

Handbuch Suizidprävention



Niemand bringt sich gerne um.

Handbuch für die Suizidprävention
in der TelefonSeelsorge



TelefonSeelsorge

Anonym. Kompetent. Rund um die Uhr.

Kapitelübersicht

- 1 **Einleitung**
- 2 **Basisfragen**
- 3 **Religiöse und ethische Fragen**
- 4 **Praxisfelder**
- 5 **Rechtliche Positionen**
- 6 **Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung**
- 7 **Material/Literatur**

Um eine möglichst gute Lesbarkeit des Textes sicherzustellen, haben sich die Autorinnen und Autoren dazu entschieden, wechselweise die weibliche beziehungsweise männliche Schreibweise zu verwenden. Es sind also jeweils Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

1 Einleitung



1 Einleitung

1 Einleitung

- 1.1 „Niemand bringt sich gerne um!“
- 1.2 Was will dieses Handbuch und wie kann es genutzt werden?

Impressum

Herausgeber:

Evangelisch Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e.V.
Geschäftsstelle: Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin, telefonseelsorge@diakonie.de

Katholische Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür
Geschäftsstelle: Kaiserstraße 161, 53113 Bonn, telefonseelsorge@dbk.de

Text:

Volker Bier (TelefonSeelsorge Saar)
Dr. Bernd Blömeke (Geschäftsstelle Ev. Konferenz TS/OT e. V.)
Gabriele Klix-van Drunen (Offene Tür Erlangen)
Mechthild Klünemann-Haering (TelefonSeelsorge Bochum)
Dr. Christopher Linden (TelefonSeelsorge Mainz-Wiesbaden)
Anne Pankau (TelefonSeelsorge Neckar-Alb)
Dr. Stefan Plöger (TelefonSeelsorge Ulm/Neu-Ulm)
Dr. Christiane Rieth (TelefonSeelsorge Darmstadt)
Rosemarie Schettler (TelefonSeelsorge Duisburg-Mülheim-Oberhausen)
Gesine Wabra (TelefonSeelsorge Schwarzwald-Bodensee e. V.)
Heidrun Wiese (TelefonSeelsorge Berlin e. V.)

Gestaltung:

K2. agentur für kommunikation, Bonn

Bildnachweis:

M. Gloger; Fotolia: benqook, DifferenceMaker, m. Haas, A. Lingnau, Photolens, M. Tolstoy; iStockphoto.de: byryo, Nikada; photocase.com: t. eulenspiegel, ds1969

Druck:

Warlich Druck, Ahrweiler (11/2009)

1 Einleitung

1.1 „Niemand bringt sich gerne um!“

Rosemarie Schettler

„Niemand bringt sich gerne um!“ – Unter diesem etwas drastischen Motto startete 2005 anlässlich des 3. Weltsuizidpräventionstages eine überregionale Aktion in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen.

Krisendienste, Fachberatungsstellen und einige TelefonSeelsorge-Stellen hatten am 10. September Informationsstände rund um das Thema Suizid in den Innenstädten aufgebaut. Um zwölf Uhr mittags stiegen an vielen Standorten gasgefüllte Ballons auf, bedruckt mit dem Namen und der Telefonnummer des örtlichen Krisendienstes. Jeder Ballon trug ein gelbes Kärtchen in den Himmel. Auch das Kärtchen war auf der einen Seite beschriftet mit den Nummern und den Namen der beteiligten Krisendienste und TelefonSeelsorge-Stellen, auf der anderen Seite prangten Herzen und der harte Satz: „Niemand bringt sich gerne um!“



Die Absicht und das Ziel der damaligen Aktionen war, die Alltäglichkeit des Phänomens Suizidalität ins Bewusstsein zu holen und dabei unmissverständlich auszudrücken, dass Suizid nie eine locker getroffene Bilanz-Entscheidung ist und auch nicht plötzlich, aus heiterem Himmel erscheint.

Fast immer entwickelt sich der Gedanke an Suizid als Lösungsversuch am Ende einer langen Zeit belastender Lebensumstände und alternativer Lösungsversuche. Die Belastungen, die Betroffene in dieser Zeit empfinden, sind der Umwelt oft be-

kannt, selten aber erkennen die anderen das Ausmaß der dabei empfundenen Verzweiflung.

Mit dem Symbol des Ballons sollte diese Schwere des Suizidgedankens verknüpft werden mit der Leichtigkeit des Ballons und dem Gedanken, dass es auch für Suizidimpulse Gesprächsangebote gibt und Alternativen.

„Niemand bringt sich gerne um!“ – Dieser Satz polarisiert. Manche Menschen lässt er lächeln wegen der scheinbaren Selbstverständlichkeit, die er beschreibt, andere wieder fühlen sich provoziert. Sie sind dann schockiert wegen der vermeintlichen Lässigkeit dieser Aussage und befürchten, die Suizidgefahr und damit der Suizident würden nicht genügend ernst genommen.

„Niemand bringt sich gerne um!“ – Warum schmückt nun dieser polarisierende Satz als Titel die Handreichung zur Suizidprävention in der TelefonSeelsorge? Er steht dort, weil er wachrüttelt, die Mitarbeitenden in der TelefonSeelsorge an die Gründungsidee ihrer Einrichtung erinnert und hoffentlich ermutigt, Suizidgespräche aktiv zu führen.

Ursprünglich war die TelefonSeelsorge angetreten als „Lebensmüdenberatung“. Genutzt wurde sie im Laufe der Jahre von Anrufern immer mehr als Anlaufstelle für Themen wie Einsamkeit, psychische Krankheit, außergewöhnliche Lebenssituationen ohne Selbsttötungsabsichten. Auch chronisch belastete Menschen nehmen TelefonSeelsorge häufig in Anspruch.

Betrachtet man die Statistik der TelefonSeelsorge, so kann der Eindruck entstehen, dass Suizid als Thema eher die Ausnahme ist. Hauptamtliche in der TelefonSeelsorge haben aber auch den Eindruck und den Verdacht, dass hier die Statistik wiedergibt, was Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge zulassen und hören können. Suizidalität – solange sie nicht direkt und unmissverständlich ausgesprochen wird – wird schnell überhört, rührt sie doch sehr an eigene Ängste.

TelefonSeelsorge als ein niedrigschwelliger Dienst mit den markanten Merkmalen der Anonymität und 24-Stunden-Präsenz bietet aber gerade Menschen in suizidalen Krisen in hohem Maß ein Profil, das zum Gespräch über den intimen und heiklen Gedanken der Selbsttötung ermutigen kann.

Die Verfasserinnen dieser Handreichung haben sich zum Ziel gesetzt, Fachinformationen zum Suizid und Material für die Aus- und Fortbildung Ehrenamtlicher zusammenzutragen und damit für alle Stellen zugänglich zu machen

Die Beschreibung der erweiterten Tätigkeitsfelder der TelefonSeelsorge in Mail, Chat und Krisenintervention Auge-in-Auge soll darüber hinaus deutlich machen, wie sehr das Feld Suizid durch die Aktivitäten der TelefonSeelsorge derzeit schon bestellt wird. Es liegt eine Fülle an Erfahrungen vor, die diese Handreichung zur Unterstützung und weiteren Verwendung bündelt und vorlegt.

So ausgerüstet und ermutigt wird das TS-Ohr immer wieder geschärft, um auch einen leise oder undeutlich formulierten Gedanken an Selbsttötung aufzunehmen. Denn: Suizidgedanken in Worte zu fassen ist schwer.

Und wenn man nun endlich weiß, dass TelefonSeelsorge der passende Partner für das Gespräch um die Suizididee ist: Wie wird die Idee in konkrete Sprache gefasst? Sagt man: ‚Ach, übrigens: Ich überlege, mich umzubringen‘? Welche Worte werden dem langen, mühsamen, ungeraden Weg

gerecht, der die Suizididee hat keimen und wachsen lassen?

Sprache scheint hier brutal in ihrer Direktheit und in ihrer Geschwindigkeit unangemessen, das komplexe innere Geschehen einem anderen Menschen zu vermitteln.

Der Text, den Suizidenten in der Praxis sprechen, ist deshalb in der Regel subtil. Nicht ohne Grund gibt es in der Literatur zum Suizid Bücher, die Titel tragen wie: *Bitte hört, was ich nicht sage*. Selten sind Menschen klar und präzise in der Angabe von Suizidabsichten. Wenn sie es sind, dann ist der Gedanke meist kein Gedanke mehr, sondern ein handfester, wohlüberlegter Plan, zu dessen Umsetzung die Mittel schon bereitliegen.

In der „Reifungsphase“ dieses Plans sind Worte umschreibend, metaphernhaft, leicht zu überhören oder falsch zu deuten. Und eben in dieser Kunst sind die Mitarbeitenden der TelefonSeelsorge zu schulen: Das Ungesagte oder die Metapher zu hören und offen zu bleiben für die Berührung mit Verzweiflung und Todeswünschen.

Und auch der Telefonseelsorger, der Halt gebend, entlastend, Ressourcen stärkend, wertschätzend das Gespräch geführt hat, wird einen Suizid nicht immer verhindern können. Die Herausforderung bleibt, ein authentischer und kompetenter Gesprächspartner zu sein und den Ablauf des Geschehens eben nicht in der Hand zu haben.

Ein Beispiel aus der Praxis der TelefonSeelsorge kann den „Sinn“ unseres Tuns gut beschreiben: Der Anrufer hat einen Suizidversuch mit Medikamenten überlebt. Im Moment geht es ihm etwas besser, dennoch bricht er immer wieder in Tränen aus. Auf die besorgte Frage der Mitarbeiterin der TelefonSeelsorge, wie dieses Gespräch ihm denn helfen könne, lautet seine Antwort: „Aber Sie helfen mir doch schon – ich kann sprechen!“

1.2 Was will dieses Handbuch und wie kann es genutzt werden?

Bernd Blömeke

TelefonSeelsorge will mit diesem Handbuch nach innen wie nach außen deutlich machen, dass sie Suizidprävention nach wie vor als ihren vordringlichen Auftrag versteht. Keine andere Einrichtung ist tagtäglich rund um die Uhr erreichbar, um genau dann zum Gespräch zur Verfügung zu stehen, wenn ein Mensch einen anderen braucht.

Menschen, die in einer suizidalen Krise die TelefonSeelsorge anrufen, wissen sehr gut, dass sie sich an ehrenamtliche Gesprächspartnerinnen wenden und nicht an einen Rettungsdienst oder an professionelle Helfer wie Ärzte, Psychologen, Beraterinnen. Es ist ihnen in ihrer Situation eine Hilfe zu wissen, dass sie hier die Dinge ansprechen können, ohne befürchten zu müssen, gleich eine Hilfsmaschinerie in Gang zu setzen. Sie suchen das Gespräch mit einem Menschen, dem sie begegnen können und der auf sie eingeht wie eine gute Bekannte oder ein Freund, aber nicht als professioneller Helfer.

Neben den suizidalen Menschen als möglichen Anruferinnen seien die Angehörigen nicht vergessen, die durch den Suizid(versuch) eines nahen Menschen mit betroffen sind. Man spricht davon, dass bei jedem Suizid etwa sechs weitere Personen betroffen sind. Sie benötigen genauso dringend wie ein suizidaler Mensch eine Gesprächsperson, mit der sie über die vielfältigen, oft einander widerstrebenden Gefühle sprechen können. Mascha Kaleko hat dies in einem ihrer Gedichte einmal mit den Worten ausgedrückt: „Den eigenen Tod den stirbt man nur, mit dem Tod der anderen muss man leben.“

Die Frauen und Männer, die in der TelefonSeelsorge mitarbeiten, sind dem christlichen Menschenbild verpflichtet, das aufmerksam bleibt für die Fragen, Nöte und Sorgen des Mitmenschen. „Wer seinen Mitmenschen nicht liebt, den er sieht,

kann Gott nicht lieben, den er nicht sieht.“ (1 Joh 4,20) Und seinen Mitmenschen lieben umfasst hier: sich verantwortlich wissen gegenüber seinen Nächsten, ein offenes Ohr und eine offene Hand für seine Not zu behalten. („Wo ist dein Bruder Abel?“ fragt Gott Kain in Gen 4,9.)

Dieses Handbuch formuliert den gemeinsamen Boden, auf dem die Arbeit in der TelefonSeelsorge steht und dem sie sich verpflichtet weiß. Alle Bereiche kommen zur Sprache, in denen Suizidprävention in der TelefonSeelsorge Thema werden kann. So finden neben der Arbeit am Telefon auch die Mail- und Chatarbeit und die Arbeit in den Offenen Türen Berücksichtigung – auch wenn es viele Gemeinsamkeiten gibt, sollten doch die Unterschiede deutlich werden. Des Weiteren will das Handbuch Anregungen geben, wie eine TS-Stelle vor Ort, z. B. in der Öffentlichkeitsarbeit, auf das Thema Suizidprävention aufmerksam machen kann oder wie ein Gottesdienst zu diesem Anliegen gestaltet werden kann.

An dieser Stelle gilt ausdrücklich Dank den vielen Kolleginnen und Kollegen, die so bereitwillig ihre Vorlagen, Ausarbeitungen, Konzepte usw. für dieses Handbuch zur Verfügung gestellt haben! So kann der große Reichtum, der in einzelnen Stellen vorhanden ist, allen zur Verfügung gestellt werden.

Das Handbuch mit dem hier zusammengetragenen Material ist als Vorlage gedacht, mit der jede Stelle das eigene Konzept für eine Fortbildung, eine Aktion zur Öffentlichkeitsarbeit oder ähnliches gestalten kann. Es bietet in seiner Form als Loseblattsammlung die Möglichkeit, eigene Materialien zu ergänzen und Veraltetes leichter durch Neues zu ersetzen.

Das Kapitel 7 aufgeführte Material ist zu umfangreich, um es hier vollständig aufzunehmen. Es kann bei Bedarf in der Geschäftsstelle der Ev. Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e. V. in Berlin angefordert werden.

Wenn man als Team in einer solchen Projektgruppe zusammenarbeitet, behält man das Gefühl, immer noch etwas bedenken oder ergänzen zu müssen. Auch wenn wir jetzt das vorliegende Handbuch an die Stellen in der TelefonSeelsorge weitergeben, betrachten wir die Arbeit daran und am Thema

Suizidprävention nicht für abgeschlossen. Wir freuen uns über Rückmeldung, Korrektur- und Ergänzungsvorschläge. Auch hier bietet die Loseblattform die Möglichkeit, bei Bedarf leichter einzelne Teile ersetzen oder aktualisieren zu können.

Wir hoffen, dass dieses Handbuch es Ihnen erleichtert, mit dem Thema in Ihrer Stelle, in den Ausbildungen und Fortbildungen zu arbeiten. Es wäre für uns ein großer Erfolg unserer Arbeit, wenn Suizidprävention in der TelefonSeelsorge die Bedeutung gewinnt, die ihr gebührt.

2 Basisfragen



2 Basisfragen

2 Basisfragen

2.1 Zur Epidemiologie von Suizidalität

2.1.1 Zur Häufigkeit von Suizid

2.1.2 Zum Alter von durch Suizid Verstorbenen

2.1.3 Zu den Suizidmethoden

2.1.4 Zum Sterbemonat

2.2 Hintergründe suizidaler Krisen

2.3 Erklärungsansätze suizidaler Krisen

2.4 Einschätzung des Gefährdungspotenzials

2.5 Krisenintervention

2 Basisfragen

Heidrun Wiese, Christopher Linden

2.1 Zur Epidemiologie von Suizidalität

Epidemiologie ist die Wissenschaft von der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten. Das bedeutet für den Bereich Suizidalität, dass es im Folgenden um statistische Angaben zur Todesursache Suizid geht. Suizid an sich ist ja keine Krankheit, sondern eine menschliche Erlebens- und Verhaltensweise, die es überall auf der Welt gibt und schon immer gab. Gleichwohl kann Suizidalität als Symptom oder Folge einer Erkrankung auftreten.

Unter Suizid versteht man eine Handlung gegen sich selbst mit Todesfolge, die mit bewusster Absicht durchgeführt wird. Als „vorsätzliche Selbstvergiftung“ oder „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ wird sie in der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes geführt.

Jeder Suizid wird hier, wie jeder andere Todesfall auch, statistisch erfasst. Datengrundlage ist die Todesbescheinigung, die zwingend nach jedem Todesfall von einem Arzt, der die Leichenschau durchgeführt hat, ausgefüllt werden muss. Von den Kommunen (Standesamt, Gesundheitsamt) werden Teile der Todesbescheinigung an die Sta-

tistischen Landesämter weitergeleitet, wo die Angaben der Ärzte entsprechend der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD 10) ausgewertet und an das Statistische Bundesamt übermittelt werden.

Festgehalten werden auch objektive Daten wie Geschlecht, Alter, Wohnort und Sterbemonat. Die Auswertung erfolgt jährlich. Bei aller Datenfülle ist es nicht möglich, Informationen zur Suizidursache abzuleiten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass für 65 bis 95 Prozent aller Suizide Depressionen die Ursache sind.

Auch in anderen Ländern werden Todesursachenstatistiken geführt, die der Weltgesundheitsorganisation gemeldet werden. Dadurch sind auch internationale Vergleiche möglich.

Für Suizidversuche gibt es keine statistisch abgesicherten Daten. Das liegt vor allem daran, dass Suizidversuche nicht meldepflichtig sind.

2.1.1 Zur Häufigkeit von Suizid

Den folgenden Ausführungen liegen die statistischen Angaben für das Jahr 2007 zugrunde. In diesem Jahr verstarben in Deutschland insgesamt 827.155 Menschen (391.139 Männer und 436.016 Frauen), davon insgesamt 9.402 Sterbefälle durch Suizid (7.009 Männer und 2.393 Frauen).

Das heißt, bei 1,1 Prozent aller in Deutschland im Jahr 2007 gestorbenen Menschen war Suizid die Todesursache (1,8 Prozent der Sterbefälle

der Männer und 0,5 Prozent der Sterbefälle der Frauen.) Jeder 56. männliche Tote und jede 182. weibliche Tote hat sich das Leben genommen. 75 Prozent der durch Suizid Verstorbenen waren Männer, 25 Prozent Frauen. Das Verhältnis Männer zu Frauen ist exakt drei zu eins.

Mit Sicherheit ist davon auszugehen, dass die Zahl der durch Suizid gestorbenen Menschen deutlich höher ist. Es gibt die Kategorien „sonstiger Tod

| | absolute Zahlen | | Suizidrate (Suizide pro 100.000 Einwohner) | |
|------------------|-----------------|-------------------|---|-------------|
| | Bevölkerung | davon 60+ Jährige | Bevölkerung | 60+ Jährige |
| insgesamt | 9.402 | 3.993 = 42,4% | 11,4 | 19,3 |
| Männer | 7.009 | 2.790 = 39,8% | 17,4 | 31,1 |
| Frauen | 2.393 | 1.203 = 50,3% | 5,7 | 10,3 |

Tabelle 2.1: Suizidote und Suizidrate in Deutschland 2007
(Quelle: Statistisches Bundesamt, siehe Suizidprophylaxe, Jg. 35, 2008, Heft 135, S. 205)

unbekannter Ursache“, „Tod ohne Anwesenheit anderer Personen“ und „Tod unklarer Ursache“, die in der Todesursachenstatistik nicht als Suizide zählen, wo aber ein Suizid nicht ausgeschlossen ist. Bei der Leichenschau wird das Grundleiden als monokausale Todesursache erfasst, wodurch möglicherweise auch etwaige Suizide von den Ärzten nicht als Todesursache angesehen und angegeben werden. Es lässt sich auch oft nicht feststellen, ob ein Fenstersturz, eine Karambolage im Straßenverkehr etc. ein tödlicher Unfall oder ein Suizid war. Und bei alten Menschen kann sich bei einem Tod aus vermeintlicher „Altersschwäche“ durchaus ein Suizid verbergen, ein „stiller“ Suizid (siehe bei Alter). Die Dunkelziffer ist hoch.

Tabelle 2.1 gibt einen guten Überblick über die absoluten Suizidzahlen und die Suizidraten im Jahr 2007, wobei die Zahlen für Männer und Frauen sowie für über 60-Jährige gesondert dargestellt werden.

Männer haben ein dreifach höheres Risiko als Frauen, durch Suizid zu sterben. Mit zunehmendem Lebensalter (60+) steigt das Risiko noch zusätzlich deutlich an (siehe dazu auch 2.1.2, Zum Alter von durch Suizid Verstorbenen).

Bei den Suizidversuchen wird davon ausgegangen, dass die Zahl um das 10- bis 15-fache höher

liegt als die der vollzogenen Suizide. Mehr als 60 Prozent der Suizidversuche werden von Frauen verübt, die Häufigkeit ist in jüngeren Lebensjahren höher. Das Wiederholungsrisiko innerhalb der ersten zwei Jahre liegt bei 15 bis 35 Prozent.

Die Suizidzahlen in Deutschland sind seit Jahren rückläufig. Das zeigt sich deutlich in Abbildung: 2.1.

Erläuterungen

Seit Ende der 1970er-Jahre hat sich die Zahl der Suizidtoten in Deutschland halbiert, seit Anfang der 1980er-Jahre gibt es einen relativ kontinuierlichen Rückgang der Sterblichkeit durch Suizid. Im Jahr 2006 lag die Zahl der Suizidenten erstmals unter 10.000. Im Vergleich zum Jahr 1981 (18.825 Suizidote) hat sich die Zahl im Jahr 2007 halbiert (9.402 Suizidote).

Dafür gibt es viele Erklärungsmöglichkeiten. Mit Sicherheit haben medizinische Fortschritte zu dem Rückgang beigetragen. Zum einen haben sich die intensivmedizinischen Möglichkeiten deutlich verbessert, wodurch Menschen mit eingeleiteten Suiziden gerettet werden können. Den größeren Einfluss haben aber die besseren Behandlungsmöglichkeiten von psychischen/psychiatrischen

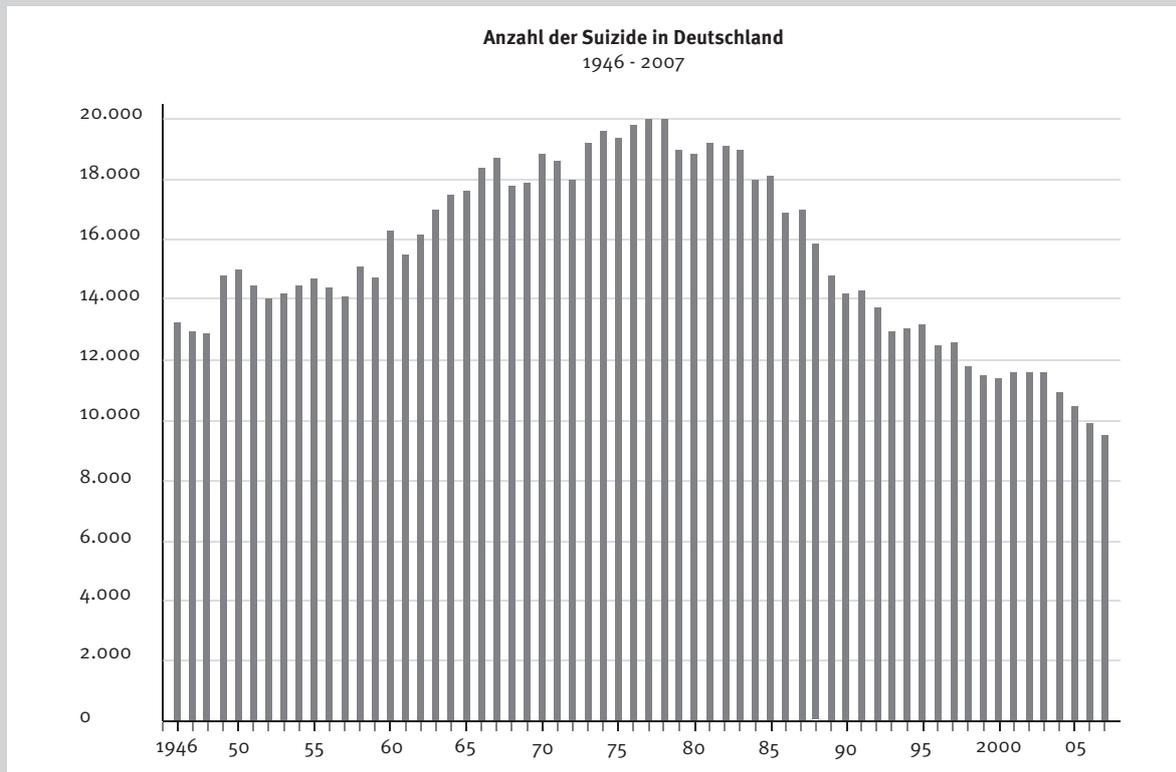


Abb. 2.1: Anzahl der Suizide in Deutschland 1946-2007
(Quelle: Medizinische Fakultät Technische Universität Dresden, 2008.)

Störungen. Suizidalität ist ja meistens Symptom einer psychischen Erkrankung, eine Verzweiflungstat, die aber auch von psychisch gesunden Menschen begangen wird. Besondere Fortschritte gibt es bei der medizinisch/psychotherapeutischen Behandlung der Depression, wo sich der Einsatz von neuen Antidepressiva in Verbindung mit Psychotherapie als Behandlung bewährt hat. Von Bedeutung sind auch die besseren psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangebote, wozu ambulante sozialpsychiatrische Hilfen, Krisendienste und auch die TelefonSeelsorgen in Deutschland zählen.

Einen wichtigen Stellenwert hat auch die Prävention suizidalen Verhaltens auf gesellschaftlicher Ebene. Hier hat sich die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) verdient gemacht, die im Jahr 2002 die Initiative für ein Nationales Suizidpräventionsprogramm in Deutschland ergriff.

Etliche suizidpräventive Veränderungen haben zu dem Rückgang der Suizide beigetragen. So verzichtet die Presse in den letzten Jahren auf reißerische Artikel über Suizide, um keine Nachahmungseffekte auszulösen. Die Pharmaindustrie verpackt ihre Produkte in kleinere Verpackungseinheiten, die Ärzte sind mit den Verschreibungen von Medikamenten zurückhaltender, sodass die den Suizidalen zur Verfügung stehende Menge an Medikamenten beschränkt ist. Die Mediziner werden besser geschult, damit auch der Hausarzt eine psychiatrische Grunderkrankung diagnostizieren und suizidale Risiken erkennen kann. (Viele Suizidale wenden sich vor dem Suizid mit körperlichen Beschwerden an ihren Hausarzt, ohne von sich aus über ihre Suizidalität zu sprechen). Um die hohe Zahl der Schienentoten zu verringern, wird der Zugang zu Gleisanlagen erschwert, hohe Brücken werden gesichert, damit ein Hinabstürzen nicht

Tabelle 2.2: Suizidrate (pro 100.000 Einwohner) nach Bundesländern 2007 (Quelle: Suizidprophylaxe, Jg. 35, 2008, Heft 4, S. 205.)

| | |
|------------------------|-------------|
| Deutschland | 11,4 |
| Sachsen | 15,6 |
| Bremen | 14,5 |
| Hamburg | 13,9 |
| Bayern | 13,4 |
| Thüringen | 13,2 |
| Saarland | 13,0 |
| Brandenburg | 12,8 |
| Berlin | 12,7 |
| Baden-Württemberg | 12,3 |
| Schleswig-Holstein | 12,3 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 12,3 |
| Hessen | 12,1 |
| Rheinland-Pfalz | 12,0 |
| Niedersachsen | 10,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 7,9 |
| Sachsen-Anhalt | 6,6 |

möglich ist. Bei der Herstellung neuer Autos wird es zunehmend unmöglich, sich mit Auspuffgasen zu vergiften, etc.

Wenn die Anzahl der Suizide auf die Bevölkerungszahl bezogen wird, ist es möglich, Vergleiche anzustellen, anders als bei den absoluten Zahlen. Die Anzahl der Suizide je 100.000 Einwohner wird als Suizidrate bezeichnet (bezogen auf die jeweilige Bevölkerung/Bevölkerungsgruppe pro Jahr).

In Tabelle 2.2 werden die Suizidraten der einzelnen Bundesländer für das Jahr 2007 aufgeführt, es werden erhebliche Unterschiede deutlich.

Erläuterungen

Traditionell lagen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit der Suizidziffer bis Anfang der 2000er-Jahre immer über dem Bundesdurchschnitt, schon vor DDR-Zeiten gab es ein Ost-West-Gefälle in Deutschland. Das hat sich erstaunlicherweise stark verändert, wobei eine Erklärung

für dieses Phänomen aussteht. Möglicherweise wurden die Suizide statistisch anders als in den Vorjahren erfasst. Eine Rolle mag auch die größere Wanderungsbewegung in der Bevölkerung spielen. Eine monokausale Erklärung gibt es nicht.

Bei den Suizidversuchen gibt es keine offiziellen statistischen Daten. Ein Projekt der Weltgesundheitsorganisation zur Erfassung möglichst wirklichkeitsgetreuer Suizidversuchsziffern in Europa ergab für das Jahr 2001 eine Suizidziffer von 108 bei den Männern und 131 bei den Frauen. Die WHO-Stichprobe für Deutschland wurde in Würzburg erfasst.

Angesichts kontinuierlich zurückgehender Suizidzahlen kann die Frage gestellt werden, ob 9.402 Suizidopfer im Jahre 2007 wenige oder viele sind.

„Immer weniger Suizidopfer!“ titelten die Zeitungen angesichts der neuen rückläufigen Zahlen. Heißt das, dass es keiner Anstrengungen mehr bedarf, um weiterhin alles zu tun, um Suizide zu verhindern? Hat es in den letzten Jahren angesichts der Berichterstattungen über assistierte Suizide manchmal nicht eher den Anschein, dass Suizide eher ermöglicht statt verhindert werden müssten?

Immerhin sterben deutlich mehr Menschen durch Suizid als im Straßenverkehr (Verkehrstote im Jahr 2007: 5.011). Mir scheint, als würde mehr Geld in sicherere Autos und Straßen und in die Verkehrserziehung investiert als in die Verhinderung von Suizid.

9.402 Menschen, die im Jahr 2007 am Leben verzweifelten, das ist eine hohe Zahl. Es ist kaum vorstellbar, was passieren würde, wenn eine deutsche Kleinstadt mit etwa 9.400 Einwohnern innerhalb eines Jahres von der Landkarte verschwinden würde. Das Entsetzen wäre groß und eine Welle von Hilfsbereitschaft würde sich ausbreiten, wenn beispielsweise Worpswede (mit Eingemeindungen) in Niedersachsen (ca. 9.500 Einwohner), Vetschau im Spreewald (ca. 9.200 Einwohner), Westerland/Sylt (ca. 9.200 Einwohner mit Hauptwohnsitz)

oder Helmbrechts in Oberfranken (ca. 9.200 Einwohner) innerhalb eines Jahres von der Landkarte verschwinden würden.

Nicht vergessen werden darf, dass durch jeden Suizid mindestens sechs weitere Menschen betroffen sind (Studien der WHO, 2000), die einen schwierigen und mitunter krisenhaften Trauerprozess durchleben. Noch immer wird in vielen betroffenen Familien die Todesursache Suizid tabuisiert, auch wenn spektakuläre Fälle in die Öffentlichkeit getragen werden.

Weltweit sterben jährlich fast eine Million Menschen durch Suizid, das entspricht einer Suizidrate von etwa 14,5 (Suizidrate = Anzahl der Suizide je 100.000 Einwohner). Im europäischen Ländervergleich liegen Litauen (Suizidrate 2005: 37), Ungarn (2005: 23,2) und Lettland (2005: 22,6) an der Spitze, die geringste Suizidsterblichkeit gibt es in Griechenland (2005: 3,1), Italien (2002: 6,0) und dem Vereinigten Königreich (2005: 6,4).

2.1.2 Zum Alter von durch Suizid Verstorbenen

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Suizidgefährdung. Von den 9.402 Menschen, die im Jahr 2007 durch Suizid starben, waren 3.993 über 60 Jahre alt, das sind 42,4 Prozent. Zwar sinkt der prozentuale Anteil von Suiziden an den Gesamttodesursachen (Abb. 2.2), die Suizidrate steigt jedoch deutlich an (Abb. 2.3).

Einen relativ hohen prozentualen Anteil von Suiziden an allen Todesursachen gibt es in den jüngeren Altersgruppen, besonders bei Männern zwischen 20 und 35 Jahren. Hier betrug der Anteil der Suizide an allen Todesursachen ca. 20 Prozent.

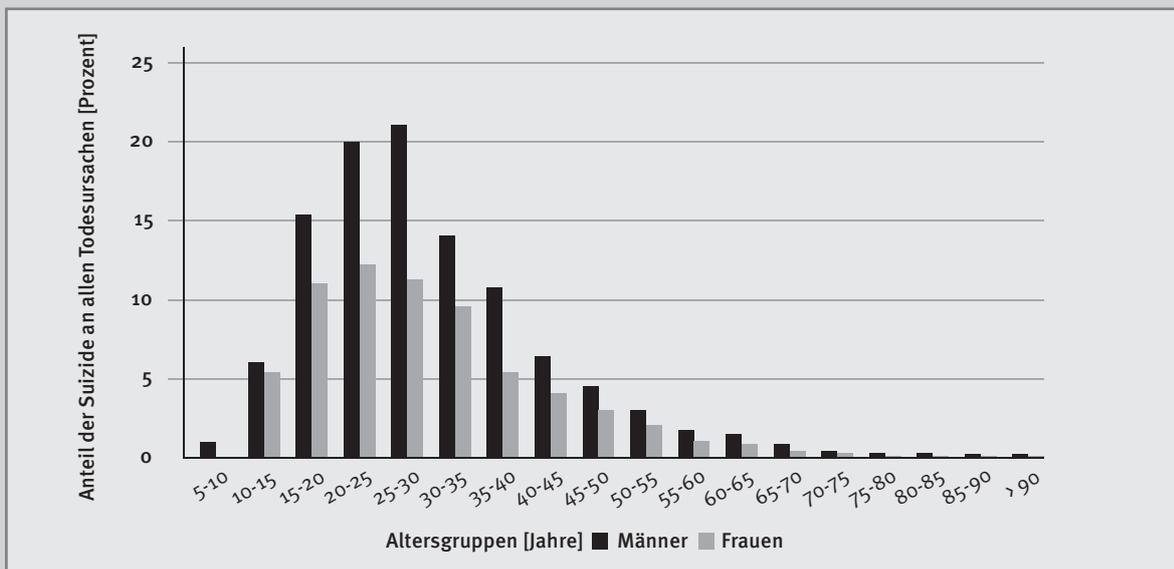


Abb. 2.2: Anteile der Todesursache „Suizid“ an allen Toten in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland 2007. (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, siehe Suizidprophylaxe, Jg. 36, 2009, Heft 1, Nr. 136, S. 13)

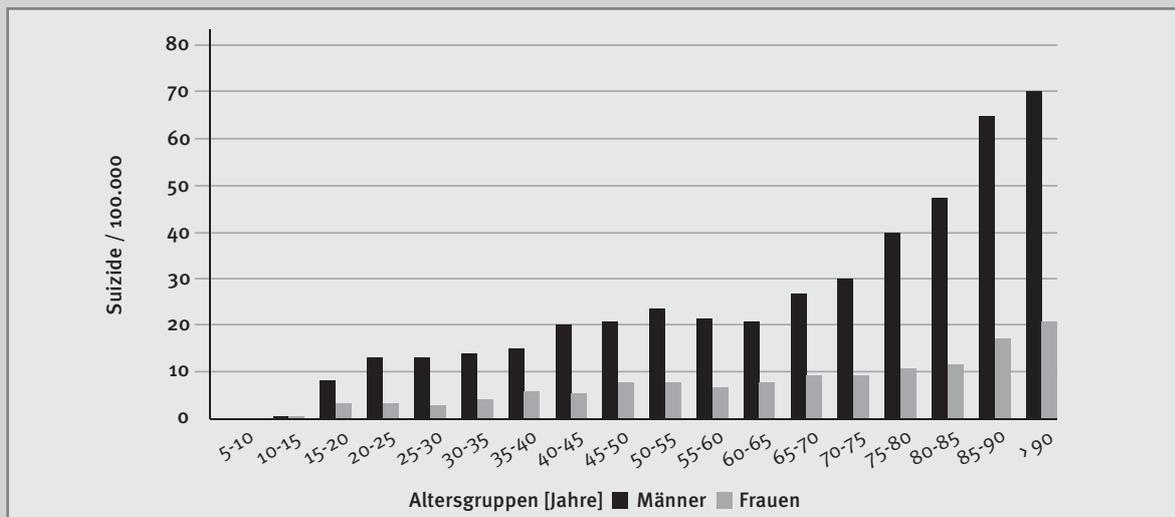


Abb. 2.3: Alter und Suizidziffern in Deutschland 2007 (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, siehe Suizidprophylaxe, Jg. 36, 2009, Heft 1, Nr. 136, S. 13)

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Suizidgefährdung. Von den 9.402 Menschen, die im Jahr 2007 durch Suizid starben, waren 3.993 über 60 Jahre alt, das sind 42,4 Prozent. Zwar sinkt der prozentuale Anteil von Suiziden an den Gesamttodesursachen (Abb. 2.2), die Suizidrate steigt jedoch deutlich an (Abb. 2.3).

Einen relativ hohen prozentualen Anteil von Suiziden an allen Todesursachen gibt es in den jüngeren Altersgruppen, besonders bei Männern zwischen 20 und 35 Jahren. Hier betrug der Anteil der Suizide an allen Todesursachen ca. 20 Prozent.

In Deutschland liegt im Jahr 2007 die Suizidrate für Männer bei 17,4 und bei den Frauen bei 5,7. Bei Menschen über 60 Jahre ist die Suizidrate erheblich erhöht: Bei Männern beträgt sie 30,9 und bei Frauen 10,3! Die überdurchschnittliche Erhöhung wird auch dadurch verdeutlicht, dass der Anteil der Männer über 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung 22,4 Prozent ausmachte, gegenüber 39,8 Prozent an den Suiziden. Bei den über 60-jährigen Frauen betrug der Anteil an der Gesamtbevölkerung 28 Prozent gegenüber 50,3 Prozent bei den Suiziden. Bei den durch Suizid gestorbenen Frauen war also jede zweite älter als 60 Jahre. Das durchschnittliche Sterbealter bei Suizidenten ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen und lag 2007 bei 55,8 Jahren (Männer 54,7 und Frauen 59,4 Jahre).

Erläuterungen

Das Älterwerden geht mit vielen körperlichen und sozialen Veränderungen einher. Es kommt vermehrt zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, hinzu kommt der Verlust von Autonomie und auch von Menschen. Anders als in jungen Jahren ist der Tod von Wegbegleitern nicht ungewöhnlich. Kommen mehrere Faktoren zusammen, erscheint die Lebenssituation hoffnungslos. Zu beobachten ist, dass ältere und alte Menschen in schwierigen Lebenslagen selten psychosoziale Bera-

tungsstellen aufsuchen. Sie wenden sich eher an ihren Hausarzt. Hier kann es ihnen jedoch passieren, dass die Depressionen, die sich hinter ihren Klagen verbergen, nicht erkannt und somit nicht behandelt werden oder auch als „altersbedingt“ nicht behandlungswürdig abgetan werden. Es gilt als sicher, dass der größte Teil der Suizide auch bei alten Menschen bei adäquater medikamentöser Behandlung und psychosozialer Unterstützung verhindert werden könnte. Viele jüngere Menschen haben ein negatives Bild vom alten Menschen, können sich ein trotz Einschränkungen sinnhaft erlebtes Leben im Alter nicht vorstellen. Auch in den Medien begegnet einem oft ein negatives Bild vom alten Menschen – ein Mensch, der für die Gesellschaft ein Kostenfaktor und eine überflüssige Belastung ist. Das kann zur Billigung des Alterssuizids führen, zu einer herzlosen Toleranz.

Bei den Suizidzahlen älterer Menschen ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Hier gibt es das Phänomen des „stillen Suizids“, auch in den Pflegeheimen. Welcher Arzt wird als Todesursache Suizid bescheinigen, wenn ein alter Mensch unbemerkt eine Überdosis von Medikamenten eingenommen oder notwendige Medikamente ganz weggelassen hat? Sich langsam aber sicher zu Tode gehungert oder keine Flüssigkeit mehr zu sich genommen hat? Es ist anzunehmen, dass diese Todesfälle der Kategorie der „unklaren Todesursachen“ zugeordnet werden.

Die Zahl der Suizidversuche ist im Alter rückläufig, da alte Menschen eher entschlossen sind zu sterben, als Menschen in jüngeren Jahren. Sie wählen daher eher harte Suizidmethoden. Aufgrund ihrer körperlichen Verfassung ist auch eine Reanimierung nicht einfach.

2.1.3 Zu den Suizidmethoden

Die Suizidmethoden (Tabelle 2.3) werden, wie weiter oben bereits dargestellt, nach ICD 10 kategorisiert (Ziffern X60-X84). Es gibt eine grobe Unterteilung nach weichen und harten Methoden. Zu den weichen Methoden gehören die Vergiftungen mit Tabletten, Drogen und anderen Mitteln. Die harten Methoden hinterlassen in der Regel sichtbare Spuren am menschlichen Körper (z. B. Erhängen, Ertrinken, Sturz in die Tiefe etc.).

Erläuterungen

Als Suizidmethode wurde Erhängen, Erdrosseln und Ersticken am häufigsten angewandt. 4.497 Menschen kamen so zu Tode (52,3 Prozent der Männer und 34,8 Prozent der Frauen). Die zweithäufigste Suizidmethode war die vorsätzliche

Selbstvergiftung. Fast doppelt so viele Frauen (28,7 Prozent) wie Männer (13,3 Prozent) nahmen sich so das Leben. Dass sich zehnmal mehr Männer als Frauen erschießen (11,1 Prozent zu 1,1 Prozent), hängt sicherlich damit zusammen, dass Männer leichter Zugang zu einer Waffe haben. Bemerkenswert ist, dass an drei Tagen durchschnittlich zwei Menschen dadurch zu Tode kommen, dass sie sich vor ein „sich bewegendes Objekt legen oder werfen“ – häufig ist das der Schientod. Diese Suizide haben weitreichende Auswirkungen und sind auch mitverantwortlich für Verspätungen der Deutschen Bahn und für Belastungsstörungen bei Lokführern.

Bei den Suizidversuchen werden eher „weiche Suizidmethoden“ gewählt, meistens versuchen sich

Tabelle 2.3: Suizidmethoden 2007, Absolute Zahlen und Prozentzahlen (Quelle: Statistisches Bundesamt.)

| Suizidmethoden 2007 Methode | Absolute Zahlen | | | Prozentzahlen | | |
|---|-----------------|--------|--------|---------------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| | 9402 | 7009 | 2393 | 100 | 100 | 100 |
| Erhängen, Strangulieren, Ersticken | 4497 | 3665 | 832 | 47,8 | 52,3 | 34,8 |
| Vergiftung | 1619 | 931 | 688 | 17,2 | 13,3 | 28,7 |
| Sturz in die Tiefe | 888 | 553 | 335 | 9,4 | 7,9 | 14,0 |
| Feuerwaffen | 805 | 778 | 27 | 8,6 | 11,1 | 1,1 |
| sich werfen/sich legen vor ein sich bewegendes Objekt | 572 | 431 | 141 | 6,1 | 6,1 | 5,9 |
| Schneiden | 347 | 254 | 93 | 3,7 | 3,6 | 3,9 |
| Ertrinken | 276 | 133 | 143 | 2,9 | 1,9 | 6,0 |
| Feuer, Flamme, Rauch | 56 | 40 | 16 | 0,6 | 0,6 | 0,7 |
| Kraftfahrzeugunfall | 54 | 47 | 7 | 0,6 | 0,7 | 0,3 |
| Sonstige/unbekannt | 288 | 177 | 111 | 3,1 | 2,5 | 4,6 |

die Menschen zu vergiften. Für den medizinischen Laien ist es jedoch schwer abschätzbar, welche Dosis tödlich wirkt. Auch tritt der Tod nicht plötzlich ein, sodass Rettungsaktionen durch Hinzukommende in Verbindung mit den effektiveren Methoden der Notfallversorgung häufig erfolgreich sind. Auch Selbstverletzung ist bei den Suizidversuchen eine häufig gewählte Methode, doch führt das versuchte Durchschneiden der Pulsadern nicht so leicht zum Tod.

2.1.4 Zu den Sterbemonaten

Inzwischen erfasst das Statistische Bundesamt auch die Sterbemonate der Suizidanten. Es gibt keine langjährigen Vergleichsdaten. Tabelle 2.4 stellt die absoluten Zahlen für das Jahr 2007 (aufgeteilt nach Männern und Frauen) dar.

Erläuterungen

Insgesamt zeigt die Statistik, dass es bei den Suiziden im Jahr 2007 keine starken Schwankungen im Monatsvergleich gab. In jedem Monat starben pro Tag zwischen 24 und 28 Menschen! Es gibt auch keine herausragenden Unterschiede bei den Suiziden von Männern und Frauen.

In der Hälfte der Monate lag die Zahl der durch Suizid Gestorbenen unter 800, das war so im Februar 2007 sowie in den Monaten August bis Dezember 2007. Im Januar sowie in den Monaten März bis Juli 2007 lag die Zahl der Suizide pro Monat bei 800 und darüber. „Spitzenreiter“ waren der Juli mit 864 Suiziden und der Mai mit 849 Suiziden.

Es gibt viele Vermutungen darüber, in welchem Monat die Menschen besonders suizidgefährdet sind. Eine Annahme ist, dass der Dezember für Suizidale besonders gefährlich ist. Die Statistik zeigt, dass der Dezember eher zu den Monaten mit einer geringeren Suizidhäufigkeit gehört. Eine besondere Suizidgefahr gibt es in den Monaten, wo die Natur zum Leben erwacht, wenn psychisch Kranke erleben, dass sich ihre Stimmung trotz Sonnenschein und Wärme gar nicht bessert und sie ihre emotionalen Beeinträchtigungen spüren. Die dunkler werdende Jahreszeit passt zur depressiven Gemütsstimmung und führt nicht zum Anstieg der Suizide.

Interessant ist, der Frage nachzugehen, wie es, bezogen auf den Monatsvergleich, im Vorjahr war (Abb. 2.4).

Tabelle 2.4: Suizidsterbefälle 2007 im Monatsvergleich (Quelle Statistisches Bundesamt)

| Monat | Gesamt | männl. | weibl. |
|-------|--------------|--------------|--------------|
| Jan. | 800 | 616 | 184 |
| Febr. | 686 | 518 | 168 |
| März | 823 | 596 | 227 |
| April | 823 | 609 | 214 |
| Mai | 849 | 640 | 209 |
| Juni | 822 | 604 | 218 |
| Juli | 864 | 662 | 202 |
| Aug. | 746 | 572 | 174 |
| Sept. | 755 | 552 | 203 |
| Okt. | 762 | 535 | 227 |
| Nov. | 718 | 535 | 183 |
| Dez. | 754 | 570 | 184 |
| | 9.402 | 7.009 | 2.393 |

Erläuterungen

Im Vergleichsjahr 2006 (mit höherer Suizidzahl) gab es Unterschiede besonders im Mai und im Juli. Hier ragten die Monate Mai und Juli mit der höchsten Suizidzahl wie schon im Jahr 2007 deutlich hervor. Im Übrigen jedoch gab es wenig Unterschiede im Jahresvergleich. Der Dezember galt auch hier als Monat mit unterdurchschnittlicher Anzahl von Suiziden. Es kann also auf keinen Fall gesagt werden, dass sich Menschen in den jahreszeitlich dunkleren Monaten eher das Leben nehmen als im Frühjahr und Sommer.

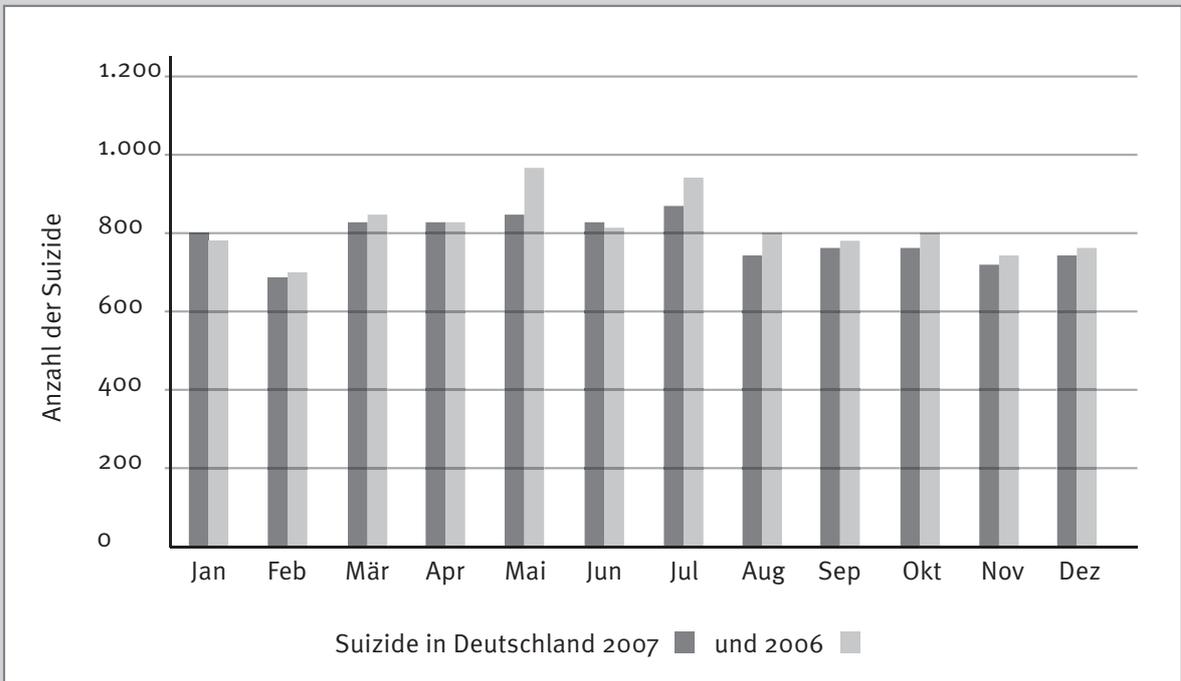


Abb. 2.4: Suizide in Deutschland 2007 und 2006 im Monatsvergleich (Quelle: Statistisches Bundesamt.)

2.2 Hintergründe suizidaler Krisen

Suizidalität ist keine psychische oder physische Krankheit. Suizidale Menschen erleben in ihrer Krise extreme seelische und körperliche Zustände, die Krankheitswert haben, aber zugleich zutiefst menschlich sind: Suizid ist eine Möglichkeit, die nur der Mensch hat.

*Wie kommt es zu einer solchen Krise?
Welche Merkmale hat diese Krise?*

„Krise“ bedeutet Ausnahmezustand, hier eines Individuums. Im engeren und hier gemeinten Sinne geht es nicht um lebensphasenspezifische, länger andauernde Krisen, wie Pubertät, Midlife-Crisis, Wechseljahre oder ähnliches, sondern um einen als traumatisch erlebten Ausnahmezustand, der durch bedrohliche Veränderungen im psychosozialen Lebensraum hervorgerufen wird.

Das Individuum reagiert mit Angst und Hilflosigkeit (Engführung der Gefühle). Bisherige Bewältigungsmuster versagen, der Druck zur Lösung bleibt aber und ist enorm. Die Person ist unfähig, eine Entscheidung bzw. Lösung herbeizuführen.

Sonneck definiert Krise so:

„Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“ (SONNECK, 2000; zit. N. Siebert, 2004, S. 5).

„Krise“ ist ein relativer Begriff. Ob ein Mensch seine Situation als Krise erlebt, hängt also stark von subjektiven Vorerfahrungen, Bedeutungszuschreibungen und von Umgebungsfaktoren ab. Insofern könnte man auch sagen: Ein Mensch befindet sich in einer Krise, wenn er das Gefühl hat und sagt, dass er sich in einer Krise befindet.

Auslöser solch kritischer Situationen und Zustände können zum Beispiel Katastrophenerfahrungen sein (Unfälle, Naturkatastrophen), Trennung von wichtigsten Bezugspersonen (Eltern, Kinder, Partner), Trennung durch Tod, schlimme Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeit, Verlust des Arbeitsplatzes, schwierige Ortswechsel (Umzug), auch Schuld-, Scham- oder Versagensgefühle nach belastenden zwischenmenschlichen Situationen (Streit, moralische oder religiöse Verfehlungen).

Im psychischen Erleben geht eine solche Krise einher mit Symptomen wie starker Unruhe, Schlafstörungen, gedanklichen Einengungen und Verwirrtheit, Angstzuständen, Verzweiflung bis hin zu Suizidgedanken. Kann die Krise durch die Erweiterung der eigenen Erlebens- und Handlungsmöglichkeiten nicht bewältigt werden, kommt es zur „Einengung bisheriger Lebensmöglichkeiten, zur Entwicklung chronischer Persönlichkeitsstörungen und erhöhter Krisenanfälligkeit“ (SEIDLITZ, 1995, S. 214).

Bei der suizidalen Krise geht es um eine solche Engführung: Der Druck über die Aussichtslosigkeit der Situation und die Belastung über die Unmöglichkeit, eine Lösung herbeizuführen wird so stark, dass der Suizid als eine solche (Er-)Lösung vorgestellt und empfunden wird.

Die Psychoanalyse sieht den Suizid im Beziehungskontext: Wenn jemand einen Menschen verliert, „an den er ambivalent – liebend und hassend –

gebunden ist“ (DÖRNER/PLOG 1985, S. 331), kann es zum Suizid kommen: „Im Schmerz über den Verlust macht er die verlorene Person zu einem Stück von sich selbst [...]. Der Hass wird zum Selbsthass.“ (Ebd.)

2.3 Erklärungsansätze suizidaler Krisen

Ringel

fasst das „**präsuizidale Syndrom**“ folgendermaßen zusammen (vgl. RINGEL, 1969):

Einengung:

Der suizidale Mensch erlebt sich auf den verschiedensten Ebenen seines Erlebens und Wahrnehmens und seiner sozialen Existenz eingengt, wie in einem Trichter.

- *Situative Einengung:* Die suizidgefährdete Person weiß nicht mehr ein noch aus, viele der bisherigen Lebensmöglichkeiten (Beziehungen, Arbeit etc.) scheinen nicht mehr lebbar; sie hat das Gefühl, das Leben und die Situation nicht mehr beeinflussen zu können.
- *Dynamische Einengung:* Die Gefühle gehen nur noch in eine bestimmte Richtung (Angst, Verzweiflung, Minderwertigkeit, Hoffnungslosigkeit), sie werden immer weniger variabel und finden keine Gegenregulation mehr.
- *Zwischenmenschliche Einengung:* Isolierung, Vereinsamung, Rückzug aus bestehenden Kontakten, oft verbunden mit der Abwertung bestehender Beziehungen (etwa: „Die können mir ja auch nicht helfen!“).
- *Einengung der Wertewelt:* Immer mehr Lebensgebiete werden uninteressant, es gibt nichts mehr, für das es sich einzusetzen lohnt, einschließlich der eigenen Existenz; die Person fühlt sich von niemandem mehr verstanden.

Aggressionsumkehr:

Aggressionen sind zunehmend gehemmt und/oder gegen die eigene Person gerichtet. Das vorhandene starke Aggressions- und Hasspotenzial staut sich auf, kann nicht mehr nach außen gewendet werden, entlädt sich jetzt nur noch gegen sich selbst.

Zwingende Suizidfantasien:

Aus dem Wunsch, einmal „Pause“ zu haben von den quälenden Situationen, einmal schlafen und alles vergessen zu können, wird der Wunsch, tot zu sein. Die ersten Vorstellungen werden entwickelt, wie der Suizid passieren könnte; und diese Vorstellungen werden schließlich zwingend, können nicht mehr abgestellt werden.

Je stärker diese drei Merkmale bei einem Menschen ausgeprägt sind, desto höher ist seine Suizidgefährdung einzuschätzen.

Henseler

charakterisiert die Entwicklung zur Suizidhandlung vor allem als narzisstische Kränkung (vgl. HENSELER, 1974):

1. Suizidanten sind im Selbstwertgefühl stark verunsicherte Menschen. Sie sind labil, fühlen sich leicht bedroht und haben schnell das Gefühl, verlassen, hilflos und ohnmächtig zu sein. Dem entspricht auf der anderen Seite ein hohes Ich-Ideal, ein hoher Anspruch an sich selbst. Sie schwanken also zwischen Größenfantasien und Machtansprüchen einerseits und starken Minderwertigkeitsgefühlen andererseits. Diese Spannung ist so groß, dass sie in schwierigen Situationen nicht mehr auszuhalten ist: Dann kommt es zur Flucht, zum Rückzug, eben auch zur Flucht in die Droge, in Medikamente oder Alkohol. Kränkungen werden besonders stark wahrgenommen.

2. Suizidanten versuchen in dieser Phase, ihr Selbstgefühl durch Realitätsverleugnung aufrechtzuerhalten. Das gelingt zunächst, indem sie entweder sich selbst oder die Umwelt idealisieren („nur ich meine es wirklich gut“ oder „nur die anderen können alles perfekt“).

3. Wenn dann die Realitätsverleugnungen und Idealisierungen nicht mehr ausreichen, weil die Schmerzen über die Enttäuschung, Kränkung, Verletzung zu groß sind, kommt es zu Fantasien vom Rückzug in einen harmonischen „Urzustand“, von der endlosen Ruhe, vom Paradies. Oft ist es den Suizidanten nicht bewusst, dass es von diesem vermeintlichen Paradies keine Rückkehr gibt, dass sie dann wirklich tot sind.
4. Die Fantasien werden in die Suizidhandlung umgesetzt. Damit sollen die narzisstische Krise, die allzu große Kränkung des Ichs gestoppt und das mit der Kränkung verbundene Rache- oder Strafbedürfnis befriedigt werden. Das bedeutet: Der Suizid hat auch Appellcharakter, er richtet sich an jemanden, er soll jemand treffen.

Pöldinger

unterscheidet drei Phasen (vgl. PÖLDINGER, 1968; EINK/HALTENHOF, 2006, S. 55 f.):

1. Die Phase der Erwägung. – Hier spielen alle bereits erwähnten psychodynamischen Aspekte hinein, die soziale Isolation, die Aggressionshemmung, die Selbstwertproblematik etc. Suizidgedanken können suggestiv durch Suizide in der Familie oder Umwelt, durch Pressemeldungen, Literatur und Film ausgelöst und befördert werden.
2. Die Phase der Ambivalenz. – Der Konflikt wechselt zwischen Todessehnsucht und Angst vor dem Tod; Sehnsucht nach Liebe und Harmonie und Scham über das eigene Versagen; zwischen dem Wunsch nach Veränderung und der Ohnmacht, nichts ändern zu können. Der Suizid

wird evtl. sogar angekündigt, ausgesprochen als ein Hilferuf, es wird noch Kontakt gesucht. Die Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit ist eingeschränkt.

3. Die Phase des Entschlusses. - Es werden konkrete Vorbereitungen getroffen, es kehrt „Ruhe vor dem Sturm“ ein, das heißt, der Suizidant spricht nicht mehr über sein Vorhaben, zieht sich zurück, hat resigniert. Die Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit ist aufgehoben, es kommt zur Suizidhandlung.

Von der hier beschriebenen Krise wird eigens der „psychiatrische Notfall“ unterschieden. Diese psychiatrische Krise geht einher mit einer psychischen Grunderkrankung (zum Beispiel Depression, schizophrene Psychose, Suchterkrankung), und kann sich ebenfalls zur suizidalen Krise zuspitzen. Die Zahlen sind eindeutig: Circa 90 Prozent der Menschen mit suizidalen Krisen, Suizidversuchen und Suiziden sind psychisch erkrankt (WOLFERSDORF, 2007, S. 24)¹. Die dann auftretenden Symptome – etwa akute Psychose, Delir, Suizidhandlung, Erregungs- oder Verwirrheitszustand – müssen im Zusammenhang mit der Erkrankung gesehen und beide behandelt werden.

Dörner und Plog bringen – in psychoanalytischer Tradition stehend – bei ihrer Sicht von Krise interessanterweise Selbst- und Fremdtötung in engen Zusammenhang.

Elemente der Krise sind die Zuspitzung eines langwierigen, ungelösten Problems, die symptomatische Abwehr der Angstsignale (etwa durch depressive, neurotische, somatische Symptome oder durch Alkohol und Medikamente), der Zusam-

¹ „Die suizidale Gefährdung ist dabei am höchsten bei der Depression in der akuten Erkrankungsphase, insbesondere bei der Ersterkrankung, bei der Schizophrenie bei jeder Wiedererkrankung ... sowie beim Vorliegen suizidfördernder Psychopathologie, bei Suchterkrankungen eher gegen Ende des Suchterkrankungsverlaufs, wenn die sozialen Folgen auf den Betroffenen einstürzen.“ (Ebd., S. 25).

menbruch dieser Abwehrstrategie und die gleichzeitige Zunahme der Angstspannung, die nur noch einen „Sprung“ als möglich erscheinen lässt:

„Die Krise ist [so] zugespitzt, [...] dass die zugehörige Landschaft sich zu einem Punkt verdichtet, zu einer Wand verhärtet, zu einem Abgrund abgeschlossen und geöffnet hat [...]. Möglich und zugleich zwingend ist nur der gewaltsame Sprung“ aus dieser Situation (DÖRNER/PLOG, 1985, S. 326). Diese „Antriebszuspitzung“ ist so total und zugleich „ungerichtet, dass dabei auch ein zielge-

richtetes Töten herauskommen kann [...]. Die Sprung-Fragen lauten etwa:

1. *So oder anders.*
2. *Ich oder Du.*
3. *Ich oder Nichts.*
4. *das ‚Gottesurteil‘, d. h. so springen, dass man ‚es darauf ankommen lässt‘ was der präzise Sinn des merkwürdigen Wortes Suizidversuch ist.“ (Ebd.)*

So wird verständlich, dass Selbst- und Fremdtötung eng verflochten sind: Töten, Getötet-Werden

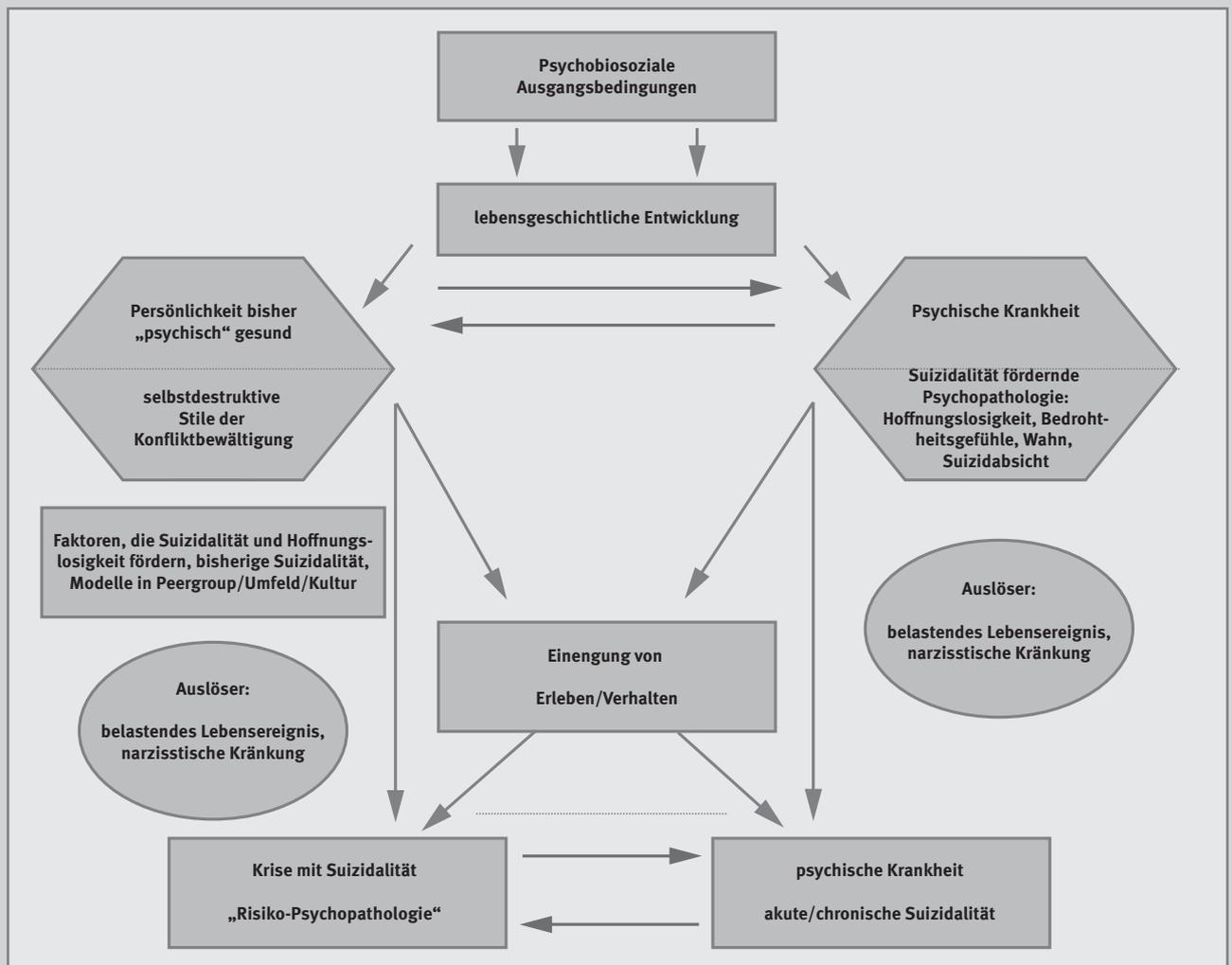


Abb. 2.5: Konzeption der Suizidalität (nach Wolfersdorf, 2007)

und gemeinsames Sterben können Hintergrund einer Selbsttötung sein.²

Wolfersdorf bringt die suizidale Krise und die suizidale Krise als Folge einer psychischen Erkrankung in eine gemeinsame Konzeption (Abb. 2.5, WOLFERSDORF, 2007, S. 23):

Wie erkenne ich nun eine suizidale Gefährdung (Kapitel 2.4) und wie sieht die spezifische Krisenintervention aus (Kapitel 2.5)?

² Bekannt sind in diesem Zusammenhang auch die Tötung des Anderen im erweiterten Suizid; die Selbsttötung im Kampf, der Suizid nach Tötung eines anderen, der Suizid statt der Tötung des anderen, das Duell, die Tötung aus Eifersucht u. a. m.; vgl. ebd., S. 327. Dörner/Plog weisen auch auf die gesellschaftlichen Einflüsse hin: In traditionellen Gesellschaften endeten zwischenmenschliche Auseinandersetzungen eher in Fremdtötungen, in industrialisierten, modernen Gesellschaften werde die Aktivität eher gegen sich selbst, nach innen gerichtet. – Aktueller dazu: FISCHER, 2005, S. 55-57.

2.4 Einschätzung des Gefährdungspotenzials³

Wichtige Kriterien sind folgende:

Wie groß ist die oben beschriebene Einengung des Betroffenen?

- erlebte Ausweglosigkeit der Situation und Fehlen von Alternativen
- affektive Einengung
- soziale Isolierung
- Einengung der Lebens- und Wertewelt

Befindet sich jemand im Stadium der Erwägung, des Abwägens von ja oder nein, oder hat er/sie sich bereits entschlossen?

Werden Suizidgedanken geäußert? Wie lange schon? Wem werden sie mitgeteilt?

Gibt es erschwerende Umstände:

- frühere Suizidversuche?
- Suizide in der Familie, im Umfeld?
- tatsächliche, bevorstehende oder befürchtete schwere Verluste?
- Kränkungen und Zurückweisungen im privaten oder beruflichen Umfeld?
- Situationen extremer Überforderungen und Belastungen, auch Arbeitslosigkeit, Schulden, drohende Verurteilung?
- Situationen der Entwurzelung wie Umzug, Umsiedlung oder Migration?
- Beschäftigung mit Suizid in Literatur und Medien?

Werden Hinweise auf konkrete Vorbereitungen gegeben?

Gehört der Betroffene zu einer der Risikogruppen?

- Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Menschen in psychosozialen Krisen
- Menschen nach starken Traumatisierungen, z. B. Kriegseignisse oder sexuelle Übergriffe
- chronisch oder unheilbar Erkrankte
- Menschen mit Suizidalität und Suizidversuchen in ihrer Vorgeschichte
- Angehörige von Menschen, die sich das Leben genommen haben
- Menschen, die durch Tod oder Trennung wichtige Bezugspersonen verloren haben
- Menschen nach Drogen- oder Medikamentenabusus

Aus diesen Kriterien muss dann im Einzelfall der aktuelle Gefährdungsgrad eingeschätzt und beurteilt werden. Als Orientierungshilfen dazu führen EINK/HALTENHOF einige hilfreiche Regeln an, um dann darauf zu verweisen, dass die wichtigste Möglichkeit zur Beurteilung der Suizidalität das Gespräch mit dem Betroffenen selbst darstellt (vgl. EINK/HALTENHOF, 2006, S. 57-67).

³ Siehe auch Kap. 4.1.2.2 „Darstellung von Fakten und Hintergrundwissen über Suizid“ und die Abschnitte zur Aus- und Fortbildung der ehrenamtlichen Mitarbeiter, und in der Materialsammlung das Arbeitsblatt: „falsch-richtig“-Annahmen zum Suizid. Vgl. zum Ganzen EINK/HALTENHOF, 2006, S. 48-53, die auch auf Risikosignale im Verhalten und in der Sprache hinweisen.

2.5 Krisenintervention

Die von Dörner und Plog geschilderte totale und zugleich ungerichtete Zuspitzung der suizidalen Krise birgt die Gefahr der Gewalt gegen sich selbst oder andere, aber auch die Chance zu einem Neuanfang. Die **Kriterien der Krisenintervention** lauten deshalb bei ihnen (vgl. zum Folgenden DÖRNER/PLOG, 1985, S. 336-338):

- Krisenintervention möglichst sofort, um die offene und schutzlose Situation zu nutzen für ein schonungsloses Ernstnehmen des Betroffenen, bevor dieser wieder seine alte Abwehr aufgebaut hat

Das impliziert:

- möglichst tiefgehendes, respektvolles Verstehen der Krisen-/Suizidhandlung als Maßnahme der „Selbsthilfe“
- Krisenintervention so nahe wie möglich und so entfernt wie nötig von der Lebenswelt des Betroffenen
- Die Krise möglichst lange offen halten. Nur so ist die gemeinsame Begegnung über die eigentliche Angst möglich. Sie zu nehmen oder zu beruhigen, nimmt die Chance der Selbsterkenntnis und Selbstveränderung.
- Pfllegerische, körperliche und soziale Bedürfnisse als Entlastungsmöglichkeiten ernst nehmen.

- Auch der Krisenpartner (meist vorhanden) braucht – zunächst getrennt – dieselbe Hilfe.
- Mit den Schwierigkeiten arbeiten, die in der Kriseninterventionsbeziehung auftauchen, denn es werden dieselben sein, die den Betroffenen in seine Krise geführt haben.

Krisenintervention bemüht sich darum, ein System kurzfristig wieder zu stabilisieren, das zusammenzubrechen droht. Dazu gehören der schnelle Beginn, „realistische Ziele, umschriebene Inhalte, pragmatisches Vorgehen und zeitliche Begrenzung“. (EINK/HALTENHOF, 2006, S. 77)

Sonneck benennt dazu als mögliche Stufen der Krisenintervention das Bella-Konzept (2000; vgl. unter 4.2.1.8):

- **Beziehung aufbauen**
- **Erfassen der Situation**
- **Linderung von Symptomen**
- **Leute einbeziehen, die unterstützen**
- **Ansatz zur Problembewältigung in konkreten Schritten**

Zu den **Strategien** der Krisenintervention zählen EINK/HALTENHOF vor allem das Schützen, das Entlasten und das Stützen (S. 77-87).

Basis des Schützens ist der Kontakt zu einer als hilfreich und vertrauenswürdig erlebten Bezugsperson. Je nach Ausmaß der Suizidgefährdung kann die stationäre Aufnahme und die psychiatrisch-medikamentöse Behandlung zu den unab-

⁴ Deshalb auch: „Medikamente nur, um ihn [den Patient] begegnungsfähig zu halten, wenn die Angst überwältigend ist.“ (S. 337). – Vgl. zum Ganzen den Artikel von Dörner 1991, S. 288-293, in dem er herausarbeitet, wie wichtig die Beachtung der Ambivalenz gerade nach der hoffnungslosen Seite ist und dass der Suizidversuch als aktiver Schritt aus einer Ohnmacht heraus verstanden werden kann, was Anknüpfungspunkte für eine neue Selbstachtung bieten kann.

weislichen Schutzmaßnahmen gehören, möglichst mit dem Einverständnis des Betroffenen, gegebenenfalls aber auch als Zwangsmaßnahme unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften.

Zum Entlasten gehört vor allem die ansatzweise Befreiung aus der faktischen und emotionalen Einengung: Entpflichtung von Aufgaben in Familie und Beruf (evtl. Krankschreibung) und Ausdruck der aktuellen belastenden Gefühle im Gespräch.

Stützende Interventionen sind alle Maßnahmen, die dem suizidalen Menschen helfen, die Krise mittels seiner persönlichen und sozialen Ressourcen durchzustehen: Aus der vertrauens- und respektvollen, wertschätzenden Annahme der Not des Betroffenen kann versucht werden, sich „mit seinen lebensbejahenden Anteilen [zu] verbünden [...], ohne die Probleme seiner aktuellen Situation zu bagatellisieren“ (S. 85). Dazu gehören bestehende soziale Bindungen und eventuelle Verpflichtungen, noch unerfüllte Wünsche und Pläne, auch religiöse

Grundüberzeugungen und Wertvorstellungen und die Anbahnung sozialer Hilfen.

Der Ablauf einer Krisenintervention lässt sich wie folgt zusammenfassen (vgl. die Tabelle bei EINK/HALTENHOF, 2006, S. 93):

- Abklärung und ggf. Abwendung einer unmittelbaren körperlichen Gefährdung
- Gestaltung einer konstruktiven Beziehungs- und Gesprächsaufnahme
- Besprechung der aktuellen Situation und Beurteilung des Gefährdungsgrades
- Entscheidung über das weitere Vorgehen
- Beendigung oder Fortsetzung der Krisenintervention oder
- Beratung mit einem bzw. Überweisung an einen anderen Professionellen, ggf. auch die stationär-psychiatrische Behandlung

Die Mitarbeitenden bei der Telefonseelsorge werden in der Regel im Gespräch gefordert sein, siehe dazu unten Kapitel 4.

Literatur

- DÖRNER, K./PLOG, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Bonn.
- DÖRNER, K.: Krisenintervention bei suizidgefährdeten Personen. In: Wege zum Menschen 43 (1991), S. 288-293.
- EINK, M./ HALTENHOF, H.: Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Bonn 2006.
- FISCHER, M.: Suizid – Anmerkungen zur Postmoderne, in: Suizidprophylaxe, Jg. 32, 2005, S. 55-57.
- HENSELER, H.: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords, Reinbek 1974.
- PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität, Bern 1968.
- RINGEL, E. (Hg.): Selbstmordverhütung, Bern 1969, 1984.
- SEIDLITZ, H.: Art. „Krise“, in: Wieners, J. (Hg.), Handbuch der Telefonseelsorge, Göttingen 1995, S. 214.
- SIEBERT, St. K., „Etwas Besseres als den Tod finden wir überall“ – Ambulante Krisenintervention bei Suizidalität, Skript Fortbildungsveranstaltung, Bonn 2004.
- SONNECK, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien 2000.
- TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN, Medizinische Fakultät, 2008.
- WOLFERSDORF, M.: Suizid aus klinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht, in: Schlimme, Jann E. (Hg.), Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserung der Suizidalität, Göttingen 2007, S. 17-28.

Die statistischen Daten sind den Quellen des Statistischen Bundesamtes der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden sowie den Zeitschriften Suizidprophylaxe, Theorie und Praxis, Jg. 35, 2008, Heft 4, Nr. 135 sowie Jg. 36, 2009, Heft 1, Nr. 136, entnommen.

Empfehlenswert: „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“ (unter www.suizidprophylaxe-online.de)

3 Religiöse und ethische Fragen



3 Religiöse und ethische Fragen

3 Religiöse und ethische Fragen

3.1 Einführung

3.1.1 Statements zum Suizid

3.2 Historischer Rück-Blick

3.2.1 Bei den Germanen

3.2.2 Griechische Philosophie und ihre Fortsetzung im alten Rom

3.2.3 Biblischer Befund und jüdische Überlieferung

3.2.4 Die Entwicklung einer christlichen Haltung

3.3 Ein-Blick in die gegenwärtige Situation

3.3.1 Katholische Kirche

3.3.2 Evangelische Kirche

3.3.3 Pastoralpsychologische Sicht und gemeinsame Verlautbarung der beiden Kirchen

3.3.4 Weitere aktuelle Einflüsse

3.3.4.1 *Östliche Religionen*

3.3.4.2 *Islam*

3.3.4.3 *„Öffentliche“ Selbsttötung*

3.3.4.4 *Sterbehilfe*

3.4 Suizid im Spannungsfeld von Freiheit und Bedingtheit

3.4.1 Entwicklung der psychiatrisch-medizinischen Sichtweise von Suizid seit der Aufklärung

3.4.2 Suizid als Ausdruck sozialer und seelischer Bedingungen

3.4.2.1 *Suizid als Ausdruck radikaler Einsamkeit*

3.4.2.2 *Suizid im Kontext von seelischen Konflikten und psychischer Erkrankung*

3 Religiöse und ethische Fragen

Volker Bier, Stefan Plöger

3.1 Einführung

TelefonSeelsorge ist eine suizidpräventive Einrichtung. Gleichzeitig ist ihr die Selbstbestimmung der Anrufenden und damit im Konfliktfall der Wunsch eines Anrufers nach selbstbestimmtem Sterben ein hohes Gut. Dieses Spannungsfeld soll anhand von religiösen und ethischen Überlegungen ausgelotet werden. Ablehnende Haltungen zum Suizid se-

hen darin eine Handlung, die in irgendeiner Weise gegen Gott, gegen die Gesellschaft und gegen die eigene Person gerichtet ist. Die Möglichkeit des Suizids wird dagegen aus der grundsätzlichen menschlichen Willens- und Entscheidungsfreiheit hergeleitet.

3.1.1 Statements zu Suizid

Die Bitte an Kollegen, ihre Sicht zu Suizid in einem kurzen Statement wiederzugeben, spiegelt genau dieses Spannungsfeld.

Suizid

- ist schrecklich;
- ist für mich unvorstellbar im wörtlichen Sinne: Ich kann mir nicht wirklich eine Situation vorstellen, in der mir nur dieser Schritt bliebe;
- ist der allerletzte Ausweg;
- ist eine Verzweiflungstat;
- ist ein aggressiver Akt gegen die eigene Person;
- ist der Endpunkt einer menschlichen Tragödie;
- ist meistens Folge einer psychischen Erkrankung;
- ist ein Tabu;
- ist eine unnatürliche Todesursache;
- ist eine (auto-)aggressive Handlung und hat immer einen Adressaten;
- ist für die Hinterbliebenen schwer oder gar nicht zu verwinden;
- bedeutet, anderen etwas anzutun;
- (im eigenen privaten Umfeld) löst bei mir Aggression oder Schuldgefühle aus;
- ist für mich die Beendigung des eigenen Lebens durch die eigene Hand;
- ist Ausdruck menschlicher Freiheit und Eigenverantwortung;
- ist Ausdruck davon, dass jeder tun und lassen kann, was er will;
- halte ich für eine legitime Möglichkeit, einen definitiv unveränderbaren, unerträglichen und für die Qualität des Lebens zentralen Zustand (zum Beispiel eine unheilbare Krankheit, Schmerzen u. ä.) zu beenden.

3.2 Historischer Rück-Blick

Die kulturgeschichtlichen und religiösen Einstellungen gegenüber dem Suizid in verschiedenen Epochen und Kulturen vermitteln ein Bild der Spannbreite gegensätzlicher Sichtweisen. In ihnen spiegeln sich heutige divergierende Haltungen und

Tendenzen wider. In den nachfolgenden Kapiteln werden beispielhaft Haltungen berücksichtigt, die unsere westlich-europäischen Einstellungen beeinflussten oder noch beeinflussen.

3.2.1 Bei den Germanen

In der überlieferten Literatur (NEDOMA, 2007, 129 ff.) gibt es kein Zeichen einer Stigmatisierung, Sanktionierung oder gar Tabuisierung des Suizids. Vielmehr wird sehr verständnisvoll davon berichtet, dass vornehmlich Frauen sich eher selbst töteten, als in die Hände der Feinde zu fallen. Aber auch die Männer wählten laut Tacitus den Tod mit dem Strick, wenn sie der Schande, im Kampf ihr

Schild verloren zu haben, entgehen wollten. Nicht immer war es Widerstand oder eine Frage der Ehre, die eine Selbsttötung legitimierte. Oft war es auch einfach eine hoffnungslose Lage (finanziell, politisch u. a.), die zur Selbsttötung führte. Durch diesen eher beliebigen Umgang mit dem Suizid verloren die politischen Gegner ein Druckmittel.

3.2.2 Griechische Philosophie und ihre Fortsetzung im alten Rom

Im Zusammenhang mit der abendländischen Kulturgeschichte fällt der Blick auf die griechische Philosophie (vgl. WARMSCHMIDT). Die Naturphilosophen und die Hauptvertreter des attischen Zeitalters, Aristoteles und Platon, lehnten den Suizid aus unterschiedlichen Gründen ab. Für Pythagoras stellte er einen Eingriff in die natürliche Ordnung dar, ein sinnloses Aufbegehren, da die unsterbliche Seele nur durch Reinigung und Buße aus dem Körper des Menschen befreit werden und zu ihrer göttlichen Herkunft zurückkehren kann. Gelingt dies nicht, so sucht sich die Seele erneut einen Körper, um sich zu befreien.

Aristoteles und Platon verurteilen den Suizid als unsittlich, da jeder Einzelne im Staat die Funktion eines von Gott eingesetzten Wächters innehat, dem es nicht gestattet sei, seinen Posten ohne

ausdrücklichen Befehl zu verlassen. Damit ist die Selbsttötung ein Vergehen gegen den Staat, womit man die Chance auf ein besseres Leben nach dem Tod verwirkt.

Ganz anders prägten die Stoiker ihre Epoche (FLASSPÖHLER, 2007, S. 442 ff.). Die Stoa, eine griechische Philosophenschule, wurde um 300 v. Chr. von Zenon von Kiton in Athen gegründet. Einer ihrer bedeutenden Vertreter war Hegesias, der so überzeugend die Selbsttötung als Möglichkeit der Freiheit beschrieb, dass viele seiner Begründung folgten und sich selbst töteten. In Alexandria wurde ihm schließlich Rede verbot erteilt.

Ausgehend von der stoischen Forderung nach einem vernunftgemäßen Leben im Einklang mit der Natur wird der Suizid für den Stoiker zur

Pflicht, wenn ihm infolge äußerer Umstände die Möglichkeit genommen wird, sein Leben derart zu führen. Solche äußeren Umstände sind unheilbare Krankheiten, körperliche Verstümmelungen, unerträgliche Schmerzen oder extreme Armut.

Der Suizid wird ferner akzeptiert, wenn ihm altruistische Motive zugrunde liegen, etwa zur Rettung des Vaterlandes oder der Freunde, oder wenn sich der Betreffende durch untragbare politische Verhältnisse dazu veranlasst sieht, etwa „unter der Herrschaft eines Tyrannen“ (ebenda). Darüber hinaus gesteht die Stoa dem Individuum das Selbsttötungsrecht nicht in vollem Umfang zu. Stets müssen vernunftgemäße Gründe für den Suizid vorliegen.

Der Einfluss der Stoiker wirkte jedoch weiter über den Römer Seneca bis heute. In der Literatur und in fast allen Auseinandersetzungen mit dem selbstgewählten Tod wird er erwähnt.

Seneca gehorchte angeblich in stoischer Ruhe einem Befehl des Nero, in dessen Ungnade er gefallen war, und schnitt sich im Bad die Pulsadern auf. Es war ihm überhaupt erst als freiem römischen Bürger möglich, sich selbst zu töten, denn Sklaven und Soldaten war aus ökonomischen Gründen der Suizid nicht erlaubt. Sklaven war nämlich der Freitod untersagt, weil sie damit ja ihren Herrn schädigten (vgl. FLASSPÖHLER, S. 22 ff.).

Für Seneca war der Tod aber auch philosophisch begründet und nachvollziehbar: „Wenn der Körper den Dienst versagt, was sollte den Leidenden davon abhalten, der Seele ihre Freiheit zu geben? [...] Ich werde den Sprung nicht scheuen, um herauszukommen aus dieser morschen, zusammensinkenden Behausung.“ (APELT, 1993, S. 210 f.)

3.2.3 Biblischer Befund und jüdische Überlieferung

In der Bibel gibt es nur sehr sparsam Hinweise auf den selbstgewählten Tod eines Menschen. Die meisten Berichte finden sich im Alten Testament, so über Simson (Richter 16, 30), Abimelech (Richter 9, 52), Saul und seinen Schwertträger (1. Samuel 31, 4-5), Architofel (2. Samuel 17, 23), Zimri (1. Könige 16, 18) und Rasi (2. Makkabäer 14, 41-46). Nur ein einziger Hinweis findet sich im Neuen Testament: Der Tod des Judas nach seinem Verrat an Christus (Matthäus 27, 3-8 und Apostelgeschichte 1, 18-19.). Alle Tode werden ausnahmslos ohne Betroffenheit oder Bewertung

beschrieben. Gründe werden genannt, in der Regel das Scheitern selbst oder von außen gesetzte Maßstäbe, bleiben aber unkommentiert.

Im **Judentum** der späteren Jahrhunderte hingegen wird eindeutig Stellung bezogen (vgl. www.liberal-juden.de). So heißt es im babylonischen Talmud (Baba Qamma 91b), dass ein Suizid die Leugnung des Guten in der Welt ist und ein Sich-fallenlassen in die Verzweiflung. Er nimmt Gott das Vorrecht, Leben zu geben und zu nehmen, ein Recht, das sich ebenso auf das eigene Leben wie auf das der anderen bezieht.

3.2.4 Die Entwicklung einer christliche Haltung

Das **Christentum**, der Pfeiler westlicher Ethik, bezieht in seiner geschichtlichen Entwicklung keine konstante Haltung zum Suizid. (Vgl. entsprechende Artikel in der Theologischen Realenzyklopädie (TRE) und in Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG). Bis ins vierte Jahrhundert fand der freiwillige Tod von Mann oder Frau angesichts eines zu erwartenden Martyriums Anerkennung seitens der Kirchenväter.

Mit Augustin (354-430) setzte eine Entwicklung der Bewertung ein, die zu einer veränderten Haltung führte. In seinem Werk „De Civitate Dei“ (civ de I, 16 ff.) verurteilte er den Suizid als ein abscheuliches und schändliches Übel. „Für den Christen gibt es keine Lage, die ihn zum Selbstmord berechtigt.“ In den folgenden Konzilien verfestigte sich diese Einstellung. Nur Menschen im Zustand geistiger Umnachtung, unter dem Einfluss psychischer Störungen oder wenn der Verzweifelte noch Reue empfinden konnte, wurden als Ausnahmen behandelt. Auf der Synode von Orleans (538) wird die Bestattung von Selbstmördern verboten. Im Konzil von Toledo 693 zog der Suizid die Ex-

kommunikation (Ausschluss aus der Gemeinschaft der katholischen Kirche) nach sich. Papst Nikolaus I bezeichnet ihn 860 als Todsünde, und damit wird diese Einstellung auch für das Kirchenrecht übernommen und festgeschrieben. So beschloss die Synode in Nîmes 1284, Selbstmördern das Recht auf ein Begräbnis in geweihter Erde zu verweigern.

Thomas von Aquin (1225-1274) bestätigte und erklärte den Suizid als Akt gegen die göttliche Ordnung (Summa theologica II, 64). Er suchte darin den Beweis, dass Suizid ein absolut Böses sei, ein Akt gegen die Liebe zu sich selbst, gegen die Gesellschaft und schließlich gegen Gott, wobei er drei Argumente anführte, die die Verurteilung des Suizids begründen sollten:

1. Der Suizid widerspricht der natürlichen Neigung des Menschen.
2. Er verletzt das Gebot der Liebe zum Nächsten, die der Mensch auch sich selbst gegenüber empfinden soll.

3. Der Mensch gehört zur Gemeinschaft, ist Eigentum des Vaterlandes, hat also kein Recht, durch Suizid diese Anwesenheit zu tilgen.
4. Der Mensch ist Eigentum Gottes, gehört Gott, wie ein Sklave seinem Herrn gehört. Der Mensch ist nicht „sui iuris“. Denn Gott entscheidet über unser Leben und unseren Tod.

Diese Haltung gegenüber dem Suizid verfestigte sich also im Laufe der Jahrhunderte und begründete jegliche Ethik. Erst mit der Reformation veränderte sich auch die Haltung der Kirchen bis hin zur gemeinsamen Erklärung der Kirchen im Jahr 1989 (siehe Kapitel 3.3.3).

Martin Luther sieht im Suizid „das Werk des Teufels“ und verurteilte deshalb stets die Tat, aber nicht immer das Opfer. In seinen Tischreden (Nr. 222) formuliert er etwa: „ Sie tun es nicht gern, aber die Kraft des Teufels überwältigt sie, wie einer im Wald von einem Räuber ermordet wird.“ (LUTHER, 1962, Nr. 222.) Damit wandert der Blick ohne Ansehen der Person auf das persönliche Schicksal des Einzelnen.

Hieran wird deutlich, wie unterschiedlich suizidale Handlungen in verschiedenen Epochen und auch im Christentum beurteilt wurden und heute noch werden.

3.3 Ein-Blick auf die gegenwärtige Situation

Das geschlossene gesellschaftliche Bild, das maßgeblich von der Kirche oder den Kirchen bestimmt wurde, hat sich längst verändert. Nicht nur andere kulturelle und religiöse Hintergründe mischen sich heute in die Bewertung und den Umgang mit dem Suizid. Längst haben die Kirchen an Einfluss, aber auch an innerer Einheitlichkeit verloren.

TelefonSeelsorge hat aber ihre Ursprünge im christlichen Menschenbild und in den Grundhaltungen der Nachfolge. Dies bedeutet längst nicht mehr, in den Fußspuren einer eindeutig bestimmten Person und ihrer eindeutig bestimmten Haltung zu gehen. Auch in den Kirchen wächst die Gewissheit, dass Glauben ein vielfältiges, buntes, zum einzelnen Individuum gehörendes Geschehen ist, das man nicht irgendwann erreicht hat, sondern das prozesshaft verstanden werden muss. Das

ist die Voraussetzung, unter der nachfolgend auf die offiziellen Stellungnahmen der Kirchen verwiesen wird. Sie sind also so etwas wie Rahmenbedingungen, die eine individuelle Auseinandersetzung provozieren wollen und können. Daneben steht der Versuch einer kleineren Gruppe von Christen, die den Suizid bezugnehmend auf ein Wort Jesu „Niemand hat größere Liebe denn die, dass er sein Leben lässt für seine Freunde“ (Joh 15, 13) als gerechtfertigt deuten und sich damit eindeutig gegen eine Herleitung aus dem 5. Gebot (Du sollst nicht töten!) wenden. Darüber hinaus weisen wir auf die am meisten rezipierten Religionen hin. Der Aufklärung mit ihren humanistischen und philosophischen Wurzeln und Wirkungen begegnen wir im Kapitel 3.4.

3.3.1 Katholische Kirche

Wenn man sich am katholischen Erwachsenen-Katechismus orientiert, finden sich schnell eindeutige Verweise, die eher an Traditionen früherer Jahrhunderte anschließen. So heißt es da zum Thema „Selbstmord“: „Der Selbstmord widerspricht der natürlichen Neigung des Menschen, sein Leben zu bewahren und zu erhalten. Er ist eine schwere Verfehlung gegen die rechte Eigenliebe [...]“ (KATECHISMUS, München, S. 580.). Der Selbstmord

widerspricht also der Liebe zum lebendigen Gott, die freiwillige Beihilfe verstößt gegen das sittliche Gesetz. Und dann im Unterschied zu Thomas von Aquin: Aber die Verantwortlichkeit des Selbstmörders kann durch psychische Störungen, Angst, Schicksalsschläge oder Qual und Folter vermindert sein (vgl. ebd., S. 580 ff.). Die Kirche betet für die Menschen, die sich das Leben genommen haben.

3.3.2 Evangelische Kirche

Dietrich Bonhoeffer differenziert noch detaillierter (BONHOEFFER, 1998, S.192 ff.). Für ihn gehört zur menschlichen Freiheit auch, das Leben zu opfern. Damit unterscheidet er eindeutig zwischen

einer Selbsttötung, die ein Opfer zugunsten anderer Menschen ist, und dem Selbstmord, bei dem es nur um die eigene Person geht. Karl Barth kommt auch zu einem differenzierten Nein. Aber ähnlich

wie er den Tyrannenmord unter dem Eindruck der Schrecken des NS-Regimes für möglich erachtete, verweist er auch für den Suizid darauf, dass es Menschen an der Grenze gibt. Und für diese Fälle gilt, dass „die Möglichkeit des Grenzfalls [...] die besondere Möglichkeit Gottes selbst“ ist (BARTH, S. 470). Letztendlich bleibt Karl Barth jedoch dabei, vor dem Selbstmord zu warnen.

Besondere Berücksichtigung sollte vielleicht Jochen Klepper erfahren. Der bekannte Dichter mehrerer Gesangbuchlieder (zum Beispiel „Die Nacht ist vorgedrungen“) hat zusammen mit seiner jüdischen Frau angesichts zunehmender Repressalien den Suizid 1942 als Ausweg gewählt,

und das im blinden Vertrauen auf Gottes Führung und Fügung (vgl. CHRIST-FRIEDRICH, 2001). Das Resümee unterschiedlicher Theologen, das in den neueren Verlautbarungen der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) auftaucht, lässt sich vielleicht folgendermaßen zusammenfassen: Auch in der evangelischen Kirche hält man am Ja Gottes zum Leben fest. Aber angesichts der Situation, dass ein Mensch selten wirklich „frei“ zu einer Entscheidung kommt und angesichts dessen, dass Sinnzusammenhänge zerbrechen und zerbrochen bleiben können, muss mit Kritik und Bewertung vorsichtig umgegangen werden. Letztlich sind es individuelle Schicksale, die nicht unserer Bewertung, sondern der Gnade Gottes überlassen sind.

3.3.3 Pastoralpsychologische Sicht und gemeinsame Verlautbarung der beiden Kirchen

Aus den offiziellen Stellungnahmen der beiden Kirchen lässt sich gutwillig immer der Blick auf die (pastoralpsychologische) seelsorgerische Praxis ableiten. Das heißt, die Situation des Menschen will, soweit möglich, verstanden sein, beziehungsweise die Situation aller Betroffenen braucht Begleitung. Dies geschieht unter anderem in der TelefonSeelsorge. Den Hintergrund bieten soziologische und psychologische Untersuchungen und Erwägungen (s. u. 2.4. ff.). Im Vordergrund steht aber für die Begleiterinnen und Begleiter immer, dass die letztendliche ethische Entscheidung dem „Forum Gottes“ überlassen bleibt.

An diese praktisch-seelsorgerischen Überlegungen lässt sich auch die gemeinsame Verlautbarung der beiden Kirchen anschließen. (KIRCHENAMT, 1989)

Suizid wird nicht weiter als „Selbstmord“, sondern als „Selbsttötung“ verstanden. In den Mittelpunkt wird der Mensch gerückt und nicht die Tat als Maßstab der Beurteilung oder gar Verurteilung genommen. Damit wird eine Differenzierung von

Mensch und Tat vorgenommen. Die Tat bleibt unverstehbar und man kann sie nicht billigen, aber unabhängig davon fällt der Mensch nicht automatisch unter ein verdammendes Gericht, sondern bleibt auch hier der Gnade Gottes überlassen. Uns anderen Menschen steht kein Urteil von außen zu.

Interessanterweise nimmt die Verlautbarung noch zwei andere Ideen auf: Die eine bezieht sich auf die „Freiheit“ einer individuellen Entscheidung. Jede „Freiheit“ entzieht sich objektiven Maßstäben, weil sie immer gebunden bleibt an ein subjektiv empfundenes Freiheitsgefühl. Dieses ist durch den jeweiligen Kontext und dessen Maßstäbe bestimmt (zum Beispiel gesund, reich, stark, beschwerdefrei etc.). Dies erinnert an die konstruktivistischen Ansätze neueren Datums. Damit lässt sich auch keine „objektive“ Aussage machen, die sich auf die Freiheit des Menschen bezieht. Dieser Blick auf die Bedingungen einer „freien“ Individualentscheidung wird bis heute bei jenen Organisationen vernachlässigt, die sich für eine

Sterbehilfe bzw. ein freies, selbstbestimmtes Ende aussprechen.

Zum anderen nimmt die gemeinsame Verlautbarung das Thema der Beihilfe zum Suizid auf und setzt diesen gleich mit der verworfenen aktiven

Sterbehilfe (PATIENTENVERFÜGUNG, S. 19). Gehört dazu auch die (telefonische) Weitergabe von Telefonnummern oder Adressen der Organisationen, die die in Deutschland verbotene Sterbehilfe vertreten?

3.3.4 Weitere aktuelle Einflüsse

3.3.4.1 Östliche Religionen

Es lohnt an dieser Stelle der Blick auf fernöstliche Religionen. Beispielhaft sei der Buddhismus genannt. Wie kaum eine andere Religion haben seine Ideen und Gedanken Einzug in unsere Kultur gehalten. Grundsätzlich können wir sogar davon sprechen, dass wir auch hier längst in einer Mischkultur religiöser Ideen leben.

Der Buddhismus steht beispielhaft für den Glauben an eine Wiedergeburt und die kausale Vernetzung unterschiedlicher Leben und deren Auflösung. Es gibt dort selten eine Bemerkung zum Suizid, weil natürlich ein Mensch durch die Selbsttötung der Seelenwanderung nicht entgehen kann. Eine der wenigen Ausnahmen ist die Besprechung früherer (tierischer) Reinkarnationsstadien des Buddha und sein Opfer, um anderen Tieren das Leben zu retten. Erst die Auseinandersetzung mit der westlichen Kultur führt zu einer Einordnung des Suizids.

Das folgende Beispiel stammt von den „Rändern“ der Hospizbewegung, die sich ja auch als Gegengewicht zur aktiven Sterbehilfe versteht. Sogyal Rinpoche, ein Lehrer aus der Linie des Dalai Lama, schreibt: „Ich habe von tragischen Fällen gehört, in denen junge Menschen Selbstmord beginnen, weil sie glaubten, der Tod sei etwas Wunderbares und ein Ausweg aus der bedrängenden Enge ihres Lebens. Ob wir den Tod nun fürchten und verdrängen oder ob wir ihn verklären – in beiden Fällen trivialisieren wir ihn. Sowohl Verzweiflung als auch Euphorie sind Ausflüchte. Der Tod ist weder deprimierend noch spannend, er ist einfach

eine Tatsache des Lebens.“ (RINPOCHE, S. 24.) An anderer Stelle (ebd., S. 447) spricht er davon, dass das Bewusstsein eines so Verstorbenen negativem Karma folgt, das Befreiung verhindert.

3.3.4.2 Islam

Die „religiöse Mischkultur“, von der wir eben sprachen, öffnet natürlich auch den Blick auf den Islam. Immerhin 16 Millionen Menschen bekennen sich innerhalb der europäischen Union zum Islam, davon leben in Deutschland allein 3,3 Millionen (Stand: 2006). Der Islam gehört, neben dem Judentum und dem Christentum, zu den drei monotheistischen Religionen, die sich alle auf den einen Gott beziehen. Sie stehen mit ihrer Genese und andauernden Auseinandersetzung zueinander in Wechselbeziehung.

Im Islam ist die Einstellung zum Suizid eindeutig negativ. „Zu sterben steht niemandem zu, es sei denn mit Allahs Erlaubnis – ein Beschluss mit vorbestimmter Frist.“ (Sure 2, 195.) Den Menschen, die sich selbst töten, wird die Aufnahme ins Paradies verweigert.

3.3.4.3 „Öffentliche“ Selbsttötung

Nicht immer liegt der Selbsttötung ein freier, autonomer Entschluss zugrunde. Inwieweit Suizid und Autonomie sich ausschließen oder bedingen, darauf wird im folgenden Kapitel eingegangen. Aber der Suizid wird offensichtlich auch fast standardisiert, oft religiös oder moralisch behaftet bewusst öffentlich vollzogen. Wer hat nicht die Bil-

der gemeinschaftlich Sake trinkender japanischer Kampfpiloten vor Augen, die sich danach als „Kamikazepiloten“ auf amerikanische Schiffe stürzten? Suizid als politischer Protest (oft durch öffentliches Verbrennen) wird scheinbar verstanden als Opfer zugunsten einer höherwertigen Moral. Dazu zählen auch die „Gotteskrieger“ islamischer „Befreiungsbewegungen“, denen wie allen im „Heiligen Krieg“ Gefallenen das ewige Paradies verheißend wurde.

Nicht zu vergessen sind die außengesteuerten suggestiven „Endzeitkollektive“, wobei das selbstgewählte Ende Einzelner oft mit dem Mord an anderen Kollektivmitgliedern einherging.

3.3.4.4 Sterbehilfe

Ich erinnere mich an eine Frau, der ich vor einigen Jahren begegnet bin. Sie war nach mehreren Asthma-Anfällen mit anschließender Wiederbelebung nicht mehr in der Lage, sich selbstständig zu bewegen. Laut ihrer Aussage, die sie mittels einer kleinen elektronischen Schreibtafel machen konnte, hatte sie unzählige sehr schmerzhafte spastische Anfälle pro Tag. Von ihrer Familie hatte sie sich längst verabschiedet. Eines Tages schrieb sie „Warum lassen die Menschen mich nicht sterben? Gott hat mich schon längst sterben lassen!“

In dieser Begegnung wurde mir das ganze Dilemma der heutigen Sterbehilfediskussion deutlich.

Ähnlich zitiert Sherman B. Newland aus dem Abschiedsbrief des Physikers Percy Bridgman: „Es ist nicht anständig, wenn die Gesellschaft einen Menschen zwingt, sich so etwas anzutun. Wahrscheinlich ist heute der letzte Tag, an dem ich es mir selbst antun kann.“ (NEWLAND, 1994, S. 232.) Wir leben als moderne Menschen mit den wachsenden medizinischen Möglichkeiten und so mit einem wachsenden Einfluss auf unser körperliches Wohlergehen. Wenn wir nun dieses Ziel verfehlen, warum sollte neben dem Behandlungsabbruch nicht auch ein willentliches Beenden des (verlängerten) Lebens stehen können?

Aus eher zaghaften Anfängen in den Niederlanden und in der Schweiz ist mittlerweile eine starke Bewegung von Menschen geworden, die darauf bestehen, dass ein selbstbestimmtes Lebensende zu den freiheitlichen Grundkriterien gerade angesichts der medizinischen Möglichkeiten gehört (vgl. Online-Dokumente www.exit.ch und www.dignitas.ch). Im Weiteren wird unter der juristischen Anerkennung des Suizids (s. u. Kap. 4) erneut darauf eingegangen.

Die Abgrenzung fällt zudem nicht leicht. Ist etwa das exzessive Rauchen, der Missbrauch von Alkohol oder Drogen nicht auch ein Suizid auf Raten?

3.4 Suizid im Spannungsfeld von Freiheit und Bedingtheit

Ist Suizid Ausdruck menschlicher Freiheit oder Ausdruck einer menschlichen Beschränkung und Einengung? Beide Positionen werden vertreten und sind extreme Gegensätze. Unter dem Blickwinkel einer freien willentlichen Entscheidung zum Selbstmord wird dieser als Freitod bezeichnet. Unter dem Blickwinkel der Freiheit ist die persönliche Entscheidungsfreiheit einer Person maßgeblich. „Das Verlangen eines Menschen, gemäß den eigenen Überzeugungen auch sein Lebensende zu gestalten, gehört zentral zum grundsätzlichen Recht, für sich und persönlich Entscheidungen fällen zu können. Würde man dieses besondere Interesse nicht beschützen, wäre das grundsätzliche Recht untergraben.“ (DWORKIN, 2004, S. 246.)

In der Existenzphilosophie wird die Entscheidung für oder gegen Suizid zur entscheidenden

Antwort auf die Frage nach der Möglichkeit des Lebens. „Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord. Die Entscheidung, ob das Leben sich lohne oder nicht, beantwortet die Grundfrage der Philosophie.“ (CAMUS, 1959.)

Unter dem Blickwinkel der Freiheit zum Suizid wird diese Möglichkeit zu einem entscheidenden menschlichen Merkmal, weil dem Menschen grundsätzlich und prinzipiell die empirische faktische Willensfreiheit unterstellt werden muss, bis dahin, dass er sein Leben wählen oder ablehnen kann. Es ist spezifisch für den Menschen in seiner Dualität von Geist und Körper, dass er sich in einer bewussten Entscheidung gegen seinen Körper entscheiden kann.

3.4.1 Entwicklung der psychiatrisch-medizinischen Sichtweise von Suizid seit der Aufklärung

Seit der Aufklärung stellt sich die ethische Frage nach dem Suizid unter neuem Blickwinkel. Gesellschaftliche, kirchliche oder rechtlich verankerte Normen sind nicht mehr der entscheidende Maßstab. „Sapere aude! Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist der Wahlspruch der Aufklärung.“ (KANT, 1784, S. 481 in der Berlinischen Monatsschrift). Die Forderung nach selbstbestimmtem Denken und Handeln wird aufgestellt. Allerdings führt der Anspruch, seinen eigenen Verstand zu nutzen, in der Zeit der Aufklärung zu unterschiedlichen Haltungen gegenüber dem Suizid.

Immanuel Kant nimmt in der „Grundlegung der Metaphysik der Sitten“ eine eindeutige Position ein. Nach Kant handelt der „Selbstmörder“ gegen den kategorischen Imperativ. Er entledigt

sich seines Körpers als Mittel zur Vermeidung eines unerträglichen Zustands und widerspricht damit der Anforderung, die eigene wie andere Personen jederzeit als Zweck (der Idee der Menschheit) und niemals bloß als Mittel zu brauchen. Damit verhält er sich gegen die Sittlichkeit der Menschheit. (vgl. KANT, 2004, S. 79.) Das Postulat der menschlichen Freiheit ist also kein „Freibrief“.

In späteren Rezeptionen Kants wird unter anderem betont, dass die Reflexionen zum kategorischen Imperativ im Zweifelsfall niemanden abhalten, den Suizid zu vollziehen.

Seit der Aufklärung erheben Medizin, Psychiatrie und später Psychologie Anspruch auf die Zuständigkeit beim Thema „Suizid“. Die Suizidhandlung, die aus kirchlicher Sicht als Sünde, juristisch als

Unrecht bewertet wurde, wird nun im Kontext der Forderung nach menschlicher Selbstbestimmung unter dem medizinisch-psychologischen Blickwinkel zur Krankheit erklärt. Verschiedene Zugangsweisen zeigen ein sehr unterschiedliches Verständnis des Phänomens „Suizid“. Ausgangspunkt ist der Versuch einer diagnostischen Einordnung als (körperlich bedingte) Geisteskrankheit. In der Pariser Medizin-Schule (Anfang des 19. Jahrhunderts) wurde eine Verursachung durch unterschiedliche Bedingungen angenommen, allerdings mit einem besonderen Schwergewicht psychogener („moralischer“) Faktoren (vgl. MAIER-JANSON, 1987, S. 22).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts findet die naturwissenschaftlich-ätiologische Krankheitskonzeption der Degenerationslehre breite Zustimmung. Die beobachtete familiäre Tradierung des Suizids wurde zu einer Entartungshypothese erweitert und verabsolutiert. Suizid wird als Symptom eines (endogenen) degenerativen Prozesses gesehen, der zu einer krankhaften Abweichung vom Normaltypus führt.

Die moralstatistische Suizidforschung (des 19. Jahrhunderts) untersucht das Vorkommen von Suizid in der Bevölkerung. Die Suizidrate wird zum objektiven Maßstab, um Aussagen über Zusammenhänge im Kontext von Suizid zu machen. Suizidalität wird zu einer Art Fieberkurve des sozialen Körpers (vgl. MAIER-JANSON, 1987, S. 30). Suizid wird nicht durch individuelle Erkrankung oder individuelle Motive erklärt, sondern mit sozialen, gesellschaftlichen Bedingungen in Zusammenhang gebracht. Suizidhäufigkeiten werden zu aussagekräftigen Indikatoren für gesellschaftliche Fehlentwicklungen (vgl. MAIER-JANSON, 1987, S. 29).

Die Suizidforschung im 20. Jahrhundert zeigt neue Perspektiven. Mit dem Aufkommen des psychoanalytischen Verständnisses rücken Themen wie „Selbstwert“ und „Schuldgefühle“ in den

Mittelpunkt des Interesses. Freud formuliert in „Trauer und Melancholie“ (1916) unter psychodynamischem Blickwinkel drei Bedingungen als Voraussetzungen zum Suizid:

1. den Objektverlust als auslösendes Moment;
2. den Ambivalenzkonflikt in der Objektbeziehung;
3. die Regression auf die narzisstische Stufe der Objektwahl (vgl. MAIER-JANSON, 1987, S. 34).

„Objekt“ bezeichnet in der Psychoanalyse das Korrelativ des Triebes oder der emotionalen Bindung. Üblicherweise ist das die Person, auf die das Ich abzielt (vgl. LAPLANCHE, PONTALIS, 1977, S. 335). Später wird von Freud das Konzept des Todestriebs entwickelt (FREUD, 1920 und 1923).

Konzepte in der Folge betonen die aggressiv-destruktive Seite des suizidalen Verhaltens bzw. die Labilisierung des narzisstischen Regulationsystems. Erwin Ringel (1953) beschreibt die drei Symptome des präsuizidalen Symptoms.

Henseler (1974) betont die Bedeutung des Selbstwertgefühls und der narzisstischen Objektbindung (vgl. MAIER-JANSON, 1987, S. 36). Die intrapsychische Dynamik wird als wesentlich angesehen und erfordert eine therapeutische Bearbeitung des unbewussten innerseelischen Konflikts (siehe hierzu im Einzelnen Kapitel 2.3).

3.4.2 Suizid als Ausdruck sozialer und seelischer Bedingungen

Suizid wird heute nicht mehr pauschal verurteilt. Vielmehr wird die Frage nach den besonderen Umständen und Bedingungen immer wichtiger. Welche Bedingungen und persönlichen Gründe führen jemanden an den Punkt, dass er für sich die Entscheidung erwägt oder trifft, aus dem Leben zu scheiden? Wie sind diese Gründe einzuschätzen? Was bedeuten sie für die Begleitung, die die TelefonSeelsorge anbietet?

Eng verbunden damit ist die Frage, ob es so etwas wie einen rationalen, also nachvollziehbaren und damit gedanklich und emotional zu unterstützenden Suizid gibt? Die Person, die ihn an sich vollzieht, müsste im Nachhinein sagen können, dass es gut war, dass sie es gemacht hat (vgl. NICKL, 2008, S. 124). Natürlich kann genau das nicht überprüft werden. Es gibt aber Lebenssituationen, bei denen es außerhalb jeder menschlichen Möglichkeit steht, irgendwelche Abhilfe zu schaffen. Das ursprüngliche Prinzip der Solidarität sittlicher Wesen (vgl. SCHELER, 1948, S. 177) ist dann nicht in Frage gestellt, weil Hilfe nicht möglich ist. Andere können dann nicht moralisch schuldig werden, weil sie mögliche Hilfe nicht geleistet haben.

Die grundsätzliche Entscheidungsfreiheit eines Menschen und die Existenz von Bedingungen, die einen Menschen dazu führen, sich selbst das Leben zu nehmen, sind keine unvereinbaren Gegensätze. Karl Jaspers sieht Suizid im Spannungsfeld von Ausdruck der Freiheit wie auch als Ausdruck von menschlicher Bedingtheit. Er betont aber auch die Aspekte der Bedingtheit bis zum Anerkennen krankheitswertigen Geschehens. „Die Handlung des Selbstmords kann also nicht als unbedingte, sondern nur in ihrer Bedingtheit aus Gründen erkannt werden.“ (BORMUTH, 2005, S. 176)

3.4.2.1 *Suizid als Ausdruck radikaler Einsamkeit*

Typischerweise machen sich Einengungen, die auf die Entscheidungen zum Suizid hinführen, daran fest, dass das Individuum die Herausforderungen, sich zum Unendlichen in sich oder sich als ganzes Ich anderen Dus gegenüber zu verhalten, nicht mehr übernimmt oder übernehmen kann. Das dialogische Prinzip der Existenz wird nicht mehr realisiert und ist einer radikalen Einsamkeit gewichen.

Selbst Jean Améry, ein maßgeblicher Befürworter des Freitods, postulierte die Pole von der Einsamkeit des Subjekts und seiner unhintergehbaren Bezogenheit auf andere. Die Radikalität der einsamen Entscheidung für oder gegen das Leben wird mit der grundsätzlichen Verbindung zu anderen Menschen kontrastiert.

Dörner macht die massive erlebte Isolation und Einsamkeit eines Suizidenten zum Ausgangspunkt seiner Überlegungen (vgl. DÖRNER, 1991, S. 288 ff.). Verstehen des Suizids ist aus dieser Sicht nicht möglich und kontraproduktiv. Da der Suizident sich in einer Extremsituation äußerster Ausweglosigkeit und Verzweiflung befindet, in der er sich radikal einsam und verlassen fühlt, führt es in ein unauflösbares Dilemma, wenn ein Helfer unterstellt, dass er den Suizidenten „versteh“. „Versteht“ er ihn, liegt er falsch, weil sich der Suizident unverstanden fühlt. Der Ausgangspunkt muss also sein, dass es nicht möglich ist, den Suizidenten zu verstehen. Damit ist es auch nicht sinnvoll, die Frage nach dem Warum, die Frage nach dem Motiv zu stellen. Im Zweifelsfall ist bei unterstellter Ambivalenz des anderen dessen hoffnungslose Seite zu vertiefen und sein Recht auf Suizid anzuerkennen. „Zur suicidalen Energie trägt nicht unerheblich bei, daß der Betreffende meint, dagegen angehen zu müssen, daß entweder die Gesellschaft ihm oder er selbst sich das Recht auf den Suizid

bestreitet“ (DÖRNER, 1991, S. 291). Es kann unterstellt werden, dass in letzter Zeit Verzweiflung und Aussichtslosigkeit zugenommen haben, dass der andere „sich sein besonderes Leiden zunehmend verboten hat, für unerlaubt gehalten hat [...]. Ein Teil der suicidalen Energie ist Abwehr-energie, Abwehr des eigenen Leidens, der eigenen Angst, wodurch man diese selbst vergrößert hat.“ (DÖRNER, 1991, S. 291.) Der andere hat schon lange nicht mehr Angst als etwas erlebt, auf das man hören kann und das man sich angucken kann. Die digitale Polarität von Leben und Tod der suicidalen Einengung kann sich so verändern in ein zeit-räumliches Feld des Lebens, zu dem der Tod hinzugehört. Unter dem Blickwinkel der Wiederentfaltung des Lebensraumes kann der Suizid als ein aktiver Handlungsschritt gesehen werden nach erlebter Ohnmacht und Ausweglosigkeit.

Mit dem Suizidentschluss hat der andere ein Stück Freiheit eigenen Handelns wiedergewonnen. Für ein unlösbar erscheinendes Problem wird dieser Schritt zu einer Art Selbsthilfe bzw. Selbstheilungsversuch. Der Suizident beweist sich und anderen, dass er eine Lösung parat hat und kann damit Selbstachtung gewinnen. Der Suizid bleibt eine immer verfügbare Möglichkeit, auf die er bei Bedarf zurückgreifen kann.

Die Begegnungsdyade ist für sich nicht tragfähig. Sie bedeutet Isolation zu zweit. Auch die wiedererlebte Selbstachtung ist keine hinreichende Voraussetzung der Krisenintervention. Erforderlich ist der Schritt, dass der Betreffende sich wieder als Teil der Welt empfinden kann („Resozialisierung“). Das erlebte Gespräch wird zum Modell für andere mögliche Beziehungen. Voraussetzung des Gesprächs war es, sich voneinander abhängig zu machen und die wechselseitige Unterschiedlichkeit akzeptiert zu haben. Um die Einführung anderer Personen möglich zu machen, muss der Krisenbegleiter sich zurücknehmen. Er ist zufälliger Vertreter der Menschheit, der signalisiert, dass die Menschheit nicht auf diese Person verzichten kann.

„Das Leben gehört mir, aber ich gehöre auch dem Leben.“ (DÖRNER, 1991, S. 292.) „Jeder Mensch ist nicht nur notwendig, sondern jeder Mensch will auch notwendig sein.“ (S. 293)

3.4.2.2 *Suizid im Kontext von seelischen Konflikten und psychischer Erkrankung*

Das Erkennen einengender Bedingungen für ein Individuum kann darin bestehen, einen Suizidversuch oder einen Suizid als Ausdruck eines seelischen Konflikts oder im Kontext einer seelischen Erkrankung zu sehen. Damit ist nicht der Suizid selbst ein krankheitswertiges Geschehen. Er steht aber im Kontext von seelischer Belastung oder Erkrankung.

Massive Kritik an der medizinisch-psychologischen Sichtweise wird von Jean Améry erhoben. Er verteidigt die individuelle Perspektive gegen den Anspruch, dieses subjektive Erleben psychologisch-psychotherapeutisch erfassen zu können (BORMUTH & NURMI-SCHOMERS, 2005, S. 185). Améry sieht in Psychiatern und Psychologen gehorsame Diener des Staates, die versuchen, institutionelle Macht im Dienst gesellschaftlicher Funktionen zu missbrauchen. (Ebd., S. 186).

Der Suizid Amérys ist selbst ein gutes Beispiel dafür, wie eine Suizidhandlung von Lebensthemen und -konflikten eines Menschen bedingt ist und damit verstehbar wird. Der zu seiner Zeit als Essayist berühmte Jean Améry postulierte für sich die Möglichkeit des Freitods und schied 1978 durch Suizid aus dem Leben. Sein Weg in den Suizid ist durchaus „verstehbar“. Seine Schriften „Jenseits von Schuld und Sühne“ und „Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod“ lösten damals sehr kontroverse Diskussionen aus. Die Behauptung des Freitods, also einer Suizidhandlung als Ausdruck letzter menschlicher Freiheit, war eine massive Provokation. Amérys eigener „Freitod“ erscheint im Nachhinein nicht als Beispiel radikaler

Freiheit. Das Holocaust-Opfer Jean Améry rang sein Leben lang um Anerkennung als Dichter und Romancier. Sein Ruhm als Essayist bedeutete ihm dagegen nicht viel. Sein erster Roman war 1974 durchgefallen. (Zu diesem Zeitpunkt unternahm er übrigens seinen ersten Suizidversuch.) 1978 erwartete er die Reaktionen auf seinen zweiten Roman und war sich seines Erfolges keineswegs sicher. Mit seiner Selbsttötung inszenierte er sich: Er wurde damit zur Legende, schloss sein Leben quasi folgerichtig ab und stilisierte es damit zu einem Gesamtkunstwerk (vgl. BORMUTH, 2008). Der Suizid Amérys ist also nicht einfach Ausdruck absoluter Freiheit, sondern erscheint folgerichtig als Ausdruck der versuchten Überwindung massiver Selbstzweifel und persönlicher Verunsicherung.

Obwohl der Suizid selbst keine Krankheit ist, tritt er häufig im Kontext psychischer Erkrankung auf. Man geht davon aus, dass sich 10 bis 15 Prozent der an einer schweren Depression leidenden Men-

schen das Leben nehmen. Bei 40 bis 70 Prozent aller Suizide wird Depression zu den Hauptursachen gezählt (vgl. Althaus et al., 2006, S.1). Entsprechend konnten Präventionsprogramme, die auf die Verbesserung der Versorgung bei Depression und Aufklärung abzielten, Erfolge bei der Suizidbekämpfung erzielen. In Deutschland ging aus dem Nürnberger Bündnis gegen Depression das Deutsche Bündnis gegen Depression hervor, das sich dieser Aufgabe stellt.

Beim Berliner Krisendienst wurden in einer Begleitforschung im Zeitraum von Mai 2000 bis April 2002 34.110 Kontakte ausgewertet. In rund einem Viertel der Fälle wurde akute Suizidalität festgestellt. Verteilt auf Diagnosegruppen sind die häufigsten Nennungen: depressive Störungen (27,2 Prozent), Schizophrenien (22,8 Prozent), Alkoholprobleme (16,8 Prozent), Borderline (7,1 Prozent), Abhängigkeit durch andere Substanzen (6,7 Prozent). (Vgl. WITTE, 2008, S. 148 f.).

Literatur

- ALTHAUS, D., SCHÄFER, R. & U. HEGERL: Empfehlungen zur Planung und Durchführung regionaler Antidepressionskampagnen: Das Bündnis-Kursbuch. Bündnis gegen Depression e.V., 2006.
- APELT, O.: Seneca - Briefe an Lucilius. In: Philosophische Schriften. Übersetzt und mit Einleitung und Anmerkungen versehen von Otto Apelt. Band 3. Hamburg 1993.
- BARTH, K.: Kirchliche Dogmatik, Band 33/4, Zürich 1951. Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, hrsg. v. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Hannover, Bonn 2003 (2. Aufl.) S. 19.
- BONHOEFFER, D.: Ethik, hrsg. v. Ilse u. Eduard Tödt, Ernst Feil u. a., Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (Kaiser Taschenbücher Bd. 161) 1998, S. 192 ff.
- BORMUTH, M.: Jean Améry – 30 Jahre danach. Vortrag DGS-Kongress, 2008.
- BORMUTH, M.: Freiheit und Passion bei Jean Amry. Anmerkungen zu ‚Hand an sich legen. – Diskurs über den Freitod.‘ In: Bormuth, Matthias & Nurmi-Schomers, Susan (Hrsg.), Kritik aus Passion. Studien zu Jean Améry. Wallstein, 2005, S. 175-204.
- BORMUTH, M. & NURMI-SCHOMERS, S. (Hrsg.): Kritik aus Passion. Studien zu Jean Améry. Wallstein, 2005.
- CAMUS, A.: Der Mythos von Sisyphos. Rowohlt, Hamburg, 1959.
- CHRIST-FRIEDRICH, A.: Der verzweifelte Versuch zu verändern. Suizidales Handeln als Problem der Seelsorge, Bethel 1996.
- CHRIST-FRIEDRICH A.: Suizid II, in: Theologische Realenzyklopädie (TRE), Band XXXII, Berlin,

- New York 2001, S. 445-453.
- DÖRNER, K.: Krisenintervention bei suicidgefährdeten Personen. *Wege zum Menschen*, 43, 1991, S. 288-293.
- DWORKIN, R.: Hilfe zum Selbstmord - Das Resümee des Philosophen. In: Wiesing, Urban (Hrsg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Reclam, 2004, S.245-247.
- FLASSPÖHLER, S.: *Mein Wille geschehe. Sterben in Zeiten der Freitodhilfe*, Berlin 2007.
- FREUD, S.: *Trauer und Melancholie*. (1916) Studienausgabe Bd. III, S. 197-212, Fischer, Frankfurt/M., 1982.
- FREUD, S.: *Jenseits des Lustprinzips*. (1920) Studienausgabe Bd. III, S. 217-272, Fischer, Frankfurt/M., 1982.
- FREUD, S.: *Das Ich und das Es*. (1923) Studienausgabe Bd. III, S. 283-330, Fischer, Frankfurt/M., 1982.
- HENSELER, H.: *Narzißtische Krisen – Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Rowohlt, Reinbek, 1974.
- HOHEISEL, K.: *Suizid I*, in: *Theologische Realenzyklopädie (TRE)*, Band XXXII, Berlin, New York 2001, S. 442-445.
- KANT, I.: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. (1785) Reclam, Stuttgart, 2004. *Katechismus der katholischen Kirche*, Kapitel 2281, München / Wien 1993, S. 580. *Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Gemeinsame Texte 17 (1989). Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen*, Hannover / Bonn 2003.
- KATECHISMUS der katholischen Kirche, Kapitel 2281, München / Wien 1993, S. 580.
- KIRCHENAMT der Evangelischen Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): *Gemeinsame Texte 17 (1989). Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen*, Hannover / Bonn 2003.
- LAPLANCHE, J. & J.-B. PONTALIS: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Suhrkamp, 3. Aufl. 1977.
- LUTHER, M.: *Tischreden*, Nr. 222, Bonner Ausgabe (BoA), Bd. 8, Bonn, 1962.
- MAIER-JANSON, W.: *Entstehung, Ergebnisse und Bedeutung der psychiatrischen Suizidforschung Frankreichs im 19. Jahrhundert*. Dissertation Universität Ulm, 1987.
- NEDOMA, R.: Art. „Selbsttötung“ in: Hoops, Johannes: *Reallexikon der Germanischen Altertumskunde*, hrsg. v. Heinrich Beck u. a., Berlin / New York 2007, S. 129 ff.
- NEWLAND, S. B.: *Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?*, Freiburg, 1994.
- NICKL, P.: *Gibt es einen rationalen Suizid? Suizidprophylaxe*, 35, 2008, Heft 3, S. 124-128.
- Christliche *PATIENTENVERFÜGUNG mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung*, hrsg. v. Kirchenamt d. Evangel. Kirche in Deutschland u. v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Hannover, Bonn 2003 (2. Aufl.) S. 19.
- RINGEL, E.: *Der Selbstmord: Abschluß einer krankhaften Entwicklung*. Wien / Düsseldorf, 1953.
- RINPOCHE, S.: *Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod*, Bern u. a., 1993 (4. Aufl.).
- SCHELER, M.: *Wesen und Formen der Sympathie*. Frankfurt a. M., 1948.
- WITTE, M.: *Beratungsstellen für Menschen in Krisen in Deutschland. Überblick, Anspruch und Relevanz für die Suizidprävention*. *Suizidprophylaxe*, 35, 2008, Heft 3, S. 144-150.

Online-Publikationen

WARMSCHMIDT, Annett: *Der Suizid - ein Phänomen im Wandel der Zeit. Erklärungsansätze aus den Bereichen Psychologie, Soziologie, Medizin und Biologie*.

4 Praxisfelder

4 Praxisfelder

4 Praxisfelder

4.1 Telefon

4.1.1 Begegnung mit suizidgefährdeten Menschen

4.1.1.1 Erscheinungsformen von Anrufen und was sie auslösen

4.1.1.2 Der institutionelle Rahmen

4.1.1.3 Der rechtliche Rahmen

4.1.1.4 Der situative Rahmen: Wer trifft auf wen?

4.1.1.5 Zusammenfassung und Überleitung zum Übungsteil: Begegnung mit Suizid ist eine besondere Belastung der Beratenden

4.1.2 Die Schulung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen in Aus- und Fortbildung

4.1.2.1 Einstieg in das Thema

4.1.2.2 Die Darstellung von Fakten und Hintergrundwissen über Suizid

4.1.2.3 Handlungsorientierung

4.1.2.4 Nachsorge für EA nach einem belastenden Suizidgespräch

4.1.2.5 Notfallregelungen

4.1.2.6 Abschluss der Einheit

4.1.2.7 Besonderheiten bei Fortbildungen im Unterschied zu Ausbildung

4 Praxisfelder (Fortsetzung)

4.2 TelefonSeelsorge im Internet: Webmail und Chat

4.2.1 Webmail

- 4.2.1.1 *Das Setting: Rahmenbedingungen und Unterschiede zur Telefonarbeit*
- 4.2.1.2 *Rechtliche Situation*
- 4.2.1.3 *Zahlen*
- 4.2.1.4 *Beschreibung „typischer“ Mails mit Suizid-Thematik – mögliche Erscheinungsformen, Fallbeispiele*
- 4.2.1.5 *Chancen, Herausforderungen und Grenzen in der virtuellen Begleitungsuizidgefährdeter Menschen*
- 4.2.1.6 *Webmail-Begleitung als Prozess*
- 4.2.1.7 *Begegnungs- und Handlungsmöglichkeiten in der Webmail-Begleitung suizidaler Menschen*
- 4.2.1.8 *Krisenhilfen in der Webmail-Begleitung suizidgefährdeter Menschen*
- 4.2.1.9 *Aus-, Fortbildung und Supervision der Webmail-Mitarbeiterinnen*
- 4.2.1.10 *Selbsterfahrungs-Übungen*

4.2.2 Chat

- 4.2.2.1 *Vorbemerkung*
- 4.2.2.2 *Ratsuchende per Chat: Statistik*
- 3.2.2.3 *Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Chat- bzw. Mailarbeit und Seelsorge am Telefon*
- 4.2.2.4 *Suizidprävention im Chat als Teil von TelefonSeelsorge*
- 4.2.2.5 *Typen von Ratsuchenden in der Chatarbeit*
- 4.2.2.6 *Schluss*

4.3 Offene Tür und Face-to-face-Beratung

- 4.3.1 *Beispiel Duisburg*
- 4.3.2 *Beispiel Erlangen*
- 4.3.3 *Der Prozess der Begleitung*

4 Praxisfelder

4.1 Telefon

Gabriele Klix-van Drunen, Christiane Rieth, Rosemarie Schettler

Die Entstehungsgeschichte der TelefonSeelsorge kann den Eindruck erwecken, der suizidale Anrufer habe quasi als Gründungsmitglied gewirkt.

Seit es Telefone gibt, sind immer wieder Initiativen entstanden, mithilfe dieser „Kontaktbrücke“ Suizidgefährdeten ein Gesprächsangebot zu machen. Ein Londoner Pfarrer namens West hatte 1953 eine 14-Jährige nach Suizid bestatten müssen. In der Folgezeit gab er Annoncen in einer Zeitung auf, die ein großes Echo fanden. Diese Annoncen lauteten: „Before you commit suicide, ring me up!“ Ebenfalls in London machte kurze Zeit später der Pater Chad Varah ein ähnliches Angebot mit großer Resonanz. Beide wirkten als Begründer der Idee „TelefonSeelsorge“, insbesondere Varah gilt bis heute als ihr ‚Gründervater‘ (vgl. I. Habenicht in: T. Weber (Hg.), Handbuch der TelefonSeelsorge, 2006, S. 10).

Einem unsichtbaren Gesprächspartner kann man leichter von schambesetzten Themen erzählen. Noch leichter lässt es sich erzählen, wenn zu diesem unsichtbaren Gegenüber noch keine Beziehung besteht und es wahrscheinlich bei einem Einmalkontakt bleibt.

Diese Bedingungen der Unsichtbarkeit und der Anonymität bietet die TelefonSeelsorge Anrufern in der Hoffnung, den Suizidalen Halt zu geben und eine Brücke bauen zu können. Genutzt werden diese Bedingungen aber weitaus häufiger von Menschen ohne Suizidgedanken. Rein statistisch sammeln Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge mehr Erfahrungen mit scherzenden Kindern, Depressiven und chronisch psychisch Kranken als mit latent oder akut Suizidalen.

Erfahrungen mit Anrufern, die einen Suizidgedanken oder eine Suizidhandlung offen benennen, sind im Dienst eines TSlers statistisch selten. In der Statistik des Jahres 2008 der TelefonSeelsorge Duisburg Mülheim Oberhausen machen die 218 mit „Suizid“ etikettierten Anrufe nur wenig mehr als ein Prozent der Gespräche aus. Die Zahl dieser Gespräche erscheint zwar gering, das Umgehen mit suizidalen Anrufern aber stellt hohe Anforderungen an Mitarbeitende und die Auswirkungen dieser Gespräche sind belastender als die anderer Anrufe.

Das Umgehen mit Menschen, die ihren Suizid planen, oder mit Angehörigen, die einen solchen Suizid erlebt haben, wird zu Recht den Basis-Aufgaben der TelefonSeelsorge zugeordnet.

Bewerber um die ehrenamtliche Mitarbeit in der TelefonSeelsorge erwähnen dieses Thema, wenn sie gefragt werden, wer nach ihrer Einschätzung bei der TelefonSeelsorge anruft.

Auch auf die Frage nach dem schlimmstmöglichen Fall, der höchsten Anforderung, wird der suizidale Anrufer genannt und befürchtet.



4.1.1 Begegnung mit suizidgefährdeten Menschen

Der folgende Abschnitt beschreibt, in welcher Form Suizidalität oder geplante Suizidhandlungen von Anrufenden geäußert werden. Suizidale Absichten werden nicht immer laut und nicht immer klar verständlich formuliert. Es gilt, die Wahrnehmung auch für nur eben angedeutete Suizidideen zu schärfen.

Der Abschnitt beschreibt weiter, wie die Situation des Anrufenden sein könnte, in welchen persönlichen und institutionellen Rahmenbedingungen der zuständige Mitarbeitende am Telefon sich bewegt und welche mögliche Dynamik diese Begegnung auslöst.

All das berührt Standards und Grenzen der TelefonSeelsorge als Institution und die des jeweiligen Mitarbeitenden. Institutionelle Standards und individuelle Standards, persönliche Erfahrungen und dazu unscharfe juristische Gegebenheiten schaffen eine spannungsreiche Melange für das Umfeld des Suizidgesprächs.

4.1.1.1 *Erscheinungsformen von Suizidalität am Telefon und was sie auslösen*

Selten sind Menschen klar und präzise in der Ankündigung von Suizidabsichten.

Suizidgedanken oder geplante Handlungen werden in der Regel nicht direkt formuliert, sondern umschrieben. Es werden eher allgemeine Formulierungen zu Überforderung, Einsamkeit, Perspektivlosigkeit, Entmutigung ausgedrückt. Anrufe um Suizid sind sehr variantenreich und vom Gesprächspartner leicht zu überhören oder misszuverstehen.

Der am meisten gefürchtete Suizidfall ist der „finale Anruf“, also jener Anrufer, der seinen Tod geplant und die Durchführung schon begonnen hat, also z. B. Tabletten geschluckt hat, die TelefonSeelsorge anruft, um auf dem Weg in den Tod nicht allein zu sein. Diese Anrufer stellen extreme

Anforderungen an die Mitarbeitenden und wirken zuweilen lange und belastend nach. Es gibt sie, Gott sei Dank, nur selten.

Häufiger rufen Menschen an, die ihre Suizidgedanken oder -pläne in einem persönlichen Gespräch mit einem unbekanntem Gegenüber äußern möchten. Motivation ist hier, Gedanken auszusprechen, gehört zu werden und manchmal auch, eine Alternative zum eigenen Tod zu überlegen.

Es rufen auch Angehörige und Freunde an, die befürchten, ein ihnen nahestehender Mensch könnte sich selbst töten. Sie stehen unter Druck, fühlen sich oft extrem verantwortlich, sehr allein und hilflos. Sie brauchen einen Gesprächspartner, der Handlungsspielräume und Grenzen mit ihnen prüft.

Sehr häufig sind Gespräche mit Menschen, die nicht explizit Suizidabsichten äußern, aber extrem „enge Räume“ schildern, in denen sie leben. Einsamkeit, Armut, Perspektivlosigkeit, verbunden mit einer eher deprimierten oder deprimierenden Stimmung könnten zumindest auf den Gedanken bringen zu fragen, was das Leben trägt.

Mögliche Erscheinungsformen: Beispiele aus der Praxis

- Eine ältere Frau schildert, wie sie mit dem Alleinsein schlecht klarkommt. Wenn ihre Tochter demnächst auszieht, gibt es niemanden mehr für sie.
- Der Anrufer ist verzweifelt und enttäuscht: Er hat einem Freund eine sehr große Summe geliehen und der scheint mit dem Geld auf und davon zu sein. Die Verletzung durch den Vertrauensmissbrauch ist größer als der Ärger über den finanziellen Verlust. Am liebsten

würde er sich mit einer Überdosis Medikamente umbringen.

- Der Suizid ihrer Schwester lässt die Anruferin nicht los, sie fühlt sich zunehmend untauglich für den Alltag.
- Eine 53-jährige Anruferin äußert Selbstmordgedanken: Seit Jahren ohne Job und Perspektive, kann sie noch nicht einmal ihren Lebensunterhalt verdienen. Sie hat schon lange viel versucht, um ihre Situation zu verbessern. Jetzt kann und will sie nicht mehr.
- Ein aggressiv klingender Mann sagt gleich zu Beginn des Gesprächs: „Versuchen Sie bloß nicht, mich vom Selbstmord abzubringen!“
- Anruf eines jungen Mannes: Er geht in die 11. Klasse und sieht sich selbst als suizidgefährdet. In seinem Kopf kreisen immer dieselben destruktiven Gedanken und Fragen.
- Die Anruferin ist von ihrem Freund nach mehrjähriger Lebensgemeinschaft verlassen worden. Sie grübelt, was sie „falsch“ gemacht hat und hält sich mit Alkohol und Medikamenten aufrecht. Mit einem Messer hat sie sich die Handgelenke zerschnitten. Sie hat Angst, das noch einmal zu versuchen und „besser“ zu machen.

Typisch scheinen Anrufe zu sein, in denen aus einer akuten Enttäuschungs- oder Verlustsituation heraus keine Perspektive mehr wahrgenommen wird oder durch chronische Überforderung, Einsamkeit und Perspektivlosigkeit Suizidimpulse entstehen.

Selten wird der Gedanke an Suizid klar benannt. Scham oder Rücksicht auf den Gesprächspartner lassen Anrufende ihre Gedanken lediglich umschreiben. Gern lassen wir als Gesprächspartner am Telefon uns einladen, solch ein persönliches und schambesetztes Thema zu übergehen.

Hier ist die Aufgabe klar auf Seiten des Mitarbeitenden in der TelefonSeelsorge, angedeutete Absichten und Motive wahrzunehmen, auch wenn sie nicht hörbar ausgesprochen werden. Themen, die fremde und eigene Schamgrenzen berühren und überschreiten, sind nicht einfach zu formulieren. Oft hapert es schlicht am Vokabular und an Übung. Das macht es für Ausbildung, Fortbildung und Supervision nötig, immer wieder einfache Verbalisierungsübungen zu praktizieren.

Eine andere Hürde im Umgang mit Suizid ist neben der Begegnung mit Scham und Intimität die Scheu vor der Begegnung mit Sinnfragen, eigenen Todeswünschen und möglichen rechtlichen Fragen und Konsequenzen. Schon in dieser Aufzählung wird sichtbar („Sinn“ bis „Recht“), was für eine üble, verwirrende Gemengelage sich für den TS-Mitarbeitenden ergeben kann.

Was kann nun für das Gespräch um Suizid mehr Sicherheit geben? Was kann unterstützen, das Gespräch wirklich zu führen und nicht auszuweichen?

Nicht nur Mitarbeitenden in der Ausbildungsphase, sondern auch erfahrenen TSlern kann es geschehen, dass sie im Gespräch angedeutetem Leid, indirekt formulierten Suizidabsichten oder dem Zweifel an der Fähigkeit, weiterleben zu können, nicht genügend Anteilnahme widmen und zu schnell zu positiven Aspekten des Lebens im Allgemeinen übergehen. („Das Licht am Ende des Tunnels“ zeigen wollen.)

Nachgefragt, ob sie die Verzweiflung wahrgenommen haben, zeigt sich dann oft, dass all das sehr wohl gehört wurde. Gehörte Not zu verbalisieren, wird aber dennoch unterlassen, um den Betroffenen vermeintlich nicht noch tiefer zu belasten.

Bei diesen Gesprächen fühlen Mitarbeitende große Scheu, den Emotionen des Anrufenden gegenüber und dem, was dabei geweckt wird. Diese Scheu wahrzunehmen, ist wichtig. Sie ist hilfreich dabei, mit großer Sorgfalt Worte zu wählen und das Gespräch zu führen.

4.1.1.2 *Der institutionelle Rahmen*

Die TelefonSeelsorge definiert sich als ein niederschwelliges Gesprächsangebot mit ganz besonderen Merkmalen. Dazu gehören: Anonymität, 24-Stunden-Präsenz, keine Voranmeldung, Diskretion, Einmalbegegnung, Ehrenamtlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Mitarbeitenden der TelefonSeelsorge sind in Gesprächsführung geschulte Ehrenamtliche. Damit sind sie Experten für das qualifizierte, vertrauensvolle Gespräch auf „Ohrenhöhe“. Sie sind keine Experten für Notfälle, keine Rettungssanitäter, keine Feuerwehrleute, keine Rechtsanwälte, nicht Polizei und nicht Notarzt. Anrufende in der TelefonSeelsorge haben diese Nummer in der Regel bewusst und mit Bedacht gewählt.

Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge wissen, dass der Anrufer diese ganz spezielle 0800er-Nummer unter vielen anderen möglichen ausgewählt hat, weil er die mit dieser Nummer angebotenen Qualitäten des Dialoges, der Verschwiegenheit und der Zuwendung der TS für sein Anliegen nutzen möchte.

Wenn es so ist, dass einem Anrufenden in seiner Notsituation nur noch die TS-Nummer einfällt, so ist es Aufgabe der TS, ihn zu beruhigen und zu stabilisieren, damit er den nächsten Schritt tun kann, nicht aber, selbst die Rolle der Feuerwehr oder des Notarztes oder eines anderen Fachdienstes zu übernehmen.

Abgrenzung und Klarheit in der Rolle ist notwendig und hilft, den Standort wahrzunehmen und die Möglichkeiten und Grenzen des seelsorglichen Gesprächs in Balance mit den eigenen Kräften zu gestalten.

Der Mitarbeitende ist normalerweise allein; wenn es eine große Dienststelle ist, hat er vielleicht eine Kollegin, die gleichzeitig mit ihm im Dienst ist.

Hieraus folgt, dass Mitarbeitende zunächst in der Regel allein mit dem Anrufenden sind, was die

Nähe und empfundene Intimität vergrößern kann, aber auch das Gefühl der Hilflosigkeit und Überforderung.

4.1.1.3 *Der rechtliche Rahmen*

Die rechtliche Seite des Umgehens in Suizidfällen ist nicht nur für Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge kompliziert. In Kapitel 5 ist die juristische Einbettung dieser Situation mit den dazugehörigen Paragraphen und Erwägens- und Handlungsspielräumen nachzulesen.

An dieser Stelle sei nur kurz skizziert, welche zusätzlichen „Zündstoff“ der unscharfe juristische Rahmen schafft. Vielleicht kann dann diese Skizze helfen, möglichst klar im Rollenauftrag der TelefonSeelsorge zu bleiben und nicht Arzt oder Polizist zu werden.

Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge haben zu respektieren, wenn der Wunsch zur Selbsttötung vom Anrufenden formuliert wird. Vom institutionellen Auftrag her haben sie die Aufgabe, Gespräche möglichst am Anruferanliegen orientiert zu führen und müssen auch in diesem Fall erarbeiten, welches Anliegen sich hinter der Formulierung der Suizidabsicht der TelefonSeelsorge gegenüber verbirgt, diesem Adressaten gegenüber, der eben nicht rettet oder erste Hilfe leistet.

Mitarbeitende bleiben aber auch Bürger mit Pflichten zur Hilfeleistung für Mitmenschen in Gefahr. Wer diese Pflicht versäumt, kann sich strafbar machen. Auch wenn der Suizid selbst nicht strafbar ist, unterlassene Hilfeleistung kann es sein. Im Einzelfall kann das Gespräch mit einem akut Suizidgefährdeten ein anstrengender Balanceakt sein, mit einem komplexen Abwägungsspielraum zwischen Autonomie des Anrufenden, Respekt seinen Plänen gegenüber bei gleichzeitiger Wahrung seiner Anonymität einerseits; und andererseits dem Aufgeben von TS-Standards wie Schweigepflicht zugunsten der Rettung eines Lebens.

Die fachlich-telefonseelsorgerliche Richtschnur kann nun bei der komplexen Gemengelage und dem möglichen erlebten Druck in diesen Situationen leicht in den Hintergrund geraten. Übersehen werden kann, dass die von der TelefonSeelsorge angebotene und vom Anrufenden gewählte Hilfe auch in diesem Fall das Gespräch ist. Auch wenn von Suizid gesprochen wird, verändert das den Auftrag und die Methode der Hilfeleistung nicht. Gesprächsinhalte um Suizid können die spätere Empfehlung oder Einbeziehung weiterer Kräfte erforderlich machen. Zunächst gilt es aber wie in jedem anderen Gespräch auch, sich dem Anrufenden zuzuwenden. Im Gespräch um Suizid muss klar werden, wie konkret der Plan ist und wie leicht dieser Plan vom Betroffenen zu realisieren ist. Hier gilt die Faustregel: Je konkreter der Plan, je leichter die Realisierung, umso akuter die Gefährdung.

Im Rahmen der Gespräche in der TelefonSeelsorge kann nur ein sehr flüchtiger Eindruck vom Anrufenden entstehen. Scheint er orientiert, dialogfähig, klar und bleibt er anonym, so gibt es weder Anlass noch Gelegenheit zur Rettung.

Macht er einen verwirrten Eindruck, bleibt er aber immer noch anonym, so entsteht vielleicht Anlass, aber keine Gelegenheit zur Rettung.

Wenn er allerdings die Anonymität auflöst durch Hinweise auf seinen Standort oder seine Identität, dann könnte das ein Hinweis auf seinen Wunsch nach Eingreifen und Hilfesein, dem die TelefonSeelsorge nachgehen muss. Solange der Anrufende seine Anonymität nicht auflöst, gibt es von Seiten der TelefonSeelsorge kaum Hilfsmöglichkeiten, die über das Gespräch hinausgehen, und schon gar keine, die schnell greifen.

4.1.1.4 *Der situative Rahmen: Wer trifft auf wen?*

Der Anrufende lebt schon lange mit einer Situation, die zu Suizidgedanken führt, hat in viele Richtungen gedacht, geplant und abgewogen, Entscheidungen getroffen, probiert, hat vielleicht Teilerfolge gehabt, ist gescheitert.

Er hat also sowohl gedanklich als auch emotional einen klaren Vorsprung. Er kennt das Thema des Gesprächs und weiß vielleicht sogar zu formulieren, mit welcher Absicht er sich meldet. Ist es ein Anrufer in einer Krisensituation und/oder mit Suizidplänen, wird er selbst Emotionen zeigen und/oder sie vielleicht auch auf seinen Gesprächspartner übertragen.

Es ist möglich, dass zum Beispiel Angst, Wut, Kummer, Mut- und Hilflosigkeit von dem das Gespräch führenden Mitarbeitenden erspürt werden. Nicht immer spürt und weiß der Mitarbeitende dann, dass diese Stimmungen nicht seine eigenen sein müssen, sondern oft gerade die Stimmungen im eigenen Leib nachfühlbar werden, die der Anrufer erlebt. Der Mitarbeitende fühlt, was der Anrufer fühlt, und erlebt diese Gefühle als die eigenen. Der Mitarbeitende erlebt die Gefühle seines Gesprächspartners hier in der Stellvertreterfunktion, er ist in der Lage, sich „einzufühlen“ und die von ihm empfundenen Emotionen zu formulieren und in die Begegnung einzubeziehen.

Den Vorlauf und die Einstimmung auf das Thema Suizid hat der jeweils Diensttuende in der TelefonSeelsorge also nicht. Im günstigen Fall hat er durch eine adäquate Vorbereitung auf den Dienst (pünktlich angekommen, Übergabegespräch mit der Kollegin, dreimal tief durchgeatmet) Distanz zur eigenen Befindlichkeit schaffen können. Er oder sie ist im Einsatz, also zuständig, muss immer mit allem rechnen, braucht und nimmt sich Zeit, um zu begreifen, sich dem Thema des Anrufenden zu nähern und ein Gefühl dafür zu entwickeln, wer dieser Anrufer ist, in welcher Situation er anruft und mit welcher Absicht.

In relativ kurzer Zeit wird der Mitarbeitende in eine Stimmung und in eine Lebensgeschichte katalysiert, die er erst einmal kennenlernen muss, um den Anrufenden vor seinem persönlichen Hintergrund wahrnehmen zu können.

Das heißt: Ein „Spezialist“ (Anrufer) trifft auf einen „Laien“ (TSler) und nicht umgekehrt! Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge tun gut daran, diese Rollenverteilung und die damit verbundenen Kenntnisunterschiede in Bezug auf die Situation des Anrufenden nicht zu vertauschen.

Der Vorteil des Laien kann die Distanz sein, die er zum Anrufenden und dessen Situation hat und unbedingt einhält. Sie hilft, sich nicht zu verstricken und Distanzperspektive einzusetzen.

Welche Dynamik kann eine solche Rollen- und Aufgabenverteilung bewirken? Sollte es ein sehr anrührendes, tief in die Emotionalität des Anrufenden führendes Gespräch sein, so besteht natürlich die Gefahr, dass der Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge sich verpflichtet fühlt, die „Auftragsklärung“ nicht sorgfältig abzustimmen, für den Anrufenden sorgen zu wollen, letztlich ungefragt mehr Verantwortung als üblich und im institutionellen Rahmen möglich übernehmen zu wollen.

Denkbar wäre auch, dass aus Respekt oder Angst zu viel Abstand eingehalten wird und andeutete Suizid- oder Todesgedanken „überhört“ oder unzureichend verbalisiert werden.

Es besteht also die Gefahr der Rollenverdrängung und Aufgabenvermischung und die Gefahr des „Zuviel“ oder „Zuwenig“.

Folgendes scheint deshalb zur Standortbestimmung und Sicherung des TS-Mitarbeitenden nötig:

- Vergegenwärtigung der Rolle und der damit verbundenen Aufgaben des Mitarbeitenden in der Institution TS: das Gespräch führen, Gesprächspartner sein und nicht Engel noch Retter;

- eigene biografische Berührungen mit dem Suizid kennen und wissen, welche Appelle verführerisch wirken könnten, Grenzen nicht einzuhalten. Mögliche Appelle: „Sie sind meine letzte Rettung!“, „Ich habe schon alles probiert!“, „Kommen Sie bloß nicht auf die Idee, mich retten zu wollen!“

4.1.1.5 Zusammenfassung und Überleitung zum Übungsteil:

Begegnung mit Suizid ist eine besondere Belastung der Beratenden

Gespräche mit Menschen, die eine Suizidhandlung planen, führen leicht ans Limit. Sie konfrontieren mit eigenen und fremden Ängsten und führen auf ein Terrain, in dem ein hohes Maß an Beherrschung und Authentizität erforderlich ist. Das heißt auch, Ängste und Unsicherheiten als ständige Begleiter im Gespräch auszuhalten und zu akzeptieren.

Anweisungen zum Führen von Gesprächen um Suizid bestärken und ermutigen Mitarbeitende, aber es gibt kein besonderes „Handwerkszeug“ für den Umgang mit diesen Anrufern.

Mitarbeitende äußern in Bezug auf den Umgang mit suizidgefährdeten Anrufenden häufig, sie könnten durch eine „falsche“ Gesprächsführung quasi über Tod und Leben des Anrufenden entscheiden. Das macht Druck, löst Unsicherheit aus und könnte gerade hier sprachlos machen. Deshalb ist es wichtig zu wissen, dass Beziehung allein schon ein Stück Halt gibt. Das heißt: Lieber etwas „Falsches“ sagen, als zu schweigen; lieber etwas ansprechen, was dann nicht passt, nicht gemeint war, als etwas zu überhören.

Zur Aus- und Fortbildung gehört auch, die Haltung von Mitarbeitenden zum Thema Suizid und die Ansprüche ans eigene Handeln, die sich daraus ableiten lassen, zu erarbeiten.

Folgende Fragen könnten helfen, die Haltung bewusster wahrnehmen zu können:

- „Darf man das?“
- „Wie fühle ich mich demjenigen gegenüber, der so etwas tut?“
- „Welche Situation in meinem Leben könnte mich den Tod wünschen lassen?“
- „Was ist mir hier möglich, im Rahmen eines Suizidgespräches anzubieten?“

Das Wichtigste, was im Kontakt mit dem Suizidgefährdeten zu tun und zu wissen bleibt: Beziehung wirkt antisuizidal und Perspektive im Leben schafft eine Alternative zum Suizid. Eine Perspektive kann immer sein, noch einmal anzurufen.

4.1.2 Die Schulung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen in Aus- und Fortbildung

Das Thema Suizid wird in der Aus- und Fortbildung mit dem Ziel behandelt, dass die Ehrenamtlichen die Beziehung zu einem Menschen in suizidaler Krise fachlich kompetent gestalten können und dabei auch auf sich und ihre Grenzen achten lernen. Im Folgenden liegt unser Schwerpunkt auf der Ausbildung, wobei jedoch für Fortbildungen der Ehrenamtlichen Ziele, Inhalte und Methoden im Prinzip die gleichen sind. Auf die Besonderheiten von Fortbildungen gehen wir kurz am Schluss dieses Kapitels ein.

Suizid als ein sehr anspruchsvolles, komplexes und belastendes Thema wird eher am Ende der Ausbildung stehen, auch wenn alle Ehrenamtlichen sich von Anfang an innerlich damit beschäftigen. Es spricht vieles dafür, die Ehrenamtlichen vor ihren ersten eigenen Gesprächen am Telefon auf Anrufe mit dieser Thematik intensiv vorzubereiten, um Sicherheit zu vermitteln. Was den zeitlichen Rahmen betrifft, sind für eine Ausbildungseinheit zum Thema Suizid mindestens zehn Stunden notwendig, das heißt ein ganzer Tag und ein Abend. Ein Wochenende mit zwölf Arbeitsstunden wäre noch günstiger.

Die Motivation der Ehrenamtlichen (EA)

In Ausbildungsgruppen für die TelefonSeelsorge muss nicht eigens eine Motivation geschaffen werden, um sich mit Suizid auseinanderzusetzen. Menschen, die bei der TelefonSeelsorge ehrenamtlich arbeiten wollen, beschäftigen sich bereits bei ihrer Entscheidung, sich auf dieses Ehrenamt vorzubereiten, mit diesem Themenkomplex. „Was mache ich, wenn so jemand anruft?“ – „Kann ich damit umgehen?“ – „Werde ich das verkraften?“

Das sind Fragen, die schon beim ersten Auswahlgespräch eine Rolle spielen. Wir können da-

von ausgehen, dass alle in der Gruppe großes Interesse an dem Thema haben und möglichst viel darüber erfahren wollen. Aber es ist häufig mit Angst besetzt und kann leicht Stress auslösen. Die EA erscheinen also zu der Ausbildungseinheit Suizid mit gemischten Gefühlen. Einerseits haben sie starkes Interesse und andererseits verspüren sie Angst oder mindestens ein Unbehagen, Leistungsdruck oder Selbstzweifel.



Es macht Angst, sich mit den eigenen suizidalen Tendenzen auseinanderzusetzen. Es macht Angst und löst Unbehagen oder Trauer aus, sich noch einmal mit Suiziden im nahen Umfeld zu beschäftigen, die oft traumatisch erlebt wurden. Es macht Angst, in einem solchen Krisengespräch versagen zu können und mit den vermeintlichen Schuldgefühlen leben zu müssen, den anderen nicht vor dem Suizid bewahrt zu haben. Und diese Ängste sind natürlich nur zu verständlich.

Angst und Abwehr versus Sicherheit und Empathie als Leitthema

Im Kontakt mit einem Menschen in suizidaler Krise kommen Berater leicht in die Situation, entweder Verantwortung für das Leben des anderen zu übernehmen – das wäre ein „Zuviel“ des Engagements. Oder Berater grenzen sich dem anderen gegenüber so stark ab, dass echte Einfühlung nicht mehr möglich ist – das wäre ein „Zuwenig“. Hier ist das Ziel, eine gute Balance von Einlassen und Abgrenzen zu finden.

Die EA sollen sich im Idealfall auf den Menschen in suizidaler Krise maximal einlassen und mit ihm an den Rand der Verzweigung gehen (DÖRNER, 1991), aber dennoch stets bei sich bleiben und dem anderen die Verantwortung für sein Tun lassen. Dem anderen die Verantwortung für sein Leben zu überlassen, kann von den EA dahingehend missverstanden werden, das Gespräch sehr schnell abubrechen, dem anderen die „Erlaubnis“ für den Suizid zu geben, und sich sehr stark abzugrenzen. Es ist eine Form der Angstabwehr, das Thema rational abzuhandeln, ohne sich als Person darauf einzulassen. Dieses Verhalten müssen wir als Ausbilderinnen erkennen, würdigen und konstruktiv damit umgehen.

Eine andere Form der Angstabwehr besteht darin, dass die EA aus lauter Sorge und Angst um das Leben des anderen – auch um eigene Schuldgefühle abzuwehren – versuchen, den Anrufer zu überreden oder zu überlisten, vom Suizid abzulassen. Auch dieses Verhalten verhindert, dass sich die EA empathisch und hilfreich einlassen und eine gute Beziehung aufbauen. Diesen Konflikt von Einlassen und Abgrenzen haben wir im Prinzip in allen Beratungsgesprächen, aber in einer Grenzsituation, in der es ums Überleben geht, spitzt er sich noch einmal zu.

Ganz entscheidend ist also die Bearbeitung der Ängste und der möglichen Abwehrmechanismen. Das bedeutet, es ist ein Klima von Sicherheit und Vertrauen notwendig, in dem die EA den Raum

und die innere Bereitschaft finden, sich mit ihren Ängsten auseinanderzusetzen und sich darüber auszutauschen. Wichtiges Ziel ist außerdem das Vermitteln von Sicherheit: im Notfall zu wissen, was zu tun ist. Die EA sollen nach Möglichkeit solche Lernerfahrungen machen, die das Gefühl vermitteln, sie werden in einer solchen Situation bestehen können. Denn je sicherer sie sich fühlen, desto weniger müssen sie die „Barrieren zur Angstabwehr hochziehen“ (DÖRNER, 1991).

Wie bei der Behandlung von anderen beratungsrelevanten Themen in der TelefonSeelsorge lassen sich drei Bereiche unterscheiden, die dann während der Schulungseinheit jedoch ineinandergreifen und teilweise parallel verlaufen:

- einen kognitiven Teil, das heißt die Vermittlung von Fachwissen;
- die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und Werthaltungen;
- den Aufbau einer Handlungskompetenz.

Der folgende Abschnitt gibt Anregungen für den Aufbau einer Ausbildungseinheit. Der Text orientiert sich an einem zeitlichen Ablaufschema. Es werden zunächst verschiedene Einstiegsmöglichkeiten in das Thema vorgestellt. Es folgen Anregungen zur Vermittlung von Fakten und Hintergrundwissen und schließlich Hinweise zur Arbeit mit Rollenspielen. Abschließend geht es um das Thema der eigenen Nachsorge.

4.1.2.1 Einstieg in das Thema

Wie bei jedem Thema lässt sich der Einstieg eher *induktiv* (vom Einzelnen zum Allgemeinen) oder eher *deduktiv* (vom Allgemeinen zum Einzelnen) aufbauen, beides hat Vor- und Nachteile. Induktives Vorgehen könnte so aussehen, dass bei den eigenen konkreten Erfahrungen der EA angesetzt wird, oder dass man „fremde“ konkrete Erfahrungen einsetzt, die zum Beispiel in Form eines Gedichts, einer Geschichte, eines Liedes, eines

Bildes, eines Comics, eines Films oder einer Fall-darstellung gebündelt sind. Von da aus kann man sich langsam zum Umgang mit Suizid im Allgemeinen in unserer Gesellschaft, zu Fakten und Zahlen und zum Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen voranarbeiten. Beim deduktiven Vorgehen könnten am Anfang allgemeine Fakten über Suizid stehen, oder die Auseinandersetzung über die Bezeichnungen (Suizid – Freitod – Selbstmord etc.) oder ein historischer Rückblick über den Umgang mit Suizid in der Gesellschaft, um dann im zweiten Schritt eigene Erfahrungen zu thematisieren.

Im Folgenden werden verschiedene konkrete Einstiegsmöglichkeiten skizziert.

1. Einstieg mit einem Gedicht, Lied oder Comic oder Film

Leitfrage: Was löst das bei mir aus? (Körperliche Impulse, Körpersignale, Gefühle, Bilder, Gedanken.)

Gedichte (zum Beispiel Erich Fried, „Die Bezeichnungen“ (FRIED, 2006, S. 76) bündeln das Zentrale, sie bringen die Fülle der Gedanken und Gefühle zum Thema auf den Punkt und helfen damit den EA, sich auf das Thema zu zentrieren. Die besondere sprachliche Form spricht die Gefühle stärker an als die Alltagssprache. Sie kann Betroffenheit auslösen. Das kann einerseits förderlich sein, weil sie die EA mit ihren Gefühlen in Kontakt bringt. Andererseits kann sie die Ängste und das Unbehagen verstärken.

Bei *Liedern* hat die Musik zusätzlich emotionale Wirkung. Auch im *Comic* wird ein zentraler Gedanke beziehungsweise eine zentrale Aussage auf einen Blick sichtbar gemacht und zusätzlich verfremdet. Die Wirkung wird durch die Überzeichnung verstärkt und löst in der Regel spontane Reaktionen aus. Wird ein solches Medium eingesetzt, sollte es genügend Zeit und Raum haben, nachzuwirken. Anschließend können im Rundgespräch die Reaktionen auf das Präsentierte gesammelt werden – in der Regel gibt es immer

spontane Reaktionen. Ein Einstieg mithilfe eines solchen Mediums kann helfen, Worte und Sprache zu einem schwierigen Thema zu finden und sich sozusagen auf die Auseinandersetzung damit einzuschwingen. Es wird gleich deutlich, dass das Thema emotional hoch besetzt ist und dass es auch um die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen gehen wird. Findet die Ausbildungseinheit an einem Wochenende statt, lohnt es unter Umständen, auch am nächsten Morgen noch einmal auf das „Einstiegsmedium“ Bezug zu nehmen und nachzufragen, ob sich, sozusagen über Nacht, noch Reaktionen dazu eingestellt haben.

2. Einstieg mit einer soziometrischen Übung „Nähe zum Thema“

Die EA werden aufgefordert, sich auf drei verschiedene Ecken beziehungsweise Orte im Raum zu verteilen. In der ersten Ecke versammeln sich diejenigen, die mit Suizid bisher wenig zu tun hatten, noch keine persönliche Berührung damit hatten und das Thema nur aus den Medien kennen. In der zweiten Ecke versammeln sich diejenigen, die in ihrem weiteren Umfeld Kontakt mit Suizid hatten, die zum Beispiel Suizid in ihrem Bekanntenkreis oder in der Nachbarschaft erlebt haben, beruflich damit zu tun haben o. ä. In der dritten Ecke versammeln sich diejenigen, die Suizid in ihrem engen Umfeld erlebt bzw. eigene Erfahrungen mit Suizidversuchen haben. Die EA entscheiden sich für ihre Ecke oder ihren Ort und berichten nacheinander kurz von dieser Position aus, warum sie sich dort hingestellt haben.

Dies ist eine gute Methode, die EA dazu zu bringen, sich mit ihren eigenen Erfahrungen auseinanderzusetzen und diese einzuordnen. Es erfordert jedoch ein hohes Maß an Vertrautheit und Offenheit in der Gruppe, da die EA ihre Erfahrungen öffentlich zumindest kurz benennen sollen. Die Ausbilderinnen müssen sorgfältig einschätzen, ob dies der Gruppe zuzumuten ist. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass die Ausbilderinnen und auch die Gruppe um die Vorerfahrungen des

Einzelnen wissen. Die EA können einen Hinweis auf traumatische Erlebnisse geben, die einen besonderen Schutzraum erfordern.

Während dieser Übung ist es möglich, dass die EA ihre Position verändern, wenn sie zum Beispiel im Austausch merken, dass sie doch sehr viel mehr mit Suizid zu tun hatten, als sie zunächst dachten.

3. Einstieg mit der Übung

„Ich würde mich umbringen wenn ...“

Die EA sitzen im Kreis und erhalten die Instruktion, in der Runde der Reihe nach den Satzbeginn „Ich würde mich umbringen, wenn ...“ auszusprechen und jeweils mit eigenen Worten zu beenden. Wichtig ist, dass jeder die gleichen Worte im ersten Teil des Satzes wiederholt und die eigene Satzergänzung kurz und präzise formuliert wird – nur als ein einziger Nebensatz. Die Runde kann man auch ein- oder zweimal wiederholen, ohne große Unterbrechung. Es folgt die Auswertung im Rundgespräch.

Diese Methode bringt die EA dazu, sich mit der eigenen Einstellung zum Suizid zu beschäftigen und Position zu beziehen. Gleichzeitig erhalten sie Impulse durch die Äußerungen der anderen, und es wird sich in der Regel eine lebhafte Diskussion über verschiedene Werthaltungen zum Suizid anschließen.

Als problematisch kann sich dabei herausstellen, dass die EA für sich nur solche Anlässe für einen Suizid benennen, die für alle Gruppenmitglieder scheinbar nachvollziehbar sind, wie z. B. eine sehr schmerzhaft, unheilbare Krankheit oder eine atomare Katastrophe). Dies kann erschweren zu akzeptieren, dass Menschen sich aus für andere nicht nachvollziehbaren Gründen töten, wie z. B. wegen einer unglücklichen Liebe oder Arbeitslosigkeit. Es kann auch verhindern, dass einzelne EA im weiteren Verlauf von eigenen Suizidversuchen oder Suizidwünschen erzählen, die sie aus sozusagen nichtigen, nicht allgemein akzeptierten Anlässen durchgeführt bzw. erlebt haben.

Der Schriftsteller Jean Améry schildert sehr ein-

drücklich, wie unterschiedlich und ganz persönlich die Gründe für das Erleben des Scheitern bei jedem Menschen sein können und dürfen (AMÉRY, 1976, insbes. Kapitel 2) und dass es Außenstehenden nicht zusteht, den Grund bzw. Anlass für einen Suizid zu bewerten.

Variante: Die EA vollenden den Satzanfang nur in der Stillarbeit für sich und tauschen sich danach im Klein- oder Gesamtgruppengespräch aus. Das könnte evtl. mehr Raum für „Zwischentöne“ lassen und eine differenziertere Diskussion ermöglichen. Der Vorteil des vorgegebenen Satzanfangs ist auf jeden Fall, dass sich alle EA äußern müssen und nicht nur die „Wortgewaltigen“ sprechen.

4. Verschiedene Einstiege über Körperwahrnehmung

Im Kontakt mit diesem Thema sollen die EA handlungsfähig bleiben. Dazu müssen sie sich ihrer eigenen körperlichen Impulse bewusst werden, um im Ernstfall darauf vorbereitet zu sein und nicht davon überflutet zu werden. Wir skizzieren *vier verschiedene Übungen zur Sensibilisierung der Körperwahrnehmung*, wobei sich die erste gut als Vorübung zu einer der weiteren eignet.

- *Körperwahrnehmung zum Satz „Ich möchte mich umbringen“*

Als Vorbereitung werden die Körperumrisse eines EA auf ein großes Papier übertragen. Es folgt eine Entspannungs- und Zentrierungsübung (dasitzen, Bodenkontakt, usw.). In die Entspannung hinein kommt der Satz: „Ich möchte mich umbringen.“ Dieser Satz wurde vorher angekündigt. Die EA spüren der körperlichen Wirkung dieses Satzes nach. Anschließend übertragen sie die Aussagen in die entsprechenden Stellen des Körperumrisses. Beispiele: Knie werden weich, der Magen zieht sich zusammen, es bleibt im Hals stecken, Füße sind kalt. Es besteht die Möglichkeit, einzelne Begriffe aufzugreifen und gemeinsam nachzuspüren.

Die folgenden drei Körperübungen sollen die EA befähigen, sich gefühlsmäßig in das Erleben des Anrufers hineinzusetzen.

- *Flugzeug-Übung*

Die EA stellen sich vor, in einem Flugzeug zu sitzen. Es tritt ein Triebwerksschaden auf. Ballast muss abgeworfen werden. Nach und nach wird immer mehr abgeworfen: Gepäck, Kissen, Decken, Getränke, Essen, Bücher, persönliche Gegenstände, schließlich auch Teile des Flugzeugs selbst, wie Türen und Sitze. (Nach jedem Gegenstand kurze Pause und nachspüren lassen.) Die EA stehen auf und halten sich oben an gedachten Griffen fest. Es kommen heftige Turbulenzen, die EA schaukeln heftig. Es geht darum, sich gut festzuhalten. Es kommt zur Katastrophe. Der Boden bricht weg und sie hängen in der Luft. Sie müssen sich festhalten, festhalten, festhalten, festhalten, bis sie nicht mehr können. Die Übung wird beendet mit dem Satz: „Kannst du dir jetzt eher vorstellen, wie es einem Menschen gehen mag, der alles verloren hat und den die Kräfte verlassen?“ Austausch in Dreier-Gruppen.

- *Eigene Erfahrungen mit dem Grenzbereich*

Die EA erhalten als Anleitung die Frage: „Kennst du Situationen aus deinem Leben, wo du dich in Gefahr begeben hast und dabei nicht achtsam mit deinem Leben umgegangen bist?“ Die EA sollen sich erinnern und den Gefühlen nachspüren. (Beispiele: unbedacht mit dem Auto, Fahrrad, Motorrad fahren, Exzesse mit Alkohol, Drogen etc., fahrlässiger Umgang mit Messer, Geräten, Maschinen, Risiko-Sportarten, Suche nach dem Kick, Nichtbeachtung von Krankheitszeichen.) Nach einer Einzelbesinnung erfolgt der Austausch in Dreier-Gruppen.

- *Luft anhalten*

Die EA halten solange die Luft an, bis sie nach Luft schnappen müssen. Die Übung soll den

EA zeigen, wie stark der Körper am Leben bleiben will, und wie viel Energie es braucht, diesen Widerstand des Körpers zu überwinden. Austausch in Dreier-Gruppen.

5. Einstieg mit einer Diskussion über die Bezeichnung: Suizid, Freitod, Selbstmord, Selbsttötung

Dieser sehr kognitive, intellektuelle Einstieg führt in der Regel zu einer lebhaften Diskussion, in der die verschiedenen Werthaltungen und Einstellungen deutlich werden. Es geht um die verschiedenen öffentlichen Positionen, aber auch immer um die eigenen. Auch auf diese Art ist ein Einstieg in das Thema möglich. Die EA nähern sich sozusagen im intellektuellen Austausch langsam dem Thema an. Die eigenen Gefühle und Erfahrungen bleiben noch geschützt, es ist aber zu bedenken, wann und wie diese in den nächsten Schritten einbezogen werden können. Die Diskussion über die verschiedenen Bezeichnungen für Suizid kann beispielsweise auch mit dem Gedicht „Die Bezeichnungen“ von Erich Fried gestartet werden (FRIED, 2006).

6. Informativer Einstieg

Auch die Präsentation von aktuellen Zahlen zum Suizid (vgl. 2.1) kann eine Möglichkeit sein, um sich auf der kognitiven Ebene dem Thema anzunähern. Klare Fakten vermitteln Sicherheit, die eigenen Gefühle und Erfahrungen müssen nicht sofort zum Thema werden. Das kann bei einzelnen EA Ängste reduzieren. Zur Entlastung kann noch darauf verwiesen werden, dass gegenwärtig die Suizid-Zahlen rückläufig sind. Das wird unter anderem auf die wirksame Arbeit von Krisenhilfeeinrichtungen wie der TelefonSeelsorge zurückgeführt (WOLFERSDORF, 2007).

Rollenspiele

Sie sind als Einstieg in der Ausbildungsgruppe nicht zu empfehlen, da dies eine Überforderung wäre. In Fortbildungsgruppen wäre dies jedoch möglich, vorausgesetzt, dass eine genügend große Vertrauensbasis in der Gruppe besteht.

7. Einstieg mit einem Anspiel oder Film, in dem ein Gespräch zwischen Suizidalem und Beraterin dargestellt wird

Ein Einstieg mit einem Rollenspiel bzw. Anspiel der Ausbilderinnen oder einem Film ist prinzipiell möglich, aber nicht unproblematisch, da diese Darbietung vieles gleichzeitig anspricht. Die EA identifizieren sich mit dem Anrufenden, dem Berater oder beiden, sind emotional hoch beteiligt, haben viele Wissensfragen zur Gesprächsführung und zu Hintergrundwissen über Suizid.

Es ist schwierig, dies alles in der Anfangssituation angemessen auszuwerten. Die Komplexität könnte eher die Ängste erhöhen. Der Vorteil ist, dass mit einem solchen Anspiel gleich zu Beginn verdeutlicht wird, worum es in einem Gespräch mit einer suizidalen Person geht. Man führt sozusagen in die Mitte der Thematik ein, kann im Verlauf der gesamten Ausbildungseinheit immer wieder auf dieses Anfangsbeispiel zurückkommen und es sozusagen als roten Faden nutzen.

Für die EA kann es auch zusätzlich hoch motivierend sein, sofort zu der Frage zu kommen, die sie am stärksten interessiert – nämlich wie man ein solches Gespräch führt. Bei der Auswertung ist unbedingt auf eine klare Struktur zu achten, um die Komplexität zu reduzieren und Sicherheit herzustellen. Als mögliches Ergebnis lässt sich zum Beispiel herausarbeiten, dass es auch in einem Gespräch mit einem suizidgefährdeten Anrufer, wie

in jedem anderen Gespräch auch, im Wesentlichen darum geht, einen guten Kontakt herzustellen und eine Beziehung aufzubauen. Ein anderes wichtiges Ergebnis kann sein, dass durch teilnehmendes Nachfragen und durch das direkte Ansprechen der Suizidwünsche der Suizid nicht beschleunigt wird. Im Gegenteil: Wenn die Beraterinnen authentisch bleiben, teilt sich dies dem Anrufer als sehr entlastend mit, er spürt Erleichterung, über das Thema reden zu dürfen.

Eine Möglichkeit der schrittweisen Auswertung könnte sein, in einer ersten Runde nur die Gefühle, die die EA im Moment nach der Darstellung erleben, spontan in der Körperhaltung ausdrücken zu lassen. Wichtig ist, dass diese Runde eingeleitet wird, ohne zu viel über die Dinge zu reden.

Weitere Auswertungsschritte wären, wie in jedem Rollenspiel, die Einfühlung in den Anrufer und in die Beraterin etc. Von dem Anspiel bzw. Rollenspiel ausgehend könnte mit den EA gemeinsam eine Mind-Map erarbeitet werden, um die verschiedenen Aspekte des Themas, auf die während der Ausbildungseinheit zu achten sind, zu entwickeln, zu ordnen und zu visualisieren. Die Mind-Map bleibt sichtbar an der Wand und dient während der Einheit zur Orientierung.

Variante: Die EA teilen sich vor dem Anspiel in zwei Gruppen auf. Die einen nehmen die Stellvertreter-Rolle für den Suizidalen, die anderen für den Berater ein und achten während des Gespräches auf eigene Gefühle und körperliche Wahrnehmungen in einer So-als-ob-Haltung (Papier für Notizen). Danach kommt es zum Austausch in den beiden Halbgruppen, entweder getrennt voneinander oder jeweils vor der anderen Gruppe im „Fish-pool“-Verfahren.

Der Vorteil dieser Variante liegt darin, dass alle EA aktiv beteiligt sind und ein gemeinsames Erlebnis haben.

8. Einstieg mit einer tagesaktuellen Nachricht aus den Medien zum Thema Suizid oder über einen prominenten Suizidenten

Ist zurzeit ein aktueller Fall Thema in den Medien oder vor Ort, dann wird dies im Verlauf der Ausbildungseinheit mit Sicherheit ohnehin zur Sprache kommen. Der „echte“ Fall erhöht die Betroffenheit, schafft einen Zugang zu den eigenen Gefühlen und Werthaltungen und verdeutlicht die Brisanz des Themas, was noch einmal die Motivation erhöht. Die Ausbilderinnen lesen dazu aktuelle Pressemeldungen vor oder berichten über Meldungen in den Medien und fragen im Rundgespräch nach Gedanken, Gefühlen und Impulsen der EA dazu.

Grundsätzlich gilt: Eher kognitive Einstiege bieten für dieses emotional hoch aufgeladene Thema einen „Schutzraum“. Sie ermöglichen, sich dem Thema behutsam auf der kognitiven Ebene zu nähern, was Ängste reduzieren kann. Eher emotionale Zugänge bringen gleich die eigenen Gefühle ins Spiel und verhindern, dass die EA sich hinter interessanten Fakten und philosophischen Gedankengängen etc. „verstecken“. Wichtig ist, für den Gesamtaufbau der Einheit die Ausgewogenheit und Abwechslung von kognitiven und selbsterfahrungsbezogenen Anteilen im Blick zu haben.

4.1.2.2 Die Darstellung von Fakten und Hintergrundwissen über Suizid

Nach einem Einstieg ins Thema geht es darum, Fakten und Hintergrundwissen zu vermitteln, bevor in einer Übungsphase Verbalisierungen und Interventionen geübt werden.

Faktenwissen ist nicht das Wichtigste in der Vorbereitung auf ein Gespräch mit einem Menschen in suizidaler Krise, aber es darf nicht unterschätzt werden, dass Hintergrundwissen Sicherheit vermittelt. Insbesondere das Wissen **um Risikogruppen, Einschätzungsmöglichkeiten von Suizidalität und Phasen von Entscheidungsprozessen**

kann helfen, die Gesprächssituation einzuschätzen und somit das eigene Handeln zu gestalten. Diese drei Punkte werden ebenso wie die Epidemiologie ausführlich in Kapitel 2 „Basisfragen“ behandelt und sollen deshalb an dieser Stelle nicht noch einmal ausgeführt werden.

Grundsätzlich gilt für den Umfang des Faktenwissens in der Ausbildungseinheit: so viel wie nötig und so wenig wie möglich, damit genügend Zeit bleibt für die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema und für Rollenspiele!

Ganz wichtig ist hier die Aufklärung über falsche Mythen und gängige Vorurteile, was beispielsweise mit dem Arbeitsblatt „Fakten über Suizid“ Richtig/Falsch (Kapitel 7) relativ „spielerisch“ erfolgen kann – spielerisch deshalb, weil es an ein Wissensquiz erinnert. Die EA bearbeiten das Blatt in fünf Minuten Einzelarbeit. Anschließend findet ein Austausch in der Gesamtgruppe statt. Variante: Es gibt Ja-Nein-Positionen in verschiedenen Ecken des Raumes. Die Ausbilderinnen lesen jeweils eine Aussage vor, die EA nehmen eine der beiden Positionen ein.

Die Ausbilderinnen erhalten so einen guten Eindruck über die Vorkenntnisse der Gruppe. Außerdem können ausführlich falsche Mythen und Vorurteile bearbeitet werden. Das Zahlen- und Faktenmaterial kann bei der Auswertung dieses Blattes jeweils an geeigneter Stelle eingeschoben und/oder im Nachgang noch einmal systematisch aufgebaut werden.

Achtung! Es gibt immer EA, die das Thema mit vielen klugen Fragen und Kommentaren ausweiten und damit die eigene Auseinandersetzung vermeiden oder hinausschieben wollen. Hier gilt es, die Beschäftigung mit den Fakten gut einzugrenzen! Man kann auch auf Literatur und das Internet verweisen. Wie immer bei Fakten empfiehlt es sich, das Material gut und übersichtlich zu präsentieren, mit einem Arbeitsblatt, vorbereiteten Flipcharts oder einer Powerpoint-Präsentation, möglichst so, dass die

EA das Material mitnehmen und später nachlesen können. Auch dies erhöht das Gefühl der Sicherheit.

4.1.2.3 Handlungsorientierung

Auch wenn Rollenspiele zu dieser Thematik den EA besonders viel abverlangen, sind sie unserer Meinung nach unerlässlich, da sich die EA durch die Rollenübernahme (sowohl der Beraterrolle als auch der Anruferrolle) mit ihren eigenen Gefühlen und Werthaltungen auseinandersetzen, aber gleichzeitig auch Interventionen erproben und einüben können. Rollenspiele sollten jedoch besonders gut vorbereitet werden. Die EA müssen eine Idee davon haben, was sie üben sollen und wie sie sich verhalten könnten.

Vorbereitende Schritte für Rollenspiele Leitfaden für Gespräche mit suizidalen Personen

Seit vielen Jahren gibt es den Leitfaden von Har- do Sorgatz auf den Internetseiten der DGS (siehe Kapitel 7) mit 23 kurz formulierten Regeln bzw. Anregungen. Da nicht alle Punkte zur Arbeitsweise der TelefonSeelsorge passen, haben manche TelefonSeelsorgestellen auf der Basis des Sorgatz-Papiers einen eigenen Leitfaden erstellt (z. B. TS Duisburg-Mülheim-Oberhausen, Gespräche mit Suizidgefährdeten am Telefon, siehe Kapitel 7). Seidlitz hat einen kurzen übersichtlichen Leitfaden formuliert, der auf der Unterscheidung von beratender und kontrollierender Krisenintervention basiert (SEIDLITZ, Anleitung für das beratende Gespräch bei Suizidgefährdung, siehe Kapitel 7). Alle drei hier genannten Beispiele sind so kurz und griffig, dass sie ausgeteilt und nach kurzer Lese- pause Punkt für Punkt besprochen werden können, entweder im Plenum oder in Kleingruppen. (Man sollte sich natürlich um der Klarheit willen auf einen Leitfaden beschränken!). An den ver- schiedenen Punkten entzündeten sich in der Regel noch einmal Auseinandersetzungen über die Ein- stellungen der EA zum Suizid und über das eigene Rollenverständnis als Telefonseelsorgerin.

Dörner (1991) formuliert mit seinen 16 Schritten für die Krisenintervention bei suizidgefährdeten Personen ebenfalls einen Leitfaden. Er ist jedoch inhaltlich und sprachlich so komplex, dass er sich nicht dazu eignet, ihn an die EA zum Lesen auszu- teilen, um nach kurzer Lesepause direkt anschlie- ßend darüber zu sprechen. Hier ist als Vorarbeit der Ausbilderinnen eine „didaktische Reduktion“ notwendig, das heißt die Punkte müssen sprach- lich und auch inhaltlich in ihrer Komplexität re- duziert und auf das Wesentliche verkürzt werden.

Auch das „**BELLA-Konzept**“ von Sonneck (2000) ist ein griffiger Leitfaden zur Intervention, jedoch so knapp, dass er noch mit Beispielen konkretisiert und auf TelefonSeelsorge angepasst werden sollte. Es wird im folgenden Kapitel über Webmailbera- tung (4.2) ausführlich dargestellt und deshalb hier nicht näher beschrieben.

Alle hier genannte Leitfäden beinhalten als Inter- ventionskonzept die folgenden Eckpunkte:

1. Aufbau einer guten, vertrauensvollen Bezie- hung, die es ermöglicht, über den Suizid offen zu reden.
2. Berater als Anwalt der Ambivalenz, d. h. dem Anrufer wird nicht der Suizidwunsch ausge- redet, sondern der Berater hat die Ambivalenz zwischen Leben- und Sterbenwollen zu vertiefen.
3. Stärkung der Autonomie und Selbstverant- wortung des Anrufers.
4. Einengung erweitern, Alternativen entwickeln. (Eine Alternative kann auch sein, am nächsten Tag noch einmal die TS anzurufen.)
5. Zeit gewinnen. (Druck aus der Situation nehmen. Die Möglichkeit zum Suizid bleibt dem Anrufer, aber vorher kann er noch Alter- nativen ausprobieren.)

Unterschied zwischen beratender und kontrollierender Krisenintervention

Bei der Diskussion über den Leitfaden wird in der Regel der Unterschied zwischen beratender und kontrollierender Krisenintervention mehr oder weniger direkt angefragt. Welche Aufgabe hat die TelefonSeelsorge? Können sich die EA auf die Rolle als Berater einlassen? Welcher EA neigt dazu, zu kontrollieren? Wer tendiert dazu, Verantwortung für das Leben des anderen zu übernehmen? Da es hier um die Rollenklärung der EA geht, die für Sicherheit und Klarheit sorgen kann, sollte der Unterschied zwischen beratender und kontrollierender Krisenintervention sorgfältig herausgearbeitet werden, z. B. mit der Übersicht von Seidlitz (SEIDLITZ, Ziele der Krisenintervention bei akuter Suizidalität, siehe Kapitel 7).

Information über die rechtliche Situation

An die Unterscheidung von beratender und kontrollierender Krisenintervention schließt sich automatisch die Frage nach der rechtlichen Situation in der TelefonSeelsorge an: Unter welchen Umständen ist die Pflicht zur Hilfeleistung geboten und was bedeutet dies im konkreten Fall? Die Rechtslage ist in Kapitel 5 dargestellt. An konkreten Beispielen sollte verdeutlicht werden, wann ein Handeln über das Gespräch hinaus erforderlich ist und wie dabei vorzugehen ist. Dieser Punkt führt in der Regel zu sehr vielen Nachfragen und Aufregung unter den EA. Es empfiehlt sich unter Umständen den Punkt „Notfallregeln/Einschaltung der Polizei“ als einen Extrapunkt mit ausreichend Zeit am Ende der Ausbildungseinheit zu behandeln, mit speziell dazu passenden Rollenspielen. Sonst besteht die Gefahr, dass die TS-typischen Fälle aus dem Blick geraten, nämlich die Gespräche, in denen die EA bei der beratenden Krisenintervention bleiben und sich an den Leitfäden orientieren sollen, die gerade vorher ausführlich durchgearbeitet wurden.

Informationen über Organisationen, auf die im Krisengespräch zu verweisen wäre, wie Kliniken, Krisendienste, Notarzt, Polizei etc.

Wichtige Voraussetzung für die Rollenspiele ist auch, dass die EA Kenntnisse über die örtlichen Hilfestellen für suizidgefährdete Menschen haben, damit sie wissen, an welche Stelle man welchen Anrufer weiterverweisen könnte.

Verbalisierungsübungen als Minirollenspiele

Bevor den EA die Anstrengung eines Rollenspiels zugemutet wird, können Verbalisierungsübungen als „Minirollenspiele“ die EA aktivieren und ermutigen. Dies ist im Plenum oder in Kleingruppen möglich: Es werden ein oder zwei Äußerungen eines Anrufers in die Gruppe gegeben, gesprochen von jemandem, der die Rolle einnimmt. Darin wird der Suizid entweder offen oder verdeckt angesprochen, z. B. so: „Ich halte das alles nicht mehr aus, ich kann nicht mehr!“ „Am liebsten würde ich mich umbringen!“ „Ich will am liebsten nur noch meine Ruhe haben!“ – Alle EA suchen nach einem Antwortsatz und sprechen ihn aus. Anschließend kurze Auswertung: Welcher Satz passte gut, welcher weniger gut? Welche Wirkung hatten welche Worte? Die Ausbilderinnen sollten etliche Anrufersätze parat haben, denn diese kurze Übung kann mehrmals hintereinander durchgeführt werden. Sie bietet auch die Gelegenheit, typische Metaphern, die für Suizidwünsche verwendet werden, bekanntzumachen und die EA dafür zu sensibilisieren. Alle EA sind beteiligt, alle lernen auch von den Äußerungen der anderen.

Präsentation von Fallmaterial, um die EA für die Rollenspiele anzuwärmen

Manchmal ist es sinnvoll, die EA mit Fallbeispielen zu Rollenspielen anzuregen. Die Gefahr besteht darin, das Spiel sozusagen vorwegzunehmen, d. h. statt des Rollenspiels zu reden, sodass anschließend niemand mehr Lust verspürt zum Spielen.

Die Ausbilderinnen müssen sorgfältig abschätzen, ob dieser Zwischenschritt in der Ausbildungsgruppe hilfreich oder eher hinderlich ist.

Fallbeispiele können erzählt werden – idealerweise auch Fälle, die die EA selbst in einer Hospitation am Telefon oder im privaten Umfeld erlebt haben, oder sie können schriftlich vorgelegt werden. Fälle können auch in Form eines Anspiels von den Gruppenleiterinnen vorgespielt werden. Die Gruppenleiterinnen stellen sich somit als Lernmodell zur Verfügung und das Spiel lässt sich beliebig oft unterbrechen und variieren. Die Gruppenleiterinnen müssen jedoch sehr flexibel sein, da sie ständig von der Spielrolle zur Moderatorenrolle wechseln.

Alle diese Varianten haben Vor- und Nachteile. Es gilt jedoch grundsätzlich, dass die Lernerfahrungen umso intensiver sind, je lebendiger und authentischer die Darstellungen sind und je mehr die EA aktiv einbezogen werden. Nach dieser sorgfältigen Vorbereitung können die EA selbst Rollenspiele durchführen.

Rollenspiele der EA

Oft gibt es EA, die aufgrund eigener Erfahrungen in die Rolle des Anrufers gehen wollen und eine klare Rolle vor Augen haben. Dies bietet die Gelegenheit, frühere oft schwierige Erlebnisse mit Suizid noch einmal präsent zu machen und zu bearbeiten. Die Auswertung kann allerdings dadurch schwierig werden, dass sich das aktuelle Rollenspiel im Erleben mit den Erinnerungen und Gefühlen von damals mischt. Beide Ebenen sind gut auseinanderzuhalten und jeweils getrennt zu betrachten. Trotz dieser Problematik ist das Einbringen eigener Erfahrungen im Rollenspiel unbedingt hilfreich, weil die EA diese Erlebnisse ohnehin mit ans Telefon nehmen. Es ist günstig, wenn sie vorher in der Gruppe bearbeitet werden konnten. Es gibt hierzu jedoch zwei klare Regeln: Erstens werden die EA darauf hingewiesen, dass die eigene Erfahrung,

die sie bereit sind einzubringen, jetzt sozusagen als Lernmaterial verarbeitet wird und das Spiel evtl. abgebrochen wird, bevor die EA innerlich dazu bereit sind; oder aber es wird so ausführlich ausgewertet, dass dies für die EA zur Belastung wird. Sie dürfen deshalb immer mit einem klaren „Stopp!“ aus dem Spiel aussteigen, wenn sie merken, dass die Situation zu belastend für sie wird. Zweitens wird darauf hingewiesen, dass akute Erlebnisse nicht als Material eingebracht werden sollen.

Für den Fall, dass die EA sich nicht ohne Weiteres in die Rolle des Anrufers versetzen können, sollten vorgegebene Rollenbeschreibungen vorbereitet sein. Gibt es zwei Gruppenleiterinnen, so ist die Gelegenheit zu nutzen, in zwei Halbgruppen zu arbeiten, um den Stress für die Spielenden gering zu halten und bei der Auswertung alle einzubeziehen. Diejenigen, die die Beraterinnen spielen, müssen unbedingt Erfolgserlebnisse haben. Es muss allen EA das Gefühl vermittelt werden, dass sie eine solche Situation bewältigen können.

Bei Rollenspielen und Falldarstellungen lässt sich die Angst vor einem Gespräch mit einer suizidalen Person am besten bearbeiten, die Problematik der Verantwortung, der Balance zwischen Empathie und Abgrenzung. Es sollte auch der Fall durchgespielt werden, dass das Gespräch abbricht und die EA sicher sind, dass der Anrufer sich tötet. Die EA haben ohnehin in ihrem Kopf verschiedene Horrorvisionen davon, wie sie scheitern könnten. Es ist wichtig, dass sie Raum erhalten, das auszusprechen, und dass man gemeinsam realistische Szenarien durchgeht – am besten auch in Form des Rollenspiels.

Spätestens an diesem Punkt sollten die Möglichkeiten der Selbst-Fürsorge und der Nachsorge besprochen werden.

4.1.2.4 *Nachsorge für EA nach einem belastenden Suizidgespräch*

Die EA sollen Möglichkeiten kennenlernen, was sie nach einem belastenden Gespräch unmittelbar für sich ohne die Hilfe einer anderen Person tun können, mit dem Ziel, zur Ruhe zu kommen und Abstand zu gewinnen. Hier gilt es anzuregen, dass alle EA sich ihre jeweils individuellen Methoden bewusst machen, die sie bereits haben und praktizieren, und dass sie dieses Repertoire weiter entwickeln. Beispiele sind:

- Atemübungen;
- andere Körperübungen zur Zentrierung und Erdung;
- ein Gebet sprechen, das Erlebte an Gott oder eine höhere Macht abgeben;
- eine Imaginationsübung machen;
- in der Wohnung herumlaufen und die Wohnung lüften;
- sich Tee zubereiten und trinken;
- ausführliches Gesprächsprotokoll schreiben, sich Notizen für die Supervision machen.

Außerdem muss geklärt werden, *welche anderen Personen die EA zu welcher Zeit anrufen können, um sich im Gespräch zu entlasten*. Die Hauptamtlichen sollten für diese Fälle jederzeit anrufbar sein, prinzipiell auch nachts. Die EA müssen auch wissen, wen sie anrufen können, wenn die HA im Ausnahmefall nicht zu erreichen sind. Das können erfahrene andere EA sein, Vorstandsmitglieder, Supervisorinnen, Mentorinnen etc. Dies muss natürlich mit den Betroffenen abgeklärt sein. Manchmal ergibt sich auch in der Ausbildungsgruppe ein Konsens darüber, dass sich die EA in einem solchen Fall gegenseitig anrufen können. Die Hauptamtlichen sollten zumindest zeitnah von dem belastenden Gespräch erfahren und so die Gelegenheit haben, im Nachhinein mit dem betroffenen EA zu sprechen.

Eine weitere und naheliegende Entlastungsmöglichkeit ist das Gespräch mit der Nachfolgerin bei der Schichtablösung. EA sollen ermutigt wer-

den, ihr belastendes Gespräch zu erzählen, u. U. auch mehrmals zu erzählen, weil dies die Verarbeitung fördert. Zum Verständnis ist hier etwas Hintergrundwissen über Traumatisierung von Helferrinnen (sog. „Sekundärtraumatisierung“) und den Schutz davor zu vermitteln, um die EA zu ermutigen, die Belastung ernst zu nehmen und sich Hilfe zu holen.

4.1.2.5 *Notfallregelungen*

Als besonders belastend wird oft empfunden, wenn im Verlauf eines Suizidgesprächs die Polizei oder der Notarzt hinzugezogen werden muss. Dieser Spezialfall kann entweder bereits als Variante im Übungsteil mitbearbeitet oder aber zunächst ausgegliedert und erst am Ende der Einheit gesondert behandelt werden, nachdem bereits etwas Sicherheit vermittelt werden konnte. Auf die Problematik des richtigen Zeitpunktes wurde bereits im letzten Abschnitt unter dem Punkt „Information über die rechtliche Situation“ hingewiesen. Für eine Ausgliederung und Extrabehandlung dieses Punktes am Ende der Einheit spricht, dass bereits ein Suizidgespräch ohne Hinzuziehung der Polizei sehr belastend und schwierig ist. Im Sinne der Komplexitätsreduzierung kann es hilfreich sein, zunächst dies einzuüben und zu erproben, um dann in einem zweiten Schritt die Variante mit Hinzuziehung der Polizei durchzuspielen.

Die Notfallregelungen sollten in schriftlicher Form vorliegen und an die EA ausgeteilt werden. Sie sollten in genau der gleichen Form im Dienstzimmer bereitliegen. Die Regelungen müssen Schritt für Schritt möglichst anhand konkreter Fälle durchgesprochen werden (Beispiele für Notfallregelungen s. Kap. 7).

4.1.2.6 *Abschluss der Einheit*

Eine so wichtige Ausbildungseinheit erfordert eine sorgfältige Abschlussrunde, für die genügend Zeit einzuplanen ist. Die EA sollten die Gelegenheit haben, weiterhin bestehende Ängste und Unklarheiten sowie Wünsche nach mehr Übung und Ver-

tiefung zu benennen. Hier kann auch ein Fragebogen zu Angst und Einstellung zum Thema Suizid eingesetzt werden, den die EA entweder nur für sich zur Reflexion ausfüllen oder an die Ausbilderinnen weitergeben im Sinne einer kleinen Evaluation (Beispiel für den Bogen s. Kap. 7).

4.1.2.7 *Besonderheiten bei Fortbildungen im Unterschied zur Ausbildung*

Alle hier genannten Inhalte und Methoden eignen sich ebenso gut für Fortbildungen zum Thema Suizid. Auch wenn alle EA in der Ausbildung dieses Thema behandelt haben, wird im Lauf der Jahre erfahrungsgemäß vieles vergessen, und alle Informationen sollten von Zeit zu Zeit wiederholt, aufgefrischt oder aktualisiert werden.

Der Vorteil von Fortbildungseinheiten liegt darin, dass alle EA bereits Erfahrungen mit Suizidgesprächen haben und es sehr lohnend ist, diese als Fallmaterial zu nutzen oder auch explizit supervisorisch zu bearbeiten. Dabei ist zu beachten, ob die Gruppe eine genügend große Vertrauensbasis hat, sodass die EA sich öffnen und von schwierigen, vielleicht schambesetzten Erfahrungen am Telefon berichten. Für Fortbildungsgruppen muss also eventuell eine Kennenlernphase am Anfang eingeschoben werden, was in den Ausbildungsgruppen nicht nötig ist.

Ein wichtiges Thema – nicht nur in Bezug auf Suizid, sondern für die Arbeit am Telefon generell – ist die Frage nach dem eigenen Rollenverständnis der EA am Telefon. Als was sehen sie sich (Engel oder Retter)? Was wären sie am liebsten? Welche Bilder oder Metaphern passen zu dieser Rolle? Wann fühlen sie sich am wohlsten bei Telefongesprächen? Inwieweit lassen sie sich immer wieder einladen oder verführen, diese Rollen einzunehmen, auch wenn es für das Gespräch unter Umständen nicht hilfreich ist?

Gerade im Gespräch mit einem suizidgefährdeten Menschen werden die „Retterfantasien“ der Beratenden geweckt, was dazu führen kann, dass zuviel Verantwortung für Anrufer übernommen und „Hilfe“ aufgedrängt wird, mit der Gefahr, dass der Anrufer sich bedrängt fühlt und den Kontakt abbricht. Es gilt, die Ohnmacht anzuerkennen und auszuhalten, dass der Suizid nicht mit Sicherheit verhindert werden kann, und trotzdem kontakt- und beziehungsfähig zu bleiben.

In der Ausbildungseinheit über Suizid hat dieses Thema keinen Platz, es kann höchstens angeschnitten werden. In einer Fortbildungseinheit dagegen kann es sehr sinnvoll sein, hier nach mehreren Jahren Telefonerfahrung der EA noch einmal den Fokus auf das Verständnis der Helferrolle zu lenken.

Literatur

- AMÉRY, J.: Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod. Stuttgart, 1976.
- DÖRNER, K. (1991): Krisenintervention bei suizidgefährdeten Personen. Wege zum Menschen, 43, 5, S. 288-293
- FRIED, E.: die bezeichnungen. aus: Gesammelte Werke. Gedichte 3, Berlin 2006, S. 76
- SONNECK, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien 2000.
- WEBER, T. (Hg.): Handbuch Telefonseelsorge, Göttingen 2006.
- WOLFERSDORF, M.: Suizid aus klinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht, in: Schlimme, Jann E. (Hg.), Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserung der Suizidalität, Göttingen 2007.

4.2 TelefonSeelsorge im Internet: Webmail und Chat

4.2.1 Webmail

Anne Pankau, Gesine Wabra

4.2.1.1 Das Setting: Rahmenbedingungen und Unterschiede zur Telefonarbeit

Menschen, die sich über das Internet an die TelefonSeelsorge wenden, um deren Online-Angebot (TSI) wahrzunehmen, können sich über die Website der TelefonSeelsorge www.telefonseelsorge.de in das Webmailsystem einloggen. Dazu ist erforderlich, dass sich der Ratsuchende einen Benutzernamen – in der Regel ist das ein Nickname – zulegt und ein Passwort kreiert. Dann eröffnet sich ihm die Möglichkeit, in einer sicheren, „getunnelten“ Verbindung per Webmail mit einer ausgebildeten Ehrenamtlichen der TelefonSeelsorge im Internet zu kommunizieren.

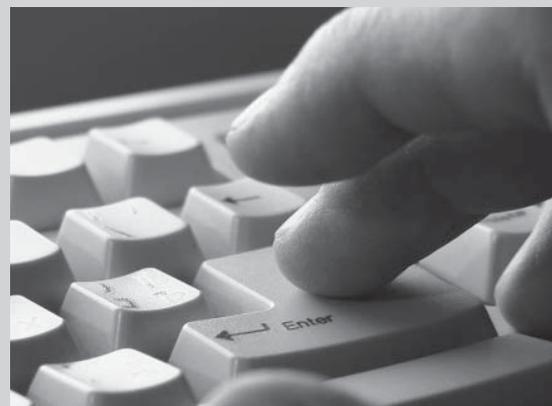
Das Sicherheitsniveau des Webmailsystems der TelefonSeelsorge im Internet ist sehr hoch und entspricht dem des Onlinebanking. Innerhalb von drei Tagen erhalten die Mailschreibenden eine Antwort auf ihre Erstanfrage. Sie akzeptieren die Nutzungsbedingungen (AGB): *„Die TelefonSeelsorge verpflichtet sich, Ihnen nach bestem Wissen und Gewissen zu antworten. Unser Angebot tritt nicht an die Stelle von Therapie – diese gehört in die Praxis von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten. Was wir anbieten, ist Krisenintervention, Begleitung und Beratung.“*

In den Rahmenrichtlinien der TelefonSeelsorge im Internet heißt es entsprechend:

„Das Angebot der TelefonSeelsorge im Internet ist eine zeitlich befristete Beratung und Begleitung. Dabei können wir keinerlei Haftung dafür übernehmen, welche Hinweise der Mitarbeitenden Sie annehmen und wie Sie diese umsetzen. Durch die Aufnahme des Kontakts zur TelefonSeelsorge im Internet kommt

es zu keinem Vertragsabschluss über Beratung. Dieser Kontakt unterliegt dem Briefgeheimnis, das von beiden Seiten zu beachten ist. Hiermit verpflichten Sie sich, den ganzen Beratungsverlauf oder auch Teile daraus ebenfalls vertraulich zu behandeln und keinesfalls an Dritte weiterzugeben oder zu veröffentlichen.“

Dieses Zugangsprozedere ist nicht ganz so niederschwellig wie der Anruf bei der TelefonSeelsorge, bei dem lediglich eine kostenfreie Nummer zu wählen ist und der Ratsuchende dann gleich sprechen kann.



Andererseits zeichnet sich die Mailarbeit der TSI durch besonders große Niederschwelligkeit aus, weil sie – anders als per Telefon, wo die Stimme des Anrufenden und des Mitarbeitenden Träger emotionaler Botschaften ist – ein virtuelles Aufeinandertreffen ohne jede persönlich-sinnlich erfahrbare Begegnung ist und dem Ratsuchenden die Möglichkeit großer Intimität bei sicherer Distanz sowie ein hohes Maß an Kontrolle und Autonomie in der verletzlichen Situation einer persönlichen Selbstmitteilung bietet. Der Kontakt kann – wie

am Telefon – jederzeit ohne Bezugnahme unkommentiert beendet werden.

Die Webmail-Arbeit der TelefonSeelsorge im Internet unterscheidet sich jedoch von der begleitenden und seelsorgerlichen Arbeit am Telefon deutlich in drei Aspekten:

- 1) Verschriftlichung von Empfindungen, Gefühlen und subjektiven Bedeutungszusammenhängen in der Situations- / Problemdarstellung oder Anfrage
- 2) Asynchronität:
Zeitversetzung von Anfrage und Antwort
- 3) Prozess-Charakter des Kontaktes:
Mehrfachkontakte mit derselben Mitarbeiterin/ demselben Mitarbeiter.

Daraus ergeben sich für Mails mit suizidalem Inhalt besondere Anforderungen an die Beratenden und an die Beratungsbeziehung:

Suizidale Menschen, die diesen Weg wählen, um mit der TelefonSeelsorge in Kontakt zu treten, akzeptieren die Geschäftsbedingungen, sie wissen, dass sie keine Psychotherapie und keine professionelle psychologische Beratung erwarten können. Sie akzeptieren auch, dass sie nicht unmittelbar Antwort erhalten, sondern innerhalb eines zeitlichen Rahmens von drei Tagen. Sie haben, bevor sie ihr Anliegen schriftlich formulieren können, die „Hürde“ zu überwinden, sich einen Benutzernamen und ein Passwort ausdenken zu müssen. Daraus ließe sich folgern, dass mit TSI eine andere Klientel Kontakt aufnimmt als die, die sich per Telefon an die TelefonSeelsorge wendet.

Folgende Hypothesen liegen nahe:

- Die Kontaktaufnahme mit TSI ist mit einem höheren Aufwand verbunden als nur eine Telefonnummer zu wählen und geschieht daher „absichtsvoller“.

- Suizidale Menschen, die sich an TSI wenden, haben sich mit dem Thema „Suizid“ schon länger auseinandergesetzt, befinden sich aber nicht in einer akuten Krise.
- Es sind junge Menschen, für die der Umgang mit dem Internet vertraut, selbstverständlich und alltäglich ist.
- Es sind Menschen, die sich besonders schützen wollen, die vor allem keine weiteren non-verbale Informationen zu ihrer Person und Persönlichkeit durch das Medium ihrer Stimme geben möchten.
- Es sind Menschen, die ihren geplanten Suizid nur mitteilen wollen und keine Antwort wünschen.

4.2.1.2 *Rechtliche Situation*

Für die Mitarbeit gilt derselbe rechtliche Rahmen (s. Kap. 5.) wie für die Arbeit am Telefon.

Eine Rückverfolgung der Datenspur einer Mail mit akut suizidalem Inhalt über die vom Provider (jeweils nur temporär) vergebene IP-Adresse (die dem Provider zur Verfügung steht) ist aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes und der nicht eindeutigen Identifizierbarkeit des Mail-Verfassers sehr schwierig. Bestenfalls kann der Rechner, auf dem die Mail mit suizidalem Inhalt geschrieben wurde, auf diesem Weg identifiziert werden.

4.2.1.3 *Zahlen*

Im Jahr 2008 erreichten 4.031 Erstmails die TelefonSeelsorge im Internet. In 400 dieser Mails wurde Suizid thematisiert (10 Prozent). Im Jahr zuvor war der Anteil der Erst-Mails mit suizidalem Inhalt mit 205 Mails (5 Prozent von 4.107 Erst-Mails insgesamt) nur halb so groß. Das bedeutet, dass im Jahr 2008 täglich eine und alle zehn Tage zwei Erst-Mails mit dem Thema Suizid bei TSI eingingen.

Der Männeranteil liegt bei den Suizidmails deutlich höher. Im Vergleich zum Anteil der Männer bezogen auf alle Erst-Mails – er beträgt 2008 ein Viertel – sind ein Drittel der Mailenden zum Thema Suizid Männer. Der Anteil der Arbeitslosen bei suizidalen Mailenden ist mit 22 Prozent ebenfalls deutlich höher als in der Gesamtpopulation. Hier beträgt er 13 Prozent.

Die Altersgruppe bis 20 Jahre ist unter den Mailenden mit Suizidthematik mit knapp einem Viertel etwas stärker vertreten als in der Gesamtgruppe der Mailenden. Diese Altersgruppe macht insgesamt ein Fünftel in den Erst-Mail-Kontakten aus.

Mailer und Mailerinnen mit Suizid-Problematik leben weniger häufig in einer Beziehung: 23 Prozent gegenüber 32 Prozent in der Gesamtgruppe der Mailenden.

Die Zahl der ungelesenen Mails liegt mit 22 Prozent – das sind 87 Mails – etwas höher als in der Gesamtgruppe der Mailenden (20 Prozent).

36 Prozent der Mailenden mit Suizidthematik suchen im Kontakt mit TSI Hilfe. (Zum Vergleich: In der Gesamtgruppe sind es 30 Prozent.); 18 Prozent wünschen sich im Mailkontakt Rückmeldung, das sind prozentual deutlich weniger als in der Gesamtgruppe (26 Prozent); 17 Prozent möchten sich ihr Problem von der Seele schreiben, mehr als in der Gesamtgruppe (13 Prozent); und 16 Prozent erhoffen sich Annahme und Bestätigung, prozentual mehr als in der Gesamtgruppe (12 Prozent).

Die TSI-Mitarbeitenden geben bei 51 Prozent der Mailkontakte an, ihr Beratungsziel erreicht zu haben. In der Gesamtgruppe sind das nur 45 Prozent. Die Anzahl der seitens der Ratsuchenden abgebrochenen Mailkontakte zum Thema Suizid liegt mit 45 Prozent deutlich höher als in der Gesamtgruppe (32 Prozent). Vier Prozent werden durch den Mitarbeiter abgebrochen. Dies entspricht in etwa dem Prozentsatz bezogen auf die Gesamtpopulation.

4.2.1.4 Beschreibung „typischer“ Mails mit Suizid-Thematik – mögliche Erscheinungsformen, Fallbeispiele

Das Thema Suizid erscheint in den Mails in unterschiedlicher Intensität und Deutlichkeit. Wie auf einem Kontinuum der Intensität, mit der das Thema beim Mailenden besetzt ist, wäre das eine Ende definiert mit der bereits getroffenen Entscheidung zum Suizid – Zitat: *„Mir geht es lediglich nur noch um eine schmerzfreie Ausführung meiner Entscheidung.“* – während sich das andere Ende beschreiben ließe durch gelegentliches Auftauchen von Selbstmordgedanken im Kontext anderer Probleme oder schwieriger Lebenssituationen als ein „Lösungsversuch“: *„Irgendwie sind fast Selbstmordgedanken gekommen, weil ich mich für aussichtslos unfähig halte, den Kindern genug zu geben.“*

Zwischen diesen beiden Polen liegt eine ganze Bandbreite an versteckten und offenen Formulierungen von Suizidalität:

„Ich habe einen Suizidplan. Am xx. yy. um zz Uhr soll es geschehen. Ich habe mir Schlaftabletten besorgt und noch Antibrechkmittel ... Meine Angst vor meiner Zukunft ist groß. Zu groß für mich ...“

„dass mein Leben in der Hauptsache eine Qual ist und dass ich keinerlei Perspektive mehr für mich sehe. Ich stehe vor einer eindeutigen negativen Bilanz. Dies ist noch irgendeine Art von Versuch.“

„ich bin wie ein tier im käfig, in letzter zeit denk ich oft daran mich umzubringen, weiß nicht mehr weiter“

„mir geht es sehr schlecht in meiner familie schon lange, ich habe große probleme es gibt nur noch stress und ärger, weil ich keine arbeit habe schon seit 2 jahren suche ich, und wegen dem habe ich nur noch krach mit meiner mutter, immer wird meine schwester bevorzugt, sie kriegt alles was sie will, einen freund, eine arbeit und ich nicht. Schon zweimal habe ich

versucht, mich umzubringen, deswegen. Ich bin nur noch fertig, ich weiß nicht mehr weiter, ich wohne mit 23 Jahren noch zuhause und es ist nur noch schlimmer, ich halte es nicht mehr aus“

„ich sitze hier und hab getrunken und ich weiß nicht mehr wie es weitergehen soll. Ich hab Tabletten vor mir liegen. ich kann nicht mehr und möchte gehen aber ich kann meine Kinder nicht alleine lassen. Wer sagt es meinen Kindern, dass ich sie geliebt habe. Ich fühle mich einfach schrecklich. Bin total durcheinander. Warum kann ich nicht einfach am Alkohol sterben? ich glaube nicht mehr, dass es ein Leben für mich gibt, das es wert ist gelebt zu werden. ich bin total am Ende. Was soll ich nur tun. Einfach danke, dass ich schreiben konnte.“

*„Ich will mich umbringen, ich will nicht mehr leben. Mein Leben ist zerstört, es hat kein Sinn mehr. Ich bin 20 Jahre alt, mein Mann ist 13 Jahre älter. Der hat meine Persönlichkeit vernichtet, ich liebe ihn so sehr, ich kann von ihm nicht los gehen, ich hab keine Kräfte dafür, ich kann ohne ihn nicht leben. Ich hab mich für ihn gewidmet, ich hab alles ihm gegeben, aber der versteht das nicht, er versteht nicht, wie sehr er mir wehtut, so sehr. Für mich existiert nur er in dieser Welt, er versteht nicht meine Gefühle, ich drehe durch, ich kann mit meinen Schmerzen nicht kämpfen. Er hat mich so kaputt gemacht, das ist so schwer zu beschreiben was er mir antut, für mich gibt nur einen Ausweg entweder Tollhaus oder Tod. Ich habe niemanden, es tut mir weh, es tut mir so weh. Meine Eltern sind so weit weg von mir Ich kann nicht mehr, warum ist das Leben so brutal??
Bitte helfen Sie mir, bitte. Ich habe niemanden.
Bitte helfen Sie mir!“*

In ihrer Schilderung von Selbstmordgedanken oder -absichten sehr dramatisch erscheinen häufig die Mails von Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen ca. 13 und 20 Jahren.

Beispielhafte Zitate: *„...ich habe Selbstmordgedanken, die mich stundenlang beschäftigen. Ich habe*

niemanden, mit dem ich reden kann... Alle hassen mich, niemand liebt mich!!! Ich will wieder glücklich sein...Aber ich glaub einfach, dass es keinen Platz auf der Welt für mich gibt. Ich kann nicht mehr..Was soll ich tun?“ Oder: *„Meine Freundin hat plötzlich Schluss gemacht...ich weiß nicht mehr weiter. Ohne sie kann ich nicht leben. Ich gehe nicht zur Schule, liege nur den ganzen Tag im Bett und weine.“*

Oft „erledigt“ sich bei Mailenden dieser Altersgruppe das Thema „Suizid“ bereits in der zweiten Mail und es stellt sich heraus, dass der Liebeskummer „rum“ oder das eigentliche Problem ein ganz anderes ist.

Aus den Unterschieden zur Telefonarbeit wie auch aus den (der Statistik entnehmbaren) Unterschieden zu Mailkontakten ohne suizidalen Inhalt ergeben sich besondere Anforderungen an die Mitarbeitenden und die im Mail-Kontakt aufzubauende Beziehung.

4.2.1.5 Chancen, Herausforderungen und Grenzen in der virtuellen Begleitung suizidgefährdeter Menschen

Im Unterschied zum Gespräch am Telefon bleibt der Webmail-Kontakt wie erwähnt ein rein virtueller. Er setzt voraus, dass das eigene Erleben und die eigenen Gefühle verschriftlicht werden, er ist asynchron und prozesshaft.

Daraus ergeben sich für den Ratsuchenden und die Mitarbeiterinnen besondere Chancen, Anforderungen und Grenzen, auch und gerade bei brisanten Krisenthemen wie zum Beispiel Suizid.

Grenzen, Chancen und Herausforderungen für ratsuchende suizidale Menschen

Gefährdete Menschen suchen sehr häufig im Vorfeld eines möglichen Suizidversuchs Hilfe. 50 Prozent der Suizidgefährdeten nehmen Kontakt

zu ihrem Hausarzt auf. Sie teilen aber nicht offen mit, dass sie suizidal sind, da sie die Inanspruchnahme von Hilfe als hochambivalent erleben. In einer sowieso schon als prekär und eben als nicht zu bewältigen empfundenen Krisensituation wird das Eingestehen einer persönlichen Grenze möglicherweise als bedrohliches Versagen oder Verlust von Kontrolle und Angewiesensein erlebt. Es ist ein kränkendes und beschämendes Eingeständnis, über die eigene Suizidgefährdung zu sprechen. Unter Umständen droht in dieser labilen Situation auch die Gefahr, missverstanden zu werden, die Autonomie zu verlieren oder Bagatellisierung oder Zurückweisung zu erfahren. Ist die Suizidalität Teil einer depressiven oder narzisstischen Krise, also mit Verlust- und Verlassenheitserfahrungen oder einem fragilen Selbsterleben verbunden, so werden die Betroffenen jede Zurückweisung als Bedrohung für ihren Selbstwert erleben. Aus diesen und anderen Gründen werden Suizidgedanken häufig verschwiegen oder hinter vagen Andeutungen verborgen.

Das besondere Setting des Webmail-Kontaktes macht es einfacher, mutig zu sein und mit der eigenen Not nach außen zu gehen. Ganz für sich, manchmal wie im Probehandeln und unter Wahrung der eigenen Autonomie kann das Beängstigende und Beschämende in Worte gefasst und einem virtuellen Gegenüber anvertraut werden. Hilferufe sind außerdem jederzeit möglich – eben jetzt hier zu Hause, in einer Situation, in der das Erleben akut bedrängend wird oder einfach jetzt in diesem Moment, in dem der Mut vorhanden ist. Gleichzeitig bleiben alle Äußerungen zunächst unverbindlich und damit ungefährlich. Der Ratsuchende kann sein Erleben mitteilen, er muss sich aber nicht unmittelbar einer anderen Person zeigen und damit auseinandersetzen, wie ein Gegenüber sein Empfinden und seine Not beantwortet. Das kann sehr entlastend sein. Es erklärt vielleicht die Häufigkeit, mit der suizidale Themen in (Erst-)Mails angesprochen werden.

Allerdings muss der suizidale Mensch es auch

aushalten können, keine unmittelbare Antwort zu bekommen und mit dem, was er an Lebensäußerung in Worte gefasst vor sich sieht, zunächst alleine zu bleiben.

Chancen, Herausforderungen und Grenzen für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen im Webmail-Kontakt mit suizidalen Ratsuchenden

Ein Webmail-Kontakt bietet weder Therapie noch Brieffreundschaft. Die Telefon-Seelsorgerinnen bieten sich als Begleiterinnen in einer ausweglos erscheinenden Lebenslage an und müssen in dem erwähnten Spannungsfeld von Beziehungswünschen den angemessenen Rahmen der Begegnung immer wieder neu definieren.

Gerade in der Krisenintervention und Begleitung suizidgefährdeter Menschen ist es wichtig, dass die innere Haltung und Rolle der ehrenamtlichen Mitarbeitenden sehr klar und verlässlich beschrieben werden. Es muss deutlich sein, wie sie sich verstehen, was sie anbieten und wo die Grenzen ihres Hilfsangebotes liegen. Beide Parteien müssen deutlich erkennen, welche gemeinsamen Räume eröffnet werden können und was nicht leistbar ist.

Menschen, die sich auf eine Webmail-Beratung einlassen, erleben im virtuellen Rahmen durch das Verschriftlichen ihrer Empfindungen und ihrer Lebenssituation eine dialogische Auseinandersetzung mit sich selbst. Allein dieser Prozess wird häufig schon als verändernd und therapeutisch erlebt. In der Auseinandersetzung mit einem Text, der ihnen ihre eigene Situation spiegelt, sind die Betroffenen mit sich allein. Ihre Reaktionen und Empfindungen bleiben den Beratenden verborgen. Es ist und bleibt eine Black-Box-Situation. Es ist nicht möglich, im direkten Kontakt inneres Erleben oder inneres Bewegtsein des jeweiligen Gegenübers zu erahnen, überprüfend zu thematisieren oder korrigierend einzugreifen.

Im virtuellen Raum kann sich eine innere Bezie-

lungsdynamik, wie sie mit den Begriffen von Projektion, Übertragung, Gegenübertragung beschrieben wird, noch freier entfalten als in sinnlich erfahrbaren Kontakten mit der Möglichkeit zur unmittelbaren Korrektur im gemeinsamen Erleben. Das Gleiche gilt für Rollenzuschreibungen. In einer suizidalen Situation wird Helfenden häufig die Rolle eines „Retters in der Not“ zugeschrieben.

Für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen ist es wichtig, diese Rollenzuschreibung nicht anzunehmen. Sie können nicht retten, auch wenn ein Ratsuchender momentan wirklich nicht in der Lage ist, die volle Verantwortung für sein Leben zu übernehmen. Im Webmail-Kontakt können sie selbst bei akuter Gefahr nicht zeitnah eingreifen.

Die Telefonseelsorgerinnen, die sich als Krisenhelferinnen anbieten, müssen akzeptieren, dass sie nichts tun können, was der andere nicht selber tun kann. Sie können, und das wird im webbasierten, zeitversetzten, asynchronen Kontakt noch deutlicher als in anderen Settings, keine Verantwortung für das Leben oder Sterben eines Menschen übernehmen. Damit sind möglicherweise belastende und frustrierende Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden.

Als Begleiterinnen können die ehrenamtlichen Kräfte allerdings Zeitfenster öffnen. Mit dem Wissen: Ein Suizid kann nicht verhindert werden, aber die Ambivalenz in dieser Phase der Suizidgefährdung kann benannt und vertieft werden.

Der Suizid bleibt als Möglichkeit bestehen, auch als manchmal hilfreicher letzter Ausweg, um eine zunächst überfordernde Situation ertragen zu können. In der Zwischenzeit kann versucht werden, mit der Mailerin in einen menschlichen Kontakt zu kommen, der es beiden, der Ratsuchenden und der Mitarbeiterin ermöglicht, die momentane Krisensituation vertieft zu verstehen. Im gelingenden Fall wird deutlich, in welchen Lebenszusammenhängen die Ratsuchende Suizid als (einzigen) Aus-

weg betrachtet. Vor diesem Hintergrund können andere Auswegmöglichkeiten und Handlungsalternativen aufscheinen – aber meistens nicht so schnell wie beide Parteien sich das wünschen.

Im vertieften empathischen Verstehen liegt die Chance der prozesshaften Begleitung im Webmail-Kontakt. Es kann ein gemeinsamer Weg beschränkt werden unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich im virtuellen Kontakt vieles eben in jenem „Black-Box-Raum“ ereignet und sich gemeinsam geteilter sinnlicher Erfahrung und Überprüfung entzieht.

Ein virtueller Kontakt kann jederzeit und ohne Ankündigung ein Ende finden. Ein Kontaktabbruch ist in der Regel eine Belastung für die Mitarbeiterinnen der TelefonSeelsorge im Internet. Er führt häufig dazu, sich selber und das eigene Tun überkritisch zu hinterfragen. Das gilt ganz besonders, wenn der Kontakt nach einer Suizidankündigung abgebrochen wird und keine Fortsetzung findet oder auch, wenn Antworten erst gar nicht mehr abgerufen und geöffnet werden. Dann bleibt das Ende offen mit allen Möglichkeiten, auch der des Todes. Es bleibt viel Raum für Fantasien, Sorgen und Selbstzweifel, vielleicht etwas „Falsches“ oder Belastendes geschrieben zu haben und damit doch die Schuld an einer möglichen Selbsttötung eines anderen zu tragen.

Diese Unsicherheiten und emotionalen Belastungen sind sehr ernst zu nehmen – manchmal auch im Sinne einer drohenden sekundären Traumatisierung. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen brauchen hier Unterstützungsangebote und Möglichkeiten, die ihnen helfen, Strategien der Selbstfürsorge zu entwickeln.

4.2.1.6 Webmail-Begleitung als Prozess

Im Unterschied zum Einmal-Kontakt am Telefon lassen sich die Ratsuchenden im Internet häufig auf einen längeren Kontakt mit einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin ein.

Das Umgehen mit der Prozesshaftigkeit der Begleitung bringt eine andere Verantwortung mit sich. Die Prozessverantwortung liegt auf der Seite der TS-Mitarbeiterinnen. Es ist ihre Aufgabe, den Prozessverlauf im Auge zu behalten. Gerade im Kontakt mit labilen Menschen in suizidal gefärbten depressiven oder narzisstischen Krisensituationen oder vor dem Hintergrund erlebter Traumata besteht die Gefahr, dass die Betroffenen im Rahmen von unrealistischen Erwartungen alte Beziehungsmuster aktualisieren und sich schnell missverstanden oder zurückgewiesen fühlen - eine häufig auftretende Situation. Die Suizidgefährdung kann so immer wieder im Begleitungsprozess virulent werden. Für die Telefonseelsozialarbeiterinnen ist es wichtig, diese Geschehnisse im gemeinsamen Prozess wahrzunehmen und schriftlich zu thematisieren. Das heißt, bei plötzlich wieder ganz akut aufbrechender Suizidalität ist immer auch danach zu fragen, ob es im gemeinsamen Mailkontakt möglicherweise Kränkungen gab. Vorausgesetzt, der Kontakt ist so stabil, dass er in diesen Situationen von der Mailerin aufrechterhalten wird, liegt darin eine große Chance, kränkende, Suizid fördernde Aspekte zu erkennen und die Beziehung zu stabilisieren. Es bleibt aber ein heikles Unterfangen und stellt tatsächlich die Stabilität der Begleitung auf den Prüfstand.

In einer längerfristigen Begleitung ist die Gefahr, dass sich Helferinnen in die Beziehungsthematik der Hilfesuchenden verstricken, größer als in einem Einmalkontakt, wie er am Telefon stattfindet. Das Erkennen der Verführungen und der Fallstricke von möglicherweise destruktiven Beziehungsangeboten gerade im Kontakt mit suizidgefährdeten Menschen ist ein wichtiger Teil der supervisorischen Begleitung der Ehrenamtlichen. Das erwähnte Beziehungsmodell „Letzter Retter“ ist nur eine von vielen Möglichkeiten, eine letztlich nicht hilfreiche Beziehung einzugehen.

In einem Begleitungsprozess ist das gemeinsame Aushandeln von Nähe und Distanz immer wieder von Neuem wichtig. Bei im Prozess wachsender

Vertrautheit und Intimität ist doch immer wieder auf die gesunde, auch für Ehrenamtliche geltende professionelle Distanz zu achten. Der Umgang mit Hilflosigkeits- und Überforderungsgefühlen, mit Fantasien gerade bei länger bestehender oder immer wiederkehrender, bedrohlich erscheinender Suizidalität im Kontakt nicht zu genügen, stellen große Herausforderungen dar. Es ist wichtig, ein Augenmerk darauf zu haben, ob die Ohnmacht der Begleiterinnen zur Abwehr von Themen führt oder zum möglicherweise emotional erschöpfenden Überengagement. Hier benötigen die ehrenamtlichen Kräfte Unterstützung bei der Selbstreflexion und emotionale Entlastung.

Die Verantwortung für den gemeinsamen Prozess, die Klärung der Rolle und des Angebots, das Benennen von Störungen und für die Selbstfürsorge muss von den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen getragen werden. Die Verantwortung für das Leben und Sterben der suizidgefährdeten Ratsuchenden kann und darf nicht übernommen werden.

Um für die genannten Zusammenhänge wach zu bleiben, die Belastung schultern zu können und Formen zu finden, diese schwierigen Aspekte im Webmail-Kontakt anzusprechen, ist die kontinuierliche supervisorische Begleitung eines solchen Kontaktes mit einem suizidgefährdeten Menschen unabdingbar.

4.2.1.7 *Begegnungs- und Handlungsmöglichkeiten in der Webmail-Begleitung suizidaler Menschen*

Sich der eigenen Haltung, Rolle, Begrenzungen und Verantwortlichkeiten im Rahmen einer Webmail-Begleitung bewusst zu sein, heißt noch nicht, auch handlungsfähig zu sein und im Kontakt mit einem suizidalen Ratsuchenden konkrete Schritte gehen zu können.

Wie beschrieben, wird das Thema Suizid bei der TelefonSeelsorge im Internet in einer großen Bandbreite angesprochen. Es wird krisenhaft-akut,

komplex, diffus, vage und manchmal endgültig formuliert. Webmail-Mitarbeiterinnen haben nur diese Aussagen. Sie können nichts spontan nachfragen, klären, absichern – auf das so Geschriebene müssen sie eine Antwort finden.

In dieser Situation bieten sich zunächst verschiedene **Ausgangshypothesen** an, die die Handlungsfähigkeit der Begleiterinnen stärken.

Menschen, die Suizidalität andeuten oder ansprechen, machen das Angebot, in einer gefährdeten Situation eine Beziehung aufzunehmen.

Mit diesem Kontaktangebot wird häufig signalisiert: Es ist noch nichts entschieden, noch befindet sich die Ratsuchenden in der Phase der Ambivalenz. Es ist offen, in welche Richtung der Lebensweg weitergeht oder ob er beendet wird. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, das in einer Mail wie auch immer angedeutete oder offen benannte Thema der Suizidgefährdung aufzugreifen, direkt anzusprechen und zu beantworten.

Ein suizidgefährdeter Mensch ist in einer besonders sensiblen Situation der Einengung. Er ist häufig besonders empfindlich für Zurückweisungen und potenzielle Kränkungen.

Wird das Thema Suizidalität in der ersten Antwort übergangen, kann das vom Ratsuchenden als Erfahrung des Missverständen- oder Zurückgewiesenwerdens erlebt werden. Das subjektiv erlebte Nicht-Angenommensein verstärkt unter Umständen die suizidale Tendenz und führt vielleicht zum Kontaktabbruch. In der direkten, die Person in ihrer Notlage wertschätzenden Beantwortung kann bereits eine erste wichtige, die Einengung des Suizidalen durchbrechende Erfahrung liegen.

Suizidgedanken, -pläne, auch -versuche sind Problemlösungen für anders nicht mehr lösbar erscheinende Krisensituationen.

Den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen gelingt es am ehesten, sich empathisch einzufühlen und den anderen akzeptierend wertzuschätzen, wenn sie davon ausgehen, dass Suizidalität in vielen Fällen ein

Versuch ist, unter nicht bewältigbar scheinenden Lebensbedingungen einen Ausweg, eine Lösung – vielleicht auch einfach einmal Ruhe zu finden. Die Selbsttötung erscheint dem Betroffenen vielleicht als einzige Möglichkeit sein Leben zu ertragen, autonom und handlungsfähig zu sein und wird vielfach nicht mit Sterben gleichgesetzt. Dahinter schimmern die tiefe Verzweiflung und unter Umständen gleichzeitig die verborgene letzte Lebenshoffnung durch.

Neben dem Fachwissen zum Thema Suizid sind auch Kenntnisse um die Phasen einer Krisenintervention hilfreich. Kriseninterventionskonzepte müssen dabei an das Setting einer von Ehrenamtlichen geleiteten Webmailbegleitung angepasst werden.

4.2.1.8 Krisenhilfen in der Webmail-Begleitung suizidgefährdeter Menschen

Das Kriseninterventionskonzept BELLA, wie es Sonneck formuliert, kann für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen der TelefonSeelsorge im Internet handlungsleitend sein. Es umfasst die folgenden fünf Einzelschritte der Krisenhilfe:

- **Beziehung aufbauen**
- Erfassen der Situation
- Linderung von Symptomen
- Leute einbeziehen, die unterstützen (support System)
- Ansätze zur Problembewältigung

B =Beziehung aufbauen

Wie bereits gesagt, sollte in einer ersten Antwort-Mail das Thema Suizidalität auf jeden Fall aufgegriffen werden. Es darf und muss deutlich werden, dass die Suizidäußerungen oder -andeutungen wahr- und ernstgenommen werden.

Es ist nicht notwendig, in einer ersten Antwort auf alle möglicherweise im Zusammenhang mit der

Suizidgefährdung genannten wichtigen Faktoren einzugehen. Für ein Beziehungsangebot ist es wichtiger, Verständnis für die mitgeteilten Gefühle von Ausweglosigkeit und Verzweiflung auszudrücken. Es sollte so bald als möglich ein klares Beziehungsangebot gemacht und bereits in der ersten Antwortmail, - auch wenn viele Dinge noch nicht klar sind - die Bereitschaft für ein solches Angebot signalisiert werden.

Im Verlauf des gemeinsamen Prozesses ist es wichtig, das entstandene Beziehungsangebot immer wieder aufrechtzuerhalten oder zu erneuern. Das gilt insbesondere, wenn in einer letzten Abschiedsmail der finale Schritt, der Suizid, angekündigt wird. Die ehrenamtlichen Begleiterinnen sollten auf einen solchen Abschied, egal wie endgültig er erscheinen mag, auf jeden Fall mit einer weiteren Antwort-Mail reagieren.

E = Erfassen der Situation

Die Situation zu erfassen heißt auch, zu einer Einschätzung über das Ausmaß der Suizidgefährdung und zu einer Einschätzung zu kommen, ob oder in welcher Form ein Mail-Kontakt in der konkreten Situation ein sinnvolles Angebot darstellt. Suizidalität im Rahmen einer akuten, psychischen Erkrankung braucht ärztliche und therapeutische Begleitung.

Werden vorausgegangene Suizidversuche erwähnt, ist von einer sehr ernsthaften und akuten Gefährdung auszugehen. Vorausgegangene Suizidversuche gehören zu den Merkmalen, die die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Suizidversuches deutlich erhöhen.

Es ist sicherlich in einem virtuellen Webmail-Kontakt, vor allem anhand einer Erst-Mail, sehr viel schwieriger, zu einer angemessenen Einschätzung der Gefährdung zu kommen, als in einem persönlichen Gespräch, das Fragen und unmittelbare Antworten zulässt. Häufig ist es unmöglich. Das

Ausmaß der Gefährdung kann und sollte auf jeden Fall in Folgemails miteinander abgeklärt werden. Hierbei hilft das Hintergrundwissen über Kriterien zur Einschätzung einer Suizidgefährdung. Das Ausmaß der erlebten Einengung, die Stärke des Angsterlebens, die Konkretheit der Suizidpläne, das Ausmaß, in dem es noch möglich ist, Suizidgedanken zu steuern, Handlungen wie Ordnungschaffen, Aufräumen, eine Stimmung, die man als „Ruhe vor dem Sturm“ deuten kann, können für beide Parteien wichtige Merkmale sein, um die Gefahr abzuschätzen.

Es ist hilfreich, die Sorge über das Ausmaß der Gefährdung in der ersten Antwortmail anzusprechen und gegebenenfalls schon hier darauf hinzuweisen, dass bei bedrängenden und angstauslösenden Suizidgedanken Hilfsangebote und Beratungseinrichtungen vor Ort einen schnelleren und besseren Schutz bieten. Eine Mailbegleitung bietet annehmenden Kontakt, emotionale Unterstützung und Hilfe beim Versuch, herauszufinden, wie der Lebensweg weitergehen kann. Mail-Begleitung bietet keinen Schutz.

L = Linderung von Symptomen

Wenn das Begleitungsangebot von Mailerinnen angenommen wird, ist es sinnvoll, zunächst miteinander danach zu schauen, wie die Betroffenen Entlastung in ihrer Lebenssituation erfahren können. Linderung bedeutet manchmal zuallererst, Entlastung in der Sicherung des Überlebens zu finden und sich quälenden Suizidfantasien nicht länger ausgeliefert zu fühlen.

Was hilft, um mit den bedrohlichen und beängstigenden Suizidgedanken umgehen zu können?

- Neben dem gemeinsamen Erarbeiten eines Notfallplans oder eines „Notfallkoffers“ kann man Deutungsangebote für die Suizidgefährdung anbieten.
- Es entlastet betroffene Menschen, wenn sie selbst ihre Suizidgedanken als Lösungsversuch

in einer nicht lebbar erscheinenden Situation verstehen können.

- Manchmal hilft es im Sinne der Psychoedukation auch, ein Verstehensmodell von Krisen zur Verfügung zu stellen. Krisen haben einen Anfang und ein Ende und gehen immer mit Angst, oft mit Gefühlen von Überforderung und Ausweglosigkeit einher. Sich ängstlich und chaotisch zu fühlen, ist in einer Krisensituation normal.
- Die Mitarbeiterinnen können stellvertretend Hoffnung übernehmen, natürlich ohne über vorhandene Belastungen hinwegzutrusten. Es entlastet und ermutigt manchmal, zu erfahren, was andere Ratsuchende schon erlebt und bewältigt haben.
- Ratsuchende können Stabilität entwickeln und wieder ein gewisses Selbstvertrauen spüren, wenn Begleiterinnen dabei helfen, (alte) Überlebensressourcen zu aktivieren. Sie können danach fragen, was trotz allem noch (gut) gelingt. Beide Parteien können gemeinsam herauszufinden versuchen, was schon einmal geholfen hat.
- Es entlastet einen Suizidgefährdeten sehr, wenn er Menschen ansprechen kann, die konkrete Hilfen im Alltag übernehmen. Man kann gemeinsam danach suchen, welche Alltagshilfen entlasten, und Strategien überlegen, wie Betroffene andere Menschen um diese Hilfe bitten können.
- Die Ehrenamtlichen können Suizidgefährdete dabei unterstützen, Selbstberuhigungsstrategien zu entwickeln. Bagatellisierungen und Verharmlosungen sind natürlich zu vermeiden.
- Es ist oft entlastend, ein Zeitfenster zu öffnen. Suizid ist eine sehr ernste und endgültige Angelegenheit. Man kann dabei sterben. Es wäre fatal, aus „Versehen“ zu sterben, das heißt vorschnell und unüberlegt diesen Schritt zu wäh-

len. Wie viel Zeit will sich ein gefährdeter Mensch lassen, um die subjektive Notwendigkeit oder Unausweichlichkeit eines solchen Schrittes mit Hilfe der Mailbegleitung oder mit anderer professioneller Hilfe zu überprüfen?

L = Leute einbeziehen, die unterstützen

Es ist gerade in der virtuellen Begleitung eines Suizidgefährdeten im Internet wichtig Ratsuchende dabei zu unterstützen, andere Menschen ins Vertrauen zu ziehen und nach haltgebenden sozialen Kontakten zu schauen. Im zeitversetzten Webmail-Kontakt kann eben nicht unmittelbar, spontan auf kritische Situationen reagiert werden.

A = Ansätze zur Problembewältigung

Hat sich die Ratsuchende in ihrer suizidalen Krise auf das Beziehungsangebot eingelassen und ist es gelungen, in mehreren Mailkontakten die Bedrohung zu lindern und für eine erste, vielleicht auch vorläufige Sicherung des Überlebens zu sorgen, kann man davon ausgehen, dass die für die suizidale Situation typische Einengung zumindest eine gewisse Relativierung erfahren hat.

Vielleicht ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, miteinander auf die Suizid auslösenden Faktoren zu schauen, sie verstehen zu lernen und nach alternativen Problemlösungen zu suchen.

Das genannte Krisenhilfemodell BELLA beschreibt natürlich ein idealtypisches Vorgehen. Es ist davon auszugehen, dass die Webmail-Begleitung eines suizidgefährdeten Menschen nicht linear fortschreitend zu einer Verbesserung seiner Lebenssituation und seiner Befindlichkeit führen wird. Sie wird mit Überraschungen, Brüchen, Rückschlägen, Stagnationen und manchmal auch plötzlichen Wendungen einhergehen.

Falls die Suizidgefährdung plötzlich in den Mails keine Rolle mehr spielen sollte, nicht mehr erwähnt oder sogar verleugnet wird, empfiehlt es

sich auf jeden Fall diese Veränderung anzusprechen. Wie kann es kommen, dass ein so existentielles Thema nicht mehr wichtig ist? Unter Umständen signalisiert das Nicht-Mehr-Benennen die Phase der Entschlussfassung. Genauso wichtig ist es natürlich, erneut aufbrechende Suizidalität zum Thema zu machen.

Da Selbsttötung ein nach wie vor tabuisiertes und angstbesetztes Thema ist, kann man nicht oft genug daran erinnern, dass das offene Ansprechen der Suizidgefährdung einen betroffenen Menschen entlastet und damit dem Mythos entgegenwirken, direktes Ansprechen einer wahrgenommenen Gefährdung „wecke schlafende Hunde“.

Schriftlich festgehaltene auf Papier oder Bildschirm gebannte Worte wiegen schwer. Es entlastet, wenn die Mitarbeiterinnen sich immer wieder vergegenwärtigen, dass im Umgang mit einem suizidgefährdeten Menschen gilt: Man kann genau die richtigen Worte finden und ein Mensch tötet sich dennoch. Man kann genau das Falsche sagen oder schreiben und das Gegenüber entscheidet sich, weiterzuleben.

4.2.1.9 *Aus- und Fortbildung und Supervision der Webmail-Mitarbeiterinnen*

Ehrenamtliche, die sich entscheiden in der Webmail-Begleitung mitzuarbeiten, haben sowohl die Ausbildung der TelefonSeelsorge durchlaufen als auch mehrere Jahre Erfahrungen in Telefondiensten gesammelt. Zur Vorbereitung auf die webbasierte virtuelle Begleitung von Ratsuchenden erhalten die Interessentinnen eine weitere spezifisch auf diese Arbeit zugeschnittene Ausbildung.

Das Thema Suizid und die Fragen danach, wie in einem Einmalgespräch zu einem suizidalen Menschen eine hilfreiche Beziehung aufgebaut und gestaltet werden kann, werden im Rahmen der TS-Ausbildung für die Arbeit am Telefon bereits ausführlich behandelt. Kontakte und Gespräche mit

suizidgefährdeten Menschen werden in der Supervision der Telefonarbeit immer wieder reflektiert. Man kann davon ausgehen, dass die Webmail-Mitarbeiterinnen so grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen mitbringen.

Mit Blick auf die Spezifika und das besondere Setting des virtuellen Kontakts im Internet ist es wichtig, den Mitarbeiterinnen in der Ausbildung medienspezifische Kompetenzen im Umgang mit suizidalen Menschen, anzubieten. Für die Mitarbeitenden der TelefonSeelsorge im Internet finden darüber hinaus in regelmäßigem Turnus stellenübergreifend regional Fortbildungen auch zu diesem Thema statt. In der Ausbildung und in Fortbildungen, wie auch insbesondere in der Supervision sollte der Prozesscharakter der Begleitung und die damit verbundene Prozessverantwortung berücksichtigt werden.

Die Webmail-Begleitung stellt durch die genannten Spezifika hohe Anforderungen an die Ehrenamtlichen. Sie sollten Spaß an Sprache haben und versiert damit umgehen; und sie müssen eine große Reflektions- und Selbstreflektionsfähigkeit mitbringen. Die prozesshafte webbasierte Begleitung Suizidgefährdeter bringt eine starke emotionale Beanspruchung mit sich. Diese Aspekte sollten die hauptamtlichen Kräfte bereits bei der Auswahl von Ehrenamtlichen für die virtuelle Begleitung im Blick haben.

Es ist wichtig, dass in der Aus- und Fortbildung und in der Supervision genügend Raum bleibt für emotionale Entlastung und Selbstfürsorge. Folgende Übungssequenzen haben sich in der Aus- und Fortbildung sowie der Supervision der Webmail-Mitarbeiterinnen als hilfreich erwiesen.

4.2.1.10 *Selbsterfahrungs-Übungen*

„Ich würde mich umbringen, wenn ...“

In Anlehnung an diese Übung aus der Telefonfortbildung sind die Teilnehmerinnen eingeladen, eine Suizid-Mail zu verfassen. Im ersten Schritt

erfolgt eine Auswertung mit Fokus auf die Mailenden: Welche Gefühle löst das Schreiben einer Mail mit Suizid-Thematik bei den Schreibern aus? Dazu tauschen sich die Beteiligten in Kleingruppen aus. Dann werden die Mails in der Gruppe vorgelesen und die Resonanz der Gruppenmitglieder erfragt: Welches ist für mich die bedrohlichste Situation im Zusammenhang mit Suizid? Wie nah oder wie fern sind mir die jeweils in den Mails geschilderten Lebenssituationen, die den Hintergrund für Suizidgedanken bilden oder Suizidabsichten auslösen? Wie leicht oder wie schwer fällt es mir, Suizidgedanken oder -absichten in den jeweils geschilderten Kontexten zu akzeptieren? Darüber findet eine Reflexion in der Gruppe statt.

Im Anschluss oder in einer Folgesitzung können die Gruppenteilnehmerinnen Antwortmails verfassen und sie auf die gleiche Weise auswerten und reflektieren.

„Ich schreibe meinen Abschiedsbrief.“

Die Briefe werden in der Gruppe vorgelesen und die Resonanz der anderen Gruppenmitglieder jeweils erfragt. Die Auswertung erfolgt wie in der vorigen Übung. Auch hier können die Teilnehmerinnen diese Briefe schriftlich beantworten.

Die Webmail-Begleitung als Prozess

Je eine Webmail-Ratsuchende und eine Mitarbeiterin werden zusammengespannt und tauschen Mails aus. Die Mitarbeiterin beantwortet eine Erstmail und erarbeitet mehrere Folgemails unter Berücksichtigung der Aspekte: Ansprechen von Suizidgedanken und -absichten, Aufgreifen auch versteckter Formulierungen, Rollenklärung und Formulierung eines Beziehungsangebots. Auch Fragen der Grenzziehung und der Übernahme von Verantwortung sollten probeweise formuliert werden. Dieser so entstandene schriftliche Prozess wird wie in der Gruppe reflektiert und bearbeitet.

Psychodramatische Bearbeitung eines Webmail-Begleitungsprozesses

Im Psychodrama wird viel mit Zeitachsen gearbeitet. Eine Zeitachse, zum Beispiel symbolisiert durch ein Seil, kann insbesondere den Prozesscharakter der Web-Begleitung erfahrbar und erlebbar machen.

Man kann mit verschiedenen Schwerpunkten arbeiten. Die Anfangssituation: Erst-Mail und Erstantwort, Meilensteine im Prozess und die Schlusphase können verdeutlicht werden.

Es kann an jedem Punkt des Prozesses innehalten und zurückgeschaut werden. Es können in der Gruppe weitere Schritte überlegt und probeweise schriftlich formuliert werden. Die Empfindungen beim Verfassen oder Lesen einer Mail können in Form eines Selbstdialogs erforscht werden.

Es kann überprüft und erfahren werden, an welcher Stelle im Prozess Ängste, Unsicherheiten oder Katastrophenfantasien entstehen. Wie sieht ein geglücktes Ende aus? Was geschieht, wenn die Antwort nicht gelesen wird? Was geschieht, wenn die Ratsuchende plötzlich den Kontakt unkommentiert abbricht? Es können typische, gefürchtete oder tatsächlich erlebte Abläufe inszeniert werden: Abtauchen des Themas Suizid, Wiederaufbrechen des Themas bis hin zum Abschiedsbrief.

Ein Abbruch oder auch ein Abschied kann emotional bearbeitet werden. Es kann ausprobiert werden, wie die Beraterin gegebenenfalls den Prozess für sich alleine zu einem guten Ende bringt. Hierbei kann die Gruppe sie unterstützen und gemeinsam Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit schwierigen Gefühlen entwickeln. Es können Abschiedsworte und Abschiedsgefühle ausgedrückt werden und ein abschließend würdiger Blick auf den Prozess geworfen werden.

Es ist möglich, an jeder Stelle mit vermeintlich richtigen und falschen Worten und dem Ausdruck der eigenen Gefühle zu experimentieren, auch pro-

beweise schwierige Dinge in Worte zu fassen. Aus der Rolle der Mailerin können unmittelbar Rückmeldungen über die Wirkung des Ausgedrückten formuliert werden. Es bietet sich an, in diesem Vorgehen die einzelnen Schritte einer Krisenintervention idealtypisch zu erarbeiten, aber genauso können Schritte der Auftrags- und Rollenklärung deutlich gemacht werden.

Abschließend kann man sagen, dass trotz aller geschilderten Herausforderungen und Belastungen die geglückte Webmail-Begleitung eines suizidalen und verzweifelten Menschen, die manchmal auch dazu führt, dass jemand den Mut fasst, sich professionelle Hilfe zu holen, von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen der TelefonSeelsorge im Internet als sehr bereichernd erlebt wird.

Literatur

- ETZERSDORFER, E., FIEDLER, G. & M. WITTE (Hg.): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten, Göttingen 2003. Mit Beiträgen von Joachim Wenzel, Cordula Eisenbach-Heck und Traugott Weber, Jürgen Kratzenstein, Jürgen Schramm.
- SONNECK, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien 2000; zit. N. Siebert, St. K., „Etwas Besseres als den Tod finden wir überall“ – Ambulante Krisenintervention bei Suizidalität, Skript Fortbildungsveranstaltung, Bonn 2004.

Grundsätzliches zur Mailarbeit der TSI:

- WENZEL, J.: Vom Telefon zum Internet: Onlineberatung der Telefonseelsorge. In: Stephanie Bauer und Hans Kordy (Hrsg.) E-Mental-Health Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008.

Zu Asynchronität und Beziehung in der Mailarbeit:

- WABRA, G.: zukunft@telefonseelsorge.de –Perspektiven für die Telefonseelsorge in einer multimedialen Welt. Begegnung in der „Aus-Zeit“ – Gedanken zur E-Mail-Arbeit der Telefonseelsorge. In: Auf Draht, Nr. 49, S. 12-14, April 2002.

4.2.2 Chat

Mechthild Klünemann-Haering

4.2.2.1 Vorbemerkung

Die Entwicklung des Internets hat zur Folge, dass neben vielen anderen Erscheinungen zunehmend auch die Kommunikation zum Thema „Suizid“ dort einen Ort gefunden hat. So kann auch die TelefonSeelsorge im Rahmen ihres Angebotes im Internet (Chat und Mail) feststellen, dass suizidale Themen häufiger als am Telefon vorkommen. Dies legt eine intensivere Auseinandersetzung zu den Themen „Suizid und Suizidprävention“ nahe.

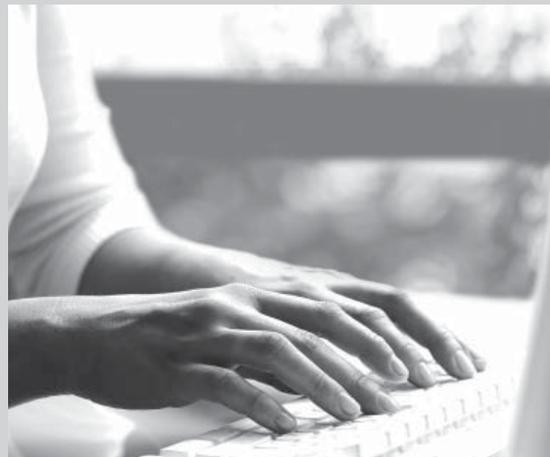
Meine These ist: Eine Suizidprävention im Chat muss sich differenzierter als bei der Arbeit am Telefon mit den suizidalen Anliegen der Ratsuchenden auseinandersetzen. Dazu eignet sich eine Typisierung der Ratsuchenden nach ihren jeweiligen Anliegen. Dazu werde ich vier verschiedene Typen von Ratsuchenden zum Thema Suizid im Chat vorstellen und ausgehend von bisher statistisch erfassten Erfahrungen (Stand: August 2009) Charakteristika und Inhalte der Chatarbeit zu suizidalen Themen (im Vergleich mit der Mailarbeit und der Seelsorge am Telefon) benennen.

Das neu erarbeitete Qualifizierungsmodul (siehe dort) für die Arbeit im Internet (Chat und Mail) beinhaltet hierfür spezifische Kriterien und Ausbildungsinhalte.

Die Systematisierung der Chatarbeit ist bezogen auf die bisher gemachten statistisch erfassten Erfahrungen. (Ich habe die statistischen Daten der TS Bochum, der TS Recklinghausen und der TS Hagen-Mark für 2008 und bis 30.6.2009 zugrunde gelegt.)

Angesichts der Geschwindigkeit der komplexen Weiterentwicklung und Veränderung von Inter-

net-Kommunikation und Internet-Gewohnheiten wäre es sehr sinnvoll, die Besonderheit der Chat-Kommunikation einer regelmäßigen Evaluation zu unterwerfen, die zumindest theoretisch und ohne Berücksichtigung der ideellen und datenschutzrechtlichen Probleme möglich wäre. So könnte sichergestellt werden, dass ein Beratungsangebot zeitnah auf leicht mögliche Entwicklungen und Veränderungen im Interesse der Bedürfnisse der Klienten reagieren kann.



4.2.2.2 Ratsuchende per Chat: Statistik

Bei der statistischen Gesamtauswertung zum Thema Suizid lässt sich feststellen, dass suizidale Themen erst an dritter Stelle auftauchen, nach den Themen Krankheit (psychisch) und Partnerschaft. In vielen Chats wird das Thema Suizid oft als Konsequenz einer psychischen oder physischen Erkrankung gesehen. Besonders häufig werden in diesem Zusammenhang Borderline, Missbrauch und selbstverletzendes Verhalten genannt.

Auch in der Einzelauswertung der Protokolle (Berichtsbögen) steht Suizid oft an zweiter oder

dritter Stelle. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Motive zu suizidalen Gedanken oder Vorhaben in erster Linie aus der jeweiligen, oft schon lange andauernden Lebenssituation resultieren und sich (noch nicht) verselbstständigt haben.

Die meisten der Ratsuchenden machen differenzierte Angaben zu ihrer Person; das Lebensalter und die Lebenssituation werden genannt, um das Anliegen im Chat zu verdeutlichen. Zu denjenigen, die zu Beginn des Chats eher unklare Andeutungen machen (z. B. „Ich glaube, ich störe nur.“) oder verdeckte Hinweise geben (z. B. „Am liebsten würde ich alles beenden.“), lassen sich auch zum Ende des Chats keine genauen Angaben ermitteln. Viele der Ratsuchenden sind 20 bis 30 Jahre alt und Frauen.

Suizidale Ratsuchende wählen überwiegend das Medium Chat oder Mail, da es für sie nicht vorstellbar ist, mit jemandem am Telefon zu sprechen oder sogar eine Beratungsstelle aufzusuchen. Nach eigenen Angaben ist das Chat-Gespräch oft der erste Versuch, über suizidale Themen zu kommunizieren (z. B. „Ich kann darüber mit niemandem sprechen, es weiß auch keiner, dass ich so was denke.“). In wenigen Fällen wird im Chat eine Fortsetzung zu einem vorhergegangenen Chat oder Mail-Kontakt gesucht. Zu gleichen Teilen werden Chats vorher gebucht oder im Direktkontakt durchgeführt. Da die Ratsuchenden wissen, dass der Chat zeitlich begrenzt ist, strukturieren die meisten auch das Ende des Chats (z.B. „Wir müssen so langsam mal aufhören, oder?“)

In wenigen Fällen ist es schwierig für die Chat-Seelsorgerin, das Gespräch im angemessenen zeitlichen Rahmen zu beenden. („Was soll ich denn jetzt machen? Du kannst mich doch nicht jetzt alleine lassen!“)

4.2.2.3 *Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Chat- bzw. Mailarbeit und Seelsorge am Telefon*

Im Chat Ratsuchende leben zumeist in oder mit einer virtuellen Welt, in der das Thema Suizid eins unter vielen Themen ist. Ihre Lebenssituation, die Partner- und Arbeitssuche, Krisen und Informationsanfragen werden gleichermaßen im Netz mit anderen – nur per Nickname Bekannten – thematisiert. Verabredungen zu Selbstmord, Anleitungen zum Selbstmord etc. sind selbstverständliche Themen – und sicher auch willkommene Kommunikationsanlässe – in Foren, Blogs etc. Insofern ist das Medium an sich für die Ratsuchenden das Gegenüber, insbesondere mit all seinen Zeichen, Icons, Abkürzungen, Verweiscodes etc. als alltägliche Normalität. Dies gilt nicht unbedingt für die ehrenamtlich Mitarbeitenden im Chat. (Allerdings benutzen Ratsuchende im Chat mit der TelefonSeelsorge kaum solche Zeichen, sprechen sogar auch oft die ehrenamtlichen Seelsorgerinnen im Gegensatz zum „Du“ des Internets mit „Sie“ an.) Insofern ist, anders als am Telefon, der sichere Umgang mit dem Medium nicht immer gleichberechtigt.

Wie oben schon angesprochen ist das Thema Suizid im Chat ein Thema von vergleichbar größerer Bedeutung als in der Arbeit am Telefon. (Vgl. dazu: Anne Röhl, Seelsorge und Beratung im Chat, in: Handbuch TelefonSeelsorge, S. 182.)

Dies mag an der besonderen Kommunikationsform des Chatters liegen, die einerseits die Anonymität wahrt, (ausdehnbare) Zeit zum Nachdenken für eine dennoch direkte und unmittelbare Antwort lässt und so wesentlich mehr direkte „spürbare“ Kommunikation zulässt als beispielsweise im Mailwechsel.

Ein Zitat aus dem Wikipedia-Artikel unter dem Stichwort „Chat“: „Die Kommunikation im Chat findet zeitgleich (synchron) statt und nicht zeitlich versetzt (asynchron), wie z. B. in der E-Mail-Kom-

munikation. Die teilnehmenden Chatter tippen ihre Gesprächsbeiträge in ein Eingabefeld und schicken sie durch eine Eingabe ab. Ab dem Zeitpunkt seiner Zustellung an die Adressatenrechner ist der Beitrag für alle im selben Chatraum präsenten Chat-Beteiligten sichtbar; bis zum Zeitpunkt seiner Verschickung ist bei den meisten Chat-Systemen aber nicht einmal die Aktivität des Tippens für die Partner ersichtlich. Wegen der kommunikativen Rahmenbedingungen ist trotz der synchronen Präsenz der Kommunikationsbeteiligten vor ihren Rechnern aber keine simultane Verarbeitung von Verhaltensäußerungen zur Laufzeit ihrer Hervorbringung möglich; in diesem Punkt unterscheidet sich die Chat-Kommunikation ganz erheblich vom mündlichen Gespräch [...]. Die Kommunikation im Chat teilt somit – trotz ihrer medial schriftlichen Realisierung – mehr Merkmale mit dem mündlichen Gespräch als mit Texten, ihre charakteristischen Unterschiede zum mündlichen Gespräch bestehen aber in mehr als lediglich der Tatsache, dass Chat-Beiträge im Gegensatz zu Gesprächsbeiträgen getippt werden (müssen).“ (Wikipedia, 1. 6. 2009, „Chat“.)

Deshalb legt die zeitgleiche Kommunikation im Chat es zunächst nahe, das Seelsorge- und Beratungsangebot der TelefonSeelsorge eins zu eins zu übernehmen. Das trifft teils zu, teils nicht:

Es trifft zu,

- weil das Gespräch/der Chat in der gleicherlebten Zeit stattfindet. Für beide, User wie Telefonseelsorgerin, ist es die gleiche Tageszeit. Dies ist im Vergleich mit der Mail-Beratung anders, wenn z. B. eine Mail in der Stimmung der Nacht geschrieben, aber am Tag beantwortet wird;
- weil es ein Dialog ist;
- weil die erlernten Gesprächstechniken für die Arbeit am Telefon anzuwenden sind, wie Annehmen, Spiegeln, Klären, aktiv Zuhören, Ressourcenorientierung etc.

Es trifft nicht zu,

- weil die Gesprächsform zwar die Form des Dialogs ist, dieser jedoch zeitversetzt stattfindet. Dies kann zu Missverständnissen führen und erfordert auf beiden Seiten ein hohes Einfühlungsvermögen;
- weil die Zeit des Chats vorgegeben ist und nicht bei Bedarf verlängert werden kann;
- weil genau die oben aufgeführten Ähnlichkeiten zu Annahmen und Hypothesen verleiten, die nicht unbedingt überprüft werden können. Diese Missverständnisse erschweren den Kontakt und führen bisweilen zu Kontaktabbruch.

Die Konzentration der TelefonSeelsorgerin im Chat ist auf den Text gerichtet, der der einzige Zugang zur Welt des Ratsuchenden ist. Diese Einengung der Sinneskanäle erfordert eine eigene Schulung in Wahrnehmung und Selbstbeobachtung und ermöglicht und fordert eine besondere Zuwendung der Mitarbeitenden zum Ratsuchenden. Deshalb kann nur diejenige im Chat mitarbeiten, die nach der internen TS-Ausbildung mindestens zwei Jahre am Telefon gearbeitet hat. In dieser Zeit gilt es, durch die Reduzierung auf Stimme und Ton des Anrufenden zu lernen, sich ein Gesamtbild vom Anliegen, der Not und der inneren Gestimmtheit der Ratsuchenden machen zu können. Dies ist die Voraussetzung, dass gerade beim Thema Suizid in der Chatarbeit in konzentrierter Form, seelsorgerlich in einer begrenzten Zeit gearbeitet werden kann (vgl. dazu das neu erarbeitete Qualifizierungsmodul).

Festzuhalten bleibt, dass sich aus diesen Gründen die Arbeit im Chat bzw. per Mail gerade wegen der fehlenden direkten (synchronen) Kommunikation erheblich unterscheiden. Auch die Parallele zur Arbeit am Telefon lässt sich scheinbar leicht herstellen, bei differenzierter Betrachtung allerdings sind oben genannte Unterschiede festzustellen.

4.2.2.4 Suizidprävention im Chat als Teil von TelefonSeelsorge

Zunächst möchte ich zu berücksichtigen geben, dass das Thema „Suizidprävention im Chat“ nur sehr eingeschränkt im Sinne einer nachhaltigen Prävention – wie in anderen Bereichen von TelefonSeelsorge auch – bearbeitet werden kann.

Ratsuchende, die sich mit dem Thema „Suizid“ per Chat an die TelefonSeelsorge wenden, suchen ein Gegenüber, das sie in ihrer Not annimmt, ihnen zuhört und ihnen die Möglichkeit gibt, anonym in einer begrenzten Zeit ihr Anliegen zu besprechen. Diese suizidale Thematik lässt sich m. E. in vier verschiedene Anliegen ausdifferenzieren, die ich im Folgenden als die vier Typen von Ratsuchenden im Chat benenne.

4.2.2.5 Typen von Ratsuchenden in der Chatarbeit

Wie am Telefon – und anders als per Mail – gibt es zeitgleich ein direktes Gegenüber, das offen oder verdeckt seine suizidalen Gedanken oder Vorüberlegungen schildert. Diese stehen oft im Zusammenhang mit anderen problematischen Ereignissen und Situationen.

Was liegt obenauf? – Wie heißt das Thema des Ratsuchenden? – Was ist sein Anliegen? Diese telefonseelsorgerisch-typischen Fragestellungen greifen auch hier.

Meist schildern die Ratsuchenden ihre Gefühle: *„Ich fühle mich nur noch müde und erschöpft. Ich kann nicht mehr.“* Oder auch: *„Ich fühle mich überflüssig, das Leben ist zu schwer.“* Sie beschreiben ihre Situation in Metaphern: *„Ich habe eine perfekte Maske, niemand darf sehen, wie es mir wirklich geht.“* Sie nennen Dinge, die sie vergeblich schon versucht haben: *„In der Therapie komme ich nicht weiter. Die Medikamente helfen nicht (mehr).“* Oder sie erzählen von ihrer Sehnsucht nach dem end-

gültigen Ende, dem Tod: *„Wenn nur endlich alles zu Ende wäre.“* Oder: *„Wenn ich doch nur endlich meine Ruhe hätte!“* Nur der Gedanke an einen nahestehenden Menschen, meist eigene Kinder oder die Eltern, hindert sie am Suizid: *„Das kann ich ihm nicht antun!“* oder *„Das verstehen sie nicht!“*

Aus der Suche nach der Motivation, dem Typ des chattenden Ratsuchenden (RS) resultieren die spezifischen Gesprächsstrategien, die sich zum Teil aus den Erfahrungen der TelefonSeelsorge speisen, zum Teil auch Informations- und Kommunikationsoptionen nutzen können, die sich im Telefonat nicht anbieten.

Typ A: Menschen mit suizidaler Absicht

RS: *„Ich fühle mich schon seit langer Zeit so überflüssig, ich habe keine Kraft mehr.“*

oder

RS: *„Ich hab Suizidgedanken ... und weiß nicht mit wem ich drüber reden kann.“*

So oder ähnlich beginnen Chat-Gespräche, die der Chat-Seelsorgerin schon zu Beginn zeigen, dass das Thema Suizid „dran“ ist.

In beiden oben genannten Gesprächsanfängen gilt es für die Chat-Seelsorgerin zu klären, was das Anliegen der Ratsuchenden ist. Wünscht sie ein Gegenüber, um ihre Suizidgedanken aussprechen zu können? Oder möchte sie über die Lebenssituation sprechen, die sie dazu geführt hat? Oder hat sie schon genaue Vorstellungen über ihren Suizid? Oder gilt es, erst einmal zu sortieren, was es davon ist?

Für den Verlauf des Chats ist die Gestaltung der Anfangsphase von hoher Bedeutung. Anders als am Telefon wird fast parallel Verschiedenes angesprochen, zum Beispiel:

RS: *„Ich hab Suizidgedanken ... und weiß nicht, mit wem ich drüber reden kann.“*

TS: Du kannst mit mir reden, wenn du möchtest.

RS: Danke.

TS: Ist das mit dem Du o.k.?

RS: *Ich weiß nicht, wo ich anfangen soll ...*

TS: Erzähl doch einfach, was dich jetzt so beschäftigt.

RS: *Ja, ist o. k.*

RS: *Das mit dem Du, meine ich, ist sogar leichter für mich.*

TS: Danke, für mich auch.

RS: *Ja, wo soll ich mal anfangen ...*

Gemeinsam ist der Arbeit am Telefon, per Mail und im Chat, dass zu Beginn dem Kontaktaufbau zueinander sowie der Klärung des Anliegens und eventuell einer Absprache über die Erwartungen und den weiteren Verlauf des Gesprächs eine große Aufmerksamkeit gewidmet ist.

Typ B: Menschen mit gescheiterten suizidalen Erfahrungen

RS: *.. Ich hab es probiert, aber noch nicht mal das habe ich geschafft.“*

So könnte ein Chat-Gespräch mit einem Ratsuchenden beginnen, der nach einem gescheiterten Suizidversuch weiterleben musste. Diese Gespräche zählen zu den emotional anstrengendsten und forderndsten Chats der Arbeit. Schon am Telefon ist es schwierig, die Themenvielfalt von Schuld- und Versagensgefühlen, Hoffnungslosigkeit und Trauer zu sortieren. Leise Stimme, Weinen, Schweigen, die meist dieses Thema begleiten, sind im Chat nicht unmittelbar wahrzunehmen oder werden nur sehr reduziert von den Ratsuchenden preisgegeben („Ich weine gerade.“ oder „Jetzt kommt alles wieder hoch!“).

Hier begrenzen einerseits die Bedingungen des Mediums (siehe oben unter „trifft nicht zu“) eine Kontaktaufnahme, auf der anderen Seite kann die Chat-Seelsorgerin ermutigende Sätze formulieren, die am Telefon oft untergehen („Ich höre dir erst einmal zu.“ oder „Möchtest du erst mal erzählen oder soll ich dir Fragen stellen?“).

Billiger Trost wird allerdings sehr heftig abgelehnt („... und sag jetzt nicht, dass ich nach einiger Zeit das alles anders sehen kann! Das sagt meine Thera(peutin) auch!“).

Neben der eher hilflosen Haltung entwickeln manche Ratsuchenden auch eine aggressive, die Chat-Seelsorgerin fordernde Seite:

TS: Was kann ich für dich tun?

RS: *Du kannst gar nichts für mich tun! Niemand kann das!*

TS: Ich möchte dich gern verstehen.

RS: *Das will ich nicht! Ich will kein Mitleid!*

TS: Ich bemitleide dich nicht.

RS: *Das wäre ja auch noch schöner! Das bringt mir hier alles nichts!*

TS: Ja, das stimmt, so kommen wir nicht ins Gespräch. Können wir noch einmal anfangen?

RS: *mmmh, o. k.*

Typ C: Menschen, die sich um andere sorgen

RS: *„Ich habe heute von einem Freund erfahren, dass er an Selbstmord denkt, bzw. ihn nicht ausschließt.“*

Diese Gruppe der ChatterInnen sorgt sich um Freunde und Familienangehörige, die zum einen in einer Krise sind und ihnen gegenüber suizidale Gedanken geäußert haben oder zum anderen einen Suizidversuch hinter sich haben. In diesem Fall stehen andere Themen im Vordergrund, wie z. B. Schuldgefühle, vorher nichts bemerkt, sich nicht genug gekümmert oder den angekündigten Suizid nicht ernst genommen zu haben. Hier gilt es zu sortieren, was das Thema des Suizidanten und was das Thema des Ratsuchenden ist.

Typ D: Menschen, die sich aus der intensiven Internet- und Chat-Nutzung heraus mit Suizid beschäftigen

In neueren Forschungsarbeiten wird darüber nachgedacht, ob die extensiv und intensiv stark zunehmende Nutzung des Internets, insbesondere mit seinen neuen Kommunikationsformen Mail, Chat, Blog, u. a., nicht nur Medium, sondern auch Impulsgeber, „Motor“, von Ratsuchenden sein kann, die allein durch die Nutzung des Internets auf die Idee kommen, sich mit dem Thema Suizid zu beschäftigen – und dies mit unterschiedlichen Motiven: Von Neugier, Interesse, über die Suche nach dem Kick, dem Abenteuer lassen sich auch – besonders in den entsprechenden Foren – die Sehnsucht nach Gleichgesinnten bis hin zu Verabredungen zum gemeinsamen Suizid feststellen. Diese Ratsuchenden wenden sich kaum an die TelefonSeelsorge. Allerdings gibt es Menschen, die in einer Krisensituation durch oben genanntes Verhalten wie in einen Strudel von suizidalen Angeboten hineingezogen werden und aus eigener Kraft keinen Ausweg mehr finden. Hier das Thema der Krise deutlich zu benennen und Bearbeitungsmöglichkeiten anzubieten, kann die Chance eines Chat-Gespräches sein.

4.2.2.6 Schluss

Beim Thema „Suizid und Suizidprävention in der Chat-Seelsorge“ spielen viele Themenbereiche eine Rolle, die jeweils eine eigene Entwicklung hinter sich und eigene Forschungsergebnisse hervorgebracht haben.

Mein zentraler Aspekt war, diese bereits erschlossenen Themen – Suizidthematik, Präventionsstrategien, seelsorgerliche Arbeit am Telefon und im Internet und die Aus- und Fortbildung – auf die besondere Situation der Chat-Seelsorge zu beziehen.

Von zentraler Bedeutung dafür ist die Typisierung der Ratsuchenden mit suizidalen Themen, die hier vorgestellt und anhand von Fallbeispielen verdeutlicht wurde.

Wie in Zukunft eine Prävention angeboten werden kann, wird sich meines Erachtens erst nach einer differenzierten Evaluierung und in Abhängigkeit von der Entwicklung des Internets erweisen.

Literatur

RÖHL, A.: Seelsorge und Beratung im Chat, in: Traugott Weber (Hg.), Handbuch TelefonSeelsorge, 2006, 182-188

4.3 Offene Tür und Face-to-Face-Beratung

Gabriele Klix-van Drunen, Rosemarie Schettler

Suizidgefährdetenberatung und Krisenbegleitung am Beispiel Offene Tür Erlangen und Krisenbegleitung der TelefonSeelsorge Duisburg Mülheim Oberhausen

Face-to-face statt Ohr-an-Ohr

Unter dem Dach der TelefonSeelsorge haben sich in den Achtzigerjahren in einigen Stellen Krisendienste entwickelt, die für suizidale Anruferinnen und Anrufer eine Krisenintervention anboten, die über das anonyme Einmalgespräch am Telefon hinausging.

Mit diesem Angebot wurden zwei Aspekte aufgegriffen: Menschen in akuten Krisensituationen brauchen einen Ansprechpartner über das anonyme Einmalgespräch hinaus und klare Hilfsstrukturen – und das möglichst schnell. Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge entlastet und unterstützt es, wenn sie suizidalen Anrufern ein Hilfsangebot nennen können, das eine kurzfristig Perspektive bietet. Die damals aufgebauten Krisendienste hatten sehr unterschiedliche Strukturen. Einige verschwanden nach kurzer Förderungsphase,

andere entwickelten eigenständige Finanz- und Organisationsstrukturen und lösten sich von der TelefonSeelsorge – nur wenige gibt es noch. Je nach regionalen Gegebenheiten existieren ganz unterschiedliche Modelle, die auch im Rahmen der TelefonSeelsorge die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch und eben auch zur Krisenberatung anbieten.

Als Beispiel für die unterschiedlichen Strukturen sollen hier die Stellen in Duisburg und Erlangen dienen. Die TelefonSeelsorge Duisburg Mülheim Oberhausen bietet Krisenbegleitung unter hauptamtlicher Leitung und ehrenamtlicher Gesprächsführung an; die OTE (Offene Tür Erlangen) gestaltet eine Krisen- und Suizidgefährdetenberatung mit hauptamtlichen Mitarbeitern. In der Beschreibung der Arbeitsweise beider Einrichtungen werden die Essentials deutlich sichtbar, die sich auch auf Einrichtungen im Aufbau übertragen lassen.

4.3.1 Beispiel Duisburg

Die Krisenbegleitung der TelefonSeelsorge Duisburg Mülheim Oberhausen nahm 1986 nach zweijähriger Planungsphase ihre Arbeit auf. Angeregt durch die Zusammenarbeit mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Stadt Duisburg begann man unter dem Dach der TelefonSeelsorge einen Notdienst für Suizidgefährdete und Menschen in Lebenskrisen aufzubauen, der über den anonymen Einmalkontakt am Telefon hinaus Menschen eine persönliche Krisenintervention bieten sollte. Zur Realisierung dieses Angebots wurde eine halbe

Fachstelle für eine hauptamtliche Kraft eingerichtet. Ehrenamtliche wurden für die Begegnung mit Menschen in Krisen und Suizidgefahr qualifiziert.

Aufgaben der Ehrenamtlichen

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in Gesprächsführung und Krisenintervention ausgebildete Laien. Sie bieten sich als wertschätzende, der Person zugewandte, aber auf die Situation bezogen distanzierte Gesprächspartner an.

Klienten in Krisensituationen legen Wert darauf, dass sie bald einen Gesprächspartner haben. Ebenso wie am Telefon ist von großer Bedeutung, dass sie selbst in ihrer Notsituation vorurteilsfreie Zuwendung, Anteilnahme, Entlastung und Unterstützung erfahren. Dass dieses Gegenüber eine ärztliche oder psychologische Ausbildung hat, ist in der Regel zunächst zweitrangig. Manche Klienten äußern sogar, dass es ihnen leichter fällt, mit jemandem zu sprechen, der weder Arzt noch Psychologe ist.

Der Laienstatus kann ein Qualitätsmerkmal sein. Der Laienstatus der Mitarbeitenden, die Kurzfristigkeit der Krisenintervention, die Face-to-face-Begegnung, der wiederholte Kontakt mit immer derselben Mitarbeiterin sind Elemente, die das Profil der Krisenbegleitung ausmachen und es von dem der TelefonSeelsorge unterscheiden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krisenbegleitung sind alle auch in der TelefonSeelsorge tätig, das allerdings mit reduzierter Stundenzahl. Diese Konstellation sichert eine gute Erfahrungsbasis im Umgang mit Menschen in Ausnahmesituationen und sichere Einbindung in einen stabilen institutionellen Rahmen.

Mitarbeitende in der Krisenbegleitung treffen auf Menschen mit Suizidabsichten, nach einem Suizidversuch, auf Hinterbliebene nach Suizid, auf Trauernde nach Tod oder Trennung, auf Menschen, denen es im Moment nicht gelingt, eine Perspektive zu schaffen.

Die „leibhaftige“ Begegnung mit Menschen in Lebenskrisen wirft die Themen der Distanz und Nähe noch einmal neu auf. Hier müssen Mitarbeitende mehr bei sich sein, um beim anderen sein zu können, sicher für einen verlässlichen Strukturrahmen des Gespräches auch in der körperlichen Nähe zum anderen sorgen und die Not des anderen wahrnehmen und aushalten – und zwar ungefiltert.

Das setzt beim Mitarbeitenden eine hohe Belastbarkeit voraus. Er muss Krisenfestigkeit, emotionale Stärke sowie ein großes emotionales und auch zeitliches Engagement aufbringen.

Funktion der Hauptamtlichen

Die Hauptamtlichen bieten und sichern den Rahmen, in dem Ehrenamtliche diesen Dienst leisten. Sie klären den Zugangsweg für Klienten und achten darauf, dass die für den jeweiligen Fall erforderlichen Hilfen auch im vorhandenen ambulanten Rahmen geleistet werden können. Anfragen, die den Rahmen sprengen würden, müssen von ihnen weiterverwiesen werden. Beispiele:

- Menschen, die schon vielfältige Hilfen haben und die dennoch das Gefühl haben, mehr zu brauchen;
- Menschen, die akute psychiatrische Krisen durchleben und einen psychiatrischen Notdienst und/oder Medikation brauchen;
- Menschen, die einen Therapieplatz suchen und keine Anzeichen krisenhafter Engführung erkennen lassen.

Begleitet werden Menschen in Lebenskrisen, die Aspekte der Engführung und Perspektivlosigkeit aufweisen, Menschen, die Suizidgedanken haben oder bereits einen Suizid versucht haben. Ebenso werden in die Begleitung Angehörige aufgenommen, die einen Suizid befürchten oder erlebt haben.

Im Erstgespräch prüfen die Hauptamtlichen, ob die für die jeweilige Anfrage nötige und gewünschte Unterstützung im Rahmen der Krisenbegleitung geleistet werden können.

Die hauptamtlich Mitarbeitenden bieten den Ehrenamtlichen einen sicheren Filter und einen verlässlichen Rückhalt für den Prozess der Begleitung.

Sie sorgen auch für regelmäßige Supervision und Fortbildung.

Konkret heißt das für den Standort Duisburg Mülheim Oberhausen: Ehrenamtlich Mitarbeitende mit wenig Begleitungserfahrung bekommen eine engmaschige Einzelsupervision. Diese steht auch erfahreneren Mitarbeitenden bei besonders belastenden Begleitungen zur Verfügung. Alle vier Wochen gibt es eine Supervision für die ganze Gruppe, mindestens einmal im Jahr arbeitet die Gruppe während eines Fortbildungswochenendes zu Themen wie Methoden der Krisenintervention, Dynamik suicidalen Krisen, Ressourcenorientierung in der Krisenintervention, aber auch zu Kraftquellen im eigenen Leben, Bibliodrama mit Schwerpunkt Suizid.

Vom Wert gelebter Anteilnahme

Die Vorbereitung und Begleitung der Ehrenamtlichen ist umfangreich und engmaschig, dennoch lässt die Begegnung Auge in Auge mit sehr belasteten Menschen natürlich die Spannung steigen. Das ist gut, um die Aufmerksamkeit zu schärfen, kann aber auch dazu führen, dass eine Art Bann entsteht, in dem die „Manövrierfähigkeit“ selbst erfahrener Mitarbeitender eingeschränkt wird. Die Erwartungen an die Gestaltungsmöglichkeiten des Begleiters im Krisengeschehen können riesig werden. „Nur“ ein Gespräch zu führen, wird dann möglicherweise zu gering geschätzt. Nichts tun zu können, was zu einer schnell sichtbaren und spürbaren Veränderung führt, ist schwer auszuhalten! Mehr noch als am Telefon wird die Lebenssituation eines anderen Menschen fühlbar und sichtbar. Anteilnahme ist dann nicht nur ein Wort, sondern die leibhaftige Erfahrung eines fremden Lebensgefühls – im Krisenfall ein meist deprimierendes, belastendes, Angst auslösendes. (Vgl. Teil 3: Begegnung mit suizidgefährdeten Menschen.)

Genau wie am Telefon und in stärkerer sinnlicher Qualität müssen Mitarbeitende hier standhalten. Wenn sie das Lebensgefühl des anderen deutlich

wahrnehmen, dann leben sie die Anteilnahme, müssen dieses Gefühl aber auch ertragen. Die Spannung kann groß sein, helfen zu wollen bei gleichzeitiger Sorge, es nicht ausreichend tun zu können. Unterschätzt wird dabei manchmal, dass die Anteilnahme im Falle der Suizidalität einschließt, Angst zu empfinden, Angst vorm Scheitern, vorm Alleinsein, vorm Ungeliebtsein, vorm Tod. Diese Angst zu teilen, ist gut für den, der sie erleidet, er ist dann nicht allein mit dieser Angst. Vom Krisenbegleiter muss sie ausgehalten und distanziert werden können, erkannt als Lebensgefühl des anderen, was sich ab und an mit eigenen Gefühlen decken kann.

Die Tatsache, dass es in der Krisenbegleitung nicht um Einmalkontakte, sondern mehrere Gespräche geht, kann hier sehr belastend wirken. Dazu kommt, dass die Lösung Suizid immer als schlimmstes anzunehmendes Ereignis mitschwingt und auch durch eine Begleitung niemals ausgeschlossen werden kann. Auf der anderen Seite kann es auch entlastend wirken, einen Menschen mehr als einmal zu treffen und im Prozess der Krise eine Weile zu begleiten.

Vom Wert der Distanz

Eine weitere Belastung oder auch Falle kann sein, mit den Lebensdramen und Themen des Klienten konfrontiert schon mal mit Interventionen anzufangen, die in eine Therapie gehören. Die Kunst der Krisenintervention ist es, sich aufs Entlasten, Sortieren und Perspektiven Schaffen zu beschränken und vorhandene Ressourcen zu stärken und zu nutzen. Zurückhaltung im guten Sinn ist hier gefragt und nicht immer leicht einzuhalten.

Als die Krisenbegleitung eingerichtet wurde, galt es als Hürde, dass der Klient das Ende einer Begleitung akzeptiert. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es diese Hürde gibt, aber häufiger auf der Seite des Beraters. Für ihn scheint es unserer Erfahrung nach manchmal schwer, den Klienten gehen zu las-

sen, besonders dann, wenn der Kontakt gut war. Denn natürlich endet die Begleitung nicht, wenn das Problem gelöst ist, sondern dann, wenn der Klient emotional stabiler scheint und ein Weg zur Lösung abseits vom Suizid sichtbar geworden und besprochen ist. Begleiter müssen ertragen, nur den Anfang vom Prozess zu erleben und sich früh zu verabschieden.

Stop-and-go

Mitarbeitende der Krisenbegleitung halten sich – ähnlich wie die Feuerwehr – für die Begleitungen bereit wie für einen Notfall, der unplanbar eintritt. Es gibt keine Faustregeln über hohes Krisenaufkommen im Jahresverlauf, es gibt keine „Schichten“ wie in der TelefonSeelsorge, wo schon Wochen vorher planbar ist, an welchem Tag für wie viele Stunden Gespräche geführt werden. Zwar wissen Mitarbeitende nicht, welche Gesprächsinhalte und Gesprächsmengen in dieser Schicht von vier oder fünf Stunden auf sie zukommen, wohl aber ist der zeitliche Rahmen sehr verlässlich.

Das ist in der Krisenintervention so nicht möglich. Hier kann es sein, dass über Wochen wenig angefragt wird, bzw. sich aus Anfragen wenige Begleitungen ergeben. Das Volumen kann dann plötzlich anschwellen und Mitarbeitende müssen bei Bedarf sehr flexibel einspringen und kurzfristig Termine anbieten können. Die Bereiche Zeit und Verfügbarkeit müssen Krisenmitarbeitende mit großen Spielräumen gestalten können.

Krisengeschehen und Suizidalität

Eine Begleitung ist für Menschen möglich, wenn sie an Suizid denken, ihn versucht haben und für Angehörige von Suizidenten. Eine Begleitung ist in Krisensituationen auch möglich, wenn Betroffene keine Suizidabsichten äußern. Die Kriterien sind Engführung, Perspektivlosigkeit, emotionale Belastung, das Fehlen anderer Entlastungs- und Hilfsmöglichkeiten. Suizidabsichten äußern Men-

schen nicht schnell, auch wenn sie eine Selbsttötung durchaus in Erwägung gezogen haben. Den manchmal „harmlos“ wirkenden Anlässen, die Menschen in die Krisensituation bringen, gehen oft lange Leidensphasen voraus, die Potenziale zu großer Dynamik bergen.

Beispiele aus der Praxis

Eine junge Frau hatte einen Suizid versucht, nachdem bei der Verlegung ihres Teppichbodens für ihre Eigentumswohnung Fehler aufgetreten waren. Der Auslöser stand in keinem nachvollziehbaren Zusammenhang zu ihrer aktuellen Reaktion, wohl aber zu den Belastungen, die in ihrer Biografie ablesbar waren. Erst bei diesem objektiv minimalen Stress brach ihre Verzweiflung auf.

Ein junger Mann verlässt nach einer unauffälligen Auseinandersetzung mit seiner Mutter, mit der er noch die Wohnung teilt, das Haus, geht in den Wald und erhängt sich am nächsten Baum. Erst Tage später wird er gefunden.

Die Beispiele zeigen, dass der Auslöser des Suizidversuchs der berühmte Tropfen sein kann, der in ein übervolles Fass fällt. Das macht es für Menschen mit Suizidgedanken auch schwer, die Warum-Frage zu beantworten. Der Auslöser für einen Suizidversuch kann vielleicht benannt werden, schwer nur der Prozess, der dahin geführt hat. Um hier auf der sicheren Seite zu bleiben, ist es sinnvoll, aktiv nach Suizidabsichten zu fragen und mehr an Krisendynamik mitzudenken, als der Klient freiwillig äußert.

In der Arbeit mit Suchtkranken geht man davon aus, dass die angegebenen konsumierten Mengen nur sehr vage den tatsächlichen Konsum beschreiben. Meist ist eine deutlich höhere Dosis realistisch. Bei Suizid ist es ähnlich. Besonders bei zurückhaltenden, schüchternen oder auch sehr um Kontrolle bemühten Menschen ist davon auszugehen, dass sie nur einen kleinen Ausschnitt aus dem

Repertoire ihrer Verzweiflung und ihrer suizidalen Gedanken öffentlich machen.

Bedenklich kann auch sein, wenn nach Phasen von Antriebsarmut wieder mehr Energien zur

Verfügung stehen. Sie können durchaus zur Umsetzung weiterer Suizidversuche genutzt werden, solange keine alternativen Lösungswege sichtbar geworden sind.

4.3.2 Beispiel Erlangen

Ähnlich wie in Duisburg entstand die Idee für die „Brücke“ in den 1980er-Jahren. Diese Zeit war sehr von Aufbruchstimmung im ambulanten psychiatrischen Bereich geprägt. Die gemeindenahe psychosoziale Versorgung wurde völlig neu unter dem Postulat „ambulant vor stationär“ konzipiert.

So entstand zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes die „Brücke-Lebensmüdenberatung“ als ein Arbeitsbereich der Offenen Tür Erlangen. Zur OTE gehören als Arbeitsbereiche auch die TelefonSeelsorge, die Beratungsseelsorge und die Krisenhilfe.

Die „Brücke“ wurde 1985 vom Bezirk Ansbach als „Sozialpsychiatrischer Dienst mit besonderem Aufgabenbereich“ in die Förderrichtlinien aufgenommen. Es stellte sich bald heraus, wie wichtig es war, diese Lücke im Erlanger Beratungsangebot zu schließen. Diese Stelle ist ein bekannter und fester Bestandteil in der ambulanten psychosozialen Versorgung in Erlangen und Umgebung und wird häufig angefragt. Sie ist mit dem Gesundheitsamt, den Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten und den anderen Beratungsstellen eng vernetzt.

Die besonderen Aufgaben der Brücke sind:

- Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen;
- Nachsorge von Betroffenen nach einem Suizidversuch;
- Krisenberatung;
- Trauerbegleitung von Angehörigen nach einem vollendeten Suizid.

Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden oder sich mit Suizidgedanken tragen, werden häufig von anderen Beratungsstellen an uns verwiesen. Manche werden auch von der Familie, Freunden oder Lehrern auf unser Angebot aufmerksam gemacht.

Es besteht auch die Möglichkeit, direkt zu einem ersten entlastenden Gespräch in den „Offenen Bereich“ der Offenen Tür zu kommen. Dort finden sie ehrenamtliche Mitarbeiter, die ähnlich wie in der TelefonSeelsorge zwei Jahre lang auf ihre Aufgabe vorbereitet wurden. Ein weiterer Zugang zur „Brücke“ führt über die TelefonSeelsorge und die Krisenhilfe.

Die Krisenhilfe Erlangen ist nur über die TelefonSeelsorge erreichbar. Sie bietet die Möglichkeit zur Supervision für die Mitarbeiter und wird auch als mobiler Krisendienst eingeschaltet, zu den Zeiten, in denen der Krisendienst Mittelfranken nicht besetzt ist.

Wenn der Mitarbeiter am Telefon den Eindruck hat, dass weiterführende Hilfe benötigt wird und der Anrufer bereit ist, aus der Anonymität herauszutreten, übergibt er an die Krisenhilfe. Es kann bei Bedarf ein persönliches Gespräch in der Offenen Tür oder ein Hausbesuch angeboten werden. Die Krisenhilfe Erlangen wird von hauptamtlichen Mitarbeitern der OTE getragen und von Ehrenamtlichen unterstützt.

In Abgrenzung zu anderen Diensten kann die akute Krisenbegleitung und die längerfristige Nachsorge

in der Offenen Tür angesiedelt bleiben. Den Betroffenen muss also kein Stellenwechsel zugemutet werden. Es ist auch für viele Klienten wichtig, bei einer Einrichtung zu sein, die sich speziell mit Suizid befasst. Dies allein bewirkt oft schon, dass sie sich ernst genommen und entlastet fühlen. Neben der akuten Krisenberatung nimmt die Nachsorge nach einem Suizidversuch einen breiten Raum ein.

In vertrauensvoller Zusammenarbeit wurde mit der Institutsambulanz der Klinik am Europakanal in Erlangen und der Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität Erlangen ein „Kooperationspapier“ entwickelt. Das ermöglicht den Mitarbeitern der Brücke, bereits in der Klinik Kontakt mit den Betroffenen aufzunehmen. Zum einen ist es von besonderer Bedeutung, einen Patienten nach einem Suizidversuch möglichst bald in diesem aufgewählten Zustand zu erreichen, bevor der Versuch relativiert oder bagatellisiert werden kann. Zum anderen hat sich das „Brücke“-Modell in der Begleitung für die ersten Schritte nach „draußen“ als sehr hilfreich erwiesen. Im persönlichen, authentischen Kontakt gelingt es eher, die ja oft weiter bestehende Suizidgefährdung zu überwinden. Außerdem steht der Stelle ein Arzt aus der Ambulanz der Psychiatrischen Klinik konsiliarisch zur Seite. Das ist für die Mitarbeiter eine große Beruhigung, auch wenn es um die Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos geht.

Wenn wir die Möglichkeit zu einer ersten Kontaktaufnahme in der Klinik haben – das geschieht nur auf Wunsch des Patienten – geht es im ersten Gespräch darum, eine vertrauensvolle, persönliche und tragfähige Beziehung aufzubauen. Gerade Menschen nach einem Suizidversuch sind sehr wach in ihrer Wahrnehmung und spüren sofort, wenn ihr Gegenüber unsicher oder „professionell“ ist. Es ist wichtig, ein klar definiertes „Arbeitsbündnis“ einzugehen, in dessen Verlauf die akute Suizidalität gemeinsam eingeschätzt wird.

Die Änderung der Lebenssituation und von Einstellungen sind langwierige Prozesse, manchmal

sind sie auch gar nicht zu erarbeiten. Aber der Klient ist aus seiner Isolation getreten und hat einen Menschen gefunden, dem er vertraut. Und damit ist die Chance, in einer späteren Krise Hilfe von außen zu holen und anzunehmen, um einiges größer als vorher.

Wie lange Klienten nach einem Suizidversuch in die „Brücke“ kommen, ist sehr unterschiedlich. Der Kontakt wird einvernehmlich beendet, wenn die mit dem Suizidversuch verbundenen Gefühle aufgearbeitet sind und sich alternative Lösungsstrategien abzeichnen. Manchmal ist nicht mehr als eine Stabilisierung des Betroffenen möglich. Er hat die Sicherheit, sich jederzeit in schwierigen Situationen wieder an die „Brücke“ wenden zu können.

Zwei Monate nach Abschluss der Beratung findet noch ein Gespräch statt, mit den Fragen: Was hat sich in der Zeit verändert? Wie bewähren sich die erarbeiteten Strategien? Was brauche ich jetzt noch an Hilfen?

4.3.3 Der Prozess der Begleitung

Leitsätze

Das Thema Suizid bringt immer mit eigenen Ängsten, Werthaltungen und Tabus in Kontakt – Themen, die Menschen im Allgemeinen gerne meiden. Um konstruktiv mit ihnen umgehen zu können, bedarf es wiederholter intensiver Auseinandersetzung.

Begleiter in Krisensituationen um Suizid bewegen sich in einem Spannungsfeld. Starke Identifikation mit dem Betroffenen kann hilflos machen und das Einschätzen der Bedürfnisse des anderen erschweren. Distanzierte Haltung dient zwar dem Schutz, kann aber bei zu großer Distanz auf Kosten einer authentischen Beziehung gehen und Entlastung und Veränderung erschweren.

In jedem Gespräch muss diese Haltung neu erarbeitet werden. Auch erfahrene professionelle Kräfte sind von Tagesform, eigenen Sorgen, Müdigkeit und vieles andere mehr beeinflusst.

Eine besondere Schwierigkeit für den Therapeuten oder Krisenbegleiter ist die innere Ambivalenz des Klienten zwischen „den Tod suchen“ und „eine verzweifelte Sehnsucht nach dem Leben haben“, die sich durch den gesamten Kontakt zieht.

Ein achtsamer und behutsamer Umgang mit der eigenen Person ist für diese existenziellen Kontakte unverzichtbar. Auch der Helfer muss seine Ressourcen kennen und sie leben. Ebenso wichtig ist Supervision und Intervision zeitnah.

Suizidwunsch und -versuch als einen ersten Problemlösungsversuch begreifen zu lernen und zu würdigen, wirkt entlastend.

Ebenso wirkt es entlastend, wenn der Suizidgedanke oder die Suizidabsicht als Ergebnis einer län-

geren Entwicklung begriffen wird und damit das Repertoire der Hilfe und Ressourcen (heilsame Imaginationen, sicherer Ort, innere Bühne) lebendig genutzt wird.

Tröstlich ist für den Berater auch, wenn er sich vergegenwärtigt, dass der Klient schon damit aktiv für sich gesorgt hat, dass er zum Beispiel in die Beratungsstelle gekommen ist. Dieses Signal gilt es, als ersten Schritt zu würdigen und für die Begegnung konstruktiv zu nutzen. Allein dass er sich aus seinem häuslichen, häufig krankmachenden Umfeld gelöst hat, ermöglicht ihm einen Perspektivenwechsel und eröffnet den Blick für andere, neue Möglichkeiten.

Von Anfang an muss für den Berater klar sein, dass er bei aller Authentizität nicht alle Erwartungen des Klienten erfüllen kann und wird. Es bleibt eine Beziehung auf Zeit. Und dies gilt es, als Thema mit in die Gespräche zu nehmen.

Der Klient signalisiert viele ambivalente Dinge. Möchte er wirklich sterben? Möchte er eine Pause vom Leben haben?

In der Zeit nach dem Suizidversuch ist der Klient besonders dünnhäutig. Er registriert überwacht das Geschehen in seiner Umgebung. Für den persönlichen Kontakt mit ihm bedeutet dies absolute Authentizität seitens des Beraters. Der Klient braucht emotionale Sicherheit in der Begegnung. Er braucht im Berater einen „Zeugen“, der ihm bestätigt, wie schlimm seine Situation ist. Oft löst schon die Erfahrung „Zum ersten Mal in meinem Leben hört mir jemand richtig zu“ einiges von der bedrohlichen Situation auf.

Menschen nach einem Suizid sind voller Selbstzweifel, die sich nur schwer angehen lassen. Auch hier brauchen sie emotionale Sicherheit.

Der suizidale Akt ist die massivste Form der Selbstverletzung. Die Aggressionen sich selbst gegenüber brauchen eine Ausdrucksmöglichkeit.

Hinweise auf bestehende Suizidgefährdung

Wichtige Hinweise auf eine erneute Suizidgefährdung können sein:

- wieder eine aktuelle Krisensituation;
- frühere Suizidversuche, die die Hemmschwelle für einen weiteren Versuch senken;
- Rückzug aus vertrauten Beziehungen;
- Depressionen;
- Schlafstörungen;
- das „Vorbereiten auf eine große Reise“;
- Verschenken von lieb gewordenen Dingen.

Der persönliche Konflikt, der zu dem Versuch geführt hat, wird gemeinsam betrachtet, wichtige Bezugspersonen bzw. tragfähige Beziehungen werden miteinander gesucht.

Der Suizidversuch selber wird zum Thema gemacht, ganz konkret und ohne Berührungängste. Erste kleine Schritte in die unmittelbare Zukunft werden genau besprochen; auch was aus dem Umfeld an möglichen Reaktionen zu erwarten ist. Vielleicht lässt sich daraus ein Perspektivenwechsel erarbeiten. Die nächsten Gesprächstermine werden miteinander festgelegt. Damit bekommt der Klient ein Gerüst – ein Gefühl von Halt für die nächste Zeit.

Finden die ersten Gespräche noch in der Klinik statt, wird mit dem behandelnden Arzt über das weitere Vorgehen gesprochen. Nach Möglichkeit werden nahe Angehörige in die Gespräche mit einbezogen.

Die „Besinnungspause“ zwischen der Suizidhandlung und der Heimkehr in die vertraute Umgebung, mit all den Faktoren, die mit zu der krisenhaften Entwicklung beigetragen haben, ist für den Klienten von besonderer Bedeutung. In dieser

Phase ist die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten, besonders groß, und das Schockerlebnis lässt sich konstruktiv nutzen. Mit dem radikalen Einschnitt wurde erst einmal Abstand von den vielen bedrängenden Schwierigkeiten gefunden.

Zum Abschluss: Worst Case

Im Rahmen einer Krisenbegleitung in Duisburg ist es in den vergangenen Jahren einmal zu einem Suizid gekommen. Im Verlauf der mehrwöchigen Begleitung eines sehr betagten Mannes ließ sich kein Kontakt mehr zu ihm herstellen. Die Nachbarn, die von der beunruhigten Krisenbegleiterin um Hilfe gebeten worden waren, fanden seine Leiche im Keller seines Hauses. Er hatte sich erhängt. Der Kontakt zu der Begleiterin war offen und lebendig gewesen. Er hatte ihr viel von sich erzählt und anvertraut. Dennoch hat dieser Kontakt ihn nicht langfristig von seiner Entscheidung zum Suizid abbringen können. Die Begleiterin hatte mehrfach während der Begleitung ausgedrückt, für diesen Mann könne sie nicht „die Hand ins Feuer legen“.

Heißt das, die Begleitung war schlecht? – Nein, das heißt es nicht. Es zeigt aber, dass nie mit Sicherheit auszuschließen ist, dass eine Begleitung auch mit Suizid endet. Was im Gespräch mit Suizidgefährdeten gesichert und geschaffen werden kann, ist ein authentischer und respektvoller Kontakt, der den anderen unterstützt und vielleicht hält.



5 Rechtliche Position

Das Papier „Rechtsfragen in der TelefonSeelsorge“, das von der Evangelisch-Katholischen Kommission im März 2001 verabschiedet wurde und zu Fragen des Suizids im Juni 2009 überarbeitet wurde, benennt die rechtliche Position zum Suizid folgendermaßen:

Kapitel II.3.a. (Seite 13 der Rechtsfragen der TS): 3. Pflicht zur Hilfeleistung (§ 323c StGB)

In bestimmten Fällen können außerdem Mitarbeiter der TelefonSeelsorge rechtlich zur Hilfeleistung verpflichtet sein. Kommen sie dieser Pflicht nicht nach, kann eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung in Betracht kommen (§ 323c StGB). Ist die Hilfeleistung geboten, ist eine damit einhergehende Verletzung der Schweigepflicht gerechtfertigt. Die Voraussetzungen sind folgende:

a) Situationen, in denen Hilfe geleistet werden muss

Unglücksfälle, gemeine Gefahr oder Not. Hilfeleistung ist nach dem Gesetz bei „Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not“ geboten. Unglücksfälle sind plötzliche Ereignisse, die erhebliche Gefahren für Menschen oder Sachen¹ hervorrufen oder hervorzurufen drohen. Dies kann zum Beispiel die Verletzung eines Menschen sein, auch dann, wenn sie durch eine Straftat verursacht wurde. Ein Suizid

oder ein Suizidversuch gelten nach der Rechtsprechung² des Bundesgerichtshofes ebenfalls als Unglücksfall i. S. d. § 323 c StGB.

Kapitel V.2. (Seite 22, 23 der Rechtsfragen der TS): 2. Geplanter Suizid

Teilt ein Anrufer der TelefonSeelsorge seinen Entschluss mit, Suizid zu begehen, muss der betreffende Mitarbeiter zunächst klären, ob er die Mitteilung für glaubwürdig hält.

Im Zweifel sollte von der Ernsthaftigkeit dieser Mitteilung ausgegangen werden. Da Telefonseelsorger wie jedermann zur Hilfeleistung nach § 323c StGB verpflichtet sind, ist auch hier die Pflicht zur Hilfeleistung gegeben. „Erforderliche Hilfe“ (nach § 323c StGB) kann sowohl das seelsorgerlich-beratende Gespräch als auch die Verständigung von Rettungsdiensten oder der Polizei sein³.

Die bloße Ankündigung eines Suizids ist noch kein Unglücksfall i. S. d. § 323c StGB. Ein Unglücksfall ist erst dann anzunehmen, wenn der Anrufer bereits einen Geschehensablauf in Gang gesetzt hat, der im ununterbrochenen Fortgang zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verletzung führen kann (zum Beispiel nach Tabletteneinnahme).

¹ Dass auch Gefahren für Sachen (drohende Beschädigung) eine Pflicht zur Hilfeleistung begründen, ist Ansicht der Rechtsprechung, wird aber z. T. bezweifelt, Schönke/Schröder § 323c Rn. 5. Eine Gefahr ist aber auf jeden Fall gegeben, wenn zugleich eine „gemeine Gefahr“ vorliegt, etwa bei einem Hausbrand.

² Die frühere Formulierung im Rechtspapier: „Ein Suizid bzw. die Ankündigung eines Suizides gilt dagegen nach der herrschenden Meinung nicht als Unglücksfall“ basierte im Unterschied dazu auf einer Rechtsmeinung. In einem Grundsatzpapier wie diesem ist es sinnvoller, von der Rechtsprechung statt von einer Rechtsmeinung auszugehen, da Richter in einem Strafverfahren nicht nach der Rechtsmeinung, sondern nach der Rechtsprechung (BGH-Urteil vom 4. 7. 1984 BGHSt 32, 375, Az. 3 StR 96/84) urteilen.

³ In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu beachten, dass es auf der Ebene des jeweiligen Bundeslandes eine Regelung geben kann, wonach ein im Suizidfall benachrichtigter Rettungsdienst automatisch auch die Polizei darüber verständigt.

Wenn sich der Suizident von seinem Entschluss nicht abbringen lässt, muss der Mitarbeiter der TelefonSeelsorge eine Abwägung treffen, ob er den Entschluss des Anrufers akzeptiert⁴ oder doch die Polizei verständigt. Der Bruch der Schweigepflicht ist in diesem Fall durch rechtfertigenden Notstand gerechtfertigt. Lässt der Anrufer erkennen, dass er eigentlich fremde Hilfe sucht („Hilferuf“), deutet dies auf eine Einwilligung in die Weitergabe des Geheimnisses hin. In diesem Fall entfällt die Schweigepflicht.

Bevor Rettungsdienste und Polizei verständigt werden, ist abzuwägen, ob nicht genau dies zu einer Verschärfung der Situation des Anrufers führen könnte. Der Suizident könnte den Kontakt abbrechen oder direkt zum Suizid schreiten.

Ist die Verständigung der Polizei geboten, sollte der Mitarbeiter versuchen, von dem Anrufer Namen und Aufenthaltsort zu erfahren. Ist dies nicht gelungen, bleibt nur noch die Rückverfolgung des Anrufes durch die Polizei und die Telekom. Ob dieser Schritt unter Einschaltung der Stellenleitung erfolgt, ist eine Frage der Praxis der TS-Stelle vor Ort.

In Fällen eines geplanten erweiterten Suizids oder der Schädigung und Gefährdung Dritter ist die Polizei einzuschalten.

⁴ In dieser Alternative beziehen wir uns auf den Beschluss vom 8. 7. 1987 BGH AZ 2StR 298/87: „Vorsorglich weist der Senat darauf hin, dass er in Anlehnung an eine Entscheidung BGHSt 32, 262 ff. dazu neigt, einem ernsthaften, freiverantwortlich gefassten Selbsttötungsentschluss eine stärkere Bedeutung beizumessen, als dies in dem erwähnten Urteil des 3. Strafsenates geschehen ist.“

6 Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung



6 Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung

6 Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung

6 Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung

- 6.1 Hinweise zur Pressearbeit
- 6.2 Flyer / Broschüren / Infomaterial
- 6.3 Präsentation des Themas bei externen Anfragen
- 6.4 Suizidprävention in Deutschland und international
- 6.5 Gottesdienst

6 Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

Bernd Blömeke

6.1 Hinweise zur Pressearbeit

Gründungsimpuls der TelefonSeelsorge in Deutschland vor 50 Jahren war das erhöhte Suizidrisiko von Menschen, die aus Arbeitsplatzgründen in Großstädte zogen und damit ihre vertrauten Bindungen zurücklassen mussten. Die Situation der Großstadt ließ sie mit ihren Fragen und Nöten weitgehend allein.

Im Kontakt mit der Presse und mit Journalisten ist es wichtig, dass wir um ihre Interessen wissen. Suizide von bekannten Personen können zum Beispiel Anlässe für Anfragen zum Suizid sein.

„Wie häufig bekommen Sie denn Anrufe zum Thema Suizid?“ – das ist eine zu erwartende Frage. Statt mit allgemeinen Zahlen zu argumentieren, empfiehlt es sich, Zahlen eher an konkrete Umstände zu binden – z. B. an zwei von drei Tagen erreicht uns ein Suizidanruf.

Die Zahl der Anrufe, die tatsächlich bei der TelefonSeelsorge zu diesem Thema eingehen, droht zum einen nivelliert zu werden, wenn man auf die Prozentzahl im Vergleich zu anderen Themen schaut (zum Beispiel ein Prozent Suizid gegenüber 12 Prozent psychische Erkrankung). Nimmt man einmal die absoluten Zahlen, ergibt sich ein anderes Bild.

Zum anderen ist unklar, inwieweit Diensttuen- de suizidale Anruferinnen erkennen und als Thema markieren. Es ist zu vermuten, dass die Dunkelziffer der suizidalen Anruferinnen bei der TelefonSeelsorge erheblich höher ist als die Statistik ausweist. Beispielsweise sind Ehrenamtliche nach einer Fortbildung zum Thema Suizid sensibilisiert und geben das Thema in der Statistik häufiger an.

Mitteilungen in der Öffentlichkeit zu Suiziden verlangen wegen des nachgewiesenen „Werther-Effekts“, das heißt wegen der Gefahr des Nachahmens, eine besondere Sensibilität.

Hilfreich ist es, auf die Vielfalt von niedrigschwelligen Kontaktmöglichkeiten – Telefon, Webmail, Chat, persönliche Beratung – hinzuweisen.

Hierzu finden Sie im Kapitel 7 Material und Literatur:

- Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien der DGS
- Pressemitteilung der TS Bonn/Rhein-Sieg (2005)
- Einladung zu einem Pressegespräch der TS Bonn / Rhein-Sieg (2005)
- Themenschwerpunkt im Jahresbericht der TS Elbe-Weser (2006)

6.2 Flyer/Broschüren/Infomaterial

Material ist über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe (DGS) (siehe 6.3) zu bestellen.

6.3 Präsentation des Themas bei externen Anfragen

Hierzu finden Sie in Kapitel 7 (Material) einen Hinweis auf eine Präsentation im Bundeskriminalamt von Heidrun Wiese

6.4 Suizidprävention in Deutschland und international

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften vor Ort

In den meisten größeren Städten gibt es psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder kommunale Netzwerke, mit denen sich gut gemeinsam eine Aktion zum Weltsuizidpräventionstag planen und durchführen lässt.

Deutsche Gesellschaft für Suizidprophylaxe (DGS)

Sowohl die Evangelische wie die Katholische Konferenz als auch eine Reihe von TelefonSeelsorge-Stellen sind Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe.

Die DGS stellt für unterschiedliche Zielgruppen Broschüren und Arbeitsmaterial zur Verfügung (zum Beispiel Suizid im Alter, bei Jugendlichen etc.). Problemlos kann man sich auf der Homepage www.suizidprophylaxe.de informieren.

Viermal jährlich erscheint die Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ als Fachzeitschrift und Mitteilungsblatt der DGS. Hier werden spezielle Ergebnisse der Suizidforschung, Erfahrungsberichte und Informationen für die praktische Arbeit veröffentlicht.

Zwei Tagungen führt die DGS jährlich durch:

- die Wissenschaftliche Frühjahrstagung in der Reisenburg (bei Günzburg)
- die Herbsttagung der DGS an wechselnden Tagungsorten

Die Evangelisch-Katholische Kommission für TS/OT wird durch eine Hauptamtliche/einen Hauptamtlichen in der DGS vertreten, die/der in der jährlichen Leitertagung berichtet.

Nationales Suizid-Präventions-Programm

Das Nationale Suizid-Präventions-Programm (NaSPro) ist eine Initiative der DGS und arbeitet zusammen mit dem Europäischen Netzwerk für Suizidprävention der Weltgesundheitsorganisation. Im Internet ist unter www.suizidpraevention-deutschland.de eine ausführliche Beschreibung der Organisation und des Arbeitsplanes nachlesbar. Es gliedert sich in derzeit 14 Arbeitsgruppen. Die TelefonSeelsorge arbeitet in der Untergruppe „Niedrigschwellige Krisendienste“ mit.

Jährlich im Herbst findet eine Gesamtagung statt, an der für die Ev. Konferenz der Geschäftsführer teilnimmt, katholischerseits Stefan Schohe von der Deutschen Bischofskonferenz.

Deutsches Bündnis gegen Depression

Im Hintergrund einer Suizidabsicht steht häufig eine Depression, darum haben sich die Deutsche Gesellschaft für Suizidprophylaxe und das Bündnis gegen Depression zur Zusammenarbeit entschlossen. Wichtige Informationen und hilfreiche Arbeitsmaterialien (z. B. zwei Filme, eine CD-ROM) lassen sich über die Homepage www.buendnis-depression.de beziehen.

Angehörige um Suizid (AGUS)

Für Menschen, die einen nahestehenden Angehörigen verloren haben, hat sich diese bundesweite Selbsthilfeorganisation gegründet. Nähere Informationen sowohl für Betroffene wie für Fortbildungen von Ehrenamtlichen lassen sich auf der Homepage www.agus-selbsthilfe.de abrufen

International Association for Suicide Prevention (IASP)

Nähere Informationen lassen sich im Internet unter www.iasp.info abrufen. Präsident der IASP ist derzeit Brian Mishara, der auf dem IFOTES-Kongress in Prato zwei Vorträge gehalten hat. Seitens der IASP erscheint regelmäßig per Mailversand ein Newsbulletin.

Weltsuizidpräventionstag (10. September)

„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2003 erstmals den 10. September als Welt-Suizid-

Präventionstag ausgerufen. Seitdem finden jährlich an diesem Datum Veranstaltungen statt, die vorwiegend von Organisationen aus dem Gesundheitsbereich bzw. der Suizidprävention veranstaltet werden.

Die WHO begründet die Ausrufung dieses Aktionstages damit, dass Suizid eines der größten Gesundheitsprobleme der Welt darstelle. Jährlich nehmen sich rund 1 Million Menschen das Leben. Das bedeutet, dass dabei jährlich mehr Menschen ums Leben kommen als durch alle Kriege der Welt zusammen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Suizide sogar die zweithäufigste Todesursache nach Unfällen. Auch ältere Menschen sind sehr stark suizidgefährdet. So ist beispielsweise jeder zweite Suizid einer Frau in Deutschland der einer über 60-Jährigen.“ (aus: Wikipedia)

Die TelefonSeelsorge Duisburg-Mülheim-Oberhausen hat zu einem Weltsuizidpräventionstag die Aktion „Niemand bringt sich gerne um“ mit dem Motiv der Herzen auf den Weg gebracht (siehe Kapitel 1.1).

IFOTES

Auch IFOTES stellt das Thema Suizidprävention wieder stärker in den Vordergrund. So wurde hierzu eine Task force eingerichtet. Nähere Informationen sind über die Beauftragten für IFOTES der beiden Konferenzen zu erhalten.

6.5 Gottesdienste

Hierzu finden Sie in Kapitel 7 (Material):

- Konzept der TS Essen e.V. zu einem ökumenischen Gottesdienstes unter dem Thema „Sich das Leben nehmen“ (2005) anlässlich des Welt suizidpräventionstages
- aus dem Material der Notfallseelsorge (T+M 2006) den Entwurf für Gottesdienst und An-

dacht zum Thema „In deine Hände sei Anfang und Ende, sei alles gelegt!“

- aus dem Material der Notfallseelsorge (T+M 2006) den Impuls zu einer Ansprache bei Suizid
- aus dem Material der Notfallseelsorge (T+M 2006) eine Predigt zur Emmaus-Geschichte (Lk 24,13-34)

7 Material/Literatur



7 Material/Literatur

7.1 SEIDLITZ, Heiner, 2001, Arbeitsblatt:

Anleitung für das beratende Gespräch bei Suizidgefährdung

1. Beziehung schaffen und Vertrauen aufbauen

- keine Warum-Fragen stellen, sie fordern eine Rechtfertigungsposition heraus
- Bestätigen der verzweifelten Situation
- Suizidgedanken offen ansprechen
- Verzweiflung würdigen und teilen - sich von Aufmunterungen enthalten
Aufmuntern eines Verzweifelten bedeutet Verspotten
- Anerkennen des Rechts auf Suizid und des Rechts auf würdiges Leben
- Anerkennen der eigenen Ohnmacht, jemanden vom Suizid abzuhalten
- Aggressionen, Skepsis und Zurückweisungen als Mittel der Beziehungsaufnahme und Wahrung der eigenen Autonomie positiv bewerten

2. Einengung erweitern

- sich Zeit lassen für das Gespräch
- bedrohlich erlebte Lebenssituation und die dazugehörigen Gefühle und Impulse klären; dadurch Abstand gewinnen
- Umdeutungen des Suizidwunsches anbieten als aktives Handeln Lösungsversuch einer sehr schwierigen Situation und Zeichen von Selbstachtung
- Auswirkungen des Suizidversuches klären und Ideen dazu konfrontieren
- positives Anliegen des Suizidwunsches würdigen
- Ausschau halten nach weiteren Problemlösemöglichkeiten
- Ausschau halten nach weiteren hilfreichen Personen, die einbezogen werden sollen

3. Zeit gewinnen und Selbstverantwortung stärken

- Begrenztheit anerkennen; keine Versprechungen machen, die nicht einzuhalten sind; keine falschen Hoffnungen wecken
- dafür werben, die Entscheidung zum Sich-Töten offen zu halten
- konkrete Hilfsangebote anbieten und Hemmungen berücksichtigen
- nicht gegen den Willen des Suizidgefährdeten handeln

7.2 SEIDLITZ, Heiner, 2001, Arbeitsblatt:

Ziele der Krisenintervention bei akuter Suizidalität

Grundsätzlich muss jede/r Helfer/in / Berater/in sich darüber im Klaren sein, ob und unter welchen Bedingungen er/sie sein/ihr Angebot als Beratung/Begleitung oder als Kontrolle versteht.

Die Ziele der beratenden Krisenintervention:

- Beziehung schaffen, um über die Lebenskrise und die Suizidideen sprechen zu können
- Einengung erweitern (Suizidgedanken aktiv ansprechen, klären und konfrontieren, Anliegen verstehen, belastenden Konflikt ansprechen und klären, Handlungsalternativen ansprechen und suchen)
- Zeit gewinnen
- Entscheidungsmöglichkeiten offenhalten, Selbstverantwortung stärken

Diese Ziele werden am ehesten erreicht, wenn sich Helfer nicht als Verhinderer des Suizid verstehen, sondern als kritisch wohlwollende Begleiter der Hilfesuchenden, damit sie das Anliegen des Suizidwunsches verstehen und die ihnen gemäße Lebensentscheidung treffen. Sie übernehmen die Verantwortung für die eigenen Handlungen, nicht für die Verhinderung eines Suizids.

Die Ziele der kontrollierenden Krisenintervention:

Der/die Helfer/in macht sich zum Anwalt, um den/die Suizidgefährdete mit kontrollierenden Maßnahmen vor der Selbstgefährdung zu schützen. Er/sie übernimmt die Verantwortung für sein/ihr Weiterleben.

- Verhinderung des geplanten Suizids
- Maßnahmen, um die Person zu identifizieren und zu retten
- Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen, Sanktionen

7.3 SORGATZ, Hardo (www.suizidprophylaxe.de)

Leitpunkte zum Telefongespräch mit Suizidalen

1. Nimm jeden Selbsttötungshinweis am Telefon ernst!
2. Ein Lebensmüder am Telefon hängt noch am Leben, sonst hätte er nicht angerufen.
3. Suizidales Verhalten ist häufig ein (letzter) Versuch, mit einem Mitmenschen zu reden, und sei er noch so anonym.
4. Suizidale Äußerungen müssen aktives Zuhören auslösen.
5. Suizidenten sehen häufig schwarz/weiß. Sie erwarten daher in den meisten Fällen eine eindeutige Kommunikationsstruktur (z. B. Vater – Kind).
6. Die gefährlichen Höhepunkte einer suizidalen Krise dauern nur wenige Stunden. Befürchte nicht, daß Du Dir zuviel vergibst, wenn Du Dich (als Letzter) ausnutzen lässt.
7. Wenn Du selbst mit Deinen suizidalen Gedanken und Wünschen im Reinen bist, dann kannst Du angstfrei mit den suizidalen Bestrebungen des anderen umgehen.
8. Zeige Angst um den anderen, aber keine Angst vor den Worten und Vorhaben des anderen.
9. Vermeide ängstliche, wohlgemeinte Umschreibungen. Sage statt „Suizid“ „Du willst Dich umbringen“ oder statt „Tabletten nehmen“ „Du willst Dich vergiften“.
10. Suizidale Anrufer schwanken ambivalent zwischen Leben und Tod. Verdeutliche diese Ambivalenz und verstärke sie, so dass der andere sich noch einmal beide Alternativen überlegen muss.
11. Versuche, den anderen beim Vornamen zu nennen, das schafft die erste persönliche Beziehung.
12. Wer sich das Leben nehmen will, hat ein Recht darauf, Dir mit persönlichen Forderungen und ungereimten Gedanken auf die Nerven zu fallen.
13. Überlasse dem anderen die Art, in der er mit Dir sprechen möchte. Ist er sachlich, sei Du sachlich; ist er technisch, sei Du technisch; und ist er weich, sei Du auch weich.
14. Lass Dich nicht in seine Hoffnungslosigkeit hineinziehen, sondern hinterfrage sie durch vorsichtige Modifikation seiner Behauptungen.
15. Vermeide direkte Warum-Fragen, die den anderen in die Ecke drängen.
16. Versuche, den anderen zu Mini-Aktionen anzuregen. „Wir müssen lange miteinander sprechen, wollen Sie nicht etwas zu trinken (rauchen, sitzen) ans Telefon holen?“

17. Versuche, den anderen auf ihm noch wichtige Personen anzusprechen. Falls er wirklich keine hat, biete Dich als solche an.
18. Versuche zu ergründen, welche der fünf wichtigsten Lebensbereiche (Selbst, Arbeit, soziale Beziehungen, Religion und Liebe, Sex, Partnerschaft) noch am ehesten Auftrieb verleihen können.
19. Rege den anderen an, Fantasien über seine Zukunft zu entwickeln, aber nimm ihm diese Arbeit nicht ab.
20. Lass Dich nicht von logischen Schlussfolgerungen überzeugen wie „darum muss ich mich umbringen“. Wandle sie um in „deshalb könnten Sie sich (in absehbarer Zeit, unter bestimmten Umständen, wenn die und jene Möglichkeiten nicht mehr offen stehen) vergiften“.
21. Stelle nur zwei bis drei direkte Fragen (Vorname, Suizidmittel).
22. Frage indirekt nach Wohngegend, Arbeitsstelle, Arbeitskollegen usw., aber nur wenn Du die Adresse herausfinden musst.
23. Sage dem anderen, wie gut Du es gefunden hast, mit ihm zu sprechen.
24. Versuche, eine Abmachung zu erreichen, dass der andere, bevor er sich umbringt, noch einmal Dich anruft — und erst, nachdem er die von ihm vorgeschlagenen Alternativen ausprobiert hat.
25. Habe keine Angst davor, dass sich manche Menschen ihr letztes menschliches Recht nehmen, auf das auch Du — zumindest in Gedanken — wohl nicht verzichten möchtest.

7.4 Arbeitsblatt (www.suizidprophylaxe.de)

Falsches und Richtiges über den Suizid

Falsch: Wer vom Suizid redet, wird ihn nicht begehen.

Richtig: Auf zehn Suizidenten kommen acht, die unmissverständlich von ihren Absichten gesprochen haben.

Falsch: Suizid geschieht ohne Vorzeichen.

Richtig: Viele Beobachtungen lehren, dass Menschen, die sich das Leben nehmen, dies meist durch unmissverständliche Zeichen oder Handlungen ankündigen.

Falsch: Wer Suizid begeht, will sich nicht unbedingt das Leben nehmen.

Richtig: Die meisten Menschen, die an Selbsttötung denken, schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und dem zu sterben; sie „spielen mit dem Tod“, und sie überlassen es den anderen, sie zu retten. Kaum einer nimmt sich das Leben, ohne seine Gefühle einem anderen zu offenbaren.

Falsch: Wer einmal zum Suizid neigt, wird es immer wieder tun.

Richtig: Lebensmüde haben nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten.

Falsch: Besserung nach einer suizidalen Krise bedeutet das Aufhören des Risikos.

Richtig: Die meisten Suizide geschahen in den drei Monaten nach beginnender „Besserung“, wenn der Patient von neuem die Energie hat, selbstzerstörerische Entschlüsse auszuführen.

Falsch: Suizid gibt es öfter bei den Reichen oder — umgekehrt — fast ausschließlich bei den Armen.

Richtig: Suizid ist weder das Problem der Reichen, noch die Plage der Armen. Er ist sehr „demokratisch“ und kommt in allen Bevölkerungsschichten vor.

Falsch: Suizid ist erblich oder ein „Familienübel“.

Richtig: Er ist nicht erblich, sondern eine individuelle Erscheinung.

Falsch: Alle, die Suizid begehen oder begehen wollen, sind geisteskrank, jeder Suizid ist die Handlung eines Psychotikers.

Richtig: Es ergibt sich aus dem Studium von Hunderten von letzten Aufzeichnungen, dass der suizidale Mensch zwar äußerst unglücklich, aber nicht notwendigerweise geistesgestört ist.

7.5 Fragebogen

Falsches und Richtiges über den Suizid

Schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie folgende Ängste Ihren suizidalen AnruferInnen gegenüber erleben:

Sehr stark ----- gar nicht
5 4 3 2 1 0

1. Grundsätzliche Angst vor den Themen Tod und Sterben:

5----4----3----2----1----0

2. Angst vor möglichen intensiven Gefühlen des/der Anrufenden bei diesem Thema:

5----4----3----2----1----0

3. Scheu, Anrufende im Gespräch noch mehr mit ihrem bisherigen „Versagen“ in ihrem Leben zu konfrontieren und die Suizidalität dadurch zu erhöhen:

5----4----3----2----1----0

4. Vermeidung des Themas wegen möglicher eigener Suizidalität in ähnlichen Lebenssituationen:

5----4----3----2----1----0

5. Eigene Unsicherheiten und moralische Bewertungen (z.B in religiöser Hinsicht) zum Thema Selbsttötung:

5----4----3----2----1----0

6. Angst vor der möglichen Verantwortung für die Selbsttötung des/der Anrufenden:

5----4----3----2----1----0

7. Angst vor möglichen Konsequenzen daraus:

5----4----3----2----1----0

8. Angst, den eigenen Lebenssinn hinterfragen zu müssen:

5----4----3----2----1----0

9. Angst, Anrufende durch das längere Reden über Selbstmord erst „noch weiter auf die Idee“ zu bringen:

5---4---3---2---1---0

10. Angst vor der Wut und Enttäuschung der/des Anrufenden:

5---4---3---2---1---0

11. Angst, die für das Thema angemessene Sprache nicht zu finden:

5---4---3---2---1---0

12. Angst vor mangelndem Einfühlungsvermögen in die Gedankengänge eines Menschen, der sich selbst töten will:

5---4---3---2---1---0

7.6 Beispielblatt

Beispiel für Notfallregelungen aus der Telefonseelsorge Darmstadt

Wichtige Hinweise für den Notfall:

Bevor Sie die Polizei oder den Krankenwagen anrufen, besprechen Sie dies bitte unbedingt vorher mit Frau Melcher oder Frau Rieth, auch in der Nacht!

Hauptamtliche : XXXXX - XXXXX

Hauptamtliche : XXXXX - XXXXX

Wenn Sie keine der beiden erreichen, besprechen Sie sich ersatzweise mit einer/einem erfahrenen TS-Kollegin/Kollegen.

Wenn Sie die **Polizei** anrufen, wählen Sie vom Bürotelefon aus bitte die Nummer vom „Polizeiführer vom Dienst“ (PvD):

Polizeiführer vom Dienst in Darmstadt: XXX XX XX

Geben Sie dabei unsere **Bürotelefonnummer für Rückfragen** an: XXXXXX und stellen Sie den **Anrufbeantworter aus**, damit Sie Rückrufe von Polizei oder Hauptamtlichen empfangen können!!! Sie müssen der Polizei nicht Ihren Namen nennen. Verweisen Sie auf die Anonymität. Sagen Sie, dass Sie in Absprache mit den Hauptamtlichen Frau X und Frau Y handeln, die Polizei hat unsere Namen.

Wenn es darum geht, dass die Polizei die Telefonleitung nachmessen muss, müssen Sie die genaue Uhrzeit des Gesprächs angeben und unsere sog. Basisnummer oder Hauptnummer:

Basisnummer: XXX XXX

Dies ist die Nummer, die sozusagen „unter“ der Notrufnummer 0800 111 0 111 liegt und der Telekom zur Identifizierung unseres Anschlusses dient! Gespräche sind schneller rückzuverfolgen, wenn die Leitung noch steht, aber es geht auch sonst, sogar bei Handy-Anrufen.

7.7 Arbeitsblätter TS Duisburg

Gespräche mit Suizidgefährdeten am Telefon

Beziehung

1. Jede Selbsttötungsäußerung muss ernst genommen werden.
2. Ein seinen Suizid thematisierender Anrufer hat mit dem Leben nicht abgeschlossen. Er will hier zuerst einmal reden bzw. Gehör finden.
3. Suizidale Äußerungen sind Kontaktaufnahmen zu einem sehr heiklen und intimen Thema.
4. Die Situation des suizidgefährdeten Gesprächspartners verdient Interesse und Zuwendung, aber nicht Schrecken oder Einschüchterung.
5. Klare Worte wählen. Es heißt also statt: Suizid begehen sich töten wollen, statt: Tabletten schlucken sich vergiften u. a.
6. Beziehung wirkt antisuizidal. Welche Personen im Leben des Anrufers sind für ihn wichtig. Wenn es aktuell keine gibt: Welche waren wichtig. Und: gelingt der Gesprächskontakt im Sinne einer authentischen, respektvollen Beziehung, trägt das auch.
7. Es ist schwer, über ein so intimes Thema wie Suizidgedanken, eigenes Scheitern u. a. zu sprechen. Wer das schafft, hat sicher den Mut der Verzweiflung, aber eben auch den Mut.

Entlastung

8. Suizidgedanken formulierende Anrufer nehmen ihre Situation häufig sehr verengt wahr. Aufgabe im Gespräch kann es dann sein, durch sehr genaues Hören und Zuwendung den Rahmen zu erweitern und ihm Kontur, Farbe und Tiefe zu geben.
9. Es kann sein, dass der über seinen Suizid sprechende Anrufer nicht logisch, nörgelig, manipulativ ist. Das sollte die Kernaussage und die Verzweiflung nicht verschleiern.
10. Die Hoffnungslosigkeit des Gesprächspartners zu spüren, ist gut im Sinne einer Anteilnahme und gelebten Mitgefühls. Aber auch hier ist es im Sinne einer differenzierten Gesprächsführung hilfreich, in die Verengung (Hoffnungslosigkeit) nicht mit einzusteigen. Beispiel: Statt „Alles ist immer aussichtslos“ besser: „Im Moment scheint wenig Hoffnung möglich.“ usw.

Perspektive

11. Die Spitzen einer suizidalen Krise dauern oft nur wenige Stunden.
12. Wer seine eigenen suizidalen Wünsche und Gedanken kennt, kann leichter und umsichtiger mit den Suizidwünschen anderer umgehen.
13. Ein Suizidanrufer ist ambivalent. Er pendelt zwischen zwei extremen Positionen. Meist will er nicht sterben, sondern SO nicht mehr leben. Welche Alternativen gibt es zwischen diesem SO und dem Tod?
14. Aus welchen Lebensbereichen schöpft der Anrufer Kraft? — Wenn es aktuell zu wenig gibt, aus welchen pflegte er früher Kraft zu schöpfen?
15. Welche Fantasien gibt es für die Zukunft? Achtung: Nicht wir nennen unsere Fantasien, sondern wir regen an, seine zu formulieren.
16. Möchte er konkrete Hilfe? (Notarzt, weiterführende Hilfen, Krisenbegleitung, ...)
17. Welche konkreten Alternativen gibt es zu der Suizididee?

Selbst sehr erfahrene Mitarbeitende in der TelefonSeelsorge führen Gespräche mit Suizidgefährdeten nicht mit leichtem Herzen und lockerer Zunge. Auch nach vielen Jahren Praxis und Erfahrung mit unterschiedlichen Anrufertypen und Anliegen sind Gespräche mit Anrufenden, die Suizidabsichten äußern, keine Routine. Menschen in diesen Ausnahmesituationen ist mit größter Aufmerksamkeit, mit Respekt und mit Takt zu begegnen.

Helfen kann dabei, wenn eigene suizidale Wünsche und Gedanken bekannt sind und die Schwelle, an der sie einsetzen könnten. Das kann es leichter machen, sich dem suizidalen Gesprächspartner Anteil nehmend zu widmen und nicht eingeschüchtert und verschreckt alle Suizidandeutungen und Todeswünsche abzuwehren und zu überhören.

Vielleicht hilft es auch zu wissen, dass die Höhepunkte suizidaler Krisen oft nur wenige Stunden dauern. Sie können allerdings immer mal wieder aufflackern, diese wenigen Stunden.

Suizidabsichten in Worte zu fassen, ist ein sehr persönlicher und fragiler Prozess, ein sehr intimes Thema, was oft eigenes Scheitern thematisiert und Schamgrenzen fühlen lässt. Wer das kann — bei aller Verzweiflung und allem Druck — der ist auch beherzt und verhält sich mutig.

Drei Aspekte können helfen, die Gespräche mit suizidgefährdeten Anrufern in der Telefon-Seelsorge zu führen und zu strukturieren:

1. Beziehungsgestaltung, Zuwendung
2. Entlastung
3. Perspektivenweiterung

Aspekt 1: Beziehungsgestaltung

Die angedeuteten oder explizit formulierten Selbsttötungsabsichten müssen ernst genommen werden. Menschen, die diese Gedanken und Absichten äußern, wissen im Moment nicht mehr weiter. Sie haben dabei nicht unbedingt mit dem Leben abgeschlossen, sondern wollen zunächst im Beisein eines (anonymen) anderen Menschen ihre Gedanken formulieren und Gehör finden.

Den Anrufern selbst und auch ihren Plänen ist mit Respekt zu begegnen. Wir kennen sie nicht, nicht die Bedingungen, die sie auf diesen Weg gebracht haben und nicht die Hoffnungen, die sie damit verknüpfen. Wir haben aber die Zeit und den Platz, uns genau das mit Anteilnahme und Interesse schildern zu lassen.

Beziehung wirkt antisuizidal: Konkret heißt das, die Kontaktaufnahme auch zu diesem heiklen und anscheinend finalen Thema ist grundsätzlich positiv zu bewerten, der Mut, darüber zu sprechen, ist viel wert.

Auch in diesen Kontakten ist Authentizität ein wichtiges Gut. Sprechen Sie klar, auch wenn das bedeutet, die eigene Unsicherheit aushalten und vielleicht benennen zu müssen, sprechen Sie das Wort Selbsttötung aus, statt es zu umschiffen.

Aspekt 2: Entlastung

Suizidgedanken formulierende Anrufer nehmen ihre Situation häufig verengt wahr. Unsere Aufgabe im Gespräch kann es sein, durch sehr genaues Hören, Zuhören, Kommentieren, Nachfragen, den Rahmen zu erweitern und die Situation neu zu beleuchten, zu vertiefen etc.

Auch wenn der Anrufer in dieser Extremsituation weinerlich, manipulativ, nörgelig, anstrengend wirkt, sollte das die Suizidabsicht und seine Verzweiflung nicht verschleiern. Vielleicht macht er auf seine Weise unmittelbar spürbar, wie „satt“ er seine derzeitige Lebenssituation hat.

Die Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht etc. des Anrufers zu spüren, ist gut im Sinne der möglichen Anteilnahme. Aber auch hier bleibt es hilfreich, einen differenzierten und distanzierten Blick zu behalten und nicht in die Stimmung des Anrufers mit abzutauchen.

Beispiel: Statt zu sagen: „Alles scheint aussichtslos.“, sagen Sie: „Im Moment scheint wenig Hoffnung möglich.“

Aspekt 3: Perspektive

Menschen, die anrufen um über Suizidgedanken zu sprechen, sind oft ambivalent. Sie pendeln zwischen zwei extremen Polen. Meist wollen sie nicht sterben, sondern SO nicht mehr

leben. Welche Variationen gibt es noch zwischen diesen beiden Polen SO oder Tod?

Aus welchen Lebensbereichen hat der Anrufende bisher Kraft zum Überleben geschöpft, was hat ihn bis heute leben lassen?

Wenn es aktuell zu wenig Quellen gibt — aus welchen hat er früher geschöpft? Gibt es Fantasien für eine Zukunft vor dem Tod? Dabei sind nicht unsere Fantasien zu seiner Zukunft gefragt, sondern wir unterstützen ihn, seine zu entwickeln und zu formulieren.

Welche konkreten Hilfen sind gewünscht, die ihm Rahmen des Anrufs bei der TelefonSeelsorge vermittelt werden können (Notarzt, Krisenbegleitung, andere weiterführende Hilfen), was wird er/sie nach dem Gespräch mit der TelefonSeelsorge tun?

Zusammengestellt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Krisenbegleitung der TelefonSeelsorge Duisburg Mülheim Oberhausen; in Anlehnung an: Das Telefongespräch mit Suizidalen. 25 Leitpunkte von H. Sorgatz.

7.8 Material

Mit * gekennzeichnete Materialien sind in Berlin in der Geschäftsstelle abrufbar.

Mit fortlaufender Nummerierung gekennzeichnete Materialien finden Sie unter:

→ ts-intern, → Projekte → Suizidprävention

7.8.1 Material zur Aus- und Fortbildung

7.8.1.1 SIEBERT, St. K.,

„Etwas Besseres als den Tod finden wir überall“ – Ambulante Krisenintervention bei Suizidalität, Skript Fortbildungsveranstaltung (unveröffentlichtes Manuskript), Bonn 2004 (dieses Skript kann nicht zur Verfügung gestellt werden)

7.8.1.2 DIETEL, Norbert:

Orientierungshilfen zu „Suizidalität und Krise“, 53 Seiten, üb. 2006

1. Teil: Materialien und Seminarnotizen
2. Teil: Suizid in der Bibel. Texte und Kommentare
3. Teil: Suizid in theologischen Lexika

7.8.1.3 KALLENBERGER, Peter:

Ausbildungsplan zum Thema „Suizidalität, Suizid und Suizidprävention“

7.8.1.4 SORGATZ, Hardo,

Blatt: 25 Leitpunkte für das Telefongespräch mit Suizidalen

7.8.1.5 Arbeitsblätter von TS-Stellen und/oder aus dem Internet

Arbeitsblätter TS Duisburg Mülheim Oberhausen, „Gespräche mit Suizidgefährdeten am Telefon“ (3 Seiten)

7.8.1.6 SEIDLITZ, Heiner:

- Anleitung für das beratende Gespräch bei Suizidgefährdung
- Ziele der Krisenintervention bei akuter Suizidalität

7.8.1.7 Vorlagen (6 S.): zum Beispiel zu

- Stadien präsuizidaler Entwicklung nach Pöldinger
- Präsuizidales Syndrom nach Ringel
- Gefährdende Lebensereignisse
- Fragekatalog zur Abschätzung der Suizidalität

7.8.1.8 Arbeitsblätter TS Pfalz u.a.:

- Signale suizidgefährdeter junger Menschen (2 S.)
- Hinweise für die Suizidprävention bei jungen Menschen
- Fallbeispiele Suizid
- Hinweise auf Suizidgefährdung
- Motive der Suizidalität
- Suizidhandlung als Ausdruck einer Krise
- Begrifflichkeit suizidaler Handlungen 2
- Häufige Denkmuster suizidaler Menschen
- Leitfaden für den Umgang mit Suizid-Gefährdeten in Akut-Situationen (2 S., aus der Notfallseelsorge)

7.8.1.9 Arbeitsblätter der TS Augsburg:

- Gründe und Motive für den Suizid
- Elemente des Gesprächs mit suizidalen Menschen (2S.)

7.8.1.10 Blatt „Falsches und Richtiges über den Suizid“ (www.suizidprophylaxe.de)

7.8.1.11 Blatt „Einstellungen zu selbsttötendem Verhalten“

7.8.1.12 Blatt „Fragebogen zu Ängsten der EA gegenüber suizidalen AnruferInnen“

7.8.1.13 Beispielblatt zur Notfallregelung, TS Darmstadt

7.8.2 Material zum Bereich Internet / Mail / Chat

WIESE, Heidrun, TS Berlin, ist erfahren mit moderierten Gruppenchats für Suizidhinterbliebene; Kontakt: HeidrunWiese@t-online.de

7.8.3 Material zur Präsentation bei Zielgruppen

DÖRING, Dr. Gerd, Vortrag „Suizidalität im Alter“ beim Seniorenrat Ulm*

SEIDLITZ, H./MARTIN, A., TS Pfalz, Vortrag mit PPP für Führungskräfte des US-Militärs,

---, TS Pfalz, Vortrag mit PPP für Ehrenamtliche der Telefonseelsorge, Kontakt: pfalz@telefonseelsorge.de

WIESE, Heidrun, Vortrag und PowerPointPräsentation, BKA Berlin

7.8.4 Beispiele für Pressearbeit der TelefonSeelsorge

7.8.4.1 Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien (DGS)

7.8.4.2 Pressemitteilung TS Bonn zum Welt-Suizidpräventionstag 2005

7.8.4.3 TS-Dortmund: Notiz zu Veranstaltung zu Welt-Suizidpräventionstag

7.8.4.4 TS Elbe-Weser: Beitrag im Jahresbericht 2006

7.8.5 Beispiele für Gottesdienste

7.8.5.1. TS Essen (ev.):

Ökumenischer Gottesdienst zum Welt-Suizidpräventionstag 2005

7.8.5.2. Gottesdienst und Andacht:

„In deine Hände sei Anfang und Ende, sei alles gelegt!“ (Auszug aus: „Notfallseelsorge“ Eine Handreichung: Grundlegendes – Modelle –Fortbildung- Erfahrung, Texte + Materialien, 1999)

7.8.6 Das Thema Suizidprävention in den Medien

wdr 3 11/2007:

Skript des Features „Lebt wohl und verzeiht mir“*

wdr 2/2006:

Skript der Sendung „Der Schleier vor dem Nichts“ – Letzte Gedanken einer Selbstmörderin*

7.8.7 Broschüren/Faltblätter

können übers Internet z.B. bei folgenden Herausgebern bestellt werden:

AGUS-Selbsthilfe e.V. (Angehörige um Suizid): www.agus-selbsthilfe.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: www.suizidprophylaxe.de

AK Leben e.V., Baden-Württemberg: www.ak-leben.de

Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.: www.buendnis-depression.de

Verein für Suizidprävention e.V., Hildesheim: www.suizidpraevention-hildesheim.de

7.8.8 Das Thema in Bild- und Hördarstellungen

Die Zeitschrift Suizidprophylaxe bespricht in jeder Ausgabe ein kunstgeschichtliches oder zeitgenössisches Bild, z.B.*

- Frida Kahlo: The suicide of Dorothy Hale (1939)
- Man Ray: Suizide (1917)
- Eugene Delacroix: Der Tod der Ophelia (1838)
- Exekias, Ajax sich vorbereitend auf seinen Tod
- George Grosz: Selbstmörder (1916)
- Peter Paul Rubens: Der sterbende Seneca (1611)
- Giotto, Desperacio
- Lukas Cranach der Ältere, Lucretia (1529)
- Pablo Picasso, Casagemas Begräbnis (1901)
- Andy Warhol, Suicide. Fallen body (1962)
- Conrad Felixmüller: Der Tod des Dichters Walter Rheiner (1925)
- CD: Klaus Kinski – Hörspiele. Sechs Gramm Caratillo. Die Nacht allein, von Horst Bienek.
- Film: "Ich will sterben" – Wenn alte Menschen sich umbringen. WDR-Reportage vom 17.06.09, von Tina Soliman, www.ardmediathek.de/ard/servlet/content/2583314
- Weitere Filme: „Gloomy Sunday“, „Hallo Jule, ich lebe noch“

7.9 Literatur

Verwendete Literatur

- ALTHAUS, D., SCHÄFER, R. & HEGERL, U.: Empfehlungen zur Planung und Durchführung regionaler Antiderpressionskampagnen: Das Bündnis-Kursbuch. Bündnis gegen Depression e.V., 2006
- AMERY, J.: Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod. Stuttgart, 1976
- APELT, O.: Seneca: Briefe an Lucilius, in: Philosophische Schriften. Übersetzt und mit Einleitung und Anmerkungen versehen von Otto Apelt, Band 3, Hamburg 1993
- BARTH, K.: Kirchliche Dogmatik, Band 33/4, Zürich 1951
- BONHOEFFER, D.: Ethik, (hrsg. v. Ilse u. Eduard Tödt, Ernst Feil u. a.), Gütersloh (Kaiser Taschenbücher Bd. 161) 1998
- BORMUTH, M.: Jean Améry – 30 Jahre danach. Vortrag DGS-Kongress, 2008
- ; Freiheit und Passion bei Jean Améry. Anmerkungen zu Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. In: Bormuth, Matthias & Nurmi-Schomers, Susan (Hrsg.): Kritik aus Passion. Studien zu Jean Améry. Wallstein, 2005, S. 175 – 204
- CAMUS, A.: Der Mythos von Sisyphos, Rowohlt, Hamburg, 1959
- CHRIST-FRIEDRICH, A.: Der verzweifelte Versuch zu verändern. Suizidales Handeln als Problem der Seelsorge, Bethel 1996
- , Suizid II, in Theologische Realenzyklopädie (TRE), Band XXXII, Berlin, New York 2001, S. 445-453
- DÖRNER, K. & U. PLOG: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Bonn 21985
- DÖRNER, K.: Krisenintervention bei suizidgefährdeten Personen, in: Wege zum Menschen 43 (1991), S. 288 – 293
- DURKHEIM, E.: Der Selbstmord, Frankfurt a. Main, 1983
- DWORKIN, R.: Hilfe zum Selbstmord: Das Resümee des Philosophen. In: Wiesing, Urban (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Reclam, 2004, S.245 – 247
- EINK, M & H. HALTENHOF: Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Bonn 2006
- ERDHEIM, M.: Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit, Frankfurt 1990
- ETZERSDORFER, E., FIEDLER, G. & M. WITTE (Hg.): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten, Göttingen 2003. Mit Beiträgen von Cordula Eisenbach-Heck, Jürgen Kratzenstein, Jürgen Schramm, Joachim Wenzel und Traugott Weber
- FISCHER, M.: Suizid – Anmerkungen zur Postmoderne, in: Suizidprophylaxe 32 (2005), S. 55 – 57
- FLASSPÖHLER, S.: Mein Wille geschehe. Sterben in Zeiten der Freitodhilfe, Berlin 2007
- FREUD, S.: Trauer und Melancholie (1916), Studienausgabe Bd. III, Fischer, Frankfurt/M., 1982

- FREUD, S.: Jenseits des Lustprinzips. (1920) Studienausgabe Bd. III, Fischer, Frankfurt/M., 1982
- FREUD, S.: Das Ich und das Es. (1923) Studienausgabe Bd. III, Fischer, Frankfurt/M., 1982
- HENSELER, H.: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords, Reinbek 1974
- HOHEISEL, K.: Suizid I, in Theologische Realenzyklopädie (TRE), Band XXXII, Berlin, New York 2001, S.442-445
- KANT, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Reclam, Stuttgart, 1785/1961/1984/2004
- KATECHISMUS der katholischen Kirche, München Wien 1993, S.580 (Kapitel 2281)
- KIRCHENAMT der Evangelischen Kirche in Deutschland, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Hannover, Bonn 2003 (2.Aufl.)
- KIRCHENAMT der Evangelischen Kirche in Deutschland, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Gemeinsame Texte 17. Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen, Hannover/Bonn 2003 (Text 17 ist von 1989)
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B.: Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, 3. Aufl. 1977
- LUTHER, H.: Religion und Alltag. Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts. Stuttgart 1992
- MAIER-JANSON, W.: Entstehung, Ergebnisse und Bedeutung der psychiatrischen Suizidforschung Frankreichs im 19. Jahrhundert. Dissertation Universität Ulm, 1987
- NEDOMA, R.: Art. "Selbsttötung" in: Hoops, Johannes: Reallexikon der Germanischen Altertumskunde, hrsg. v.: Heinrich Beck u.a., Berlin. New York 2007, S. 129 ff.
- NEWLAND, S. B.: Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?, Freiburg 1994
- NICKL, P.: Gibt es einen rationalen Suizid? Suizidprophylaxe 35 (2008) Heft 3, S. 124 – 128
- PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität, Bern 1968
- PROSINGER W.: Ein Ende in Würde. Tagesspiegel vom 31.03.08
- RINGEL, E. (Hg.): Selbstmordverhütung, Bern 1969, 1984
- RINPOCHE, S.: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod, Bern u.a. 1993 (4.Aufl.)
- SCHELER, M.: Wesen und Formen der Sympathie. Frankfurt a.M., 1948
- SEIDLITZ, H.: Art. „Krise“, in: Wieners, J. (HG.), Handbuch der Telefonseelsorge, Göttingen 1995, S. 214
- SIEBERT, St. K.: „Etwas Besseres als den Tod finden wir überall“ – Ambulante Krisenintervention bei Suizidalität, Skript Fortbildungsveranstaltung, Bonn 2004
- SONNECK, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien 2000
- WABRA, G.: zukunft@telefonseelsorge.de - Perspektiven für die Telefonseelsorge in einer multimedialen Welt. Begegnung in der „Aus-Zeit“ – Gedanken zur E-Mail-Arbeit der Telefonseelsorge, in: Auf Draht, Nr.49, S. 12-14, April 2002
- WEBER, T. (Hg.): Handbuch Telefonseelsorge, 2. überar. und erw. Auflage, Göttingen 2006
- WENZEL, J.: Vom Telefon zum Internet: Onlineberatung der Telefonseelsorge, in: Bauer,

- Stephanie und Kordy, Hans (Hrsg.), E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung, Heidelberg (Springer Medizin Verlag) 2008
- WITTE, M.: Beratungsstellen für Menschen in Krisen in Deutschland. Überblick, Anspruch und Relevanz für die Suizidprävention. Suizidprophylaxe, 35, 2008, Heft 3, S. 144 – 150
- WOLFERSDORF, M.: Suizid aus klinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht, in: Schlimme, Jann E. (Hg.), Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserung der Suizidalität, Göttingen 2007, S. 17-28
- TILLICH, P.: Systematische Theologie.(Band 1) Stuttgart 1956 (2.Aufl.), S.19-22 u.ö.
- WITTE, M.: Beratungsstellen für Menschen in Krisen in Deutschland. Überblick, Anspruch und Relevanz für die Suizidprävention. Suizidprophylaxe, 35 (2008), Heft 3, S. 144 – 150

Online-Publikationen

- http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=118
- <http://www.exit.ch/wDeutsch/>
- WARMSCHMIDT, Annett, Der Suizid - ein Phänomen im Wandel der Zeit. Erklärungsansätze aus den Bereichen Psychologie, Soziologie, Medizin und Biologie, (URL: <http://www.grin.com/e-book/42044/der-suizid-ein-phaenomen-im-wandel-der-zeit.>)
- http://rcswww.urz.tu-dresden.de/~frnz/Suizid_FNZ/Lit_Judentum.htm

Weitere Literatur

- BORMUTH, M. & S. NURMI-SCHOMERS(Hrsg.): Kritik aus Passion. Studien zu Jean Améry. Wallstein, 2005
- DWORKIN, R.: Hilfe zum Selbstmord: Das Resümee des Philosophen. In: Wiersing, Urban (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Reclam, 2004, S.245 – 247
- FRANKL, V. E.: Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, (zum Selbstmord bes. S. 98 – 101), dtb, 9. Auflage 2007
- FUCHS, C.: Telefonseelsorge und Suizid. In: Hasler, W.T., Schuh, J. (Hg.): Der Selbstmord/Le Suicide, CH-Grüsch (Rèegger) 1986, S. 153-162
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B.: Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, 3. Aufl. 1977
- MAIER-JANSON, W.: Entstehung, Ergebnisse und Bedeutung der psychiatrischen Suizidforschung Frankreichs im 19. Jahrhundert. Dissertation Universität Ulm, 1987
- SCHELER, M.: Wesen und Formen der Sympathie. Frankfurt a.M., 1948
- SCHLIMME, J.E. (Hg.), Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserung der Suizidalität, Göttingen 2007
- SCHRAMM, J.: Person droht zu springen ... Talk down, S. 116 – 123, in: Müller-Lange,

- Joachim, Handbuch Notfallseelsorge, 2. Auflage 2006
- SEIDLITZ, H., THEISS, D.: Ressourcenorientierte Telefonberatung, (bes. Kapitel 10: „SOS! Hilfe, rette mich!“- Beratende und kontrollierende Krisenintervention, S. 151 - 168), 2007
- WILDT, Bert Theodor te, Suizidalität im Cyberspace, in: SCHLIMME, J.E. (Hg.), Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserung der Suizidalität, Göttingen 2007, S. ...
- Zeitschrift Suizidprophylaxe 33 (2006): Krisenberatung online
- Zeitschrift Suizidprophylaxe 133 (2008): U25 – Suizidprävention von und für junge Menschen (web-basiert)
- Zeitschrift Suizidprophylaxe 134 (2008): Suizidalität im Jugendalter

Ein umfangreiches Literaturverzeichnis bietet die Website der Dt. Gesellschaft für Suizidprävention: www.suzidprophylaxe.de

Online-Publikationen

- FURRER, Susann, WIDMER, Reto: Sociology of Health and Social Welfare - Aspekte suizidaler Handlungen in den westlichen Gesellschaften (<http://socio.ch/health/suizido2.htm>), Zürich, August 1997