

(Erschwerte) Trauer nach Suizid

Personzentriertes Verstehen und Trauerbegleitung von Hinterbliebenen nach Suizid

Monika Tuczai
Wien, Österreich

Fast jeder Mensch kennt jemanden, der sich das Leben genommen hat. Je näher die Beziehung erlebt wird, umso tiefer trifft der Verlust. Im vorliegenden Artikel werden die Besonderheiten der Trauer von Hinterbliebenen nach Suizid beschrieben. Es wird dargestellt, wie Suizidtrauernde auf den Verlust reagieren und mit welchen spezifischen inhaltlichen Traueraspekten sie konfrontiert sind, z. B. Schuld- und Schamgefühle, Zurückweisung, Stigmatisierung. Dabei wird deutlich, dass sich die Trauerreaktion nach Suizid nicht grundsätzlich von der Trauer nach anderen Todesursachen unterscheidet, dass jedoch Suizidtrauernde mit höherer Wahrscheinlichkeit erschwerte Trauerprozesse erleben. Weiterhin wird die Trauerreaktion nach Suizid aus personenzentrierter Sicht dargestellt, und es wird gezeigt, dass ein personenzentriertes Beziehungsangebot, wie es von Rogers beschrieben wurde, in der Trauerbegleitung von besonderem Wert und von Bedeutung ist.

Schlüsselwörter: Trauer, prolongierte Trauer, Trauerbegleitung, Hinterbliebene nach Suizid, Suizidtrauernde

(Complicated) grief after suicide. Person-centered understanding and counseling of the bereaved after suicide. Nearly each person knows somebody who committed suicide. The closer the relationship is experienced the deeper hits the loss. This article illustrates how suicide survivors react and with which specific thematic issues they are confronted, e. g. guilt and shame, rejection, stigma. This makes clear, that bereavement after suicide does not profoundly differ from bereavement after other causes of death, but that suicide survivors are at higher risk to experience complicated grieving processes. Furthermore the reactions of bereavement after suicide will be described from a person-centered point of view. It will be shown that a person-centered therapeutic relationship, as specified by Rogers, is of particular virtue and importance in grief counseling.

Keywords: grief, prolonged grief, grief counseling, suicide survivors

Einleitung

Bisher fand das Thema „Trauer von Hinterbliebenen nach Suizid“, insbesondere im deutschen Sprachraum, wenig Aufmerksamkeit (z. B. Brathuhn, Melching & Adelt, 2014; Otzelberger, 1999/2016; Paul, 2012; Schenk, 2014). Die Notwendigkeit der sogenannten „Postvention“ (damit ist die Prävention von Nachfolgesuiziden der Hinterbliebenen gemeint) wird zwar in der Literatur über Suizidalität und Suizidprävention (z. B. Bronisch, 2014; Sonneck, 2000; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011) erwähnt, ebenso finden sich Artikel zum Thema in der Fachliteratur über Trauer und Trauerprozesse (aus personenzentrierter Sicht: Jerneizig, Langenmayr & Schubert, 1991/1994; Backhaus, 2017), die

Beiträge gehen aber selten über ein einzelnes – zumeist auch sehr kurz gefasstes – Kapitel hinaus.

Geht es um Forschung zum Thema, wird man fast ausschließlich im englischsprachigen Raum fündig: Jordan und McIntosh (2011b) beispielsweise geben einen hervorragenden Überblick über den Stand der (zumeist quantitativen) Forschung seit den 1970er-Jahren bzgl. der Auswirkungen von Suizid auf die Hinterbliebenen. Einen aktuellen Überblick über qualitative Studien zum Thema liefern Shields, Kavanagh und Russo (2017). Andriessen, Krysinska und Grad (2017b) beschreiben neben dem aktuellen Wissensstand zum Thema vor allem weltweit bestehende Projekte und Initiativen zur Begleitung und Unterstützung Suizidtrauernder.

Es kann von einer beträchtlichen Anzahl an Suizidtrauernden ausgegangen werden. Aufgrund der Todesart und der damit verknüpften – nicht nur gesellschaftlichen, sondern auch in der Person verinnerlichten – Bewertungen sind Suizidtrauernde auffallend intensiv und zumeist über einen längeren Zeitraum

Mag^a. Monika Tuczai, geb. 1969, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien. Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin. Arbeitsschwerpunkte: Krisenintervention, Trauma, Trauer, Burnout. Kontakt: monika.tuczai@gmx.at

mit bestimmten Themen beschäftigt. Diese werden nachfolgend dargestellt und mit der personenzentrierten Perspektive verknüpft. Damit soll zu einem vertieften Verstehen für Trauerprozesse nach Suizid beigetragen und außerdem gezeigt werden, dass ein personenzentriertes Beziehungsangebot besonders geeignet erscheint, Suizidtrauernde in ihrem Prozess förderlich zu begleiten. Auf eine Darstellung von Trauer und Trauerprozessen wird verzichtet, da hierzu im vorliegenden Themenheft zwei Artikel vorliegen (vgl. Backhaus und Paul, in diesem Heft) und die Grundprinzipien der Trauerbegleitung unabhängig von der Todesursache gelten.

Hinterbliebene nach Suizid: Daten und Fakten

Schätzungen zur Anzahl Hinterbliebener

„For each committed suicide there are an estimated half-dozen survivor-victims whose lives are thereafter benighted by that event“ (Shneidman, 1969/1973, S. 22; zit. nach Berman, 2011, S. 110). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass es sogar mehr als doppelt so viele Personen sein können, wenn nicht nur die Kernfamilie, also Partnerinnen,¹ Kinder, Eltern, Geschwister, sondern auch Freundinnen, Schul-, Studien- und Arbeitskolleginnen als persönlich und direkt betroffene Personen miteinbezogen werden (Berman, 2011; Jordan & McIntosh, 2011c).

Laut WHO (2014/2016) sterben weltweit geschätzte 804 000 Menschen pro Jahr durch Suizid. Da Suizid ein sensibles und häufig tabuisiertes Thema ist und darüber hinaus in einigen Ländern immer noch als illegal gilt, geht die WHO davon aus, dass die Zahlen noch höher liegen. In Österreich starben im Jahr 2017 insgesamt 1224 Personen durch Suizid (Statistik Austria, 2018), in Deutschland waren es 9838 Personen im Jahr 2016 (Statistisches Bundesamt, o.J.) und in der Schweiz 1071 Personen im Jahr 2015 (Bundesamt für Statistik, o.J.). Ausgehend von den o.g. Schätzungen der WHO (2014/2016) kann also von einer beachtlichen Anzahl an Hinterbliebenen nach Suizid ausgegangen werden.

Leiden Hinterbliebene nach Suizid mehr als andere Trauernde?

In der einschlägigen Fachliteratur herrscht Einigkeit, dass die Trauer nach Suizid nicht grundlegend von der Trauer nach anderen Todesfällen unterschieden werden kann (vgl. Andriessen,

Krysinska & Grad, 2017a; Backhaus, 2017; Jordan & McIntosh, 2011b; Otzelberger, 1999/2016; Paul, 2012; Shields et al., 2017). Suizidtrauernde erleben ebenso Schmerz und Trauer über den Verlust sowie Sehnsucht nach der verstorbenen Person, verknüpft mit Verzweiflung darüber, dass dieser Wunsch unerfüllbar ist; diese Reaktionen gelten als universelle Aspekte des Trauerns, als gesellschaftlich anerkannt und „normal“. Spezifische inhaltliche Aspekte sind jedoch viel typischer nach einem Verlust durch Suizid (und auch nach anderen gewaltsamen Todesursachen) als nach einem Verlust durch natürliche Todesursachen und werden von den Hinterbliebenen auch intensiver und über einen längeren Zeitraum erlebt (vgl. Backhaus, 2017; Jordan & McIntosh, 2011b; Otzelberger, 1999/2016; Paul, 2012). Review-Studien (vgl. Jordan & McIntosh, 2011b; Shields et al., 2017; Sveen & Walby, 2008) weisen dabei insbesondere auf folgende inhaltliche Trauer-Aspekte hin: Schuld und Verantwortung, Zurückweisung, Scham und Stigmatisierung sowie Versuche der Hinterbliebenen, eine Erklärung für den Suizid bzw. eine Antwort auf die Frage nach dem „Warum!?“ zu finden. Ebenso zeigen Forschungsergebnisse, dass Hinterbliebene nach Suizid im Vergleich zu Trauernden nach nicht gewaltsamen Todesursachen ein erhöhtes Risiko aufweisen, eine Depression, Angststörung und/oder Posttraumatische Belastungsstörung zu erleiden, komplizierte Trauer zu erleben und/oder Suizidgedanken zu äußern bzw. Suizid(versuche) zu verüben (Cerel, Maple, van de Venne, Moore, Flaherty & Brown, 2016; Jordan & McIntosh, 2011b; Sanford, Cerel, McGann & Maple, 2016). Dieses Risiko wird beeinflusst von der erlebten Nähe und Qualität der Beziehung zur verstorbenen Person, aber auch von der Persönlichkeit der Hinterbliebenen vor dem Verlust, deren Resilienz und/oder Vulnerabilität.

Im Folgenden wird ein Überblick über die spezifischen inhaltlichen Aspekte von Trauer nach Suizid gegeben und wie diese aus personenzentrierter Sicht verstanden werden können. Um die Themen auf der Erlebensebene greifbarer zu machen, werden einzelne Kapitel mit Zitaten von Saskia Jungnikl (2014) und Freya von Stülpnagel (2013), die öffentlich über ihren Trauerweg nach dem Suizid einer nahestehenden Person geschrieben haben, versehen.

Das Unerwartete passiert: Schock als unmittelbare Reaktion

„Wenn ich mich zurückerinnere, als mir die Nachricht von dem Suizid meines Sohnes mitgeteilt wurde, so weiß ich noch, dass ich die Worte zwar mit meinem ‚äußeren‘ Ohr hörte, sie aber nicht verstand“ (Stülpnagel, 2013, S. 19).

Die Nachricht über den Suizid einer nahe stehenden Person geht mit einem Schockerleben und einem Gefühl von

1 Im Artikel wird die Umsetzung einer geschlechtsneutralen Sprache angestrebt. In den Fällen, wo dies nicht möglich ist, wird die weibliche Form verwendet; es sind dabei selbstverständlich beide Geschlechter gleichwertig gemeint.

Unwirklichkeit einher; sie löst bei den Hinterbliebenen eine ausgeprägte und intensive Stressreaktion aus (vgl. Jordan & McIntosh, 2011b). Bei manchen zeigt sich der Schock als Betäubung, Empfindungs- und Teilnahmslosigkeit; andere weinen oder schreien bis zur Erschöpfung; wieder andere reagieren nach außen sehr gefasst, ihre Gefühle brechen sich erst nach Stunden oder Tagen Bahn. Der Körper reagiert mit Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Herzstolpern, Atemlosigkeit bzw. flacher Atmung, Verspannungen, Körperschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Paul, 2017, S. 73). Nach dem Schock kommt die Fassungslosigkeit: „Das kann nicht wahr sein!‘ ‚Das ist ein Traum, aus dem ich gleich erwachen werde ...‘ ‚So was passiert anderen, aber doch nicht mir ...“ (ebd., S. 70).

Personenzentriert betrachtet ist die Person aufgrund der Unabänderlichkeit des Suizids mit einer Situation totaler Macht- und Hilflosigkeit konfrontiert, die der Organismus als bedrohlich bewertet, weil Kampf wie auch Flucht zwecklos sind.

„Ich fühle mich wie eine Gefangene, die nirgendwo hin kann. Ich kann nicht vor mir selbst flüchten und vor den Stimmen in meinem Kopf und den Gefühlen in meinem Bauch und meiner Brust“ (Jungnikl, 2014, S. 19).

Als Folge beginnt das Erleben der akuten Inkongruenz (vgl. Biermann-Ratjen, 2003, S. 129). Die Person erlebt etwas, das nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbar ist bzw. ihr bestehendes Selbstkonzept änderte, wenn sie die Erfahrung als Selbsterfahrung zuließe. Sie erlebt Entsetzen, körperliche Erstarrung, intensiven Schmerz, tiefgehende Trauer und absolute Ohnmacht. Der Schockzustand und die darauf folgende Fassungslosigkeit verhindern zunächst das Eindringen dieser heftigen organismischen Erfahrungen ins Bewusstsein und stehen damit im Dienste der Abwehr von Erfahrung zum Zweck der Erhaltung des Selbstkonzeptes sowie gleichermaßen im Dienste des Überlebens des Gesamtorganismus.

Spezifische Themen bei Suizidtrauernden

Schuldgefühle und Schuldzuweisung

Schuldgefühle und Schuldzuweisungen sind Reaktionen, die von fast allen Suizidtrauernden erlebt werden (vgl. Andriessen et al., 2017a; Jordan & McIntosh, 2011b; McIntosh & Jordan, 2011; Shields et al., 2017). Derartige Reaktionen gehören zwar zu den meisten Trauerprozessen, nach einem Suizid werden sie jedoch in einem anderen Kontext und intensiver erlebt und nehmen damit mehr Raum ein als bei Trauer nach anderen Verlusten (vgl. Backhaus, 2017; McIntosh & Jordan, 2011; Metz, 2002; Paul, 2012).

Schuldgefühle richten sich gegen die eigene Person und äußern sich in Form von Selbstvorwürfen, die Anzeichen für den Suizid nicht erkannt oder nicht ernst genommen zu haben und damit (mit)verantwortlich bzw. „schuldig“ zu sein: „Ich hätte es kommen sehen müssen!“², „Hätte ich die Zeichen erkannt und ernst genommen, so hätte ich den Suizid verhindern können!“, „Mir war meine Arbeit wichtiger als mein Partner, und deshalb war ich nicht aufmerksam genug“. Wenn die verstorbene Person schon viele Jahre an einer psychischen Erkrankung litt und Suizidalität den Alltag prägte, können Schuldgefühle auch deshalb auftreten, weil sich Hinterbliebene erleichtert fühlen, dass die ständige Sorge nun ein Ende hat (vgl. Andriessen et al., 2017a).

Schuldzuweisungen hingegen richten sich nach außen, entweder an die verstorbene Person selbst oder an andere Personen im sozialen Umfeld, in der Familie bzw. auch an Personen, die im professionellen Hilffsystem aus Sicht der Suizidtrauernden versagt haben. Sie sind häufig mit intensiver Wut verbunden.

Insgesamt erscheinen gegen die eigene Person gerichtete Schuldgefühle sowie Schuldzuweisungen gegenüber anderen eine geeignete Antwort auf das Nichtverstehen des Suizids und auf die Ohnmachtsgefühle zu sein. Paul (2013) spricht von sogenannten instrumentellen Schuldgefühlen, die sie als „ein meist unbewusst eingesetztes Instrument zur momentanen oder langfristigen Situationsbewältigung“ (S. 65) versteht. Sie können Erklärungszusammenhänge liefern und ein Gefühl von persönlicher Handlungsfähigkeit geben; die Rat- und Hilflosigkeit wird überschaubar, die erlebte Ohnmacht aushaltbar. „Als ‚Schuldiger‘ [...] bin ich in der Lage, Einfluss zu nehmen“ (ebd., S. 77). Auch die Beschuldigung anderer kann als Versuch verstanden werden, Kontrolle wiederzuerlangen; darüber hinaus kann dadurch die eigene Schuld entlastet, und die Wut muss nicht gegen die verstorbene Person gerichtet werden (vgl. Dunn & Morrish-Vidners, 1988).

Aus personenzentrierter Perspektive können konstruierte Schuldzusammenhänge als Ausdruck der erhaltenden Funktion der Selbst-Aktualisierungstendenz verstanden werden. Sie stellen das Selbstkonzept der Person, stets handlungsfähig zu sein und mit allen Situationen umgehen zu können, nicht infrage. Das für das Selbstkonzept bedrohliche organismische Erleben von Ohnmacht, Entsetzen, Schmerz, Zurückweisung und Trauer kann durch Schuldgefühle bzw. Schuldzuweisungen – zunächst – abgewehrt werden. Obgleich sie nicht aus dem Personenzentrierten Ansatz kommt, merkt Paul (2013, S. 75) dazu sehr treffend an: „Ein bewusstes Eingeständnis ihrer Ohnmacht [...] würde ihr Selbstbild zerstören. Es passt besser zu

² Die in Anführungsstriche gesetzten Aussagen sind keine wörtlichen Zitate von Klientinnen, sondern sinngemäße Zusammenfassungen aus von mir begleiteten Suizidtrauerprozessen.

ihrer Identität, sich Einfluss auf das Sterben der anderen zuzuschreiben“.

Im Trauerprozess wird es zunächst darum gehen, den schützenden Aspekt der Schuldgefühle unbedingt positiv zu beachten und in der Folge deren subjektive Bedeutung vertiefend zu explorieren und zu verstehen. Ein Ausweg aus den Schuldgefühlen ist laut Paul (2012, S. 110ff.) möglich, wenn sich Suizidtrauernde mit dem Thema „Erklärung“ auseinandersetzen, die verlorene Beziehung mit all ihren Stärken und Schwächen betrachten und sich mit den Begrenzungen der Existenz befassen.

Erlebte Zurückweisung, Wut und Selbstwert

Die meisten Menschen haben tief sitzende Überzeugungen über sich als wertvolle Person, die ihr Leben kontrollieren und beeinflussen kann, über Andere und die Beziehungen zu ihnen. Durch einen Suizid (und andere unerwartete und gewaltsame Todesursachen) können diese Überzeugungen massiv erschüttert werden. Es „drängt sich die mögliche Freiwilligkeit der Tat in die Trauer der Hinterbliebenen“ (Zwierlein, 2014, S. 24): „Du hast mich verlassen und im Stich gelassen!“, „Wie konntest du mir das nur antun?!“, „Wenn du mich genug geliebt hättest, hättest du anders entschieden“. Dies wird als immense Zurückweisung erlebt und kann tiefe Verzweiflung und Schmerz sowie intensive und heftige Wut auslösen (vgl. Jordan, 2011). Der Suizid rüttelt am Selbstwert (vgl. Zwierlein, 2014) bzw. – personenzentriert gesagt – am Selbstkonzept als liebenswerte Person:

„Wenn also der wichtigste und prägendste Mann in meinem Leben mir die schlimmste Wunde überhaupt zufügt, was bedeutet das dann? Was bin ich dann wert?“ (Jungnikl, 2014, S. 176).

Die Wahrnehmung des eigenen Selbst und des (gemeinsamen) Lebens vor dem Suizid, das Wissen über bzw. die Vertrautheit mit der verstorbenen Person und die Beziehung zu ihr wird infrage gestellt (vgl. Jordan, 2011; Sands, Jordan & Neimeyer, 2011; Shields et al., 2017). „Warum hast du dich mir nicht anvertraut?“, „Wie konntest du vor mir verheimlichen, wie es dir wirklich geht?“. Es ist nicht einfach zu akzeptieren, dass die nahe stehende Person ihre Probleme nicht angesprochen, nicht um Hilfe gebeten und auch keine erkennbaren Signale für Suizidalität vermittelt hat (vgl. Andriessen et al., 2017a).

Die erlebte Zurückweisung und die Erschütterung des Vertrauens in die Beziehung sowie die damit (mitunter) verbundene Wut können wiederum zu den oben dargestellten Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen führen bzw. diese insofern bestärken, selbst nicht genug Liebe, Aufmerksamkeit, Fürsorge und Unterstützung gegeben zu haben und darum verantwortlich für den Suizid zu sein oder im Sinn von „Ich darf nicht wütend sein auf einen Toten“ oder „Wut ist ein Gefühl, das in der Trauer nicht erlaubt ist“. Die erlebte Wut wird von vielen

Trauernden häufig als sehr schwieriges Gefühl wahrgenommen, in dem sie sich kaum annehmen können. Ein Selbstkonzept als liebende Person ist nicht vereinbar mit Wut, noch dazu, wenn diese auf die geliebte verstorbene Person gerichtet ist.

Aus personenzentrierter Sicht kommt es „zu einer Des-Integration und Inkongruenz, da die verlorengegangene Beziehung Teil des Selbst war“ (Metz, 2002, S. 590). Durch den Suizid tritt eine „radikale Änderung“ (ebd.) der Beziehung zur verstorbenen Person ein, was mit einer massiven Verunsicherung des eigenen Selbstkonzeptes einhergehen kann. Dies umso mehr, je bedeutsamer und näher die Beziehung zur verstorbenen Person war. Im Trauerprozess wird es notwendig sein, sich selbst „nach einem Verlust (wieder/ anders als bisher) als getrennte Person wahrzunehmen, mit eigenen Gefühlen, Erfahrungen, Lebensperspektiven“ (ebd., S. 590).

Die existenzielle Dimension der Trauer

Hinterbliebene nach Suizid sind in ihrem Trauerprozess jedoch nicht nur mit tief greifenden Veränderungen ihrer Einstellungen zu sich selbst – und damit ihres Selbstkonzeptes – und zur Beziehung zur verstorbenen Person beschäftigt, sondern auch mit existenziellen Fragen, insbesondere bzgl. der „Begrenzungen unseres Seins, nicht zuletzt ein unfreiwilliges Ausgesetztsein, auch gegenüber Widrigkeiten und tragischen Dimensionen wie dem Tod und Leid“ (Stumm, 2014, S. 168). Wie jede Trauer konfrontiert auch die Suizidtrauer mit der Endlichkeit des Lebens, auch des eigenen, aber auch mit anderen Herausforderungen und Eigenheiten menschlicher Existenz. Die bisherige Vorstellung von der Welt erweist sich als Illusion, „nämlich, dass das Leben im Sinne einer persönlichen Besonderheit Sicherheit und Schutz garantiere“ (Stumm, 2014, S. 169).

„Ich zweifle an meiner Wahrnehmung. Es ist eine selbstverständliche Annahme, dass die Menschen um mich herum leben und nicht sterben wollen, und sein Tod dreht also dieses tiefste innere Prinzip um. Alles steht auf dem Kopf“ (Jungnikl, 2014, S. 175).

Letztlich besteht bei vielen Menschen eine „grundsätzliche und universelle Schwierigkeit, mit unserer Existenz einhergehende Ungewissheiten und Widrigkeiten [...] zu akzeptieren“ (Stumm, 2014, S. 169). Menschen versuchen, sich durch verschiedene Strategien davor zu schützen: bei Suizidtrauernden z. B. die Wiedererlangung der Kontrolle durch Schuldgefühle und Schuldzuweisung (s. o.) oder durch die Suche nach Erklärungen und Antworten (s. u.). Diese Strategien können personenzentriert als Formen der Abwehr verstanden werden, nicht nur des organismischen Erlebens, sondern auch der „ontologischen (seinsmäßigen) Verfasstheit“ (ebd.). Sie dienen der Erhaltung eines Selbstkonzeptes, das die Welt im Allgemeinen als sicher, verstehbar, gut und gerecht wahrnimmt. Für

das Vorankommen im Trauerprozess wird es als bedeutsamer Schritt gesehen, sich mit Kontrollverlust und der Ungültigkeit dessen, dass alles wieder gut wird, auseinanderzusetzen und sich auf die eigenen Gefühle der Einsamkeit, Zerbrechlichkeit und Hoffnungslosigkeit einzulassen (vgl. Dunn & Morrish-Vidners, 1988; Backhaus, 2017; Ehrmann, 1992; Metz, 2002).

Erklärungen für den Suizid und Antworten auf die Frage nach dem „Warum“ finden

„Da gibt es nur den harten Kampf um das Verstehen und die Suche nach dem Warum“ (Jungnikl, 2014, S. 179).

Für viele Hinterbliebene ist der Suizid einer ihnen nahestehenden Person unerklärlich und ohne offensichtlichen Grund. „Suicide thus remains a cause of death that cries out for explanation“ (Jordan, 2011, S. 181). Die Suche nach Antworten auf das „Warum“ beschäftigt daher die meisten Suizidtrauernden. Sie beinhaltet das Bemühen, die (Vor-)Geschichte des Suizids zu rekonstruieren. Dies umfasst sowohl die Ereignisse, die zum Suizid geführt haben könnten, als auch Überlegungen darüber, wie sich die verstorbene Person vor dem Suizid gefühlt haben mag.

Abschiedsbriefe können die Rekonstruktion erleichtern (vgl. Wagner, 2013) und Schuldgefühle sowie Schuldzuweisungen lindern, wenn die verstorbene Person die eigenen Suizidmotive darstellt. Sie können aber auch erschwerend wirken, wenn darin negative Gefühle und Anschuldigungen enthalten sind. Das Fehlen von Abschiedsbriefen kann das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und der erlebten Zurückweisung verstärken: „Ich war dir nicht einmal ein paar Zeilen zum Abschied wert!“

Aus personenzentrierter Sicht kann die Suche nach Antworten auf das „Warum“ wiederum als Ausdruck der Selbst-Aktualisierungstendenz verstanden werden. Die Person versucht zunächst, das bestehende Selbstkonzept durch Wiedererlangen von Kontrolle zu erhalten. Das Bemühen um Rekonstruktion kann in der Folge in die Entfaltung des Organismus, inklusive Selbstkonzept, münden, wenn die suizidtrauernde Person in ihrem Trauerprozess Schritt für Schritt das Nichtwissen und die Ohnmacht akzeptieren und für sich selbst eine ausreichend glaubhafte Erklärung finden kann (vgl. Jordan, 2011; Sands et al., 2011; Shields et al., 2017), „die komplex („der Suizid war das Ergebnis von vielen Faktoren, nicht nur von einem“), realistisch („mein Beitrag zum Suizid war begrenzt oder sogar nicht existent und ich erkenne die Grenzen, was ich hätte tun können“) und mitfühlend („ich, mein Umfeld und mein geliebter Verstorbener haben das Bestmögliche getan in Anbetracht dessen, wer wir waren und womit wir umzugehen hatten“) ist“ (Jordan, 2011, S. 199; Übersetzung durch die Autorin).

Der soziale Kontext der Trauer

„Ich tue mir immer noch schwer damit, es auszusprechen, was weniger daran liegt, dass ich ein Problem damit habe, als vielmehr damit, dass ich mein Gegenüber gar nicht erst unvorbereitet in diese Situation bringen will. [...] Fast jedes Mal ist die Unterhaltung darauf beendet“ (Jungnikl, 2014, S. 180).

Stigmatisierung und Scham

Studien über Suizidtrauernde zeigen, dass sie sich stereotypen Vorstellungen, Vorurteilen und Ausgrenzung bzw. Diskriminierung ausgesetzt fühlen und dass erlebte Stigmatisierung den Trauerprozess erschweren kann (vgl. Hanschmidt, Lehnig, Riedel-Heller & Kersting, 2016; Scocco, Preti, Totaro, Ferrari & Toffol, 2017; Shields et al., 2017; Young et al., 2012).

Da Suizid – auch in unserer Gesellschaft – eine immer noch tabuisierte Todesursache ist, kann es für Hinterbliebene schwierig sein, offen über ihren Verlust zu sprechen (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994; Young et al., 2012). Im kirchlichen Umfeld z. B. hat sich in den letzten Jahren zwar einiges „verbessert“, bis vor wenigen Jahrzehnten wurde jedoch noch eine christliche Bestattung verweigert. Die Zuschreibung des Suizids als sündhaft und verwerflich passiert immer noch und ist häufig verinnerlicht. Nicht nur die Bewertung der Suizidhandlung an sich, sondern auch die Bewertung der psychischen Erkrankung, die häufig damit verknüpft ist, spielt bei der Stigmatisierung eine Rolle. Auch das eigene soziale Umfeld kann diese Bewertung in sich tragen, was sich im Verhalten Trauernden gegenüber entsprechend auswirken kann: Der Fokus wird häufig viel mehr auf die Todesumstände als auf die trauernde Person gelegt, Spekulationen über Schuld werden angestellt. Darunter leiden die Anteilnahme und der Respekt den Trauernden gegenüber (vgl. Paul, 2017, S. 139).

Auch Suizidtrauernde selbst haben diese gesellschaftlichen, kulturellen und/oder religiösen Bewertungen und Tabus verinnerlicht; manche fühlen sich selbst befleckt, entwertet, unbehaglich (Hanschmidt et al., 2016, S. 8). Sie schämen sich, darin versagt zu haben, die verstorbene Person zu schützen und sie am Suizid zu hindern; sie schämen sich, weil die verstorbene Person keinen anderen Ausweg sah; sie schämen sich wegen ihrer eigenen Trauerreaktion.

Unbeholfenheit im Umgang mit Trauer

„Viele Menschen wissen nicht, wie sie das Thema ansprechen oder wie sie den unmittelbar Betroffenen begegnen sollen. Sie wollen helfen, aber sie wollen nicht aufdringlich sein“ (Jungnikl, 2014, S. 244).

Hinzu kommt eine allgemeine Unbeholfenheit der Gesellschaft, mit Tod und Trauer umzugehen (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994; Jordan, 2008; Paul, 2012), die durch das Thema Suizid noch

verschärft wird. Viele Menschen wissen nicht, wie sie helfen können, und vermeiden den Kontakt zu den Hinterbliebenen. In der Folge fühlen sich Suizidtrauernde in ihrem großen Bedürfnis nach einem zuhörenden, verstehenden und Raum gebenden Gegenüber durch das soziale Umfeld oft zurückgewiesen oder zum Schweigen gezwungen und sehen sich stattdessen mit Erwartungen konfrontiert, wie ihre Trauerreaktion auszusehen hat: Es sollen nicht zu viele, aber auch nicht zu wenige Gefühle geäußert werden; „richtige“ Trauer soll nicht zu kurz, aber auch nicht zu lange dauern (vgl. Backhaus, 2017; Jerneizig et al., 1991/1994). Durch diesen Mangel an Verständnis und durch die Kontaktvermeidung fühlen sich Suizidtrauernde mit ihrem unerträglichen Schmerz alleingelassen und haben das Gefühl, damit unaushaltbar und unzumutbar bzw. gar verrückt zu sein. Insofern bestätigt das soziale Umfeld das bestehende Selbstkonzept, in dem es ohnehin kaum Platz für das intensive Trauererleben gibt.

Aber auch, wenn das Umfeld unterstützend reagieren wollte, zeigen sich viele Suizidtrauernde nicht offen in ihrem Schmerz, mit ihren nicht enden wollenden Tränen, in ihrer Bedürftigkeit und Einsamkeit oder auch in ihrer Wut. Sie sind überzeugt, dass niemand ihren Schmerz wirklich verstehen kann, der nicht selbst so etwas Schreckliches erlebt hat. Viele fühlen sich nur von Personen verstanden, die dieselbe Erfahrung gemacht haben (vgl. Shields et al., 2017). In Selbsthilfegruppen fühlen sie die Sicherheit, sich nicht verstellen zu müssen, sondern in allen Gefühlen ausgehalten zu werden und damit zumutbar zu sein.

Schwierigkeiten in der Familie

Auch innerhalb der Familie werden die Gefühle rund um den Verlust oft nicht geteilt (vgl. Jordan, 2008; 2011; Shields et al., 2017), zum einen, um sich vor gegenseitigen Schuldzuweisungen zu schützen oder einander nicht zu belasten oder aufzuzuregen zum anderen, weil die Fokussierung auf die eigene Trauer so stark werden kann, dass es unmöglich ist, die unterschiedlichen Trauerprozesse einzelner Familienmitglieder anzuerkennen.

„Jeder versucht, mit der Situation und dem Verlust alleine und auf seine Weise fertig zu werden. Jeder wird auch nur auf seine Weise mit der Sache fertig. Und es kommt auch eine gewisse Scheu hinzu: Wenn ich gerne einmal darüber reden möchte, bin ich nicht sicher, ob der andere das auch möchte. Vielleicht geht es ihm gerade gut damit, und ich erinnere ihn nur schmerzlich an etwas“ (Jungnikl, 2014, S. 215).

Stigmatisierung, Scham sowie Unbeholfenheit im Umgang mit Trauer können dazu führen, dass sich Suizidtrauernde zurückziehen, ihre trauerbezogenen Gefühle nicht zeigen oder gar unterdrücken und/oder die eigentliche Todesursache verheimlichen (vgl. Hanschmidt et al., 2012; Shields et al., 2017).

Zudem schwächen sie „das Selbstwertgefühl der Hinterbliebenen und verstärken die empfundene Isolation“ (Paul, 2012, S. 101). In der Folge können sie den Trauerprozess behindern und das Aufsuchen und Annehmen von (nicht nur) professionellen Hilfsangeboten erschweren – aus Angst, auch von diesen Personen verurteilt und nicht verstanden zu werden (vgl. Hanschmidt et al., 2012; Jerneizig et al., 1991/1994; Shields et al., 2017).

Es soll an dieser Stelle nicht ungesagt bleiben, dass Phasen des Rückzugs zum Trauerprozesses gehören und manchmal auch die Voraussetzung dafür sind, sich wieder für neue Menschen und Gefühle öffnen zu können (vgl. Paul, 2012, S. 140).

„Jetzt fühle ich mich wie ein verletztes Tier, das nicht genau weiß, was passiert ist, nur dass es sich zurückziehen muss und seine Wunden lecken, bevor es wieder hinausgeht“ (Jungnikl, 2014, S. 155).

Differentialdiagnostische Überlegungen zu Trauer nach Suizid

Trauer und/oder Trauma?

Bei Suizidtrauernden kann sich die Trauer mit Aspekten von Trauma überlappen (vgl. Jordan, 2008; 2011; Paul, 2014; Wagner, 2013). Trauer und Trauma sind Reaktionen auf ein belastendes Ereignis. Auf belastende Ereignisse reagiert das Individuum zunächst mit einer ersten unmittelbaren Schockreaktion (s.o.), die in der ICD-10 als „akute Belastungsreaktion“ (F43.0; Dilling, Mombour & Schmidt, 2006, S. 162) beschrieben wird. Auf diese folgt ein Bewältigungsprozess, der in der ICD-10 als „Anpassungsstörung“ (F43.2; ebd., S. 166) kodiert ist; darin werden Trauerfälle explizit als mögliche Auslöseereignisse benannt. Unter besonderen Bedingungen kann sich eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1; ebd., S. 164) entwickeln; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Suizidtrauernde die verstorbene Person selbst entdeckt haben. Dann können sich Bilder des Entsetzens im Gedächtnis einprägen und noch Jahre später in Form von Flashbacks und/oder Alpträumen ins Bewusstsein drängen. Auch wenn die verstorbene Person nicht selbst aufgefunden wurde, können imaginierte Bilder vom Fundort oder vom Zustand des Leichnams als intrusive Bilder auftauchen (vgl. Backhaus, 2017; Jordan, 2008; 2011; Wagner, 2013). Die posttraumatischen Bilder und Eindrücke sind von anderen Gedächtniseindrücken dissoziiert; sie schieben sich vor alle anderen Erinnerungen – auch vor die angenehmen – und können den Trauerprozess behindern (vgl. Backhaus, 2017).

Obgleich der Verlust durch Suizid ein traumatisches Verlustereignis darstellt, entwickelt jedoch die Mehrzahl der Suizidtrauernden keine Posttraumatische Belastungsstörung, auch

wenn sie im Vergleich zu Trauernden nach natürlichen, nicht gewaltsamen Todesursachen ein nachweislich erhöhtes Risiko dafür aufweisen (vgl. Mitchell & Terhorst, 2017). Es ist jedoch, insbesondere bei erschwerten Trauerprozessen, empfehlenswert, den Blick auf die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung offenzuhalten (vgl. Holland & Neimeyer, 2011; Sanford et al., 2016).

Persistierende komplexe bzw. prolongierte Trauerstörung: Bedarf es einer eigenständigen Diagnose für Trauer?

Suizidtrauernde sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, komplizierte Trauer zu erleben (vgl. z. B. Andriessen et al., 2017a; Jordan & McIntosh, 2011a; 2011c), insbesondere wenn sie in der gedanklichen Beschäftigung mit den oben dargestellten Themen verhaftet bleiben und keinen Weg finden, sich davon zu distanzieren. Das Risiko für die Entwicklung einer komplizierten Trauer wird von folgenden Faktoren beeinflusst: plötzlicher und unerwarteter Tod, entsetzliche Bilder im Zusammenhang mit den Todesumständen, gewaltsamer Tod durch Fremdeinwirkung, stigmatisierende Todesumstände, mehrfache Verluste, Verlust eines Kindes (vgl. Wagner, 2013, S. 35). Die meisten der Risikofaktoren treffen auf Suizidtrauernde zu. Die komplizierte Trauer wurde von der WHO (o. J.) in die 11. Revision der ICD mit der Bezeichnung „prolonged grief disorder“ als eigenständige Diagnose aufgenommen. Im DSM-5 ist sie als „persistent complicated bereavement disorder“ enthalten, allerdings noch nicht als eigenständiges, sondern als Störungsbild, das noch weiterer Forschung bedarf (vgl. Steinig & Kersting, 2015). In Fachkreisen wird kritisch und kontrovers diskutiert, ob eine Trauer überhaupt pathologisch sein kann.³ Die beschriebenen Symptome sind nicht von der natürlichen Trauer zu unterscheiden, lediglich deren Dauer und Intensität könnten zu problematischen Trauerverläufen führen. Besonders umstritten ist der für die ICD-11 vorgeschlagene Zeitraum von sechs Monaten nach dem Verlust als für die Diagnosestellung relevant (im DSM-5 sind es 12 Monate). Es wird zwar betont, dass der soziale, kulturelle und/oder religiöse Kontext des Individuums einzubeziehen ist, dennoch halte ich es, wie auch Backhaus (2017), für nicht sehr realistisch anzunehmen, dass eine „normale“ Trauer (zumindest innerhalb des mitteleuropäischen Kulturkreises, in dem ich selbst lebe) nach sechs Monaten bereits abgeschlossen sein soll. Dies baut falsche Erwartungen auf in einer Gesellschaft, die immer schnelllebiger wird und in der das Funktionieren müssen die tatsächlichen menschlichen Möglichkeiten überfordert.

³ Eine differenzierte Erörterung dieser Diskussion ist im Rahmen dieses Artikels nicht möglich (vgl. z. B. Albrecht & Mucksch, 2017; Wakefield, 2013).

Dennoch halte ich es, insbesondere bei Hinterbliebenen nach Suizid (oder anderen gewaltsamen Todesursachen), für bedeutsam, ein chronifiziertes, prolongiertes Trauererleben erkennen zu können, weil dies im Unterschied zur Begleitung von „unkomplizierten“ Trauerprozessen eines psychotherapeutischen Vorgehens bedarf.

Suizidtrauer und Personzentrierter Ansatz

Trauerreaktion nach Suizid aus personzentrierter Sicht

Ausgehend vom Grundprinzip des Personzentrierten Ansatzes können alle Trauerreaktionen als Ausdruck der Wirksamkeit der Aktualisierungstendenz verstanden werden, angesichts des erschütternden Ereignisses zunächst eher in ihrer erhaltenden und später, bei Vorhandensein von förderlichen Bedingungen, in ihrer entfaltenden Qualität. „Any expression of grief, however ‘inappropriate’ it might seem to the outsider, is understood as the most healthy reaction for the person in that moment“ (Haugh, 2012, S. 24). Welche Gefühle ein suizidtrauernder Mensch auch immer erlebt, mit welchen Verhaltensweisen auch immer er reagiert, aus der Sicht des Organismus ist die jeweilige Reaktion „die beste und sinnvollste, die er in diesem Moment treffen kann“ (Gutberlet, 1985, S. 58). Die individuelle und subjektive Trauerreaktion kann demnach als sinnvoller Versuch betrachtet werden, „sich inneren und äußeren Bedingungen so anzupassen, daß der Organismus erhalten wird und – wenn die Erhaltung gesichert scheint – auch wachsen kann“ (ebd., S. 57). Insofern trägt das Vertrauen in die Tendenz des Organismus, sich zu aktualisieren, dazu bei, die trauernde „Person in ihrer eigenen Logik zu erfassen, statt sie zu verurteilen“ (Stumm, 2010, S. 136f.).

Zunächst reagiert der Organismus angesichts des Entsetzens mit Schock und Betäubung, was als Ausdruck der Aktualisierungstendenz in ihrer erhaltenden Funktion verstanden werden kann. So wird der Gesamtorganismus vor dem intensiven Erleben des Entsetzens, des Schmerzes, der Trauer und der Ohnmacht geschützt und sein Überleben gesichert. Die Betäubung hält nicht allzu lange an, das organismische Erleben drängt zunehmend ins Bewusstsein, der Organismus will sich entfaltend aktualisieren, er will wachsen. Treffen die Erfahrungen des sich aktualisieren wollenden Organismus auf ein Selbstkonzept, das durch diese Erfahrungen bedroht wird, reagiert die suizidtrauernde Person mit Inkongruenz. Teile ihrer Erfahrung stimmen nicht mit ihrem bestehenden Selbstkonzept überein und müssen abgewehrt werden. Die Person erlebt Spannung: Sie strebt einerseits danach, das bestehende Selbstkonzept zu erhalten, andererseits es im Sinne der gesamtorganismischen Bewertung zu erweitern.

Im Trauerprozess kann die Suizidtrauerreaktion entweder als angemessene organismische Erfahrung im Selbstkonzept symbolisiert werden und somit zu positiven Veränderungen, Wachstum und Entwicklung des Selbstkonzeptes beitragen (Selbstentfaltung) (vgl. Gutberlet, 1985). Wenn aber das Selbstkonzept die Oberhand gewinnt, kann die Erfahrung erfolgreich vom Bewusstsein ferngehalten oder verzerrt symbolisiert werden. Somit kann sich das „alte“ Selbstkonzept behaupten, die Abwehr der Erfahrung war im Sinne der Selbsterhaltung erfolgreich (ebd.). Dann kann sich die Trauer zu einer chronifizierten Inkongruenz (Biermann-Ratjen, 2003, S. 131) entwickeln und z. B. in der oben beschriebenen prolongierten Trauerstörung (WHO, o. J.), aber auch in Form von Depression oder Angst, zum Ausdruck kommen. Die Erfahrung kann aber auch aufgrund ihrer Unerträglichkeit zu einem Zusammenbruch des Selbstkonzeptes führen, wenn sie weder integriert noch durch Verzerrung oder Verleugnung abgewehrt werden kann. Dabei wären, durch das Überflutetwerden von Erleben bei gleichzeitigem Verlust eines stabilen Selbstgefühls, auch psychotische Entwicklungen möglich (vgl. Gutberlet, 1985).

Trauerbegleitung nach Suizid und Personzentrierter Ansatz

„Die Rückkehr ins normale Leben ist schwieriger, als ich es mir in guten Momenten gedacht, und genauso schwierig, wie ich es in meinen schweren Momenten befürchtet habe“ (Jungnikl, 2014, S. 153).

Da das vorliegende Themenheft zwei Artikel über Trauer und Trauerbegleitung enthält (vgl. die Artikel von Backhaus und Paul, in diesem Heft), wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung verzichtet. Stattdessen wird gezeigt, dass der Personzentrierte Ansatz für die Begleitung von Trauerprozessen nach Suizid besonders geeignet erscheint. Darüber hinaus werden gedankliche Anstöße an Psychotherapeutinnen gegeben, worüber es Sinn macht zu reflektieren, wenn sie Suizidtrauernde begleiten (möchten).

Jerneizig und Kollegen (1991/1994, S. 62) entwickelten zwischen 1987 und 1991 eine „Klientenzentrierte Trauertherapie“ und konstatieren: „Wenn man die spezifischen Bedürfnisse Trauernder, ihre Erfahrungen mit den Reaktionen der sozialen Umwelt und die extreme Tabuisierung der Thematik Trauer in unserer Gesellschaft berücksichtigt, erweist sich die klientenzentrierte Trauertherapie als die Methode der Wahl“ (ebd.). Für diese Sichtweise gibt es (wenn auch nicht beabsichtigt) Bestätigung in der einschlägigen Fachliteratur über Suizidtrauer. So betont John R. Jordan (2008), amerikanischer Psychologe und Familientherapeut, dessen Arbeitsschwerpunkt seit vielen Jahrzehnten die Trauer nach Suizid und anderen traumatischen Verlustereignissen ist: „The central role of a compassionate, empathic, and patient therapeutic relationship in facilitating the

long term healing process for survivors cannot be overstated“ (S. 4). Ähnlich schlussfolgern Shields und Kolleginnen (2017) in ihrem Überblick über elf qualitative Studien zum Thema: „Indeed, providing a space for the bereaved to talk about and share their experience openly and honestly in an understanding and non-judgemental environment may, in itself, help them through the process of being bereaved by suicide“ (S. 451).

Es muss nicht betont werden, dass die genannten Qualitäten einigen Prämissen des Personzentrierten Ansatzes entsprechen: Konstruktive „Persönlichkeitsveränderung von Bedeutung“ kann nach Rogers (1957a/2004, S. 169) nur innerhalb einer Beziehung zustande kommen. Das Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapeutin ist von unbedingt positiver Beachtung, Empathie und Kongruenz gekennzeichnet.

Die Haltung der *unbedingt positiven Beachtung* aufseiten der Psychotherapeutin ermöglicht es Suizidtrauernden, alle ihre Gefühle und Empfindungen unmittelbar erleben und benennen zu dürfen. Sie werden nicht bewertet, sondern dürfen sein, wie sie gerade in diesem Moment sind. Die konsequente unbedingt positive Beachtung fördert auch den Ausdruck derjenigen trauerbezogenen Gefühle, in denen sich die trauernde Person selbst (noch) nicht annehmen kann. Durch das Erleben der wertschätzenden Haltung der Psychotherapeutin können Suizidtrauernde den „ganz eigenen und individuellen Weg ihrer Trauer herausarbeiten“ (Backhaus, 2017, S. 38). Sie fühlen sich „von dem Druck befreit, sich in irgendeiner Form ‚verhalten zu müssen““ (Jerneizig et al., 1991/1994, S. 65).

Das Bemühen um *Einführung* in den individuellen inneren Bezugsrahmen der suizidtrauernden Person durch die Psychotherapeutin ermöglicht es, die persönliche, subjektive Bedeutung einzelner Trauerinhalte Schritt für Schritt empathisch zu verstehen (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994). Warum erlebt eine Person ihre Trauer genau so und nicht anders? Welche Aspekte ihres Idealbildes als trauernder Person sind vielleicht bedroht? Welches organismische Erleben rund um den Verlust ist mit dem bestehenden Selbstkonzept nicht vereinbar und muss daher (zunächst) abgewehrt werden? Welche Abwehrstrategien werden zu welchem Zweck angewendet, und welche subjektive Bedeutung haben sie? Sich gemeinsam all diesen Aspekten zuzuwenden, kann zu mehr Selbstakzeptanz und einem vertiefenden Verstehen des eigenen Erlebens aufseiten der suizidtrauernden Person führen. Die konsequente Exploration des – oft auch widersprüchlichen – eigenen Erlebens und der Ausdruck desselben ermöglicht es, im eigenen Tempo eine Ordnung in das erlebte Gefühlschaos zu bringen. Das „erschütterte Selbstbild kann sich allmählich wieder neu strukturieren“ (Backhaus, 2017, S. 38). Für Psychotherapeutinnen ist es wichtig, sich dabei ausschließlich am inneren Bezugsrahmen der trauernden Person zu orientieren und sich „nicht verleiten zu lassen, die Gründe für den Suizid zu analysieren

(um uns selbst Sicherheit zu verschaffen) und damit eine Beurteilung der Situation vorzunehmen anstatt uns dem Hinterbliebenen zuzuwenden und zu versuchen, ihn zu verstehen“ (ebd., S. 105).

„Echte“ Empathie und unbedingt positive Beachtung sind jedoch nur dann gewährleistet, wenn die Psychotherapeutin in der Begegnung *kongruent*, also sie selbst, sein und bleiben kann. Sie kann dann angesichts des Schmerzes der Suizidtrauernden präsent bleiben, den Schmerz teilen, ihn gemeinsam aushalten und muss ihn nicht sofort auflösen (vgl. Jordan, 2008, S. 4).

Dazu ist nach meiner Erfahrung in der Begleitung (nicht nur) von Suizidtrauernden die Auseinandersetzung mit folgenden Themen von großer Bedeutung, wenn nicht sogar eine Voraussetzung dafür, als Psychotherapeutin authentisch, präsent, berührbar und in Kontakt mit der suizidtrauernden Person sein und bleiben zu können (vgl. auch Backhaus, 2017; Haugh, 2012; Jerneizig et al., 1991/1994; Jordan, 2008; Sanford et al., 2016).

Ich halte es für sinnvoll und notwendig, sich als Psychotherapeutin der eigenen schmerzhaften Verluste bewusst sein und einen offenen Umgang mit dem eigenen Trauererleben haben zu können sowie sich der eigenen Sterblichkeit gewahr zu sein. Ebenso erachte ich es als bedeutsam, sich mit den eigenen Werten, Vorstellungen und Überzeugungen über Trauer und Trauerprozesse auseinanderzusetzen. In der Begleitung von Suizidtrauernden erlebe ich es darüber hinaus als essenziell, die eigene Einstellung und Haltung zu Suizid zu reflektieren. Weiterhin betrachte ich ein Wissen über die oben dargestellten spezifischen Themen des Trauerns nach Suizid und über die Bedürfnisse von Trauernden als hilfreich.

Wenn Psychotherapeutinnen aufgrund eigener – vielleicht negativer – Einstellungen zu Tod, Suizid und Trauer selbst inkongruent werden, kann es passieren, dass Suizidtrauernde das Gefühl bekommen, auch im professionellen Kontext mit Stigmatisierung und Hilflosigkeit im Umgang mit Suizid und Trauer konfrontiert zu sein. Die Folge wäre ein weiterer Rückzug und der Verlust von Hoffnung auf Hilfe. Wenn Psychotherapeutinnen hingegen ein personenzentriertes Beziehungsangebot zur Verfügung stellen können und dieses von der suizidtrauernden Person im Sinne der sechsten der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (vgl. Rogers, 1957a/2004) auch wahrgenommen werden kann, erfährt die hinterbliebene Person, dass ihre individuelle, subjektive Trauerreaktion empathisch einfühlbar und nachvollziehbar ist. Sie erlebt unbedingt positive Beachtung in allen Aspekten ihrer Trauer ebenso wie das Vertrauen in ihre Fähigkeit, den eigenen individuellen Trauerweg selbstständig bewältigen zu können (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994).

Fazit

Die Trauer nach Suizid wird aufgrund der Todesumstände und der damit verknüpften Tabuisierung zumeist als erschwert erlebt. Dennoch ist Suizidtrauer grundsätzlich nicht als pathologisch im Sinne einer prolongierten Trauerstörung zu verstehen, sondern als angemessene und nachvollziehbare Reaktion auf ein außergewöhnlich entsetzliches und (zumeist) unerwartetes Ereignis. Eine Begleitung, die geprägt ist von Einfühlung, Mitgefühl und einer nicht-wertenden Haltung ist aus der Sicht von Suizidtrauerexpertinnen notwendig und hilfreich. Daraus erschließt sich, dass ein personenzentriertes Beziehungsangebot besonders geeignet erscheint, Hinterbliebene nach Suizid in ihrem Trauerprozess zu begleiten. Von besonderer Bedeutung dabei ist, sich als Psychotherapeutin mit den oben dargestellten spezifischen Suizidtraueraspekten auseinanderzusetzen und die eigene Einstellung zu Suizid und Trauer zu reflektieren, um nicht Gefahr zu laufen, der suizidtrauernden Person mit eigenen Vorurteilen, Unsicherheiten und Ängsten zu begegnen oder durch eigene Vorstellungen einer „richtigen“ Trauer den persönlichen Trauerweg zu behindern. „Angesichts der erschweren Trauersituation im Fall des Suizids kann man den Trauernden nur verständnisvolle und verständige Menschen an ihrer Seite wünschen“ (Zwierlein, 2014, S. 28).

Literatur

- Albrecht, J. & Mucksch, N. (2017). Trauerstörung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 18(1), 28–35.
- Andriessen, K., Krysinska, K. & Grad, O. T. (2017). Current understandings of suicide bereavement. In K. Andriessen, K. Krysinska & O. T. Grad (Hrsg.), *Postvention in action. The international handbook of suicide bereavement support* (S. 3–16). Boston: Hogrefe.
- Andriessen, K., Krysinska, K. & Grad, O. T. (Hrsg.). (2017). *Postvention in action. The international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe.
- Backhaus, U. (2017). *Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlust*. München: Reinhardt.
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110–116.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7(2), 128–134.
- Brathuhn, S., Melching, H. & Adelt, T. (Hrsg.). (2014). Suizid: Aus-Weg-Los!? [Themenheft]. *Leidfaden*, 4(4).
- Bronisch, T. (2014). *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention* (6., überarb. Aufl.). München: Beck.
- Bundesamt für Statistik (o. J.). *Psychische Gesundheit*. Neuchâtel, Schweiz: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html> [1. 2. 2019].
- Cerel, J., Maple, M., Venne, J. v. d., Moore, M., Flaherty, C. & Brown, M. (2016). Exposure to suicide in the community: Prevalence and correlates in one U. S. State. *Public Health Reports*, 131 (1), 100–107. Verfügbar

- unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716477/pdf/phr1310000100.pdf> [1. 2. 2019].
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis / Weltgesundheitsorganisation* (4., überarb. Aufl.). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1988: Tenth revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F). Genf: WHO).
- Dunn, R. G. & Morrish-Vidners, D. (1988). The psychological and social experience of suicide survivors. *Omega – Journal of Death and Dying*, 18 (3), 175–215.
- Ehrmann, W. (1992). Als wär's ein Stück von mir. Die Bedeutung von Verlust und Trauer für das Selbstkonzept. In P. Frenzel, P. F. Schmidt & H. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 381–398). Köln: EHP.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/Klientenzentrierten Psychotherapie. *GWG-Info*, 12 (4 [Nr. 61]), 51–62.
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences – A systematic review. *PLoS ONE*, 11 (9), e0162688. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033475/pdf/pone.0162688.pdf> [2. 1. 2019].
- Haugh, S. (2012). A person-centred approach to loss and bereavement. In J. Tolan & P. Wilkins (Hrsg.), *Client issues in counselling and psychotherapy* (S. 15–29). Los Angeles: Sage.
- Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254–263.
- Jerneizig, R., Langenmayr, A. & Schubert, U. (1994). *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung* (2., unveränd. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Erstaufl. erschienen 1991).
- Jordan, J. R. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals*, 38 (10), 670–685. Verfügbar unter: https://www.johnjordanphd.com/pdf/pub/Jordan_Bereavement%20.pdf [2. 1. 2019].
- Jordan, J. R. (2011). Principles of grief counseling with adult survivors. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 179–223). New York: Routledge.
- Jordan, J. R. & McIntosh, J. L. (Hrsg.). (2011a). *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement). New York: Routledge.
- Jordan, J. R. & McIntosh, J. L. (2011b). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 19–42). New York: Routledge.
- Jordan, J. R. & McIntosh, J. L. (2011c). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 3–17). New York: Routledge.
- Jungnickl, S. (2014). *Papa hat sich erschossen*. Frankfurt: Fischer.
- McIntosh, J. L. & Jordan, J. R. (2011). The impact of suicide on adults. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 43–79). New York: Routledge.
- Metz, C. (2002). Personzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien: Springer.
- Mitchell, A. M. & Terhorst, L. (2017). PTSD Symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23 (1), 61–65. Verfügbar unter: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1078390316673716> [2. 1. 2019].
- Otzelberger, M. (2016). *Suizid: Das Trauma der Hinterbliebenen* (8., unveränd. Aufl.). München: dtv (Erstaufl. erschienen 1999).
- Paul, C. (2012). *Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat* (2., unveränd. Aufl. d. vollst. Taschenbuchausg.). München: Goldmann.
- Paul, C. (2013). *Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess* (2., durchges. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2014). (K)eine Trauer wie jede andere? Erfahrungen aus 16 Jahren in der Begleitung von Suizidtrauernden. *Leidfaden*, 3 (4), 72–77.
- Paul, C. (2017). *Ich lebe mit meiner Trauer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Rogers, C. R. (2004). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; 4., unveränd. Aufl. d. 2. erw. Aufl. von 1995; S. 165–184). Mainz: Grünewald (Original erschienen 1957a: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Sands, D., Jordan, J. R. & Neimeyer, R. A. (2011). The meanings of suicide: A narrative approach to healing. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (S. 249–282). New York: Routledge.
- Sanford, R. L., Cerel, J., McGann, V. & Maple, M. (2016). Suicide loss survivors' experiences with therapy: Implications for clinical practice. *Community Mental Health Journal*, 52 (5), 551–558.
- Schenk, M. (2014). *Suizid, Suizidalität und Trauer. Gewaltvoller Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung* (Reihe: Edition Leidfaden). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A. & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 39–46.
- Shields, C., Kavanagh, M. & Russo, K. (2017). A qualitative systematic review of the bereavement process following suicide. *Omega – Journal of Death and Dying*, 74 (4), 426–454.
- Shneidman, E. S. (1973). *On the nature of suicide* (Reihe: The Jossey-Bass behavioral science series; 2., unveränd. Aufl.). San Francisco: Jossey-Bass (Erstaufl. erschienen 1969).
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Statistik Austria (2018). *Todesursachen gesamt*. Wien: Statistik Austria. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [2. 1. 2019].
- Statistisches Bundesamt (o. J.). *Todesursachen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html> [2. 1. 2019].
- Steining, J. & Kersting, A. (2015). Anhaltende komplexe Trauerreaktion – ein neues Krankheitsbild? *PSYCHUP2date*, 9(5), 281–295. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-102927.pdf> [2. 1. 2019].
- Stülpnagel, F. v. (2013). *Warum nur? Trost und Hilfe für Suizid-Hinterbliebene*. München: Kösel.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14(2), 135–138. Verfügbar unter: <http://www.gerhardstumm.at/aktualisierungstendenz.pdf> [2. 1. 2019].
- Stumm, G. (2014). Existenzielle Ebene. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 167–176). Heidelberg: Springer.
- Sveen, C.-A. & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13–29.

- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Wakefield, J. C. (2013). Is complicated grief a disorder? Why the proposal to add a category of complicated grief disorder to the DSM-5 is conceptually and empirically unsound. In M. Stroebe, H. Schut & J. v. d. Bout (Hrsg.), *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals* (S. 99–114). New York: Routledge.
- World Health Organization (WHO) (2016). *Suizidprävention. Eine globale Herausforderung*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf?sequence=14> [2. 1. 2019] (englisches Original erschienen 2014: Preventing suicide. A global imperative. Genf: WHO).
- World Health Organization (WHO) (o. J.). *Prolonged grief disorder*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> [2. 1. 2019].
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177–186. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384446/pdf/DialoguesClinNeurosci-14-177.pdf> [2. 1. 2019].
- Zwierlein, E. (2014). Über die dreifache Trauer nach Suizid. *Leidfaden*, 3(4), 24–28.