

Dipl.-Psych. Peter Vollmer

Schulpsychologische Beratungsstelle
Stuttgarter Straße 50
71638 Ludwigsburg
Tel. 07141/144- 4680/4681

Umgang mit Suizidalität

Veranstaltungsskript: Zusammengestellt von P. Vollmer

"Wie alle die,
die zurückblieben,
sah ich Dich einmal
zum letzten Mal,
ohne zu ahnen,
dass es der letzte Abschied war.
Wir sprachen mit Stimmen
voll Hoffnung,
gaben uns Versprechen,
nahmen nicht Abschied.
(Doch - wer kann das denn:
Abschied nehmen in jedem Abschied,
für immer und ewig?) "

(Sprenger, Werner: Überprüfung eines Abschieds. Freiburg 1978)

Abgrenzung von „Selbstmord“, „Freitod“, „Suizid“ und „Selbsttötung“

Der am meisten verbreitete Begriff ist nach wie vor „**Selbstmord**“. In diesem Begriff wirkt allerdings die Jahrhunderte alte Verdammung von Selbsttötung nach und die durch Obrigkeit und durch die Kirchen ausgeübte Diskriminierung der Angehörigen von Suizidenten, was entscheidend zur nach wie vor spürbaren Tabuisierung des Sachverhaltes beigetragen hat.

Der Begriff „Selbstmord“ enthält den Begriff „Mord“ und assoziiert dadurch vor allem Verwerflichkeit und eine Handlung aus niederen Beweggründen. Weniger zum Ausdruck kommt dabei das psychische Leiden und die Not, die einer Selbsttötung vorausgehen.

Der Begriff „**Freitod**“ ist ebenfalls nicht hilfreich, da er den Sachverhalt eher beschönigt. Dabei wird zu einseitig unterstellt, dass Selbsttötung frei gewähltes Verhalten sei, unterschlagen wird jedoch, die in der Regel vorhandene Einengung und existenzielle Not, aus der heraus sich ein Mensch das Leben nimmt.

Suizidales Verhalten ist immer auch gewalttätiges Verhalten gegen sich selbst. Um aber eine einseitig moralisierende oder beschönigende Begriffsbesetzung möglichst zu vermeiden, als ein Beitrag zur Ent-Tabuisierung, halten wir die Verwendung von „**Suizid**“ und „**Selbsttötung**“ als neutralere Begriffe - gerade auch im Hinblick auf Angehörige - für angemessen.

(Quelle: www.akl-nuertingen.de/ Internetseite des Arbeitskreises Leben (AKL) Nürtingen-Kirchheim).

Mythen / falsche und zutreffende Aussagen 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....

Richtig: Es ergibt sich aus dem Studium von Hunderten von letzten Aufzeichnungen, dass der suizidale Mensch zwar äußerst unglücklich, aber nicht notwendigerweise geistesgestört ist. *(Anm. P.V...: Allerdings besteht ein erhöhtes Risiko für bestimmte psychische Störungsbilder wie Depression, Suchterkrankungen, Schizophrenie. Eine Abqualifizierung als „geisteskrank“ verbietet sich m. E. und trägt zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bei).*

(Quelle: www.suizidprophylaxe.de, DGS)

Ergänzender Kommentar zu den Suizid- und Suizidversuchszahlen

- 1) Insgesamt ist die absolute Zahl an Suiziden im Verlauf der vergangenen 20-30 Jahre etwas zurückgegangen.
- 2) Während die offiziellen Suizid-Zahlen zurückgegangen sind, gab es allerdings parallel dazu einen Anstieg an Drogentoten. Die Zahl der Toten mit nicht eindeutig ausgewiesener Todesursache ist erstaunlich hoch (unspezifische Unfälle...).
- 3) Die Häufigkeit der Suizid-Versuche ist bei Älteren am geringsten und bei jungen Menschen am größten. Bei Suiziden findet sich das umgekehrte Muster: Anstieg mit zunehmendem Alter.
- 4) Suizidversuche bei jungen Frauen kommen mehr als dreimal so häufig vor, wie bei jungen Männern. (Suizide sind dagegen umgekehrt proportional.)
- 5) Bei jungen Männern zwischen 15 und 20 sind Selbsttötungen - nach Unfällen - die zweithäufigste Todesursache. Zunahmen - bei den Suizidversuchen - gibt es bei der Gruppe der Jüngeren. Brisant wird diese Entwicklung allerdings zusätzlich dadurch, dass es in unserer Gesellschaft zwar immer mehr ältere Menschen gibt, gleichzeitig aber die Zahl der jüngeren abnimmt, dadurch aber die Zahl der Suizide von Jüngeren umso alarmierender erscheint.

(Quelle: Dr. Döring, Arbeitskreis Leben Nürtingen/Kirchheim)

**Einige statistische Angaben zum Phänomen Selbsttötung
für das Jahr 2000**

Suizide

	BRD 2000	Baden-Württemberg 2000
Gesamt	11.065	1.441
Männer	8.131	1.072
Frauen	2.934	369

Dazu muss noch von einer sehr beträchtlichen **Dunkelziffer** ausgegangen werden, die in den offiziellen Statistiken nicht erfaßt werden kann.

Die Zahl der **nicht tödlich ausgehenden Suizidhandlungen** (Suizidversuche) wird jedoch international auf das 10 bis 15-fache der Suizidtoten geschätzt.

Vereinfacht gerechnet bedeutet das pro Jahr für:

	BRD 2000	Baden-Württemberg 2000
(Suizidtote x 15)	165.975	21.615

Dagegen die Zahl der **Verkehrstoten im Jahr 2000 in**

	BRD 2000	Baden-Württemberg 2000
Gesamt:	7.792	852
(2001:	6.962)	

Dies bedeutet, dass die Anzahl der Menschen, die durch Suizid in der BRD im Jahr 2000 starben, z.Zt. rund 21 mal höher ist als die Anzahl der Verkehrstoten!

Quelle: AKL Stgt e.V. /9/2002

Häufige Auslöser für Suizidversuche

1. Arbeit, Ausbildung, Schule

- Leistungsanforderungen nicht gerecht werden (besonders bei hohen Ansprüchen, geringem Selbstwertgefühl und hoher Verletzbarkeit)
- Kritik von Vorgesetzten/Kollegen/Lehrern/Mitschülern
- Demütigungen, Mobbing, Misshandlungen
- Arbeitslosigkeit, Sitzenbleiben, Wechsel der Schulart, besonders wenn dies für den betroffenen Schüler ein „Abstieg“ bedeutet.

2. Persönliche Beziehungen

- Verlust durch Trennung, Krankheit, Tod
- Konflikte in der Familie
- Gefühl, allein gelassen oder vernachlässigt zu werden
- Kulturelle Entwurzelung, z. B. bei Migranten

3. Alltagsleben

- Summierung von Alltagsproblemen
- Finanzielle Notlage z. B. durch Hausbau, Schulden, Kredite
- Isolation
- Auseinandersetzungen mit Nachbarn/Kontaktpersonen/Freunden

4. Gesundheit, Wohlbefinden

- chronische Krankheiten
- Unfall
- Störungen des psychischen Wohlbefindens

(Quelle: Dr. Ursula Stahl (2003). Depression - Aktivitätsaufbau - Suizidalität - kogn. Therapie. Fortbildung in Verhaltenstherapie, bearbeitet von P. Vollmer)

Einordnung suizidaler Denk- und Verhaltensweisen

Grundsätzlich gilt: jede suizidale Äußerung ist ernst zu nehmen!

Mit dem Anhalten suizidalen Verhaltens entsteht - vor allem wenn es nicht erkannt wird - ein *zunehmender Handlungsdruck*, der beim Betroffenen mit wachsender Verzweiflung - verbunden mit dem Gefühl des Unverstandenseins - schließlich zum Suizid führen kann.

1. **Ruhewünsche:** aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck. „Ich will nur noch meine Ruhe haben....“



2. **Todeswünsche:** Todeswünsche: aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck. „Am liebsten würde ich tot sein.“



3. **Suizidgedanken:** mehr oder minder konkret als Möglichkeit, als Ausdruck von Ambivalenz, ohne konkreten Handlungsdruck passiv aufdrängend oder aktiv intendiert.



4. **Suizidabsichten:** .Suizidgedanken mit konkreter Planung (über die Art sich umzubringen) und Absichtserklärung zur Durchführung. Deutlich als Drang erlebter Handlungsdruck.



5. **Parasuizidale Handlung:** wie eine suizidale Handlung, die Selbstdestruktion hat jedoch kaum Todesintention, wenn gleich die Gefahr in Kauf genommen wird, sondern hat häufig ausgeprägt appellativen oder gar instrumentellen Charakter, will also etwas erreichen oder zielt auf eine Veränderung ab.

Hierbei wird zwischen einer **parasuizidalen Pause** bei der vor allem der Wunsch nach Ruhe im Vordergrund steht von der **parasuizidalen Geste** unterschieden, die vor allem dem Bedürfnis nach Zuwendung dient.



6. **Suizidversuch:** wird überlebt mit deutlicher Todesintention und dem Glauben, mit der angewandten Methode dem Ziel näher zu kommen.



7. Suizid

Basierend auf: Bernd Lehle, Michael Grebner, Iranka Neef et al., Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ (2004). Empfehlungen zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität... Veröffentlicht unter www.suizidprophylaxe.de/

Zusammenfassung: Hinweise für suizidales Verhalten

- **Vorgeschichte** (suizidale Krisen, frühere Suizidversuche:
entweder eigene oder von Eltern, Verwandten, Freunden. Gerade in der Gruppe der Gleichaltrigen (Peergroup) werden Suizide oft „heroisiert“ und können zu Nachahmungstaten anregen. Suizid erscheint hier als ein möglicher Lösungsversuch.
- **Psychische Erkrankungen**
(Suchterkrankungen v. a. Alkohol, Depression, Schizophrenie)
Für diese Gruppe psychisch Kranker besteht ein erhöhtes Suizidrisiko.
- **Einschätzung konkreter Absicht/Handlungsdruck**
entsprechend dem Kontinuitätsmodell von Suizidphantasien bis parasuizidalen Handlungen.
- **Gedankliche/affektive Einengung** (nach Ringel) s.o.
- **Ausweglosigkeit der Situation/fehlende Zukunftsperspektive**
Hierzu können allgemein eine schwierige soziale Situation wie Arbeitslosigkeit, Isolation, Vereinsamung beitragen. Bei Schülern gehören dazu sicherlich auch Mobbing/Misshandlungen durch Mitschüler/Lehrer, Sitzen bleiben, Nichtbestehen einer Prüfung oder das Fehlen eines Schulabschlusses.
Bei Lehrern führen zunehmender Druck von Eltern und z. T. Vorgesetzten sowie schwierige Klasse mit vielen Problemschülern oft zu Überforderung/Burn-out und psychosomatischen Erkrankungen.
- **Mangelnde Absprache/Bündnisfähigkeit**
Der Betroffene kommt beispielsweise häufig zu Beratungsterminen zu spät/gar nicht, hält bereits getroffene Vereinbarungen nicht ein oder erledigt bereits kleinere (therapeutische) Hausaufgaben nicht. Hier ist ein Antisuizidvertrag aufgrund der mangelnden Zuverlässigkeit mit großer Vorsicht zu betrachten!
- **„Vermeintliche Stimmungsaufhellung und Aktivitätssteigerung“**
(Besonders im Zeitraum einer Woche vorher).
Die getroffene Entscheidung sich umzubringen führt beim Betroffenen zu einer Erleichterung, die einhergeht mit einer Affektaufhellung und vermehrten Aktivitäten. Es werden noch viele Sachen vorher geregelt. Von der Umgebung wird dies häufig als eine scheinbare Verbesserung der Lebenssituation wahrgenommen. Es handelt sich dabei aber eher um die „Ruhe vor dem Sturm“.

Das „präsuizidale Syndrom“

Der Wiener Psychiater Erwin Ringel hat im Jahre 1949 aufgrund der Untersuchung von 745 geretteten Suizidenten bei all diesen Menschen vor ihrer Tat mit solcher Übereinstimmung *eine gemeinsame seelische Befindlichkeit rekonstruieren* können, dass er sich berechtigt fühlte, hier von einem „**präsuizidalen Syndrom**“, also von einer dem Suizid vorausgehenden charakteristischen Befindlichkeit, zu sprechen.

In der Zwischenzeit sind diese Befunde bestätigt und weiter präzisiert worden. Viele Ärzte verwenden das präsuizidale Syndrom heute als den entscheidenden Gradmesser bei der Beurteilung der so schicksalhaften Frage, ob und in welchem Ausmaß bei einem Patienten Suizidgefahr gegeben sei.

„Zweifelsfrei kann jeder Mensch in die Grundprinzipien des präsuizidalen Syndroms so eingeführt werden, dass er sie versteht und bis zu einem gewissen Grad im praktischen Leben anwendet“, schreibt Ringel. Als die entscheidenden Elemente des präsuizidalen Syndroms bezeichnet er:

- **Gedankliche, emotionale Einengung,**
- **Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression,**
- **Selbstmordfantasien.**

Quelle: Erwin Ringel, Selbstmord. Appell an die anderen. Kaiser Taschenbücher, Güthersloh 1989, S.15.

Gefahren im Umgang mit Suizidalen

- 1) Vorschnelle Tröstung
- 2) Ermahnung
- 3) Verallgemeinerung
- 4) Ratschlag
- 5) Belehrung
- 6) Herunterspielen des Problems (ggf. des Suizidversuchs)
- 7) Beurteilen und kommentieren
- 8) Nachforschen, ausfragen, analysieren
- 9) Vorschnelle Aktivitäten entwickeln

Erstgespräch bei psychosozialen Krisen

1. Beziehung

- sollte gekennzeichnet sein von Empathie, Akzeptanz, Kongruenz
- „Helfer ist aktiv“, strukturiert, da das Gegenüber momentan in einer seelischen Notlage ist und somit nicht klar denken kann.

2. Emotionale Situation

- den anderen ernst nehmen, nicht: „das wird schon/kriegen wir schon hin“
- ihn erst mal so lassen - in seinem Leid/Trauer aushalten, nicht sofort etwas „wegmachen“ wollen
- ggf. nach Schmerzen fragen

Wichtig: das offene direkte Fragen nach Suizidalität → Suizidgedanken/-versuchen!

3. Aktueller Anlass klären

- Krisenanlass: **was** ist passiert, **wer** ist davon betroffen?
- mögliche Veränderungen und bereits angewandte Lösungsstrategien
- Vergangenheit, nur bezüglich Dauer der Krise und Bewältigung früherer ähnlicher Probleme abfragen.

4. Soziale Situation

- bestehen Belastungen (s.o.), Gefährdungen, gibt es Ressourcen (positive, gesunde Anteil im Leben, die ausgebaut werden können?
- Bestehen Hilfssysteme (Angehörige, Freunde), die miteinbezogen werden können, die dem Betroffenen etwas bedeuten?

5. Weiteres Vorgehen

- Setting für weitere Kontakte abklären: möglichst engmaschig, zeitnahe Termine
- Wünsche und Zielvorstellungen abklären. Diese sollten klar strukturiert und erreichbar sein. Festhalten, wann sie wie umgesetzt werden.
- eventuell Antisuiizidvertrag (s.u.)

Bei konkreter Suizidankündigung:

- gehört das Gegenüber einer Risikogruppe an?
- gibt es Hinweise auf eine affekt.-kognitive Einengung (nach Ringel)?
- gibt es noch Werte im Leben (z. B. Religiosität, Verantwortung für andere)?
- in welchem Stadium (Kontinuitätsmodell) befindet er sich, gibt es konkrete Vorbereitungen?

Hilfreich: Den Betroffenen die eigene Suizidalität auf einer Skala von 0 – 10 einschätzen lassen. Wobei 0 keine und 10 maximale Suizidalität bedeutet. „Wie würden Sie die 0, die 5, die 10 benennen?“, „Wo sehen Sie sich gerade?“

Ziel: Abklären wo das Gegenüber steht bzw. wieviel Spielraum man noch hat.

(Quelle: Dr. Ursula Stahl (2003). Depression - Aktivitätsaufbau - Suizidalität - kogn. Therapie. Fortbildung in Verhaltenstherapie. Bearbeitet von P. Vollmer)

Das BELLA-Modell als Hilfe für Erstgespräche bei psychosozialen Krisen:

- B** eziehung aufbauen
- E** rfassen der Situation
- L** inderung von Symptomen
- L** eute einbeziehen, die unterstützen
- A** nsatz zur Problembewältigung

Antisuiizidvertrag:

Enthält eine Vereinbarung zwischen dem Suizidgefährdeten und dem Berater/der Beraterin, über einen definierten Zeitraum, indem der Betroffene versichert, sich bis dahin nichts anzutun oder vorher, das Gespräch zu klar benannten Ansprechpartnern zu suchen. Deren Ansprechbarkeit (z. B. am Wochenende) muss geklärt sein. Dieser sollte individuell mit dem Betroffenen ausgestaltet werden. Daher wird hier auf eine Musterdarstellung verzichtet. Die Vereinbarung sollte in den Unterlagen dokumentiert werden (s. u.).

Ziele: - Den anderen ernst nehmen: „Ich sehe deine momentane seelische Not!“
- Sorgt für Entlastung, mindert den Handlungsdruck: „...bis zum vereinbarten Termin muss ich mir darüber keine Gedanken machen.“

Antisuiizidvereinbarung:

Wie Antisuiizidvertrag nur mündlich, sollte auf jeden Fall verbindlich z. B. mit Handschlag vereinbart und in den Unterlagen schriftlich dokumentiert werden.

Beispiel für Dokumentation in den Unterlagen:

Der Schüler X. war am xx.xx.2004 bei mir in Beratung. Dabei hat er glaubhaft vermittelt, dass er sich bis zum nächsten Beratungstermin am xx.xx.xxxx nichts antut oder sich vorher bei mir (in Vertretung meinem Kollegenxy/meiner Kollegin xx) meldet. Sollte ich nicht erreichbar sein, so haben wir folgende Ansprechpartner vereinbart....

Klarstellung:

Ein solcher Verhaltensvertrag entbindet nicht vor dem gründlichen Explorieren von Suizidalität. Vor allem wenn vorherige Vereinbarungen nicht eingehalten werden (mangelnde Bündnisfähigkeit) oder der Betroffene einer Risikogruppe (z. B. Depression, Sucht, Psychosen) angehört, ist Vorsicht geboten! Im Zweifel sollte immer ein Experte hinzugezogen werden, der mit dem Thema Suizid vertraut ist.

Notfallkärtchen:

Zettel mit mindestens 3 Telefonnummern (möglichst nicht der eigenen Privatnummer) von Beratungsstellen, Hausarzt, Angehörigen, Freunden, die der Betroffene bei sich führt (z. B. im Geldbeutel). Erreichbarkeit abklären: Wer ist wann ansprechbar, z. B. am Wochenende?

Checkliste: Mögliches Vorgehen bei Suizidalität

Ein Schüler äußert im Gespräch konkrete Suizidabsichten. Was sollten Sie abklären bzw. tun?

Abklärung der Ernsthaftigkeit, wie viel Spielraum bleibt mir noch?

- Welche Auslöser (schulisch, privat, Krankheiten) nennt er?
- Bestehen „nur“ Ruhewünsche, Todeswünsche, Suizidgedanken oder bereits konkrete Suizidabsichten mit Planung?
- Wurden bereits parasuizidale Handlungen (Verletzung wird in Kauf genommen) oder Suizidversuche (mit Todesintention) unternommen?
- Besteht eine gedankliche-affektive Einengung im Sinne des präsuizidalen Syndroms, gibt es Werte/Bindungen, was hält ihn noch am Leben?

Gibt es besondere Risikofaktoren?

- Gehört er einer sog. Risikogruppe an (Sucht, Depression, Schizophrenie)?
- Besteht eine schwierige soziale Situation wie Vereinsamung, Mobbing?
- Suizidversuche von Angehörigen/Freunden (möglicher Lösungsversuch)

Notwendigkeit von raschen ersten Interventionen:

- Gespräch sollte bereits antisuizidal wirken (Beziehungsaufbau, ernst nehmen), stützenden und hoffnungsvermittelnden Charakter haben
- Setting für weitere Kontakte abklären, möglichst engmaschig
- Ggf. Antisuizidvertrag
- Einbezug sozialer Hilfssysteme (Angehörige, Freunde)
- Einschaltung eines Therapeuten (Adressen über SPsB)
- Ggf. erste Wünsche und Ziele für weitere Therapie abklären

Besteht weiterhin akute Suizidalität oder verweigert der Schüler die Suizidvereinbarung (mangelnde Bündnisfähigkeit):

- Einweisung in die Klinik veranlassen, Begleitung anbieten/organisieren
- Ggf. den **Notarzt** (nicht nur den Rettungswagen!) verständigen, der eine Einweisung anordnet
- Bei Flucht: Zusätzlich die Polizei einschalten

Internetlinks:

Allgemeine Informationen und Wissenswertes:

www.ak-leben.de/ Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeitskreise Leben (AKL) Baden Württemberg.

www.akl-nuertingen.de/ Internetseite des Arbeitskreises Leben Nürtingen-Kirchheim.

www.suizidprophylaxe.de/ Homepage der Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS).

Konkrete Hilfs- und Beratungsangebote:

Die **Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung** (bke) hat professionelle Beratungsangebote im Internet eingerichtet.

www.bke-jugendberatung.de

Der Chat für Jugendliche: montags und freitags von 17:00 bis 20:00 Uhr
E-Mail-Beratung
Diskussionsforum

www.bke-Elternberatung.de

Erziehen ist nicht kinderleicht
Elternchat: jeden zweiten Mittwoch von 19.00 bis 21.30 Uhr
E-Mail-Beratung
Diskussionsforum

Die Online-Beratung der bke ist kostenlos.

Es gibt zu festgelegten Zeiten von Psychologen, Pädagogen oder Sozialpädagogen moderierte Chats, man kann sich vertraulich Rat per e-Mail holen, oder man kann an ebenfalls von den bke-Fachkräften moderierten offenen Diskussionsforen teilnehmen. Konzipiert wurde das Pilotprojekt von der bke, dem Fachverband für Erziehungs- und Familienberatung mit Sitz in Fürth. Die Idee stammt ursprünglich von Klaus Bernhard, Internet-Café-Betreiber in Roth, der für die Technik sorgt. Finanziell gefördert werden die zukunftsweisenden online-Beratungsangebote vom Bayerischen Sozialministerium. (Quelle: www.bke.de/sorgenchat)

Die Telefonseelsorge in Deutschland bietet seit Dezember 1995 Seelsorge und **Beratung im Internet** unter www.telefonseelsorge.de an. Mit dabei sind bisher die TS-Stellen Braunschweig, Düsseldorf, Duisburg/Mülheim/Oberhausen, Hagen, Hamm, Heidelberg, Köln evang., Köln kath., Krefeld, Münster, Schwarzwald/Bodensee und Wolfsburg.

Seit 2001 bietet **neuhland Online-Beratung im Chat für suizidgefährdete junge Menschen** an. Der Zugang ist über die Website www.neuhland.de oder über die Beratungsplattform www.das-beratungsnetz.de .

→ „Krisendienst“ anklicken. Buchung eines „Internettermins“; Login in den Chatroom über vorher anzugebenden Benutzernamen und Passwort

www.u25-freiburg.de/ Ein Projekt des AKL **Freiburg**. E-Mail- und Forenberatung für junge Menschen unter 25 Jahren

www.youth-life-line.de/ Das Jugendprojekt des AKL **Tübingen**

→ E-Mail-Beratung/Chat von Jugendliche für Jugendliche unter Anleitung von therapeutischen Fachkräften.

Wichtige Telefonnummern:

Sofortige Hilfe erhalten Sie rund um die Uhr bei der **Telefonseelsorge** unter der bundeseinheitlichen kostenlosen Rufnummer 0800 - 111 0 111 oder 0800 - 111 0 222 und im Internet unter www.telefonseelsorge.de

Unter der Rufnummer 0800-1110333 finden sich bundesweit **Beratungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche**, überwiegend vom Deutschen Kinderschutzbund.

Informationen über Selbsthilfegruppen erhält man über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter der Rufnummer: 030 / 8914019.

Angebote für Hinterbliebene

Jeder Suizid lässt statistisch fünf bis sechs unmittelbar Betroffene zurück. Diese Hinterbliebenen nach Suizid sind schweren emotionalen Belastungen ausgesetzt, leiden in hohem Maß an Schuld- und Schamgefühlen und sind selbst verstärkt suizidgefährdet. Spezifische Hilfeangebote für Hinterbliebene nach Suizid gab es bis Mitte der 90er Jahre aber kaum. Erst mit Gründung der mittlerweile bundesweit aktiven Selbsthilfeorganisation AGUS (Angehörige um Suizid) und der systematischen Entwicklung von professionellen Hilfeangeboten in Baden-Württemberg (Arbeitskreise Leben/PSB Klausur Freiburg) entwickelte sich ansatzweise ein strukturiertes, aber immer noch sehr lückenhaftes Hilfeangebot.

Ob sich in Ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe der **AGUS (Angehörige um Suizid)** befindet und wann diese sich treffen, erfahren Sie über:

AGUS e. V., Wilhelmplatz 2, 95444 Bayreuth
Tel.: 0921 – 1 50 03 80.

Adressen der Hilfsangebote in Baden-Württemberg (therapeutisch geleitete Selbsthilfegruppen) erhalten Sie unter www.ak-leben.de.

Zweimal jährlich bietet die Landvolkshochschule St. Ulrich in 79283 Bollschweil (bei Freiburg) ein **Wochenendseminar „für Frauen und Männer, die einen Angehörigen durch Selbsttötung verloren haben“** an. (Infos unter 07602 – 91010).

→ Auf der Seite der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) findet sich unter dem Link „Hinterbliebene“ eine Liste mit bundesweiten Anlaufstellen für Angehörige.

(Quelle: www.suizidprophylaxe.de, DGS)

Alle Angaben wie immer ohne Gewähr. Für den Inhalt der Internetseiten ist der jeweilige Anbieter verantwortlich.

Literaturempfehlungen:

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e.V. in Kooperation mit Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeitskreise Leben Baden-Württemberg (Hrsg.). (2002). Zwischen Selbsterstörung und Lebensfreude. Hinweise für die Suizidprävention bei jungen Menschen. Nürtingen: AKL Nürtingen/Kirchheim.

→ *kompakter und guter Überblick speziell für die Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit vielen Adressen und weiterführenden Hinweisen.*

Bestelladresse: Arbeitskreis Leben (AKL) Nürtingen/Kirchheim e.V., Bahnhofstr. 2/1, 72622 Nürtingen. Tel.: 07022-39112

Käsler, H. & Nekodem, B. (1996). Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen. München: Kösel.

→ *Beispiele und Fälle von Kindern und Jugendlichen, Überblick über Theorien, Einblick in Familienstrukturen. Gut als allg. Einführung.*

Literaturliste zum Thema Angehörige nach Suizid

(ohne Bewertung und Anspruch auf Vollständigkeit, manche Titel sind bereits vergriffen)

Böhle, Solveig: Damit die Trauer Worte findet. Zurückgebliebene nach Suizid. Scherz Verlag

Brocher, Tobias: Wenn Kinder trauern. Wie Eltern helfen können. Rowohlt Verlag Hamburg 1985

Heilbronn-Mauerer, U./Maurer, G.: Nach einem Suizid. Gespräche mit Zurückbleibenden. Fischer tabu 1988.

Harder, Gabriele Maria: Sterben und Tod eines Geschwisters. Verlag pro juventute. Zürich 1991.

Ide, Helga: Wenn Kinder sich das Leben nehmen. Trauer, Klage und die Zeit danach. Kreuz Verlag Stuttgart 1992.

Manfred Otzelberger (1999): Suizid .Das Trauma der Hinterbliebenen - Erfahrungen und Auswege. Ch. Links Verlag, Berlin

Chris Paul (1997): Warum hast du mir das angetan?. Gütersloher Taschenbücher.

Carin Diodà / Tina Gomez (1999): Warum konnten wir dich nicht halten? Kreuz-Verlag

d'Arcy, Paula: Wenn ein naher Mensch in Trauer ist – Wie wir richtig begleiten können, Herder Spectrum

(Quelle: www.suizidprophylaxe.de, DGS)