mit einer psychotherapeutischen Leitung, die sich speziell an diese Zielgruppe wendet (Wagner & Hofmann, 2020, S. 30).

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kommt eine besondere Bedeutung für jene Hinterbliebene zu, die ein begrenztes Maß an angemessener Unterstützung innerhalb ihrer Familie oder ihres sozialen Netzwerks erfahren (Lindner & Schneider, 2022, S. 107).

Viele Angehörige denken nach einem Suizid, dass sie mit ihrem Schicksal allein sind. Die Interaktion mit Gleichgesinnten ermöglicht ein Verständnis dafür die eigene Krise zu „normalisieren“ und der damit verbundenen Reaktionen. Selbstbeschuldigungen nehmen ab und die Ängste vor dem Verlust der psychischen Gesundheit reduzieren sich (Winter et al., 2005, S. 51). Hinterbliebenen wird die Möglichkeit gegeben wertvolle Unterstützung im Kontext des täglichen Lebens zu erhalten, wie beispielsweise bei finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten oder wie sie an Feiertagen oder besonderen Ereignissen mit dem Tod des Angehörigen umgehen können. Es wird ihnen ebenso der Raum dafür gegeben Tabuthemen näher zu beleuchten, persönliche Probleme anzusprechen und neue Perspektiven für ihr Leben zu finden (Lindner & Schneider, 2022, S. 107). Viele Suizidhinterbliebene machen sich Gedanken über ihre Außenwirkung. Es fällt ihnen schwer positive Gefühle zu zeigen, aus Angst, diese könnten als mangelnde Zuneigung für den Verstorbenen interpretiert werden. Durch die Gleichgesinnten wird auch der Mut gefördert, Positives wieder zuzulassen (Winter et al., 2005, S. 51).

Es eröffnet sich die Gelegenheit zur Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Verlust sowie zur Anwendung von Bewältigungsstrategien (Wagner, 2013, S. 52).

4. Hilfsangebote für Angehörige

Zudem kann ein Vergleich mit anderen Trauernden, die das gleiche Schicksal teilen, aber an anderer Stelle in ihrem Trauerprozess stecken (z.B. durch einen größeren zeitlichen Abstand zum Suizid) geschaffen werden. Das ermöglicht den Hinterbliebenen einordnen zu können, an welcher Stelle in ihrer Trauer sie sich selbst befinden, was sie vielleicht schon „überstanden“ haben und an welchen Punkt sie noch kommen können (Winter et al., 2005, S. 51).

Neben allen positiven Aspekten, die Selbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene bewirken können, sind auch negative Auswirkungen möglich. Es kann dazu kommen, dass Hinterbliebene anfangen sich nur noch mit anderen Betroffenen auseinanderzusetzen und den Kontakt zu allen anderen Personen zu meiden. Denn je stärker Hinterbliebene das Gefühl haben, dass ihre Umgebung von ihnen erwartet, weiterzuleben als wäre nichts passiert, desto stärker können sie auf ihrer Trauer beharren und sich aggressiver gegenüber diesen Menschen verhalten (Sonneck et al., 2012, S. 197).

Deutschlandweit gibt es nur eine Organisation, die sich speziell an Suizidangehörige wendet. Der Verein „Angehörige um Suizid“ (AGUS e.V.) wurde 1989 durch eine Suizidhinterbliebene gegründet und agiert seit 1995 bundesweit (Winter et al., 2005, S. 52). Inzwischen betreut er etwa 5000 Suizidangehörige und an 96 Standorten sind spezifische Selbsthilfegruppen durch den Verein initiiert worden (AGUS e.V., 2023; Wagner & Hofmann, 2020, S. 30).

Zu der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene gibt es nur wenige Studien (Wagner, 2013, S. 52). Die Studien, die existieren sind nur selten evidenzbasiert und die Belege für die Wirksamkeit sind nur begrenzt vorhanden (Wagner, 2021, S. 246).

Die Psychosoziale Beratungsstelle für Selbstmordgefährdete in Freiburg teilte ihre Erfahrungen, die nach drei Jahren Gruppenarbeit gemacht wurden. In der Zeit gab es drei angeleitete Gruppen, in der alle Personen bis auf eine weiblich waren. Am Ende der Gruppen wurde eine Umfrage durchgeführt. Von 20 Befragten haben 16 Gruppenteilnehmer*innen den Fragebogen ausgefüllt. 12 Menschen gaben an, dass es ihn besser ging als nach dem Suizid des Angehörigen, zwei Personen beurteilten ihre Gefühlslage genauso schlecht wie zu Beginn und ein*e Teilnehmer*in hatte unterschiedliche Assoziationen dazu. Eine Erklärung für die Verschlechterung des Zustandes sahen die Verantwortlichen darin, dass die Betroffenen eine schwierige persönliche Biografie aufwiesen, die einer Einzelbehandlung bedarf. Als wichtige Erkenntnis stellte sich heraus, wie wichtig die Gruppe durch den Austausch

4. Hilfsangebote für Angehörige

Gleichgesinnter war, dabei spielte die professionelle Leitung für die Gruppenteilnehmer*innen nur eine untergeordnete Rolle (Stich, 1996, S. 157-160).

Wagner, Hofmann und Grafiadeli (2020) untersuchten in einem systematischen Review sechs Studien, die sich mit Trauerinterventionen für Suizidhinterbliebene beschäftigten. Obwohl es noch mehr Forschungen zu dem Thema gab, konnten diese nicht einbezogen werden, da sie eine schwache methodische Qualität besaßen (z.B. durch fehlende Randomisierung). Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass spezifische Interventionen für Suizidhinterbliebene wirksam sind im Vorher-Nacher-Vergleich. Zwischenergebnisse der Gruppen konnten im Vergleich keine Wirkung erzeugen (S.16). Generell wurde im Laufe Zeit sowohl in den Interventionsgruppen als auch in den Kontrollgruppen eine signifikante Abnahme der Trauersymptome, der Schuldgefühle und der empfundenen Verantwortung bei den Hinterbliebenen erkannt. Große Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppen konnten jedoch nicht ausgemacht werden. Bei zwei Studien konnten bei der Kontrollgruppe sogar eine größere Abnahme von depressiven Symptomen verglichen mit den Interventionsgruppen. Das könnte zurückzuführen sein auf den Zeitpunkt der Intervention. Eine Maßnahme kurz nach einem Suizid kann dazu führen den Trauerprozess zu fördern. Die Auseinandersetzung mit der Trauer kann auch zu einer kurzfristigen Belastung der Betroffenen führen. Den Verlust eines Menschen durch Suizid zu verarbeiten kann von langer Dauer sein. Das deutet auf eine erhebliche Notwendigkeit für weitere Forschungen insbesondere auf Langzeiteffekte hin (Wagner, Hofmann, & Grafiadeli, 2020, S. 17).

4.3. Onlineinterventionen

Mit der zunehmenden Verbreitung von moderner Kommunikationstechnologie eröffnen sich neue Perspektiven zur Verbesserung der Versorgung von Personen, die sich in einer psychischen Krise befinden. Laut einer Statistik aus dem Jahr 2019/2020 nutzen 86 Prozent der deutschen Bevölkerung das Internet (Dreier, et al., 2021, S. 47). In den letzten Jahren steigt dementsprechend auch das Interesse an Onlineangeboten für den Gesundheitsbereich stetig an. Unter anderem kam es infolge der Corona-Pandemie zu 30 Prozent mehr Downloads von gesundheitsbezogenen Apps (Eichenberg & Auersperg, 2022, S. 12). Infolgedessen gibt es immer mehr Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMIs) im Bereich der Suizidprävention, aber auch für Suizidhinterbliebene. Die Möglichkeiten für den Einsatz in diesem Gebiet sind unbegrenzt. Dazu zählen verschiedene digitale Plattformen und Anwendungen, wie soziale Netzwerke, Internetseiten, Podcasts, E-Mail-basierte Onlineberatung, Selbsttests, Interventionen durch Online-Spiele, Ansätze über Suchmaschinen, Apps,

4. Hilfsangebote für Angehörige

gängige Sprachassistenten und internetbasierte Selbsthilfeinterventionen (Büscher & Sander, 2023, S. 355-363).

Insbesondere bei Themen, die mit Schamgefühlen der Betroffenen in Verbindung stehen, wie es auch bei Suizid der Fall ist, kann durch den leichten Zugang von Onlineangeboten, ermöglicht werden, dass sich diese Personen erstmals psychosozialen Versorgung annähern (Eichenberg & Auersperg, 2022, S. 29). Anonymität, Flexibilität sowie die Möglichkeit die Interventionen selbstständig zu bearbeiten sind weitere Vorteile für die Adressat*innen (Büscher & Sander, 2023, S. 356). Betroffene und Interessierte haben die Möglichkeit sich in ihrer Hilflosigkeit wieder Selbstkontrolle für ihre Psyche zurückzuholen, indem sie sich eigenständig über gesundheitsbezogene Themen informieren können (Eichenberg & Auersperg, 2022, S. 18).

Während bei internetbasierten Selbsthilfeinterventionen Elemente der psychoedukativen Vermittlung von Wissen sowie interaktive Übungen enthalten sind, die eine modulare Struktur, eine klare Gliederung und eine gute Evaluation aufweisen, sind viele der in gängigen App Stores verfügbaren Suizidalitäts-Apps nicht wissenschaftlich fundiert oder auf ihre Wirksamkeit überprüft (Büscher & Sander, 2023, S. 356).

Generell kann es für Hilfesuchende problematisch werden, wenn sie durch die Masse an Informationen, die sie durch das Internet erhalten überflutet werden. Das kann dazu führen, dass sie die gegebenen Empfehlungen nicht umsetzen können oder sie sogar Verwirrung auslösen (Eichenberg & Auersperg, 2022, S. 15).

Die kostenlose App „Krisen-Kompass“ der Telefonseelsorge in Deutschland bietet psychoedukative Inhalte, hoffnungsvolle Liedtexte und Übungen zur Achtsamkeit und Vorstellungskraft. Sie richtet sich an Menschen mit Suizidgedanken, Angehörige und Suizidhinterbliebene. Die App beinhaltet einen Test zur aktuellen Risikosituation, ein Stimmungstagebuch, Soforthilfe mit Notfallnummern und Anlaufstellen sowie die Möglichkeit, individuelle Notfallstrategien und Kontakte einzugeben. Es werden keine personenbezogenen Daten benötigt und die Speicherung von Daten erfolgt lokal (Büscher & Sander, 2023, S. 359).

Auf dem Startbildschirm der Krisen-App werden vier Zielgruppen angegeben, dort finden sich auch Suizidhinterbliebene wieder („Ich habe jemanden durch Suizid verloren“). Für sie gibt es spezielle Unterkategorien, die der Selbstreflexion und Wissensvermittlung dienen sowie Anleitungen zum Meistern von Krisenmomenten, Kraftschöpfen und Kraftquellen aufbauen beinhalten (Telefonseelsorge, 2023).

4. Hilfsangebote für Angehörige

Dreier und ihre Kolleg*innen (2021) entwickelten eine Onlineintervention mit dem Titel „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“. In Kooperation mit Betroffenen entwickelten sie ein Programm, das über Suizid aufklären und sensibilisieren soll und somit zur Suizidprävention beiträgt. Die Arbeitsgruppe bestand aus sechs Betroffenen und zwei Suizidhinterbliebenen. Zur Zielgruppe der Intervention zählen alle Personen über 18 Jahren, die mit dem Thema Suizidalität oder Suizid in Berührung gekommen sind (z.B. auch Angehörige). Das Programm besteht aus 8 Kapiteln, die nacheinander freigeschaltet werden. Die einzelnen Abschnitte vermitteln Wissen zum Thema Suizid und Krisenbewältigungsstrategien. Innerhalb der Kapitel gibt es Videosequenzen mit Erfahrungsberichten, die beispielsweise Möglichkeiten aufzeigen sollen über Suizid zu reden. Es ist möglich während der Bearbeitung der verschiedenen Kapitel Pausen einzulegen und zu einem späteren Zeitpunkt an der gleichen Stelle weiterzumachen. Ebenso konnten die Teilnehmenden wählen welche Abschnitte sie bearbeiten wollen und es war ihnen freigestellt sich ein Ziel zu stecken, zu dem sie per E-Mail erinnert werden konnten. Da das Programm ohne therapeutische Begleitung durchgeführt wird, wurde während der Kapitel mit Hinweisen zu professionellen Hilfen gearbeitet. Ein Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass Teilnehmer*innen in akuten Krisen nicht sofort Unterstützung erhalten konnten. Die beteiligten Forscher*innen betonen die Notwendigkeit solcher Interventionen, um vor allem auch der Tabuisierung des Themas Suizid entgegenzuwirken und somit Betroffenen zu helfen über ihre Erfahrungen und Krisen offen zu kommunizieren (S.47-53).

Die Evaluationsergebnisse zu dem Programm sind derzeit noch nicht veröffentlicht und können dementsprechend in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht aufgegriffen werden.

Wichtig ist es zu betonen, dass vorhandene Selbsthilfeangebote, wie es die vorgestellten Selbsthilfegruppen oder Onlineinterventionen sind, keinen Ersatz für zum Teil notwendige professionelle Interventionen darstellen, sondern viel mehr diese unterstützend ergänzen sollen (Winter et al., 2005, S. 52).

5. Rolle der Sozialen Arbeit

Suizid gilt als ein soziales Problem unserer Gesellschaft. Die Soziale Arbeit setzt sich mit Themen auseinander, die unmittelbare Auswirkungen auf Einzelpersonen oder Gruppen haben und diese belasten oder bedrohen. Dabei geht es um Situationen, die zu Überlastungen, Überforderungen, Problemen für andere, Benachteiligung, sozialer Isolation oder unerfüllten Grundbedürfnissen führen (Bieker, 2022, S. 29). Demnach lässt sich die Arbeit mit Suizidhinterbliebenen als eine Aufgabe der Sozialen Arbeit definieren.

In Berufen, die sich hauptsächlich mit Menschen beschäftigen, wie es auch bei Sozialarbeiter*innen der Fall ist, wird es immer wieder zu einer Konfrontation mit Suizid und Suizidgefährdung kommen (Misek-Schneider, S.213). Vor allem in Tätigkeitsfeldern, die mit der Betreuung oder Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, ist eine Auseinandersetzung mit dem Thema wahrscheinlich (Illes et al., S.1). In der Versorgung von durch Suizid betroffener Familien sind erste Anlaufpunkte unter anderem Erziehungsberatungsstellen und Jugendämter. Sie besitzen einen gesetzlichen Auftrag durch § 17 SGB VIII und § 28 SGB VIII Familien in Krisen zu unterstützen und zu beraten. Allein in diesen beiden Arbeitsbereichen gaben 84,11% von 108 befragten Mitarbeiter*innen einer Studie an schon mit betroffenen Angehörigen in Kontakt gewesen zu sein (Finkeldei, Kern, & Rinne-Wolf, 2023, S. 432-434).

Die Angebote für Familien von Suizident*innen über die Jugendhilfe sind in den meisten Fällen kostenlos. Dazu zählen Beratungsstellen, auch auf kommunaler oder kirchlicher Ebene, sowie die zeitweilige Begleitung mithilfe eines qualifizierten Familienhelfers (Andre-Lägel, 2016, S. 244).

Die Arbeit in Psychiatrische Kliniken stellt einen Tätigkeitsbereich dar, in dem eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit gegeben ist, mit Suizid konfrontiert zu werden. Psychiatrische Kliniken zählen unter anderem zu den Orten, an denen es häufig zu Suiziden kommt. Pro Jahr wird die Zahl der Suizide auf 150 bis 250 im Verhältnis zu 100.000 Aufnahmen geschätzt (Illes et al., 2015, S. 1). Geschieht ein Suizid in einer Klinik können Mitarbeitende einerseits selbst zu Betroffenen werden, die mit ähnlichen Auswirkungen des Suizids zu kämpfen haben wie Familienangehörige und andererseits treffen sie dort direkt auf die Hinterbliebenen (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, Kap. 16.2).

Ein wichtiger Aspekt der Sozialen Arbeit in der Angehörigenarbeit nach einem Suizid ist die Vernetzung mit anderen professionellen Helfern und Organisationen. Im Folgenden wird die soziale Netzwerkarbeit näher beschrieben.

5.1. Netzwerkarbeit

Die Sozialarbeiter*innen arbeiten eng mit Psycholog*innen, Psychiater*innen, Therapeut*innen und Selbsthilfegruppen zusammen, um den Hinterbliebenen eine umfassende Unterstützung anzubieten. Netzwerkarbeit spielt eine entscheidende Rolle, um sicherzustellen, dass die Angehörigen die bestmögliche Hilfe erhalten.

Finkeldei und Kolleg*innen (2023) führten eine Studie zum Versorgungsstand von Familien nach Suizid und Suizidversuch eines Elternteils in Bayern durch. Teilnehmende waren 108 Angestellte aus Jugendämtern und Erziehungsberatungsstellen, größtenteils in Führungspositionen. Anhand eines Fallbeispiels wurden die Teilnehmer*innen zu den Hilfsmöglichkeiten für Kinder und Elternteile befragt, die sie im Falle von suizidalen Handlungen innerhalb der Familie anbieten können. Es gaben die meisten Befragten an, dass sie den betroffenen Familienmitgliedern mit einer Weitervermittlung zu anderen Angeboten helfen würden (S.436). Um an geeignete Interventionen weiterzuleiten, bedarf es einer guten Netzwerkarbeit.

Ein Netzwerk versteht sich als „eine Struktur von Verbindungen unabhängiger Akteure, die gemeinsam ein Thema bearbeiten und dazu ihre Ressourcen einsetzen. Das Netzwerk ist operativ offen und weitgehend ohne Hierarchien, darüber hinaus ist es ein nicht von vornherein befristeter Zusammenschluss mehrerer Akteure“ (Schönig & Motzke, 2016, Kap. 1.1.1).

Soziale Netzwerke lassen sich in drei Kategorien einteilen. Primäre oder mikrosoziale Netzwerke umfassen familiäre und verwandtschaftliche Beziehungen sowie nachbarschaftliche und freundschaftliche Verbindungen. Sekundäre oder makrosoziale Netzwerke beziehen sich auf institutionelle Netzwerke, die mit Bildung, Berufstätigkeit, Freizeitaktivitäten und Versorgung zusammenhängen, sowie privatwirtschaftlichen Netzwerken. Tertiär oder mesosoziale Netzwerke befinden sich zwischen den primären und sekundären Netzwerken. Hierzu gehören Selbsthilfegruppen, lokale Bürgerinitiativen und gemeinnützige Dienstleistungen (van Rießen & Fehlau, 2022, S. 197).

Die soziale Netzwerkarbeit verfolgt primär das Ziel, durch die aktive Gestaltung und Nutzung sozialer Beziehungen und Netzwerke das Wohlergehen und die Lebensqualität von Individuen, Gruppen oder Gemeinschaften zu verbessern. Dies geschieht durch die Förderung sozialer Unterstützung, die Stärkung von sozialen Ressourcen, die Erleichterung des Zugangs zu sozialen Dienstleistungen und die Mobilisierung kollektiver Handlungspotenziale (Trojan, 2020).

Ein weiteres Ziel der sozialen Netzwerkarbeit besteht darin, die Eigenverantwortung und Selbsthilfekräfte der Menschen zu stärken, indem sie dazu ermutigt werden, ihre eigenen Netzwerke und Beziehungen aktiv zu nutzen und auszubauen. Hierbei wird die Förderung von Selbsthilfegruppen und gegenseitiger Unterstützung als wichtiger Aspekt betrachtet (Selbsthilfe unterstützen - Das Fachportal, 2021).

Darüber hinaus verfolgt die soziale Netzwerkarbeit das Ziel, soziale Innovationen und Veränderungsprozesse zu initiieren und zu unterstützen, um soziale Probleme strukturell anzugehen und nachhaltige Verbesserungen zu erzielen. Dies kann beispielsweise durch die Initiierung von Projekten, die Schaffung von Kooperationen oder die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement geschehen (Schönig & Motzke, 2016, Kap. 2.1.4).

Ein Ergebnis der Studie von Finkeldei et al. (2023) zur Vernetzung der Angebote zeigte, wie stark die externen Leistungsangebote je nach Fachkraft variieren. Obwohl diese zum Großteil leitenden Fachkräfte gute Vernetzungsmöglichkeiten und Kenntnisse über verfügbare Angebote in ihrem Zuständigkeitsbereich haben sollten, waren den meisten von ihnen keine passenden Versorgungsangebote für Familien nach einem traumatischen Ereignis, wie dem Suizid eines Elternteils, bekannt (S.437).

Dabei spielt es eine wichtige Rolle, dass die Institutionen über Kenntnisse der regionalen Angebote verfügen, um den Trauernden die Möglichkeit zu geben, selbst auszuwählen, welche Unterstützungen für sie hilfreich sein können. Schließen sich verschiedene Institutionen zu einem Netzwerk zusammen können sie ihre Ressourcen gemeinsam nutzen und somit die bestmögliche Versorgung der Klient*innen erreichen (Schärer-Santschi, 2019, S. 45).

5.2. Anforderungen und Herausforderungen an Fachkräfte der Sozialen Arbeit

Damit Sozialarbeiter*innen mit Menschen in suizidalen Krisen und Angehörigen von Suizident*innen zusammenarbeiten und diese angemessen unterstützen können, bedarf es einem fundierten Grundwissen zu der Thematik Suizid. Dennoch findet Suizid nur selten Platz in der Ausbildung von Sozialarbeiter*innen (Misek-Schneider, 2013, S. 214). In der Studie von Finkeldei und Kolleg*innen (2023) wurde nach Verbesserungsvorschlägen für die Versorgung von Familien nach einem suizidalen Vorfall gefragt, hier wurde der Punkt der Ausbildung ebenfalls aufgegriffen. 11,5% der Teilnehmenden wünschen sich eine Fort- oder Weiterbildung zu dem Bereich. Je jünger

die Familienmitglieder sind, desto weniger Unterstützung konnten die Studienteilnehmer*innen anbieten (S.435).

Der Hilfebedarf von jungen Kindern wird von den Fachkräften häufig unterschätzt, aufgrund der Annahme, dass Kinder kein Verständnis für Tod haben und dementsprechend auch keine Trauer erleben können. Diese Fehleinschätzung kann im Lebenslauf der betroffenen Kinder und Jugendlichen negative Auswirkungen hervorrufen. 58,1 % der Befragten gaben an, sie würden keinerlei Wissen zu dem Thema „Akuter traumatischer Stress bei Kindern und Jugendlichen“ haben. Dementsprechend müssten die Sozialarbeiter*innen geschult werden, die in ihrem Tätigkeitsbereich auf betroffene Kinder und Jugendliche treffen (Finkeldei et al., S. 436f). Das kann dann zu einer verbesserten Einschätzung der Belastung innerhalb der Familie führen und dazu beitragen, passende Hilfsangebote zu finden. Zudem nimmt es den Fachkräften die Unsicherheit im Umgang mit „schwierigen“ Themen wie Suizid.

Das Wissen über Suizid spielt in der Suizidprävention eine wichtige Rolle. Es ist relevant für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, die in Tätigkeitsbereichen agieren, in denen es feste Gemeinschaften gibt, wie bei z.B. Schulklassen oder stationären Jugendeinrichtungen. Sie müssen schnell und angemessen reagieren können, um einem Nachahmungseffekt entgegenzuwirken (Kirschenbauer, 2023, S. 211). Wichtig dafür ist eine vertrauensvolle Beziehung. In stationären Einrichtungen kann eine gute Beziehung zwischen den Fachkräften und der oder dem Jugendlichen zu einer wichtigen Ressource werden, wenn es zu einer Suizidgefährdung kommt (Kirschenbauer, 2023, S. 210).

Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023) geben Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Suizidhinterbliebenen, die im Folgenden aufgeführt werden. Familienangehörige, die mit einem Suizid konfrontiert werden, benötigen mehrere Gesprächsmöglichkeiten, um über ihre Erfahrungen und Emotionen zu sprechen. Es ist wichtig, ihnen Verständnis entgegenzubringen, insbesondere für ihre Gefühle der Schuld und Scham. Darüber hinaus ist es hilfreich, ihnen Erklärungen und Informationen über den Vorfall zu geben, um ihnen bei der Verarbeitung zu helfen und eine gewisse Distanz zu schaffen. Zusätzlich benötigen sie Unterstützung bei rechtlichen Angelegenheiten, wie beispielsweise dem Umgang mit Versicherungen (Kap.16.1).

Die Reflexion über die individuellen Einstellungen zum Thema Suizid ist wichtig, da es grundlegende Werte betrifft. Die eigene Einstellung kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, wie dem Wissen zum Thema, persönlichen Erfahrungen im privaten oder beruflichen Kontext sowie gesellschaftlich-kulturellen Normen. Eine reibungslose

Teamarbeit kann davon profitieren, wenn auch die Haltungen der Teammitglieder und Vorgesetzten reflektiert werden (Illes et al., 2015, S. 46).

In der klinischen Arbeit mit Angehörigen kann es im Falle eines Patientensuizides zu unterschiedlichen Reaktionen der Hinterbliebenen in Bezug auf die Klinik und die Mitarbeitenden kommen. Es lassen sich nach den Praxiserfahrungen von Wolfersdorf und Etzesdorfer (2023) drei Kategorien von Reaktionen seitens der Betroffenen identifizieren. Erstens gibt es jene Personen, die zusammen mit dem therapeutisch-pflegerischen Team versuchen, den Suizid nachzuvollziehen und gemeinsam zu trauern. Zweitens gibt es eine Gruppe, die sich zurückzieht und keinen Wert auf entlastende oder aufklärende Gespräche legt. Diese Personen möchten die Angelegenheit schnell hinter sich lassen, indem sie die Habseligkeiten des Verstorbenen abholen und sich anschließend isolieren, während sie wahrscheinlich auf eigene Weise versuchen, mit dem Suizid umzugehen. Die dritte Gruppe zeichnet sich durch Unverständnis (aus Unfähigkeit oder Unwillen), Verleugnung und Schuldzuweisungen aus, die bis hin zu aggressiven Vorwürfen gegenüber dem therapeutisch-pflegerischen Team reichen. In vielen Fällen geht dies mit der Androhung rechtlicher Schritte einher (Kap. 16.2).

Im letzteren Fall ist von Bedeutung, dass man in derartigen Situationen nicht sofort in eine aufgebrachte Verteidigungsposition gerät und sich inhaltlich auf eine Diskussion einlässt. Stattdessen sollte man Mitgefühl und Verständnis für die Trauer des Angehörigen zum Ausdruck bringen und Gespräche anbieten (Illes et al., 2015, S. 113).

Suizidhinterbliebene sind immer auch Trauernde. Demnach bildet die Trauerberatung einen wesentlichen Anteil in der Arbeit mit den Angehörigen von Suizident*innen.

Jordan (2008) fasst wichtige Grundsätze für die Arbeit mit Trauernden nach einem Suizid in der Familie zusammen: Die Fachkraft sollte eine reflektierte Haltung zum Thema Suizid haben und über aktuelles Wissen zur Trauer nach Suizid verfügen. Psychoedukation, insbesondere zu psychischen Störungen und den Auswirkungen eines Suizids auf Familien, ist von großer Bedeutung. Zudem ist es wichtig über Interventionsmöglichkeiten informiert zu sein, wie z.B. Onlineangebote oder Selbsthilfegruppen in der Nähe. Diese können dazu beitragen erlebter Stigmatisierung, Isolation und Unsicherheiten in Bezug auf die eigenen Gefühle entgegenzuwirken. Die Fachkraft sollte für alle Familienmitglieder ansprechbar sein und bei Bedarf (z.B. bei einer Entwicklung von Symptomen der komplizierten Trauer oder Suizidalität) an Psychotherapeut*innen oder Kliniken verweisen können (S.4f).

5. Rolle der Sozialen Arbeit

Die Unterstützung von Personen in ihrer Trauer erfordert eine grundlegende Haltung der Akzeptanz und des Respekts gegenüber den Trauernden. Es ist essenziell, dass die Fachkraft die Fähigkeit besitzt, individuelle Grenzen aller Betroffenen, inklusive sich selbst, zu erfassen und zu achten (Schärer-Santschi, 2019, S. 45).

Das Verständnis des Trauerprozesses erleichtert das empathische Verstehen der Klient*innen. Durch die Empathie dem*der Gesprächspartner*in gegenüber wird es deutlich einfacher eine Vorstellung davon zu bekommen womit sich diese*r möglicherweise beschäftigt (Backhaus, 2020, S. 61).

Eine Herausforderung für die Fachkräfte besteht darin, mit den eigenen emotionalen Belastungen umzugehen, die mit der Arbeit mit trauernden Angehörigen einhergehen können. Es ist wichtig, dass sie über geeignete Selbstfürsorgetechniken verfügen und regelmäßig Supervision und Unterstützung erhalten, um ihre eigene psychische Gesundheit zu erhalten (Schenk, 2021, S. 132). Als wichtigster Schutzfaktor in der Arbeit mit Trauernden gilt die Teamarbeit. Das Team vermittelt ein grundlegendes Gefühl der Unterstützung. Die Arbeit im Team bietet verschiedene Möglichkeiten wie den Austausch untereinander, Fallbesprechungen oder Supervisionen, die eine gegenseitige Entlastung mit sich bringen (Backhaus, 2020, S. 170).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arbeit mit den Angehörigen nach einem Suizid eine komplexe Herausforderung für Fachkräfte der Sozialen Arbeit darstellt. Neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und der Vermittlung von Informationen, müssen sie einfühlsam auf die individuellen Bedürfnisse der Hinterbliebenen eingehen und ihnen dabei helfen, mit ihren Gefühlen und den gesellschaftlichen Vorurteilen umzugehen. Fachwissen im Bereich Suizidprävention und -nachsorge ist daher unerlässlich.

6. Fazit

Grundlage der vorliegenden Arbeit war die Fragestellung: „Wie können Fachkräfte der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Angehörigen nach einem Suizid beitragen und welche Maßnahmen und Intervention sind besonders wirksam, um auf die spezifischen Hilfebedarfe einzugehen. Um diese Frage beantworten zu können wurde eine umfangreiche Literaturanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse der Arbeit verdeutlichen die Bedeutung einer umfassenden Unterstützung für Suizidhinterbliebene und zeigen verschiedene Hilfsangebote auf.

Angefangen bei der Prävention und Postvention wird deutlich, dass frühzeitiges Eingreifen und eine gezielte Betreuung einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Angehörigen leisten können. Suizidprävention zielt darauf ab, Risikofaktoren zu reduzieren und schützende Faktoren zu stärken, während Suizid-Postvention darauf abzielt, den Trauerprozess zu unterstützen und nachahmende suizidale Verhaltensweisen zu reduzieren. In diesem Zusammenhang werden Selbsthilfegruppen als besonders wertvolle Ressource betrachtet. Sie ermöglichen den Austausch mit Gleichgesinnten, bieten Unterstützung im Trauerprozess und fördern die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Zudem werden Onlineinterventionen als zunehmend relevante Option genannt, die durch Anonymität und flexible Zugangsmöglichkeiten einen niedrighschwelligigen Zugang zur Unterstützung bieten können.

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Unterstützung von Angehörigen nach einem Suizid ist von großer Bedeutung. Insbesondere die Netzwerkarbeit und die enge Zusammenarbeit mit anderen professionellen Hilfen, wie z.B. Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Selbsthilfegruppen, können eine umfassende Versorgung gewährleisten. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sollten über fundiertes Wissen zu Suizid, Trauerprozessen und psychosozialen Interventionen verfügen, um die spezifischen Hilfebedarfe der Angehörigen adäquat zu adressieren.

Um ein Grundwissen zum Thema Suizid zu vermitteln, wurden zu Beginn wichtige Begriffe zum Kontext erläutert, sowie aktuelle Zahlen vorgestellt und mögliche Risikofaktoren für Suizidalität nähergebracht. Anschließend wurden die Angehörigen von Suizidverstorbenen definiert und beschrieben, da sie das zentrale Thema der Bachelorarbeit darstellen. Damit die spezifischen Hilfebedarfe von Suizidhinterbliebenen erkennbar werden, wurden zuvor die Auswirkungen in Hinblick auf die Trauer, das Trauma und das Stigma, die ein Suizid für Angehörige mit sich bringt präzise erörtert. Es folgte eine Vorstellung bestehender Hilfsmöglichkeiten. Dazu gehörten Prävention-

und Postventionsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen und Onlineinterventionen, die sich speziell auf Suizidhinterbliebene beziehen. Möglichkeiten des Kontaktes mit Angehörigen von Suizidverstorbenen in der Sozialen Arbeit wurden aufgezeigt und somit auch die Vielfältigkeit der Tätigkeitsbereiche die die Arbeit mit Suizidhinterbliebenen betreffen. Damit Suizidhinterbliebenen eine passende Hilfe vermittelt werden kann ist eine gute Netzwerkarbeit unabdingbar. Aus diesem Grund wurde die soziale Netzwerkarbeit näher beschrieben. Es stellt eine Herausforderung dar, mit Suizidhinterbliebenen zu arbeiten, deshalb war es von Bedeutung die besonderen Anforderungen für eine gelingende Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen aufzuzeigen.

Es wurde verdeutlicht, dass der Begriff "Suizid" eine wertfreie und angemessene Bezeichnung für den Tod ist, durch den ein Mensch sich selbst das Leben genommen hat. Dementsprechend sollte er auch im allgemeinen Sprachgebrauch genutzt werden, um einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Mit einer Zahl von weltweit 789.064 Suizide im Jahr 2016 und 9215 Suiziden 2021 in Deutschland wird die Häufigkeit dieses Geschehens verdeutlicht und somit seine Relevanz für die Gesellschaft. Auch wenn Suizide mit fortschreitendem Alter häufiger auftreten, ist es notwendig zu beachten, dass sie als Todesursache bei Jugendlichen an zweiter Stelle auftreten. Zu den verschiedenen Faktoren, die das Suizidrisiko beeinflussen gehören Alter, Geschlecht, psychische Erkrankungen, belastende Lebensereignisse, familiäre Vorbelastung, physische Belastungen, Medieneinfluss und der Effekt von Suizidversuchen in der Vergangenheit. In Bezug auf die Thematik der Bachelorarbeit ist der Fakt hervorzuheben, dass Suizidhinterbliebene selbst ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten aufweisen.

Es wird erläutert, dass der Begriff "Angehörige" verschiedene familiäre Beziehungen umfasst und der Begriff "Suizidhinterbliebene*r" am häufigsten verwendet wird, um Personen zu beschreiben, die jemanden durch Suizid verloren haben. Es wird betont, dass die Anzahl der direkt Betroffenen nach verschiedenen Schätzungen variiert (von 6 bis 60) und von der Qualität der Beziehung zum Verstorbenen abhängt. Untersuchungen zeigen, dass Suizide im persönlichen Umfeld häufig vorkommen und die Prävalenz von Suizidverlusten bei Familienmitgliedern (3,90%), Freunden (14,53%) und allen Beziehungen (29,41%) signifikant ist.

Der Suizid eines Angehörigen kann langfristige Auswirkungen auf die psychische, körperliche und funktionale Gesundheit der Hinterbliebenen haben. Die Reaktionen von Angehörigen nach einem Suizid sind vielfältig. Trauer nach einem Suizid weist ähnliche

Symptome wie bei anderen Todesfällen auf, aber es kommt auch zu spezifischen Reaktionen, wie Schuldgefühlen und der Suche nach dem Sinn für die Tat. Die Trauer nach einem Suizid kann länger andauern und intensiver sein als nach anderen Todesumständen. Das Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen bei Suizidhinterbliebenen ist erhöht. Suizidhinterbliebene werden oft stigmatisiert, was zu psychischen Belastungen und ebenfalls zu einem erhöhten Suizidrisiko führen kann. Stigmatisierung erschwert den Trauerprozess und die Suche nach Hilfe für suizidale Personen. Es ist wichtig, die Allgemeinbevölkerung über Suizid aufzuklären und entsprechende Interventionen anzupassen, um die Auswirkungen von Stigmatisierung zu verringern.

Die Hilfsangebote für Suizidhinterbliebene sind begrenzt und unspezifisch. Allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten umfassen medizinische Versorgung, Psychotherapie, Trauerbegleitung, Kriseninterventionen und Seelsorge. Es gibt drei Bereiche der Hilfe: Suizidprävention, Interventionen und Suizid-Postvention. Postvention zielt darauf ab, suizidales Verhalten zu reduzieren und den Trauerprozess der Hinterbliebenen zu unterstützen. Kontaktaufnahme zu den Betroffenen und psychoedukative Programme sind wichtige Bestandteile der Postvention. Psychoedukation hilft den Hinterbliebenen, den Trauerprozess zu verstehen und Scham und Schuldgefühle zu bewältigen. Bei Kindern ist eine altersgerechte Aufklärung über den Suizid des Angehörigen wichtig. Postvention spielt eine entscheidende Rolle in der nationalen und internationalen Suizidprävention. Es gibt verschiedene Arten von Selbsthilfegruppen, die spezifische psychische Zustände berücksichtigen, die bei Suizidhinterbliebenen auftreten. Sie bieten niedrigschwellige Zugänge und ermöglichen den Austausch mit Gleichgesinnten, um den Trauerprozess zu bewältigen und Unterstützung im Alltag zu erhalten. Obwohl es nur begrenzte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen gibt, deuten erste Ergebnisse darauf hin, dass sie positive Effekte in Hinblick auf die Trauersymptome, die Schuldgefühle und das Verantwortungsempfinden der Betroffenen haben können. In Deutschland gibt es nur eine spezialisierte Organisation für Suizidhinterbliebene, den Verein "Angehörige um Suizid". Onlineangebote für Suizidhinterbliebene bieten einen leichteren Zugang, Anonymität und Flexibilität für Betroffene. Es gibt verschiedene digitale Plattformen und Anwendungen, aber nicht alle sind wissenschaftlich fundiert oder überprüft. Die Krisen-Kompass-App der Telefonseelsorge und das Onlineprogramm "8 Leben" sind Beispiele für solche Interventionen. Es besteht jedoch weiterhin Bedarf an Evaluierung und Forschung in diesem Bereich.

Sozialarbeiter*innen werden regelmäßig mit Suizid und Suizidgefährdung konfrontiert, insbesondere in Bereichen, die mit psychischen Erkrankungen zusammenhängen.

Studien zeigen, dass viele Mitarbeiter*innen in ihrer Arbeit in Erziehungsberatungsstellen und im Jugendamt bereits mit betroffenen Angehörigen in Kontakt waren. Die Vernetzung mit anderen professionellen Helfern und Organisationen ist ein wichtiger Aspekt der Sozialen Arbeit in der Angehörigenarbeit nach einem Suizid. Die Studie von Finkeldei und Kolleg*innen zeigte auf, dass es kaum Fachkräfte gibt, die Familienangehörigen ein passendes Hilfsangebot vermitteln können im Falle eines familiären Suizids. Eine gute Netzwerkarbeit, bei der Institutionen und Fachkräfte zusammenarbeiten und ihre Ressourcen teilen, ist entscheidend, um die bestmögliche Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten. Die Arbeit mit Suizidhinterbliebenen stellt Sozialarbeiter*innen vor komplexe Herausforderungen. Es erfordert fundiertes Wissen, eine vertrauensvolle Beziehung und die Vermittlung von Informationen. Die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen werden oft unterschätzt, daher sind spezifisches Wissen und Schulungen erforderlich. In psychiatrischen Kliniken können Mitarbeitende mit Betroffenen in Kontakt kommen, die dem Klinikpersonal die Schuld an dem Suizid geben, hier gilt es eine professionelle Haltung zu bewahren. Die Vernetzung mit anderen Fachkräften und Organisationen ist wichtig, ebenso wie die Reflexion der eigenen Einstellungen. Empathie, Selbstfürsorge und Teamarbeit spielen eine zentrale Rolle.

Die vorliegende Bachelorarbeit konnte aufgrund der Komplexität der Thematik nur einen begrenzten Einblick in die Angehörigenarbeit nach einem Suizid geben. Die Auswirkungen, die ein Suizid für Angehörige mit sich bringt, können vielfältig sein, weshalb es eine Beschränkung auf die häufigsten psychischen Belastungen gab. Ebenso konnten nur einige Bereiche von Hilfsmöglichkeiten näher betrachtet werden. Es gibt noch einen hohen Forschungsbedarf zu der Gruppe der Suizidhinterbliebenen, insbesondere in Bezug auf die Wirksamkeit von spezifischen Interventionen. Demnach fehlt es der Bachelorarbeit teilweise an empirischen Belegen. Weitere Studien sind erforderlich, um evidenzbasierte Interventionen zu entwickeln und die bestehenden Angebote weiter zu verbessern. In nahezu allen Tätigkeitsfeldern von Sozialarbeiter*innen ist eine Konfrontation mit Suizidhinterbliebenen möglich. Deshalb konnten nur beispielhaft ein paar wenige Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit, die mit Angehörigen von Suizident*innen in Berührung kommen dargestellt werden. Zudem können Sozialarbeiter*innen durch einen Suizid an ihrem Arbeitsort selbst zu Betroffenen werden, dies wird jedoch nicht weiter ausgeführt, weil sich die Untersuchung auf die Gruppe der nahen Angehörigen bezieht.

Insgesamt zeigt diese Literaturarbeit auf, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Angehörigen nach einem Suizid spielen können. Durch eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Versorgung, die verschiedene

Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen und Onlineinterventionen einbezieht, kann den Suizidhinterbliebenen geholfen werden, mit dem Verlust umzugehen und ihren Trauerprozess zu bewältigen.

Zukünftig sollte das Thema Suizid eine stärkere Berücksichtigung in der Ausbildung von Sozialarbeiter*innen finden. Bereits im Studium müssen die wichtigsten Grundlagen zu Suizidalität vermittelt werden. Weiterhin muss die Vernetzung zwischen den verschiedenen Fachkräften und Organisationen intensiviert werden, die vor allem auch spezifische niedrigschwellige Angebote für Suizidhinterbliebene beinhalten sollte, damit die Angehörige eine schnelle und angemessene Unterstützung bekommen.

Literaturverzeichnis

- AGUS e.V. (2023). *Links/Flyer zu den AGUS Gruppen*. Abgerufen am 26. Juni 2023 von agus-selbsthilfe.de: <https://agus-selbsthilfe.de/agus-gruppen/linksflyer-zu-den-agus-gruppen/>
- Anane-Mundthal, K. (2020). Suizidalität als Lebenskrise. In G. Stecklina, & J. Wienforth, *Handbuch Lebensbewältigung und Soziale Arbeit* (S. 566-574). Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Andre-Lägel, I. (2016). Psychoedukation bei Hinterbliebenen nach Suizid. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz, *Handbuch der Psychoedukation - für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 241-247). Stuttgart: Schattauer.
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population- based studies. *Journal of Psychiatric Research*, pp. 113-120.
- Auersperg, F. (2020). "Smells like teen spirit"? Die mediale Darstellung einer ohnmächtigen Generation. In M. Poltrum, B. Rieken, & O. Teischel, *Lebensmüde, todestrunken - Suizid, Freitod und Selbstmord in Film und Serie* (S. 529-546). Berlin: Springer-Verlag.
- Büscher, R., & Sander, L. (2023). Suizidprävention. In D. Ebert, & H. Baumeister, *Digitale Gesundheitsinterventionen* (S. 355-363). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Backhaus, U. (2020). *Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bailey, S., Kral, M., & Dunham, K. (1999). Survivors of Suicide Do Grieve Differently: Empirical Support for a Common Sense Proposition. *Suicide life threat Behavior*(29), pp. 256-271.
- Bieker, R. (2022). Was ist Soziale Arbeit? - Eine Einführung in Gegenstand und Funktionen. In C. Kuhlmann, H. Löwenstein, H. Niemeyer, & R. Bieker, *Soziale Arbeit - Das Lehr- und Studienbuch für den Einstieg* (S. 15-64). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Bobillier, F. (2022). *Trauernde Kinder und Jugendliche psychologisch begleiten - Ein Handbuch für die Praxis*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Borst, U., & Hepp, U. (2012). Suizid, Die Leiden der Angehörigen - Suizidalität und Suizid in der systemischen Therapie. *Psychotherapie im Dialog*(13 (2)), S. 36-40.
- Brassel-Ochmann, A. (2016). *Die trügerische Akzeptanz von Islam, Homosexualität und Suizid*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Chomé, J., Hentges, M., Hück, A., Nicolas, S., Paulsen, G., & Grün, H. (2022). Trauererleben, Trauerbewältigung und die professionelle Unterstützung bei Kindern und Jugendlichen. In A. Heinen, R. Samuel, C. Vögele, & H. Willems, *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter* (S. 553-574). Wiesbaden: Springer VS.
- Dreier, M., Ludwig, J., Baumgardt, J., Härter, M., von dem Knesebeck, O., Bock, T., & Liebherz, S. (13. Dezember 2021). Entwicklung einer Onlineintervention zum Thema Suizidalität – Vermittlung von Wissen und Reduzierung von Suizidstigma. *Bundesgesundheitsblatt* 2022(65), S. 47-57.
- Effinger, H. (2022). Intervention. In Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (9. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage Ausg., S. 455-456). Baden-Baden: Nomos.
- Eichenberg, C., & Auersperg, F. (2022). *Digitale Selbsthilfe bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Feldmann, K. (2004). *Tod und Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Finkeldei, S., Kern, T., & Rinne-Wolf, S. (2023). Querschnittstudie zum Versorgungsstand von Familien nach Suizid und Suizidversuch eines Elternteils in Bayern. *Prävention und Gesundheitsförderung*(18), S. 431-439.
- Finzen, A. (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention, Behandlung, Bewältigung*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- gbe-bund.de. (2022). *Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2017 bis 2021*. Abgerufen am 26. Juni von Statista:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/585/umfrage/selbstmordmethoden-in-deutschland-2006/>

- Glaesmer, H. (2021). Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens. In T. Teismann, T. Forkmann, & H. Glaesmer, *Suizidales Erleben und Verhalten* (S. 9-25). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hallensleben, N., & Rath, D. (2021). Epidemiologie, Risiko- und Protektivfaktoren suizidalen Erlebens und Verhaltens. In T. Teismann, T. Forkmann, & H. Glaesmer, *Suizidales Erleben und Verhalten* (S. 26-45). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Illes, F., Jendreyshak, J., Armgart, C., & Juckel, G. (2015). *Suizide im beruflichen Kontext - Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Schattauer.
- Jordan, J. R. (2008, Oktober). Bereavement after Suicide. *Psychiatric Annals*(10), pp. 1-6.
- Kantor, H., & Wolfersdorf, M. (1993). Zum Problem der Hinterbliebenen nach dem Suizid eines Angehörigen. *Suizidprophylaxe*, S. 81-98.
- Kirschenbauer, H.-J. (2023). *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und Soziale Arbeit*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Kröger, C., Hahn, G., & Große, L. (2023). Soziale Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther, & R.-B. Zimmermann, *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 304-326). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lammer, K. (2014). *Trauer verstehen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Leupold, M. (2021). Suizidalität. In R.-C. Amthor, B. Goldberg, P. Hansbauer, B. Landes, & T. Wintergerst, *Wörterbuch Soziale Arbeit* (9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage Ausg., S. 908-910). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lindner, R., & Schneider, B. (2022). Schuld und Scham nach Suizid. *Leidfaden - Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*, S. 52-54.

- Misek-Schneider, K. (2013). Zum Umgang mit Suizid und suizidgefährdeten Personen. In A. Trost, & W. Schwarzer, *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie - für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (5., erweiterte und aktualisierte Ausg., S. 213-232). Dortmund: Borgmann.
- Oexle, N., Mayer, L., & Rüscher, N. (2020). Suizidstigma und Suizidprävention. *Nervenarzt*(91), S. 779-784.
- Paul, C. (2014). Kinder und Jugendliche als Trauernde nach einem Suizid. In F. Röseberg, & M. Müller, *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien* (S. 189-195). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rosner, R. (2022). *Diagnose und Behandlung der Anhaltenden Trauerstörung*. Abgerufen am 14. Juli 2023 von [oberbergkliniken.de](https://www.oberbergkliniken.de):
https://www.oberbergkliniken.de/fileadmin/Veranstaltungen/Aktuelle_Trends_nicht-pharmakologischer_Ansaetze_in_der_Behandlung_psychischer_Stoerungen/2022-02-16_Oberberg_2_Online-Vortrag_Rosner.pdf
- Rosner, R., & Wagner, B. (2013). Komplizierte Trauer. In A. Maerker, *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage Ausg., S. 469-486). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rotthaus, W. (2017). *Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Verlag GmbH.
- Schönig, W., & Motzke, K. (2016). *Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Schärer-Santschi, E. (2019). Trauer und Institution. In E. Schärer-Santschi, *Trauern* (S. 44-46). Bern: Hogrefe Verlag.
- Schenk, M. (2021). *Empathie und Mitgefühl in Trauerbegleitung und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scherer, E., & Lamprecht, T. (2021). *Angehörige in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Schmidtke, A., & Schaller, S. (2012). Postvention bei suizidalen Handlungen. *Psychotherapie im Dialog*, S. 50-54.

- Schneider, B., Lindner, R., & Sperling, U. (2014). Hilfen für Hinterbliebene. In R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider, & U. Sperling, *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (S. 105-110). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schneider, B., Wächtler, C., Schaller, S., Erlemeier, N., & Hirsch, R. (2014). Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider, & U. Sperling, *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (S. 35-45). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Seibl, R., Antretter, E., & Haring, C. (2001). Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. *Psychiatrische Praxis*(28), S. 316-322.
- Selbsthilfe unterstützen - Das Fachportal. (2021). *Netzwerkarbeit*. Abgerufen am 13. Juli 2023 von selbsthilfe-unterstuetzen.de: <https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/grundlagen/netzwerkarbeit/>
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., & Voracek, M. (2012). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (Bd. 2. Auflage). Wien: UTB: facultas.wuv.
- Statistisches Bundesamt. (2023a). *Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppe in den Jahren 2011 bis 2021*. Abgerufen am 26. Juni 2023 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318213/umfrage/anzahl-der-sterbefaelle-durch-suizid-in-deutschland-nach-altersgruppe/>
- Statistisches Bundesamt. (20. März 2023b). *Statista*. Abgerufen am 29. April 2023 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschaedigung/>
- Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut, Bundeskriminalamt. (2023). *Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen in den Jahren 2012 bis 2021*. Abgerufen am 28. Juni 2023 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318378/umfrage/anzahl-der-suizide-in-deutschland-im-vergleich-zu-ausgewaehlten-todesursachen/>
- Stich, W. (1996). "Hinterbliebene nach Suizid" - Erfahrungen aus drei Jahren Gruppenarbeit. *Suizidprophylaxe*, S. 157-160.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. (2016). *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. Leipzig.

- Teismann, T., & Dormmann, W. (2021). *Suizidalität* (2. aktualisierte Ausg.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Telefonseelsorge. (2023). *Krisenkompass*. Abgerufen am 25. Juni 2023 von Telefonseelsorge: <https://www.telefonseelsorge.de/krisenkompass/>
- Trojan, A. (2020). *Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung*. Abgerufen am Juni 2023 von BZgA: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-netzwerke-und-netzwerkfoerderung/>
- van Rießen, A., & Fehlau, M. (2022). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. In C. Kuhlmann, H. Löwenstein, H. Niemeyer, & R. Bieker, *Soziale Arbeit - Das Lehr- und Studienbuch für den Einstieg* (S. 177-212). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Verrel, T. (2022). Suizid. In Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage Ausg., S. 907-908). Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wagner, B. (2021). Postvention: Hinterbliebene nach einem Suizid. In T. Teismann, T. Forkmann, & H. Glaesmer, *Suizidales Erleben und Verhalten* (S. 234-252). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Wagner, B. (Mai 2022). Hinterbliebene nach einem Suizid von nahen Angehörigen. *Trauma & Gewalt*, S. 128-136.
- Wagner, B., & Hofmann, L. (16. März 2020). Psychische Folgen und psychotherapeutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen. *Psychotherapeutenjournal*(1), S. 26-33.
- Wagner, B., Hofmann, L., & Grafiadeli, R. (20. Juli 2020). Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. *Psychiatrische Praxis*(48), S. 9-18.
- Walraven-Thissen, A. (2021). *Was tun nach einem Suizid? - Praxishandbuch zur Suizid-Postvention für Einsatzkräfte, Care-Teams, Pflege-, Gesundheits-, und Seelsorgeberufe*. Bern: Hogrefe Verlag.

- WHO. (2021). *Suizidraten ausgewählter Länder nach Geschlecht im Jahr 2019 (pro 100.000 Einwohner)*. Abgerufen am Juni 2023 von Statista:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/242337/umfrage/laender-mit-den-hoechsten-suizidraten-nach-geschlecht/>
- Winter , S., Brockmann, E., & Hegerl, U. (4.. März 2005). Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. *Verhaltenstherapie*(15), S. 47-53.
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2023). *Suizid und Suizidprävention - Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Wolfersdorf, M., & Franke, C. (2006). Suizidalität - Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*(74), S. 400-419.
- Worden, J. W. (2018). *Beratung und Therapie in Trauerfällen - Ein Handbuch* (5, unveränderte Ausg.). Bern: Hogrefe Verlag.