

Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit

Marisa Goldener

Suizid im Appenzellerland

Postvention als Prävention

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. November 2013

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Marisa Goldener: Suizid im Appenzellerland. Postvention als Prävention

© 2014 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-493-4

Verlag Edition Soziothek
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

SUIZID IM APPENZELLERLAND

Postvention als Prävention

Marisa Goldener

Abstract

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema der Suizid-Postvention, der Nachsorge für Suizid-Hinterbliebene, im Appenzellerland. Als wissenschaftliche Grundlagen dienen die Theorien von Émile Durkheim zum Selbstmord (1995), von Stavros Mentzos zur interpersonalen und institutionalisierten Abwehr (1996) und von Robert K. Merton zu den individuellen Anpassungstypen bei Anomie (1995), welche mit Literatur zur Thematik Suizid und zu Appenzell sowie mit Interviews von im Appenzellerland tätigen Fachpersonen im Bereich der Nachsorge für Suizidhinterbliebene verknüpft werden.

Zuerst wird auf die Frage eingegangen, welche regionalspezifischen, kulturellen Einflussfaktoren auf die Entstehung von Suiziden im Appenzellerland wirken. Es wird dabei ersichtlich, dass Suizid eine spezifische Konfliktbewältigungsmöglichkeit im Appenzellerland darstellt, welche daraus resultiert, dass andere Bewältigungsmöglichkeiten für Krisen aufgrund der kulturell verankerten Werte und Normen nicht oder nur schwer zugänglich sind. Krisen werden auf Ebenen der Individuen, der sozialen Gruppen und der Gesellschaft abgewehrt, was zu einem ständigen Aufbau von Spannungen führt, die sich im Suizid entladen.

In einem zweiten Schritt wird die Frage gestellt, welche Auswirkungen ein Suizid auf die Hinterbliebenen hat und welche Bewältigungsmöglichkeiten für die spezifische Krise Suizid greifen. Dabei wird deutlich, dass im Appenzellerland ähnliche Abwehrmechanismen für die Bewältigung dieser Krise zum Tragen kommen, wie bei den Personen, die sich das Leben genommen haben. Der Kreislauf zwischen der Krise und dem Ausweg Suizid kann nur schwer durchbrochen werden, da eine konstruktive Bearbeitung von Krisen aufgrund der kollektiv und individuell verankerten Bewältigungsstrategien erschwert ist und zu einer zunehmenden Festigung der Abwehrmechanismen führt.

In dieser Arbeit stellen sich deshalb abschliessend die Fragen, wie im Appenzellerland diesen spezifischen Faktoren in Form von Suizid-Postvention begegnet wird und werden kann. Ausgehend von den beschriebenen Wirkungskreisläufen wird bewusst, dass bei der Ausgestaltung von Postventions-Angeboten wichtig ist, die kulturellen Eigenheiten und Besonderheiten im Appenzellerland zu berücksichtigen. Suizid-Postvention bietet über den Ansatzpunkt der Hinterbliebenen eine Chance, um die kulturell verankerten Abwehrstrategien zu Gunsten von Bewältigungsmöglichkeiten, welche die Bearbeitung und den Abbau der Spannungen erlauben, aufzulösen. Damit kann Postvention nachhaltige Wirkungen auf Ebene der Hinterbliebenen, der sozialen Gruppen und der Gemeinschaft im Hinblick auf die Entstehung und die Bewältigung von Krisen entfalten. Suizid-Postvention ist somit Prävention.

SUIZID IM APPENZELLERLAND

Postvention als Prävention

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von
Marisa Goldener

Bern, November 2013

Gutachter: Prof. Dr. Martin Graf,

Dozent für Sozialwissenschaftliche Bezüge, Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit

Inhalt

I. Einführung	4
1. Einleitung.....	4
2. Aufbau der Arbeit	5
II. Grundlagen	6
1. Definitionen	6
1.1. Suizid	6
1.2. Suizid-Hinterbliebene	8
1.3. Suizid-Prävention, -Intervention und -Postvention.....	8
2. Appenzellerland.....	10
2.1. Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden in Kürze.....	11
2.2. Suizid im Appenzellerland	12
3. Interviews	14
4. Theorien.....	16
4.1. Durkheim: Der Selbstmord	16
4.2. Merton: Typen der individuellen Anpassung	18
4.3. Mentzos: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr	21
III. Hauptteil.....	24
1. Wirkungskreisläufe in Bezug auf Suizid im Appenzellerland.....	24
1.1. Suizid als Bewältigungsstrategie	24
1.2. Auswirkungen und Bewältigung von Suizid	33
2. Suizid-Postvention im Appenzellerland	43
2.1. Involvierte Stellen	43
2.2. Einflussfaktoren im Bereich Postvention.....	45
2.3. Postvention als Prävention unter regionaler Perspektive.....	49
IV. Diskussion	54
1. Zusammenfassung	54
2. Reflexion und Ausblick	55
V. Anhang.....	58
1. Abbildungsverzeichnis	58
2. Literaturverzeichnis	58

3. Interviews	61
3.1. Psychiatrisches Zentrum AR: Interview mit Norbert Hochreutener	61
3.2. Psychiatrisches Zentrum AR: Interview mit Rita Lengsfeld, Monika Schiess, Annette Wittwer	67
3.3. Care Team AR/AI: Interview mit Georg Schmidt.....	72
3.4. Care Team AR/AI: Interview mit Corina Bandelli	75
3.5. Trauer nach Suizid: Interview mit Barbara Stehle	81
3.6. Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen: Interview mit Madeleine Eberle Egli	92
4. Kontaktdaten von Fachstellen im Appenzellerland	97

I. Einführung

Die Einführung soll dazu dienen, die Leser mit der Fragestellung und dem Aufbau der Arbeit vertraut zu machen. In dieser Arbeit gelten die verwendeten Formulierungen gleichermassen für alle Geschlechter.

1. Einleitung

Bei einem Suizid ist vordergründig nur ein Mensch Opfer, nämlich der Mensch, der sich selber das Leben genommen hat. Neben diesem Menschen steht jedoch eine ganze Reihe weiterer Betroffener, welche durch dieses Ereignis aus ihrem bisherigen Leben gerissen werden – dennoch oft im Hintergrund verbleiben.

Im Appenzellerland, als Region mit einer der höchsten Suizidraten der Schweiz, erscheint dies besonders aktuell. Gemäss einem Interview, welches ich im Rahmen dieser Bachelorarbeit geführt habe, gibt es in dieser Region „niemanden, der niemanden kennt, der Suizid begangen hat.“ (Bandelli, 2013) Trotzdem gibt es bisher keine Studien und nur wenige Veranstaltungen, welche sich mit dieser spezifischen Thematik beschäftigen.

Aufgewachsen in Appenzell und als selbst Betroffene eines Suizides habe ich deshalb beschlossen, diese Bachelorarbeit dem Thema „Suizid im Appenzellerland“ zu widmen. Als angehende Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin wollte ich den Fokus auf die Hinterbliebenen und deren Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit der Krise „Suizid“ legen.

Ausgehend von dieser Themenwahl bin ich im Laufe der Auseinandersetzung mit der Thematik zu den Fragen gelangt, *ob und inwiefern im Appenzellerland ein Zusammenhang besteht zwischen der Bewältigung der Krise „Suizid“ auf Seiten der Hinterbliebenen und der Entstehung von Suizid als Form der Krisenbewältigung auf Seite des Menschen, der sich das Leben nimmt; und wie die Hinterbliebenen im Rahmen von Postventions-Angeboten adäquat unterstützt werden können.*

Diesen Fragen werde ich in dieser Arbeit über eine duale Herangehensweise nachgehen. Einerseits werde ich mich dem Thema analytisch nähern, um eine Grundlage für weitere wissenschaftliche und öffentliche Diskurse herzustellen. Andererseits möchte ich durch eine Fokussierung auf Suizid-Postvention einen Bezug zur Praxis herstellen, um damit konkrete Angebote zu thematisieren und anzuregen.

Als wissenschaftliche Grundlage werde ich im Rahmen dieser Arbeit die Theorien von Émile Durkheim zum Selbstmord (1995), von Stavros Mentzos zur interpersonalen und institutionalisierten Abwehr (1996) und von Robert K. Merton zu den individuellen Anpassungstypen bei Anomie (1995) sowie Fachliteratur zu Suizid und zum Appenzellerland

verwenden. Über einen praxisbezogenen Zugang mittels Interviews mit verschiedenen im Appenzellerland tätigen Fachpersonen im Bereich der Nachsorge für Suizidhinterbliebene werde ich mich meinen Erkenntnisinteressen weiter annähern und diese fachlich fundieren.

2. Aufbau der Arbeit

Als Grundlage für die Bearbeitung der Fragestellungen werden vorerst die zentralen Thematiken Suizid, von Suizid betroffene Menschen sowie die fachlichen Unterstützungsmöglichkeiten in Form von Prävention, Intervention und Postvention thematisiert und definiert. Dieser Teil wird durch eine kurze Einführung zum Appenzellerland und einer Begründung der Relevanz der Suizidthematik in der Region ergänzt, damit sich der Leser ein erstes Bild machen kann. Weiter wird beschrieben, wie und mit welchen Fragen ich in Kontakt mit regional tätigen Fachstellen und Personen getreten bin. Es folgt eine Ausführung zu den theoretischen Grundlagen dieser Arbeit, wobei ich mich für eine Anwendung der Theorien von Durkheim (1995) zum Selbstmord, von Merton (1995) in Bezug auf die Anpassungstypen bei Anomie und von Mentzos (1996) zur interpersonalen und institutionalisierten Abwehr entschieden habe.

Ausgehend davon findet sich im Hauptteil der Arbeit eine Beschreibung und Analyse der Wirkungskreisläufe in Bezug auf die Bewältigung von Krisen im Appenzellerland, welche zum Suizid führen und aus dem Suizid entstehen können. Dabei werden, ausgehend von den Theorien, insbesondere die kulturell verankerten Bewältigungsstrategien thematisiert. In Anlehnung an die geführten Interviews wird nachfolgend dargelegt, welche Postventions-Angebote es für Hinterbliebene im Appenzellerland gibt und mit welchen unterstützenden und hemmenden Einflussfaktoren diese verbunden sind. Danach wird unter Berücksichtigung der regionalen und kulturellen Besonderheiten auf die Postvention als wichtige und wesentliche Möglichkeit der Prävention eingegangen und aus den Erkenntnissen der Arbeit eine weiteführende Idee für ein Postventions-Angebot formuliert.

Im letzten Teil der Arbeit werden die Erkenntnisse zusammenfassend diskutiert und reflektiert.

Quellenverzeichnisse, Interview-Transkriptionen sowie die Kontaktdaten von regional involvierten Fachstellen finden sich abschliessend im Anhang der Arbeit.

II. Grundlagen

Als Grundlagen für diese Arbeit werden die zentralen Begrifflichkeiten geklärt und definiert, das Appenzellerland und die Relevanz der Thematik Suizid in der Region beschrieben, die Herangehensweise und Methodik in Bezug auf die geführten Interviews aufgezeigt sowie abschliessend die verwendeten Theorien von Émile Durkheim (1995), Robert K. Merton (1995) und Stavros Mentzos (1996) eingeführt.

1. Definitionen

Wesentlich im Zusammenhang mit dieser Arbeit ist die Klärung des Verständnisses darüber, was unter Suizid zu verstehen ist und wie dieser Begriff verwendet wird. Weiter wird darauf eingegangen, welche Personengruppen unter dem Aspekt der Betroffenheit durch einen Suizid für diese Arbeit im Vordergrund stehen. Danach wird eine Annäherung an die Begriffe der Suizidprävention, -intervention und -postvention gemacht und den Zusammenhang der Begrifflichkeiten erläutert.

1.1. Suizid

Suizid ist eine Thematik, die nicht so leicht zu fassen ist. Dies wird auch an den verschiedenen Begrifflichkeiten, die in diesem Zusammenhang verwendet werden, sichtbar. Während das Wort „Selbstmord“ juristisch und religiös als Straftat beziehungsweise als ethisch illegitime Handlung negativ geprägt ist (vgl. Bauer, Fartacek, & Anton, 2011, S. 17, Hervorhebungen im Original), betont der synonyme Begriff „Freitod“ die Freiheit der Entscheidung des Menschen, das eigene Leben zu beenden, was teilweise eine Heroisierung und Verherrlichung implizieren kann (vgl. Bauer, Fartacek, & Anton, 2011, S. 18f, Hervorhebungen im Original). Beide Aspekte werden in der aktuellen Literatur als zu wertend kritisiert. Meist wird der zurzeit wertneutralste Begriff „Suizid“ verwendet, was auch in dieser Arbeit so gehandhabt werden soll.¹ Der Begriff „Suizid“ leitet sich ab vom lateinischen „sui caedere“, was so viel bedeutet wie sich selbst fällen oder töten sowie von neulateinisches Wort „suicidium“, was mit Selbsttötung übersetzt wird (vgl. Bauer, Fartacek, & Anton, 2011, S. 19).

Viele Definitionen befassen sich mit der spezifischen Handlung beziehungsweise Handlungsintention, welche den Suizid von anderen Todesarten wie natürlichem Tod, Unfall oder Mord unterscheidet. Der Suizid wird dabei als „ein spezifisch menschliches Phänomen, ein Merkmal der *Conditio humana*“ (Stengel (1969), zit. nach Aebischer-Crettol, 2000, S. 285), bei der

¹ Ausnahmen hiervon ergeben sich durch die Verwendung synonyme Begriffe durch zitierte Autoren.

„das Subjekt der Handlung, der Täter, zugleich das Opfer ist“ (Ahrens, 2004, S. 29) beschrieben. Gemäss der Definition von Durkheim (1995, S. 27) bezeichnet Suizid „jenen Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei das Opfer das Ergebnis seines Verhaltens im Voraus kannte.“ Suizid wird von Kaiser (1986, S. 21) als „die bewusste und willentlich angestrebte Selbsttötung eines Menschen durch eine bestimmte zielgerichtete Handlung“ definiert. Zusammenfassend differenziert Lindner-Braun (vgl. 1990, S. 32) folgende Aspekte in Bezug auf die Definition eines Suizides aus: Ein erfolgter Suizid wird bestimmt durch die Übereinstimmung des Handlungsergebnisses mit der subjektiven Handlungsintention zum Zeitpunkt der Handlungsausführung. Ajdacic-Gross (vgl. 2007, S. 5) beschreibt die verschiedenen Handlungsintentionen für Suizid zum einen als gezieltes, lange vorbereitetes Handeln, auch Bilanzsuizid genannt, zum zweiten als mögliche Kurzschlusshandlung aufgrund einer akuten Krise oder eines kritischen Lebensereignisses, und zum dritten als Ausdruck eines grossen Leidensdruckes, welcher oft mit psychischen Störungen zusammenhängt.

Pohlmeier (vgl. 1995, S. 31) grenzt den erfolgten Suizid vom Suizidversuch ab als unterschiedliches psychologisches Phänomen in Bezug auf die Handlungsintention. Ein Suizid zeugt gemäss seiner Beschreibung von einer Entschlossenheit, während der Suizidversuch von einer „Ambivalenz zwischen Nichtlebenkönnen und Nichtsterbenkönnen“ gekennzeichnet ist. Silvermann et al. (vgl. 2007, zit. nach Bauer, Fartacek, & Anton, 2011, S. 192) beschreiben unabhängig davon den „Suizidversuch als ein selbst ausgeführtes, potentiell selbstverletzendes Verhalten mit einem nicht-tödlichen Ausgang, bei dem nachweislich (implizit oder explizit) der Wunsch zu sterben vorhanden war“. Vom erfolgten Suizid und vom Suizidversuch abzugrenzen sind Suizidgedanken, welche gemäss Bauer et al. (vgl. 2011, S. 193) nicht auf ein direktes Suizidrisiko schliessen lassen, sofern sie nicht in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung oder mit einem kritischen Lebensereignis stehen.

Die hier beschriebenen Definitionen zeigen verschiedene Aspekte der Todesart Suizid auf, welche zum grundlegenden Verständnis darüber, was Suizid ist, beitragen. In dieser Arbeit spielt aufgrund der gewählten Fragestellungen die dem Suizid inhärente Bedeutung für die Suizidenten, die Hinterbliebenen und die Gesellschaft, in der diese leben, jedoch eine ebenso wichtige Rolle. Szittyta (zit. nach Aebischer-Crettol, 2000, S. 285) beschreibt diese zum Beispiel mit folgenden Worten: „Der Selbstmord [ist] nicht nur deshalb eine der wichtigsten Erscheinungen, weil er Millionen von Opfern verlangt, sondern er ist der symbolischste Kampf, den der Mensch mit dem Unsichtbaren, mit dem nie Erklärbaren, sich als Opfer bringend, führt.“ Ein Suizid entfaltet also Wirkungen auf verschiedenen Ebenen, was in dieser Arbeit – ausgehend von den Suizid-Hinterbliebenen – Berücksichtigung finden soll.

1.2. Suizid-Hinterbliebene

Andriessen und Krysinska (vgl. 2012) thematisieren in ihrem Artikel „Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention“ die Schwierigkeit der Definition des Begriffes der „Suizid-Hinterbliebenen“ beziehungsweise im Englischen der „Suicide Survivor“s“, also der Suizid-Überlebenden. Gemäss McIntosh (vgl. 1993, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012) sind Hinterbliebene Familienangehörige und Freunde, die einen geliebten Menschen durch Suizid verloren haben. Andriessen (vgl. 2009, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012) fügt hinzu, dass sich das Leben der Hinterbliebenen durch den Verlust verändert. Gemäss Jordan und McIntosh (vgl. 2011, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012) löst ein Suizid bei Hinterbliebenen psychischen, physischen und/oder sozialen Stress aus.

Shneidman (vgl. 1969, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012) hat vermutet, dass bei jedem Suizid durchschnittlich sechs Menschen von einem Suizid direkt betroffen sind, während Wroblewski (vgl. 2002, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012) diese Zahl auf rund zehn Hinterbliebene nach einem Suizid geschätzt hat. Je nach Definition von Betroffenen ist diese Zahl weitaus höher. So sind zum Beispiel auch Menschen in das Geschehen involviert und werden durch den Suizid erschüttert, die die verstorbene Person nicht gekannt haben, wie zum Beispiel diejenigen Personen, die den Verstorbenen auffinden (vgl. Andriessen (2009), zit. nach Grad, 2001, S. 562).

Diese Arbeit geht von der Perspektive der direkten Hinterbliebenen aus, welche – in Anlehnung an die oben genannten Definitionen – einen unmittelbaren und einschneidenden Verlust durch den Suizid erfahren haben. Jedoch werden auch die Ebenen der sozialen Gruppen und der Gesellschaft thematisiert, in der die Hinterbliebenen – beziehungsweise der Verstorbene – eingebettet sind. Dies geschieht aufgrund der gewählten Herangehensweise an die eingangs formulierten Fragestellungen, welche die Individuen im Kontext ihrer sozialen Umwelt betrachten und die kulturellen Eigenheiten im Umgang mit Krisen berücksichtigen will.

1.3. Suizid-Prävention, -Intervention und -Postvention

Wird in Bezug auf die Thematik Suizid von Prävention, Intervention und Postvention gesprochen, so ist es meiner Ansicht nach nötig, diese in einen Wirkungszusammenhang zu setzen, da sie einander gegenseitig bedingen und beeinflussen. Ich werde deshalb alle drei Begriffe kurz erläutern, mit dem Ziel, die Zusammenhänge zwischen Prävention, Intervention und Postvention aufzuzeigen.

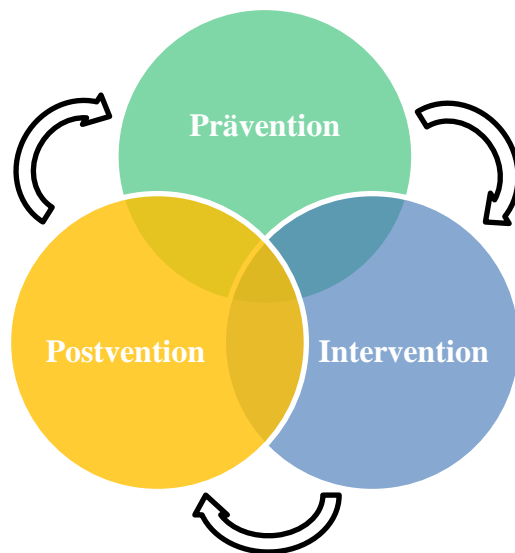


Abbildung 1: Wirkungszusammenhänge von Prävention, Intervention und Postvention. Erstellt von Marisa Goldener, 2013

Suizidprävention wird in der Fachliteratur unterteilt in Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention. Gemäss der Fachgruppe für Suizidprävention des Kantons Bern (vgl. suizidpraevention-kantonbern.ch) gehört zur Primärprävention die Verringerung der Suizidmöglichkeiten und Suizidmittel mit dem Ziel, Risikofaktoren zu vermindern und Schutzfaktoren zu stärken. Als Sekundärprävention wird die Früherkennung und Frühintervention über Bildung und Schulung von Schlüsselpersonen beschrieben. Unter Tertiärprävention wird die Therapie von suizidalen Personen verstanden, welche zum Ziel hat, einen Suizid zu verhindern. Das Bundesamt für Gesundheit (vgl. bag.admin.ch, 2005, S. 4) unterscheidet in Bezug auf die Prävention zwischen Public-Health-Massnahmen und Health-Care-Massnahmen. Public-Health-Massnahmen richten sich an die gesamte Bevölkerung und beinhalten Elemente wie Gesundheitsförderung, Früherkennung, Sensibilisierung, niederschwellige Anlaufstellen und Beschränkung von Suizidmitteln. Health-Care-Massnahmen sind auf spezifische Risikogruppen ausgerichtet und bestehen meist aus medizinischer Versorgung. Prävention bezieht sich also vor allem auf die Verminderung oder Verhinderung von Suizidgefährdung beziehungsweise der Förderung der Gesundheit. Hinterbliebene nach einem Suizid werden im Bericht des Gesundheitsamtes (vgl. bag.admin.ch, 2005, S. 21) explizit aufgeführt, weil sie als besonders vulnerable Gruppe gelten. Postventions-Angebote sind somit Teil eines guten Prävention-Konzeptes.

Unter Intervention wird das direkte Handeln in der aktuellen und akuten Situation verstanden. Evans und Farberow (2003, S. 133) schreiben dazu: „The cardinal rule of suicide intervention is the same as that for prevention: Do something.“ Intervention kann sich auf die akut suizidgefährdete Person beziehen, aber auch auf die Krisenintervention bei Betroffenen beziehungsweise

Hinterbliebenen nach einem erfolgten Suizid oder Suizidversuch. Ziel der Intervention ist es, die Situation zu stabilisieren und sicherzustellen, dass ein Hilfenetz vorhanden ist.

Edwin Shneidman hat in den 1970er Jahren als Ergänzung zu Suizid-Prävention und Intervention den Begriff Postvention eingeführt und geprägt (vgl. Evans & Farberow, 2003, S. 188). Postvention meint in diesem Zusammenhang diejenigen Hilfen, die den von einem Suizid Betroffenen zur Verfügung gestellt werden. Die Fachgruppe Suizidprävention Kanton Bern (vgl. suizidpraevention-kantonbern.ch) bezeichnet Postvention als die Betreuung von Angehörigen nach einem Suizidversuch oder einem erfolgten Suizid. Gemäss Andriessen (vgl. 2011, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012) beinhaltet Postvention diejenigen Aktivitäten, die von, mit oder für Hinterbliebene entwickelt wurden, um präventiv negative Entwicklungen, wie zum Beispiel komplizierte Trauerverläufe, zu vermindern oder verhindern beziehungsweise, um die Verarbeitung zu fördern. Postvention hat folglich Prävention zum Ziel.

Wie aus diesen Definitionen ersichtlich wird, ist die Abgrenzung zwischen Prävention, Intervention und Postvention nicht eindeutig, sondern eher fließend. Der Thematik Suizid kann nur ernsthaft begegnet werden unter Einschluss aller drei Dimensionen, welche in sich einen Wirkungskreislauf bilden. Diese Arbeit widmet sich dem Thema der Suizid-Postvention also ganz im Sinne von Edwin Shneidman (2001, S. 154f), welcher schreibt: „Postvention is precare for the next decade and for the next generation. Of the three possible (temporal) approaches to mental health crisis – prevention, intervention, and postvention – in the case of suicide at least, postvention probably represents the largest problem and thus represents the greatest area for potential aid. [...] A comprehensive understanding of ‘the suicidal problem’ obviously ought to include postvention along with prevention and intervention in a tripartite approach.”

2. Appenzellerland

Im Folgenden werden die wichtigsten Faktoren, welche das Appenzellerland prägen, kurz beschrieben. Danach wird ausgeführt, wieso Suizid in dieser Region ein so relevantes Thema ist. Diese Beschreibungen sind als kurze Einführung zu verstehen, damit ein erstes Bild des Appenzellerlandes entstehen kann. Weiterführende Gedanken im Hinblick auf das Appenzellerland in Verbindung mit Suizid finden sich im Hauptteil der Arbeit.

2.1. Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden in Kürze

Das Appenzellerland liegt im Nord-Osten der Schweiz und besteht aus den zwei Halbkantonen Appenzell Ausserrhoden (AR) und Appenzell Innerrhoden (AI). Im Jahr 1597 erfolgte die sogenannte „Landteilung“ aus konfessionellen und wirtschaftlichen Gründen. Seither gibt es den evangelisch-reformiert geprägten Kanton Appenzell Ausserrhoden und den katholisch geprägten Kanton Appenzell Innerrhoden (vgl. ar.ch).

Innerrhoden hat mit einer Fläche von 173 km² rund 15'000 Einwohner, während Ausserrhoden mit 243 km² Fläche eine Einwohnerzahl von rund 54'000 aufweist (vgl. ai.ch; vgl. ar.ch). Beschäftigt sind in Innerrhoden rund 16 Prozent im landwirtschaftlichen Sektor, 30.5 Prozent im industriellen Sektor und 53.4 Prozent im Dienstleistungs-Sektor, während in Ausserrhoden rund 8 Prozent im Bereich Land- und Forstwirtschaft, 33.5 Prozent in der Industrie und 58.6 Prozent im Dienstleistungsgewerbe arbeiten (vgl. ai.ch; vgl. ar.ch).



Abbildung 2: Die Lage des Appenzellerlandes (AR/AI) in der Schweiz. Erstellt von weltkarte.com, 2013

Landschaftlich geprägt ist das Appenzellerland durch die verschiedenen, voralpin geprägten Geländeeinheiten, welche durch die vielen Hügel gegliedert sind (vgl. Schläpfer, 1978, S. 30) sowie durch die spezifische Streusiedlungs-Struktur², welche sich vermutlich durch die Aneignung des Landes im 8. Jahrhundert über die Waldrodungen und die natürliche Geländestruktur entwickelt hat (vgl. Fischer, 1987, S. 9f).

Appenzell Innerrhoden wie Appenzell Ausserrhoden sind berühmt für ihre lebendige und gelebte Kultur, welche eng mit der landwirtschaftlichen Kultur und mit kirchlichen Traditionen verbunden

² Charakteristisch für Streusiedlungen sind weit auseinander beziehungsweise „verstreut“ liegende Einzelhöfe.

ist (vgl. ai.ch). Auf der Website des Kantons Appenzell Ausserrhoden (ar.ch) steht: „Kultur, insbesondere die eng mit dem Brauchtum verbundene Volkskultur, findet nicht hinter hohen Mauern, sondern in aller Öffentlichkeit statt. Sie ist Teil des Alltags in Appenzell Ausserrhoden. Obwohl nur acht Prozent der Beschäftigten im Landwirtschaftssektor tätig sind, hat das bäuerliche Brauchtum hierzulande einen hohen Stellenwert – und stösst auch bei der nichtbäuerlichen Bevölkerung auf Interesse.“

Auch die politische Kultur im Appenzellerland ist eine Besondere. In Appenzell Innerrhoden werden die kantonalen Belange nach wie vor einmal jährlich an der Landsgemeinde per Handmehr der Bürger entschieden (vgl. ai.ch). In Appenzell Ausserrhoden wurde die Landsgemeinde 1997 abgeschafft und die kantonalen Angelegenheiten werden seither per Urnengang geregelt (vgl. ar.ch).

Wie im Film von NZZ Format (2006) über das Appenzellerland berichtet wird, ist es „mehr als die Summe seiner beiden Halbkantone Inner- und Ausserrhoden. Appenzell ist ein Land für sich im Land Schweiz. Das gilt für Bewohner und Landschaft, für Selbstverständnis und Eigenarten.“ Der aus Appenzell stammende Kabarettist SimonENZLER (NZZ Format, 2006) sagte in diesem Zusammenhang über den Appenzeller: „Er ist schlagfertig und witzig, gleichzeitig Selbstmord gefährdet. Er ist weltoffen und entwicklungsfähig, gleichzeitig der konservativste Mensch in der ganzen Schweiz.“ Damit sind wir bei der Thematik Suizid angelangt, deren Bedeutung im Appenzellerland im nachfolgenden Kapitel anhand von statistischen Daten verdeutlicht wird.

2.2. Suizid im Appenzellerland

Das Appenzellerland hat ein besonderes Verhältnis zum Thema Suizid. Wie in der nachfolgenden Grafik ersichtlich ist, führt der Kanton Appenzell Ausserrhoden die Statistik zur Suizidrate in der Schweiz an mit durchschnittlich (Werte von 1990 bis 1999³) rund 25 Suiziden im Jahr auf 100'000 Einwohner, während sich Appenzell Innerrhoden mit knapp 24 Suizidtoten pro Jahr und pro 100'000 Einwohner dicht daneben bewegt (vgl. bag.admin.ch, 2005, S. 10). Mit einer tatsächlichen Einwohnerzahl der Kantone Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden von rund 70'000 entspricht dies jährlich rund 17 Todesfällen durch Suizid. Das bedeutet für die Zahl der Hinterbliebenen nach den Angaben von Edwin Shneidman (vgl. 1969, zit. nach Andriessen & Krysinska, 2012), welcher von rund sechs direkt Betroffenen durch Suizid ausgeht, 102 Suizidtrauernde jährlich. Dies bezieht sich nur auf eine durchschnittliche Anzahl der direkt durch den Suizid tangierten, tatsächlich dürfte aber die Zahl der Betroffenen wesentlich grösser sein – zumal sich die Anzahl über die Jahre hinaus

³ Aufgrund der jährlichen kantonalen Schwankungen der Suizidraten, welche besonders bei kleinen Kantonen wie Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden ins Gewicht fallen, werden für die kantonalen Raten die durchschnittlichen Werte über zehn Jahre angegeben.

zusätzlich summiert.⁴ Um es mit den Worten von Corina Bandelli (2013), Mitarbeiterin des Care Teams AR/AI, zu formulieren: „Es gibt in diesem kleinen Kanton niemanden, der niemanden kennt, der Suizid begangen hat.“

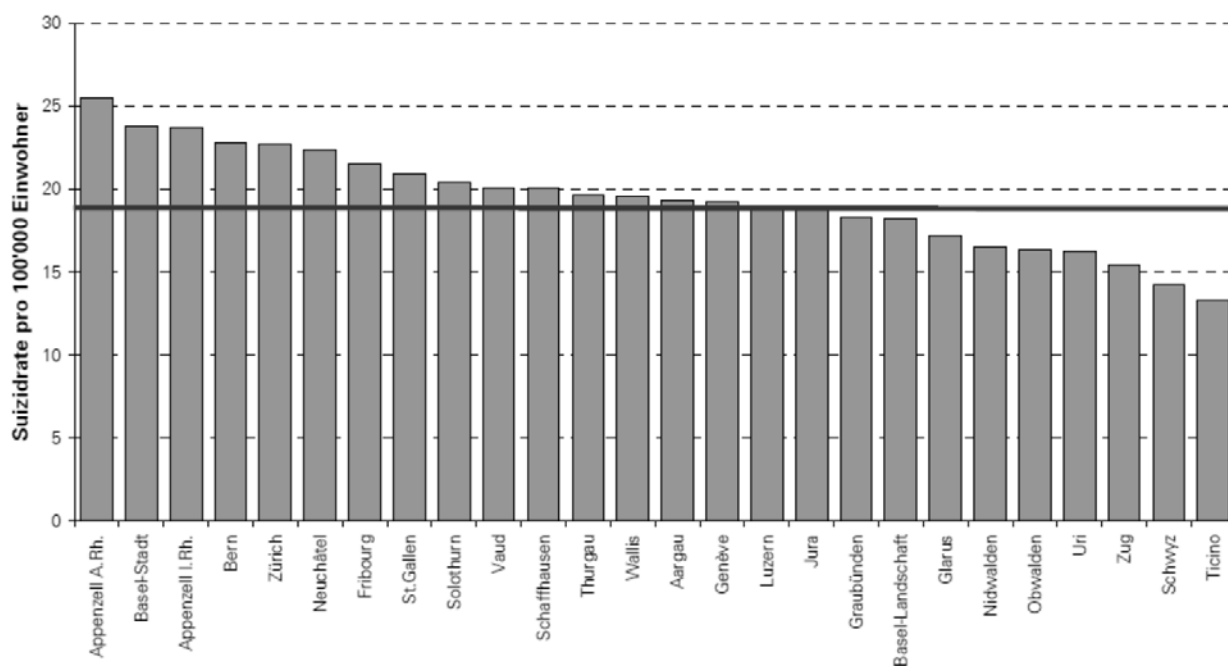


Abbildung 3: Interkantonaler Vergleich der Suizidraten aus Durchschnittswerten von 1990-1999 mit durchschnittlicher Rate der Schweiz als Referenzstrich gemäss Daten des BFS. Erstellt von bag.admin.ch, 2005, S. 10

Holenstein (vgl. 2003, S. 5,12-36) befasst sich in seiner Studie damit, welche volkswirtschaftlichen Kosten durch Suizide und Suizidversuche in der Schweiz entstehen. Er schreibt, dass in Bezug auf die 1300 Suizide in der Schweiz im Jahr 1999 rund 65 Millionen Schweizer Franken an Kosten für erfolgte Suizide entstehen. Dafür wurden Kosten für Polizeieinsatz, Rechtsmedizin und behördliche Arbeiten, Kosten der begleiteten Suizide, Kosten, welche aufgrund der spezifischen Todesart entstehen sowie Renten, Lebensversicherungen und eine psychologische Nachbetreuung eingerechnet. Als Folgekosten von Suizidversuchen wird ein Betrag von mehr als 2,3 Milliarden Schweizer Franken genannt, welcher sich aus Kosten für Behandlungen und Therapie, Kosten aus einer resultierenden Invalidität und mit Einberechnung einer Dunkelziffer für Verkehrsunfälle zusammensetzt. Das ergibt einen jährlichen Gesamtbetrag von über 2,4 Milliarden Schweizer Franken an Folgekosten aus Suiziden oder Suizidversuchen für die Schweiz. Holenstein geht davon

⁴ Problematisch ist meines Erachtens, dass trotz der hohen Suizidrate in Appenzell Auser- und Innerrhoden innerkantonal sehr wenig bekannt ist über die Art und die Verteilung der Suizide. So gibt es bisher keine Statistik auf Kantonsebene, welche Aussagen zu Aspekten wie der regionalen Verteilung, der sozialen und ökonomischen Verhältnisse oder familiären Häufungen macht. Dies wäre aber insofern zentral, als dass es eine realistischere Einschätzung über die Art und Weise der regional benötigten Prävention, Intervention und Postvention erlauben würde.

aus, dass die tatsächlichen Kosten jedoch noch wesentlich höher sein könnten.⁵ Umgerechnet auf die Zahl der Suizide in Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden ergibt sich aus diesen Zahlen ein ungefährender Betrag von 30 Millionen Schweizer Franken pro Jahr an ökonomischen Folgekosten aus Suiziden und Suizidversuchen, „ganz abgesehen vom unermesslichen Leid für die Betroffenen.“ (Stehle, 2013)

Wie aus diesen Daten ersichtlich wird, ist das Thema Suizid für das Appenzellerland von besonderer Bedeutung und hat eine Relevanz für die Bevölkerung dieser Region sowie ihre politische Vertretung.

3. Interviews

Da ich der Frage nachgehen wollte, welche professionellen Stellen und Personen im Appenzellerland in Bezug auf Suizid-Postvention involviert sind, habe ich bei verschiedenen Stellen nachgefragt, ob und inwiefern sie mit der Thematik der Nachsorge für Suizid-Hinterbliebene in Berührung kommen und an wen sie hilfeschuchende Hinterbliebene gegebenenfalls verweisen würden. Dies geschah nach erfolgtem Literaturstudium und diente der Exploration der Praxis-Relevanz der Thematik sowie des bestehenden Hilfenetzes in der Region des Appenzellerlandes.

Ich nahm mit folgenden Fachstellen und -personen telefonischen Kontakt auf: Fachpersonen des psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden, Fachpersonen des Care Teams AR/AI, mit „Trauer nach Suizid“, der Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen in Herisau, mit VASK (Vereinigung von Angehörigen von Schizophrenie- / Psychisch-Kranken) Ostschweiz, der Kontakt-stelle für Selbsthilfegruppen und der Beratungsstelle für Opferhilfe in St. Gallen, der Dargebotenen Hand Ostschweiz, dem Zentrum für Schulpsychologie und Therapeutische Dienste Appenzell Ausserrhoden, verschiedenen Sozialberatungsstellen und Sozialen Diensten im Appenzellerland, der Fachstelle für Sozialhilfe und Sozialarbeit des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie dem Amt für Gesundheit Appenzell Ausserrhoden.

Die meisten der befragten Stellen und Personen erachteten das Thema als relevant, viele sagten jedoch, sie kämen mit der Thematik der Nachsorge für Suizid-Hinterbliebene nicht direkt in Kontakt oder seien nicht zuständig und haben mich an andere Stellen weitergeleitet. Mit denjenigen Fachstellen und Personen, welche sich mit der Thematik in Berührung sahen, habe ich mich in der Folge zum persönlichen Gespräch getroffen.

⁵ Genauere Angaben zu den jeweiligen Beträgen und deren Zusammensetzung finden sich in der zitierten Studie über die Kostenfolge des Suizidgeschehens in der Schweiz von Holenstein (2003).

Dabei sind Interviews mit folgenden Fachpersonen zustande gekommen:

- Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden: Norbert Hochreutener, katholischer Seelsorger
- Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden: Rita Lengsfeld, Pflegefachfrau FH und Angehörigenberatung; Monika Schiess, Leiterin Sozialdienst; Annette Wittwer, Psychologin lic. phil.
- Care Team AR/AI: Georg Schmidt, Leiter Care Team AR/AI
- Care Team AR/AI: Corina Bandelli, Einsatzleiterin und Mitarbeiterin Care Team AR/AI
- „Trauer nach Suizid“: Barbara Stehle, Trauergruppen und Einzelbegleitungen für Angehörige nach Suizid
- Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen in Herisau: Madeleine Eberle Egli, Psychologin lic. phil., Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin und Supervisorin

Die Interviews sind gemäss einigen Leitfragen strukturiert, jedoch bewusst offen gehalten, da sie neben der fachlichen Information und Einschätzung der Befragten das Ziel hatten, zu klären, welche Aspekte die Fachpersonen in Bezug auf die Thematik von Suizid und Suizid-Postvention im Appenzellerland als relevant erachten. Als Methode wurde aufgrund seiner halbstrukturierten Form das problemzentrierte Interview nach Mayring gewählt. Die Methode gewährt ein hohes Mass an Flexibilität, da Fragen offen formuliert werden, die Befragung sich aber dennoch an einigen Leitfragen orientiert (vgl. Mayring, 2002, S. 68)

Ich habe mich an folgende Fragen angelehnt, welche jedoch in den Interviews durch spontane Ad-Hoc-Fragen ergänzt wurden:

- Wie kommen Sie mit den Thematiken Suizid und Suizid-Postvention in Berührung?
- Welche Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie?
- Welche Zielgruppe sprechen Sie an?
- Wie kommen Betroffene mit Ihnen in Kontakt?
- Wie arbeiten Sie mit Betroffenen?
- Welche Fragen, Anliegen und Themen tauchen in der Arbeit mit Betroffenen auf?
- Wie erleben Sie den Umgang mit Suizid und Trauer nach Suizid im grösseren gesellschaftlichen Rahmen?
- Haben Sie Vermutungen, wieso es im Appenzellerland so viele Suizide gibt?
- Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie wichtig finden?

Die Interviews wurden jeweils mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und finden sich in transkribierter Form im Anhang der Arbeit. Aufgrund der Fülle des Materials habe ich mich für eine

Transkription als zusammenfassendes Protokoll nach Mayring (vgl. Mayring, 2002) entschieden. Ich habe mich dabei an sein Ablaufmodell für die Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2002, S. 96) angelehnt: In einem ersten Schritt wurden dabei bedeutungsgleiche Aussagen selektioniert, während in einem zweiten Schritt im Gespräch verteilte Ausschnitte thematisch gebündelt und zusammenhängend in Beantwortung der Fragestellung wiedergegeben wurden. Das Abstraktionsniveau ist so gewählt, dass Formulierungen und die Wortwahl der Interviewten weitgehend erhalten geblieben sind.

Alle Befragten hatten die Möglichkeit, das Interview in schriftlicher Form einzusehen und haben einer Verwendung und Publikation im Rahmen der Bachelorarbeit zugestimmt.

4. Theorien

Da mich in dieser Arbeit interessiert, welche spezifischen kulturellen Einflussfaktoren im Appenzellerland in Bezug auf die Ursachen und Wirkungen von Suizid sowie den Umgang der Hinterbliebenen mit diesem Ereignis beteiligt sind, habe ich mich für eine Herangehensweise anhand von soziologischen und psychologischen Theorien entschieden.

Ich habe die Theorie von Émile Durkheim (1995) zum Selbstmord, die an Durkheim orientierte Theorie von Robert K. Merton (1995) zu den individuellen Anpassungstypen bei Anomie sowie die Theorie von Stavros Mentzos (1996) in Bezug auf die institutionelle und interpersonale Abwehr für diese Arbeit ausgewählt, da sie sich für die Analyse von Funktionsmechanismen auf und zwischen den Ebenen Gesellschaft, Soziale Gruppe und Individuum im Hinblick auf die (Nicht-)Bewältigung von Krisen eignen. Émile Durkheim und Robert K. Merton sind als Klassiker der Soziologie renommiert und haben mit ihren Werken den wissenschaftlichen Diskurs nachhaltig geprägt und verändert. Stavros Mentzos hat sich als Psychiater und Psychoanalytiker mit verschiedenen Publikationen einen Namen gemacht. Ich werde die verwendeten Theorien in diesem Kapitel kurz einführen, bevor ich sie im nachfolgenden Teil der Arbeit auf das Appenzellerland beziehe und in Zusammenhang mit der Thematik Suizid setze.

4.1. Durkheim: Der Selbstmord

Émile Durkheim (1995, Originalausgabe erschienen 1897) stellt in seiner Studie „Les Suicides“ oder zu Deutsch „Der Selbstmord“ eine Theorie zur Erklärung der Selbstmordraten in Bezug auf „soziale Ursachen“ auf. Er setzt die Selbstmordrate dazu in Zusammenhang mit dem Kollektivbewusstsein. Durkheim geht davon aus, dass diese gesellschaftliche Kraft erklären kann, wieso eine relativ beständige Anzahl Menschen in einer bestimmten Gruppe oder Gesellschaft Suizid begehen. Durkheim (1995, S. 353) schreibt dazu: „Jeder begeht die Tat für sich allein, ohne sich darüber bewusst zu werden, dass andere dasselbe tun. Und trotzdem bleibt die Zahl der

Selbstmorde konstant, solange sich die Gesellschaft nicht verändert. Man muss daher notgedrungen annehmen, dass alle diese Einzelercheinungen, und wenn sie noch so unabhängig voneinander zu sein scheinen, in Wirklichkeit Ergebnisse ein und derselben Ursache oder Ursachengruppe sind, deren Einwirkung die Einzelnen unterliegen.“ Durkheim (1995, S. 353) führt dies darauf zurück, „dass es in ihrer gemeinsamen Umwelt irgendeine Kraft gibt, die sie alle in die gleiche Richtung treibt und von deren mehr oder weniger grossen Intensität es abhängt, ob mehr oder weniger Selbstmorde zustande kommen. Denn die Auswirkungen unterscheiden sich nicht etwa nach organischen und kosmischen Umweltbedingungen, sondern ausschliesslich nach der Verfassung des jeweiligen sozialen Milieus. Darum ist diese Kraft kollektiv. Mit anderen Worten, jedes Volk trägt kollektiv in sich eine ihm eigene Neigung zum Selbstmord, von der die Höhe des an den Selbstmord gezahlten Tributes abhängt.“

Durkheim (vgl. 1995, S. 371-373) geht davon aus, dass Individuen über ein normatives System, das heisst über gemeinsam getragene Moral beziehungsweise gemeinsame Werte und Normen, in die Gesellschaft integriert werden. Die gemeinsam getragenen Werte und Normen entstehen aus den Verhaltensweisen der Individuen und werden als Kollektivbewusstsein der Gesellschaft gebunden, was wiederum einen Einfluss auf die Einzelnen hat. Durkheim (1995, S. 373) schreibt, dass „die durch eine Vereinigung von Individuen entstandenen Gruppe eine andere Realität hat als jedes dieser Individuen für sich“ und dass „diese Kollektivzustände in der Gruppe, aus deren Eigenheit sie hervorgegangen sind, unter einer neuen Form ein rein innerliches Dasein führen, bevor sie das Individuum als solches erfassen und sich in ihm organisieren.“

Das normative System wird durch Sozialisationsinstanzen vermittelt und kontrolliert. Eine Störung der Integration in die Gesellschaft oder eine Störung der Regulation führen zu Spannungszuständen, welche sich auf das Individuum auswirken. Durkheim (vgl. 1995, S. 162-318) definiert anhand dieser Kriterien vier Grundtypen des Selbstmordes: Den egoistischen, den altruistischen, den anomischen und den fatalistischen Selbstmord. „Der egoistische Selbstmord bestimmt sich daraus, dass die Menschen im Leben keinen Sinn mehr sehen; der altruistische Selbstmord daher, dass ihnen dieser Sinn als ausserhalb des eigentlichen Lebens liegend erscheint; die dritte Art von Selbstmord [...] daraus, dass ihr Handeln regellos wird und sie darunter leiden.“ (Durkheim, 1995, S. 295f) Der fatalistische Selbstmord entsteht aus einer zu starken Reglementierung und Kontrolle (vgl. Durkheim, 1995, S. 318).

Durkheim (1995, S. 374f) beschreibt, dass in jeder Gesellschaft sowohl egoistische, als auch altruistische und anomische Kräfte wirken: „Wo sie sich gegenseitig mildern, ist die moralisch wirkende Kraft in einem Gleichgewichtszustand, der sie vor jeder Idee, Selbstmord zu begehen, bewahrt. Aber wenn eine der drei zum Nachteil der anderen sich über einen bestimmten Grad

hinaus intensiviert, dann wird sie durch die Individualisierung [...] selbstmordfördernd.“ Durkheim (vgl. 1995, S. 375) geht davon aus, dass die Intensität der Spannung von den Eigenschaften der Individuen, der Art und Weise ihrer sozialen Organisation sowie dem Einfluss von ausserordentlichen Ereignissen abhängt. Dabei werden sowohl die Individuen als auch die damit zusammenhängende soziale Ordnung durch die gemeinsam getragenen Werte und Normen beziehungsweise das Kollektivbewusstsein beeinflusst. Die Konstanz der Selbstmordrate kommt folglich daher, „dass die Ursachen ausserhalb des Individuums, die die Selbstmordrate entstehen lassen und aufrechterhalten, die gleichen bleiben. Es ist so, dass weder die Art, wie die sozialen Einheiten in Gruppen zusammengefasst sind, noch das Wesen ihres Konsenses durch irgend etwas modifiziert werden. Das Spiel von Handlung und Gegenhandlung zwischen ihnen bleibt also vollkommen gleich; natürlich können sich dann auch die daraus sich ergebenden Vorstellungen und Gefühle nicht ändern.“ (Durkheim, 1995, S. 375f) Für den Einzelnen führt dies im Laufe des Lebens zu einem Aufbau an Spannung, welche sich von Generation zu Generation fortpflanzt (vgl. Durkheim, 1995, S. 379f).

4.2. Merton: Typen der individuellen Anpassung

Robert K. Merton (1995, Originalausgabe erschienen 1949) verfeinert Durkheims Anomie-Begriff in seinem Werk „Soziologische Theorie und soziale Struktur“ und erweitert ihn um die individuelle Anpassungsperspektive in Bezug auf die Frage, wie das Individuum auf anomische Spannungszustände reagiert. Merton (vgl. 1995, S. 135) geht dabei davon aus, dass sich Menschen in anomischen Situationen, in Abhängigkeit von den vorhandenen kulturellen Zielen und den institutionellen Mitteln, auf unterschiedliche Art und Weise anpassen beziehungsweise ein gewisses Rollenverhalten übernehmen. Unter kulturellen Zielen versteht er die Zwecke und Interessen, die von den Mitgliedern einer Gesellschaft als legitim anerkannt sind. Die institutionellen Mittel führt Merton (1995, S. 128) auf die kulturelle Struktur zurück, also diejenigen regulativen Normen, welche die „zulässige Form des Strebens nach diesen Zielen“ definieren, regulieren und kontrollieren. Merton (vgl. 1995, S. 135) benennt – ausgehend von seiner These, „dass das anomale Verhalten soziologisch als ein Symptom der Dissoziation von kulturell vorgeschriebenen Ansprüchen und sozial strukturierten Wegen zur Realisierung dieser Ansprüche angesehen werden kann“ (Merton, 1995, S. 130) – fünf Typen der individuellen Anpassung in Bezug auf Spannungen zwischen kulturellen Zielen und institutionellen Mitteln: Konformität, Innovation, Ritualismus, Rückzug und Rebellion.

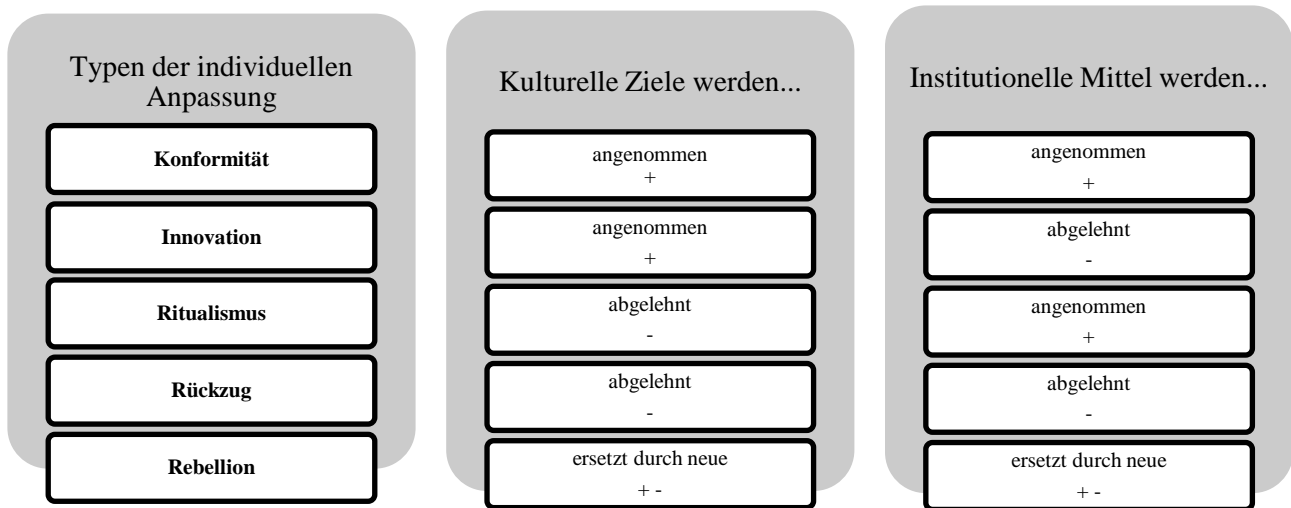


Abbildung 4: Typologie der Formen individueller Anpassung. Gemäss Merton, 1995, S. 135

Stimmen die kulturellen, das heisst die gesellschaftlich gemeinsam getragenen, Ziele mit den vorhandenen, institutionellen Mitteln überein und werden sowohl Ziele als auch Mittel von den Menschen akzeptiert und anerkannt, so führt dies zur Stabilisierung und Kontinuität der sozialen Ordnung. Merton (vgl. 1995, S. 136) nennt diesen Anpassungstyp Konformität. Gemäss Merton (vgl. 1995, S. 136) können wir unter der Prämisse von „Gesellschaft“ sprechen, dass sich die Menschen in ihrem Verhalten an gemeinsam getragenen Grundwerten, den kulturellen Mustern, orientieren. In anomischen Situationen jedoch, wo kulturelle Ziele und institutionelle Mittel nicht übereinstimmen, ist der Mensch gefordert, sich in irgendeiner Form anzupassen, um mit der entstandenen Spannung umgehen zu können und diese auszugleichen im Sinne eines Gleichgewichtes zwischen der Befriedigung seiner Bedürfnisse und dem Streben danach (vgl. Merton, 1995, S. 129f).

Innovation nennt sich das Anpassungsverhalten dann, wenn die vorhandenen, gesellschaftlich legitimen Mittel die kulturellen Ziele nicht zu decken vermögen und der Mensch deshalb neue, institutionell nicht anerkannte Mittel sucht, um die vorhandenen Ziele zu erreichen. Innovation kann sowohl positiv konnotiert werden als Erfindergeist, als auch negativ im Sinne von abweichendem, deviantem Verhalten. Merton (vgl. 1995, S. 143) beschreibt dabei als weiteres strukturelles Problem, dass Kausalzusammenhänge zwischen dem Erreichen eines Zieles und dem dazu nötigen Verhalten beziehungsweise den individuellen Bemühungen oft verschüttet sind. Die Menschen reagieren darauf mit einer „Betonung mystischer Ursachen: des Waltens von Schicksal, Zufall, Glück“ (Merton, 1995, S. 143). Merton (1995, S. 143) schreibt, dass dieses Weltbild, welches Erfolg von mythischen Ursachen abhängig macht, die doppelte Funktion hat, „die häufige Diskrepanz zwischen Verdienst und Belohnung zu erklären und dabei die soziale Struktur, in der

diese Diskrepanz so häufig werden kann, gegen Kritik immun zu machen.“ Der Anpassungstypus Innovation kommt dann zum Tragen, wenn die Spannung, die zwischen den angestrebten Zielen und dem damit verknüpften institutionellen Normen nicht durch die anerkannten Mittel gedeckt werden kann und dem Einzelnen durch die Sozialisation nicht ausreichend eingeprägt wurde, die Mittel und Wege voll zu verinnerlichen. Oft ist jedoch genau dies der Fall und die Menschen geben eher die Ziele auf und behalten das konforme Verhalten bei, was als Ritualismus bezeichnet wird.

Ritualismus „besteht darin, die hochgesteckten kulturellen Ziele [...] aufzugeben oder bis zu einem Punkt zurückzunehmen, an dem die Ansprüche erfüllbar werden.“ (Merton, 1995, S. 144) Merton (1995, S. 145) beschreibt dies folgendermassen: „Obwohl der Erwartungshorizont schrumpft, werden die institutionellen Normen nahezu zwanghaft weiter befolgt.“ Die Menschen bekommen Angst, die Ziele nicht erreichen zu können und senken aufgrund dieser Bedrohung ihr Anspruchsniveau, um Frustrationen zu umgehen und sich weiterhin in Sicherheit wiegen zu können. „Angst erzeugt Nicht-Handeln oder, genauer gesagt, Routinehandeln“ (Merton, 1995, S. 145). Merton (1995, S. 145) fasst Ritualismus zusammen als „jener Anpassungsmodus, bei dem Menschen, indem sie diese Ziele aufgeben und sich umso zäher an die gesicherten Abläufe und institutionellen Normen klammern, individuell und privat den Gefahren und Frustrationen zu entgehen suchen, die ihnen der Konkurrenz um die wichtigsten kulturellen Ziele inhärent scheinen.“

Rückzug als weiterer Anpassungsmodus beschreibt die Ablehnung von kulturellen Zielen und institutionellen Mitteln. „Menschen, die sich auf diese Weise anpassen (oder vielmehr nicht anpassen), gehören genau genommen zwar *in* die Gesellschaft aber nicht *zu* ihr.“ (Merton, 1995, S. 147, Hervorhebungen im Original) Gemäss Merton (vgl. 1995, S. 148) tritt diese Form der Anpassung dann auf, wenn das Individuum zur „Flucht“ aus der Gesellschaft gedrängt wird, da die eigentlich verinnerlichten kulturellen Ziele und die ebenso tief verwurzelten institutionellen Mittel im Widerspruch zueinander stehen und das Individuum so dem doppelten Konflikt ausgesetzt ist, einerseits „die verinnerlichten moralischen Verpflichtungen zur Einhaltung der institutionellen Mittel“ zu befolgen und gleichzeitig dem „Druck zum Rückgriff auf unerlaubte (aber vielleicht auch zum Ziel führende) Mittel“ (Merton, 1995, S. 148) ausgesetzt ist, während der Zugang zu den legalen Mitteln versperrt ist. Merton (1995, S. 148, Hervorhebungen im Original) schreibt, dass „die Annäherung an das Ziel mit legalen Mitteln ständig misslingt und wenn aufgrund der verinnerlichten Verbote eine Unfähigkeit besteht, illegale Mittel zu nutzen, *wobei dieser Prozess abläuft, während dem absoluten Wert des Erfolgsziels noch nicht abgeschworen wurde*. Der Konflikt wird gelöst, indem *beide* auslösenden Elemente aufgegeben werden, die Ziele und die Mittel. Die Flucht ist vollkommen, der Konflikt ist aufgehoben, und das Individuum ist asozial geworden.“

Abschliessend geht Merton (vgl. 1995, S. 150f) auf den Anpasstyp der Rebellion ein. Dies bedeutet, dass eine neue beziehungsweise stark veränderte Sozialstruktur entworfen und begründet wird, also eine Umwertung stattfindet. Dies kann passieren, wenn die Institutionssysteme die Befriedigung der Ansprüche verhindern und deshalb Forderungen nach neuen Gesellschaftsstrukturen laut werden. Merton (vgl. 1995, S. 150f) unterscheidet dabei Rebellion und Ressentiments, welche den gleichen Ursprung haben, sich aber unterschiedlich auswirken. Während Ressentiment von diffusen Hass-, Neid und Feindseligkeitsgefühlen, der ohnmächtigen Unfähigkeit, diese Gefühle gegenüber dem Verursacher zum Ausdruck zu bringen und der ständigen Wiederholung dieses ohnmächtigen, feindlichen Ausgeliefertseins geprägt ist, welches Unzufriedenheit mit der Situation, aber keinen eigentlichen Wertewandel hervorruft, so bedeutet Rebellion die vollständige Ab- und Umwertung der bisherigen Werte und Normen, womit ein Strukturwandel angestrebt wird.

4.3. Mentzos: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr

Stavros Mentzos (1996, Originalausgabe erschienen 1976) beschreibt in seinem Buch „Interpersonale und institutionalisierte Abwehr“ verschiedene Abwehrmechanismen, auf die der Mensch bei Konflikten beziehungsweise Spannungen, die nicht adäquat gelöst werden können, zurückgreift. Ziel der Abwehr ist es, einen bestimmten, spannungsgeladenen Inhalt und die dazu gehörige gefühlsmässige Reaktion, wie zum Beispiel Angst, vom Bewusstsein fernzuhalten oder so weit wie möglich zu verharmlosen (vgl. Mentzos, 1996, S. 28). Abwehrmechanismen haben folglich eine Abwehr- und eine Schutzfunktion, indem sie konflikthafte Elemente unbewusst machen und damit einen vordergründigen Abbau der Spannung ermöglichen und gleichzeitig eine Konfrontation mit den Konflikten – zumindest vorläufig – vermeiden (vgl. Mentzos, 1996, S. 31f). Abwehr geschieht gemäss Mentzos auf verschiedenen Ebenen, nämlich intrapersonal (innerhalb des Individuums), interpersonal (zwischen den Individuen) und institutionalisiert (innerhalb sozialer Systeme).

Die intrapersonale Abwehr, also die Abwehrmechanismen, welche sich innerhalb eines Individuums abspielen, beschreibt Mentzos (vgl. 1996, S. 13-15) in Anlehnung an das psychoanalytische Konzept der Abwehrmechanismen des Ich nur kurz. Mentzos (vgl. 1996, S. 15) geht davon aus, dass sich das Ich vor Angst, Unlust, Schuld- und Schamgefühlen „schützt“, indem es die bedrohlichen Aspekte abwehrt, also dem Bewusstsein nicht zugänglich macht. Damit kann eine kurzfristige Linderung der Spannung hergestellt werden. Jedoch ist dies nur eine scheinbare Lösung, welche auf Dauer gegenteilig wirkt. Die intrapsychischen Grundkonflikte entstehen in Anlehnung an Freud nämlich aufgrund der Spannung zwischen den beiden Komponenten „Liebe“ (oder auch

Bindung, Altruismus, Vereinigung) und „Autonomie“ (oder auch Selbstidentität, Selbstbestimmung, Selbstbezogenheit), sind also Bindungs-Autonomie-Konflikte (vgl. Mentzos, 1996, S. 119). Einseitige Versuche, diese Konflikte zugunsten der einen oder anderen Seite aufzulösen, sind dysfunktional und verursachen auf emotionaler Ebene Schuld- und Schamgefühle, welche wiederum bewältigt werden müssen und so ihrerseits zum Problem werden können, das in irgendeiner Form bearbeitet, oder eben abgewehrt, werden muss (vgl. Mentzos, 1996, S. 124f).

Die interpersonale Abwehr spielt sich auf der Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen, also zwischen den Individuen ab. Mentzos (vgl. 1996, S. 26) charakterisiert diese Form der Abwehr dadurch, dass sich der eine Partner in einer Beziehungskonstellation so verhält, dass diese Verhaltensweisen und Eigenschaften dem anderen Partner ermöglichen, eigene Konflikte abzuwehren. „Oft ist der Vorgang reziprok, so dass nun auch die Abwehr des ersten Partners durch den zweiten gefestigt wird.“ (Mentzos, 1996, S. 26) „Die Partner bilden dabei einen meist unbewusst gehaltenen Konsensus über die Regeln und Rollen dieses Zusammenspiels.“ (Willi, 1972, zit. nach Mentzos, 1996, S. 36) Die interpersonalen Abwehrkonstellationen werden somit von beiden beteiligten Parteien aufrechterhalten, um bedrohliche Elemente wie Angst, Schuldgefühle oder Aggression abzuwehren und das in den Konflikten vorhandene Spannungspotential zu verdecken. „Solche komplementären interpersonalen Abwehrkonstellationen besitzen natürlich eine besondere Stabilität.“ (Mentzos, 1996, S. 26)

Die institutionalisierte Abwehr bezieht sich auf die Ebene der sozialen Rollensysteme und Institutionen, welche gemäss Mentzos (vgl. 1996, S. 79f) eine psychosoziale Abwehrfunktion für das soziale System übernehmen können. Institutionen sind als Träger von Handlungs- und Beziehungsmustern für die soziale Ordnung unerlässlich. Als Teil der sozialen Strukturen übernehmen Institutionen folglich bestimmte primäre Funktionen der Entlastung und der Bedürfnisbefriedigung für die Individuen. Mentzos (vgl. 1996, S. 79f) erklärt, dass Institutionen gerade durch ihren Entlastungscharakter aber auch besonders dazu geeignet sind, Abwehrmechanismen zu stützen oder gar zu übernehmen. So wird die Abwehr von Ängsten und Spannungen zur sekundären, neurotisch deformierten Funktion der Institution. Diese Abwehrfunktion stabilisiert die Strukturen der Institution durch ihre starke Bindungskraft der Mitglieder an die Institution und ist folglich den Individuen und der Institution dienlich. Mentzos (1996, S. 112) fasst dies wie folgt zusammen: „Die Institution festigt die Abwehr des Einzelnen, die Individuen stabilisieren die Institution.“ Die Bildung solcher sekundärer Abwehrfunktionen kann einerseits dazu führen, dass durch die Bindung der Individuen an die Institution die Erfüllung der primären Funktionen gesichert ist und Spannungen institutionalisiert, und damit den Einzelnen entlastend, getragen werden – oder andererseits, dass die primären Ziele durch die sekundären

Abwehrfunktionen überlagert werden (vgl. Mentzos, 1996, S. 83-85).

Mentzos (vgl. 1996, S. 102) warnt davor, Institutionen als schädliche Abwehrkonstellationen zu deklarieren, welche abgeschafft werden müssen, oder im Gegensatz dazu anzunehmen, Institutionen müssten als wichtige Stützen der Gesellschaft und der Einzelnen unangetastet bleiben. Ebenso ist er der Meinung, dass bei der Wertung des menschlichen Verhaltens nicht einseitig und voreilig auf mögliche Abwehrfunktionen geschlossen werden soll, sondern zwischen für die normale Entwicklung notwendigen und pathologischen Elementen differenziert werden muss (vgl. Mentzos, 1996, S. 100f). Im Besonderen weist Mentzos (vgl. 1996, S. 102) auf problematische Aspekte des Zerfalls von Institutionen und dessen Folgen für die psychosoziale Abwehr hin. Zerfallen Institutionen aufgrund Druck von aussen, zum Beispiel durch raschen wirtschaftlichen oder politischen Wandel, so kann dies zu einem Verlust von institutionell getragenen Abwehrmechanismen führen und damit zu einer empfindlichen Störung des psychischen Gleichgewichts der Individuen. Werden institutionalisierte Abwehrformen, wie zum Beispiel das Mann-Frau-Rollensystem, abgebaut, „ohne dass die beteiligten Individuen durch innere Reifung darauf vorbereitet wurden und ohne dass ihnen dafür ein Ersatz geboten worden wäre“ (Mentzos, 1996, S. 87), so kann dies zu psychischen oder psychosomatischen Störungen führen. Mentzos (1996, S. 103) geht unter dieser Prämisse davon aus, dass es wichtig ist, „herauszuarbeiten, ob, inwiefern und in jeweils welcher konkreten Weise strukturelle Komponenten der Institution oder des sozialen Systems im Allgemeinen der individuellen neurotischen Abwehr dienlich sind. Denn nur so können die Widerstände gegen eine erforderliche Veränderung der Institution auch in dieser Dimension erkannt und beseitigt werden.“ Es geht folglich nicht darum, Abwehrmechanismen oder die Bildung von Institutionen an sich zu verhindern, sondern adäquatere Anpassungsstrukturen zu entwickeln, welche die Konflikte und Spannungen abzubauen vermögen. Dazu ist es nötig, an den ursächlichen Grundkonflikten, also an der Spannung zwischen Autonomie und Bindung, zu arbeiten und nicht nur symptomatisch die daraus entstehenden Schuld- und Schamgefühle zu „behandeln“ oder institutionell auszugleichen (vgl. Mentzos, 1996, S. 127). Eine rein symptomatische Einwirkung, welche sich nicht auf den Grundkonflikt zwischen den ambivalenten Polen Autonomie und Bindung bezieht, ist gemäss Mentzos (vgl. 1996, S. 132) dysfunktional und führt, in Analogie zu Schlaf- oder Schmerzmitteln, zu einer ständigen Erhöhung der „Dosierung“ an Repression. Mentzos (1996, S. 112) spricht sich deshalb aus für die Entwicklung und Förderung von Institutionen, die „die offene Interaktion fördern, während sie gleichzeitig unnötige Zwänge und verfestigte neurotische Arrangements eliminieren.“ Dazu ist eine Analyse und ein Ansetzen auf den Ebenen von Individuen, Gruppen und grösseren gesellschaftlichen Zusammenhängen nötig (vgl. Mentzos, 1996, S. 112).

III. Hauptteil

In diesem Teil der Arbeit wird den eingangs formulierten Fragestellungen nachgegangen, ob und inwiefern im Appenzellerland ein Zusammenhang besteht zwischen der Bewältigung der Krise „Suizid“ auf Seiten der Hinterbliebenen und der Entstehung von Suizid als Form der Krisenbewältigung auf Seite des Menschen, der sich das Leben nimmt; und wie die Hinterbliebenen im Rahmen von Postventions-Angeboten adäquat unterstützt werden können.

Aufgrund der Komplexität der Thematik und dem Umfang der Arbeit können nicht alle Einfluss- und Wirkfaktoren berücksichtigt werden. Deshalb dienen die in den Interviews thematisierten Aspekte in Bezug auf die Suizidthematik in Appenzell als Grundlage. Bisher fehlen soziologische Studien und Untersuchungen in Bezug die Thematik Suizid und Suizid-Postvention im Appenzellerland. Deshalb werden die in den Interviews genannten Faktoren mit diverser Fachliteratur zu den Themen Suizid und Trauer, Literatur zu Appenzell sowie Auszügen aus dem Film „Planet Appenzell“ von NZZ Format (2006) gestützt und anhand der eingeführten Theorien von Durkheim (1995), Mentzos (1996) und Merton (1995) analysiert und ausgeführt. Diese Herangehensweise beansprucht nicht für sich, die Situation im Appenzellerland abschliessend zu beschreiben. Sie beschreibt eine der Möglichkeiten, Suizide in dieser Gegend gedanklich zu fassen, zu deuten und die Wirkungskreisläufe im Zusammenhang mit den Betroffenen von Suizid aufzuzeigen.

1. Wirkungskreisläufe in Bezug auf Suizid im Appenzellerland

In diesem Kapitel wird gezeigt, welche kulturellen Einflussfaktoren dazu führen, dass im Appenzellerland⁶ im Vergleich zu den anderen Kantonen der Schweiz überdurchschnittlich viele Menschen Suizid begehen. Weiter wird dargelegt, welche Auswirkungen ein erfolgter Suizid auf die Hinterbliebenen hat und wie im Appenzellerland auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene mit Suizid umgegangen wird. Dabei wird aufgezeigt, dass Parallelen bestehen zwischen der (Nicht-) Bewältigung von Krisen, die zum Suizid führen und Krisen, welche auf Seiten der Suizid-Hinterbliebenen bestehen.

1.1. Suizid als Bewältigungsstrategie

Durkheim (vgl. 1995, S. 375) geht davon aus, dass bei der Entstehung von Suiziden drei Einflussfaktoren mitwirken: Die Eigenschaften des Individuums, vorübergehende Ereignisse wie

⁶ Die beiden Halbkantone Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden werden – trotz den vorhandenen Unterschiedlichkeiten – in dieser Arbeit zusammenfassend betrachtet, da die dieser Arbeit zugrundeliegenden Gedankenstrukturen und Erkenntnisse, aufgrund der gewählten Herangehensweise an die Thematik Suizid, auf die gesamte Region bezogen werden können.

zum Beispiel wirtschaftliche Krisen, und die soziale Ordnung, in der das Individuum lebt. Durkheim (vgl. 1995) selbst geht davon aus, dass die sozialen Ursachen bestimmend für die Häufigkeit von Suiziden sind. Da ich mich in dieser Arbeit auf das Appenzellerland als sozialen und kulturellen Raum beziehe, ist insbesondere dieser Punkt von Interesse. Trotzdem möchte ich hier anfügen, dass alle Einflussfaktoren ihre Relevanz haben und oft auch nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Zum Punkt der individuellen Eigenschaften konnte zum Beispiel empirisch bewiesen werden, dass Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, ein stark erhöhtes Suizidrisiko mitbringen (vgl. Eichhorn, 2003, S. 24).⁷ In Bezug auf den Einfluss von vorübergehenden Ereignissen, können zum Beispiel anhand der Statistiken zu Suizidraten in der Schweiz Zusammenhänge mit den konjunkturellen Schwankungen herausgelesen werden (vgl. bag.admin.ch, 2005, S. 12).

In einigen Interviews (vgl. Eberle Egli, 2013; vgl. Stehle, 2013; vgl. Schiess, 2013) wird die Häufigkeit der Suizide mit den sich landschaftlich bietenden Suizid-Möglichkeiten in Verbindung gebracht. Genannt werden dabei zum einen die vielen Brücken, welche durch das Hügelland des Appenzellerlandes unumgänglich und bisher meist noch ungesichert sind sowie zum anderen die Siedlungsstrukturen, welche Suizid begünstigen, weil aufgrund der Streusiedlungsform jeder „für sich“ ist. Suizide werden in diesem Fall also strukturell gedeutet, was Durkheim mit seiner Theorie zum Selbstmord jedoch nicht stützt, da er davon ausgeht, dass die sozialen Ursachen bestimmend über die Häufigkeit der Suizide sind. Trotzdem möchte ich diesem Punkt hiermit Beachtung schenken, da sich die landschaftlichen Gegebenheiten auch auf die Verhaltensweisen der Einzelnen auswirken, somit die Gesellschaftsstrukturen mitbestimmen und damit das kollektive Bewusstsein prägen, was wiederum auf die Individuen zurückwirkt. Damit werden bereits spezifische Aspekte der appenzellischen Mentalität thematisiert, welche durch die besonderen Umstände der Umgebung mitgeprägt wurden und in einigen Interviews (vgl. Bandelli, 2013; vgl. Eberle Egli, 2013; vgl. Stehle, 2013; vgl. Hochreutener, 2013) als relevant für die Zahl der Suizide genannt werden.

Norbert Hochreutener (vgl. 2013), katholischer Seelsorger im psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden, thematisiert, dass für die Appenzeller Unabhängigkeit und Selbständigkeit hohe Werte sind. Gleichzeitig beschreibt im Interview Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013), Paar- und Einzeltherapeutin der Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen in Herisau, dass die Appenzeller eine starke Verbundenheit mit der Natur und der Gemeinschaft haben, was einen Einfluss auf die Entstehung von Suiziden haben könnte. Um diese Faktoren in Bezug auf die Kultur

⁷ Die Frage, welche gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Entstehung von psychischen Störungen einwirken, sei an dieser Stelle offengelassen. Ausschlaggebend ist dabei jedoch insbesondere, welche Zuschreibungen die Gesellschaft in Bezug auf psychische Störungen und deren Entstehung vornimmt.

und Mentalität der Appenzeller zu beschreiben, greife ich exemplarisch auf einige prägende Ereignisse und Faktoren zurück, welche mit den geografischen und geschichtlichen Hintergründen des Appenzellerlandes zusammenhängen:

Das Appenzellerland ist aufgrund der voralpinen Einflüsse eine eher gebirgige Landschaft, welche nicht mit vielen natürlichen Reichtümern ausgestattet ist, was prägend ist für den Umgang mit existentiellen Unsicherheiten (vgl. Sonderegger, 1979, S. 22-24, 62f). Es liegt relativ abgeschlossen im Osten der Schweiz und ist vollständig umgeben vom Kanton St. Gallen, gemäss den Appenzellern „wie ein Fünffrankenstück in einem Kuhfladen“ (Schläpfer, 1978, S. 36). Das Appenzellerland ist nach Fischer (vgl. 1987, S. 42f) aufgrund seiner Kleinräumigkeit und seiner Lage ein verletzliches Gebilde in Bezug auf die wirtschaftliche, politische und kulturelle Eigenständigkeit, da es angewiesen ist auf Unterstützung von aussen, gleichzeitig aber geschützt werden muss vor äusseren Eingriffen. Historisch verankert im Bewusstsein ist zum Beispiel die Verteidigung von Appenzell gegen Angriffe, wie in der Schlacht am Stoss oder an der Vögelinsegg, wo sich die Appenzeller Anfang des 15. Jahrhunderts in massiver Unterzahl gegen den scheinbar übermächtigen habsburgischen Feind erfolgreich verteidigen konnten, weil sie die landschaftlichen Gegebenheiten zu ihrem Vorteil nutzten (vgl. Sonderegger, 1979, S. 22-24). In Bezug auf die Verwurzelung der Appenzeller mit dem Appenzellerland spielt gemäss Sonderegger (vgl. 1979, S. 22-24) auch die Aneignung des Landes eine zentrale Rolle, da die Bewohner das Land durch Rodungen erst nutzbar gemacht und es so von Grund auf selbst gestaltet haben.

Aus diesen wenigen Faktoren lassen sich bereits einige typische Eigenheiten der appenzellischen Kultur und der darin enthaltenen speziellen Verbundenheit mit der Region und der Sippschaft ablesen. Einerseits wird eine starke Verbundenheit und ein grosser, kollektiver Stolz auf das eigene, selbst erschlossene und gestaltete Land deutlich, sowie das Streben nach persönlicher, wirtschaftlicher und politischer Unabhängigkeit und Selbstständigkeit darin als sehr hoher Wert (vgl. Mittler, 1996, S. 46). Andererseits werden die Einschränkungen und Einengungen durch die landschaftlichen und damit zusammenhängenden politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Strukturen sichtbar, welche in ihrer Kleinräumigkeit Abgrenzung gegen aussen fordern und gleichzeitig Abhängigkeit von der umgebenden Welt beinhalten – gegen welche man sich aber wiederum verteidigen muss. In Anlehnung an Mentzos (1996) und Durkheim (1995) führen diese mehrfachen Ambivalenzen zwischen Autonomie und Bindung im weiteren Sinne zu einer kollektiven Grundspannung im Verhältnis zwischen Aussenwelt und Gemeinschaft aber auch zwischen Gemeinschaft und Individuum: Die kulturell verankerten Ziele der Selbstständigkeit und Autonomie als Appenzeller und die tatsächlich vorhandenen Abhängigkeitsstrukturen driften auseinander. Dies führt zu einer anomischen, spannungsgeladenen Situation, welche kollektiv und individuell bewältigt werden muss, weil sie für das Kollektiv und die darin eingebetteten Individuen

bedrohlich ist. In Anlehnung an die Theorie von Merton (1995) zum Umgang mit anomischen Spannungen könnte dies erreicht werden, indem die Ziele und Werte an die tatsächlich verfügbaren Mittel angepasst werden, bis diese mit der Realität übereinstimmen. Folglich ginge es um eine Ab- oder Umwertung des kollektiv verankerten Autonomie-Wertes zur Auflösung der anomischen Spannung. Dies scheint jedoch in Widerspruch zum gesellschaftlich verankerten Selbstbild des Appenzellers zu stehen, da der Wert der Selbstständigkeit in der kollektiven Identität stark verwurzelt ist. Dies bestätigt Carlo Schmid, ehemaliger Landammann Appenzell-Innerrhoden (NZZ Format, 2006), indem er sagt: „Für mich ist der Appenzeller ein Ausbund an Selbständigkeit. Grundsätzlich anerkennt er keine Autoritäten, die er nicht selber gemacht hat.“ Eine Anpassung des Autonomie-Wertes würde folglich die kollektive Identität als Appenzeller angreifen. Durch den Verlust der gemeinsamen Identität, wäre der innere Zusammenhalt gefährdet, der nötig ist, um die äusseren Bedrohungen und Autoritäten abzuwehren. Dies löst starke kollektive Ängste aus und stellt eine kollektive Bedrohung dar, da die Appenzeller ihre starke Verbundenheit und Verwurzelung mit dem eigenen Land verlieren würden und damit in eine existenzbedrohliche Lage kämen, denn wie Sonderegger (1979, S. 125-127) beschreibt, ist das Appenzellerland für den Appenzeller „personifizierte lebende Landschaft, die ihm immer eine Antwort auf sein Fragen und Drängen gab“. Eine Anpassung oder Umwertung der kollektiv verankerten Werte der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ist folglich keine zielführende Lösung der kollektiv verankerten Autonomie-Bindungs-Konflikte, da damit die grundlegende soziale Ordnung entlegitimiert und die kollektive Identität in Frage gestellt wäre. Im Gegenteil: Eine Anpassung der Autonomie-Werte geht gar mit einer kollektiven Bedrohung der Gemeinschaft einher, mit welcher der Appenzeller stark verbunden ist. Die Spannung wird folglich nicht abgebaut, sondern eher aufgebaut durch eine gleichzeitige Überbetonung der Selbstständigkeit und der Verbundenheit⁸. Um die Spannung zu bewältigen – was weder über eine Umwertung⁹ geschehen kann, noch über die Veränderung und Anpassung der gegebenen Mittel und strukturellen Komponenten¹⁰, welche das Appenzellerland prägen, wie zum Beispiel der realen Abhängigkeits-Strukturen – bleibt in Anlehnung an die Theorie von Mentzos (1996) die Abwehr, was auf institutioneller, interpersonaler und intrapersonaler Ebene geschieht. Dies passt zu dem, was Sonderegger (1979, S. 62f) beschreibt, nämlich dass das Wesen des Appenzellers aufgrund seiner historischen Wurzeln oft von Unsicherheit geprägt ist, was er sich aber nicht anmerken lässt: „Die Unsicherheit des Existentiellen nagt an ihm, innerlich wie äusserlich. Mit natürlichem Reichtum nicht ausgestattet, nötigt er dem kargen Voralpenboden ohne Verkrampfung gerade das eben zum Leben Nötige ab. [...] Nur: er

⁸ In Anlehnung an Merton (1995) kann dies als Versuch gedeutet werden, Konformität herzustellen.

⁹ In den Worten von Merton (1995) entspricht dies dem Anpassungstyp der Rebellion.

¹⁰ Gemäss Merton (1995) gleicht dies dem Anpassungstyp der Innovation.

macht diese Unsicherheit mit sich selber aus. Er zeigt sie nicht. Gegen aussen tritt sie nicht in Erscheinung.“ Die Bewältigung der Spannung zwischen Autonomie und Bindung geschieht also durch die Abwehr der Unsicherheiten, was sich in der Abgrenzung der Appenzeller gegen aussen, dem Streben nach Selbstständigkeit und der starken Verbundenheit mit dem eigenen Land und der Sippschaft manifestiert. Einerseits wird mit der Abwehr also eine institutionalisierte, interpersonale und intrapersonale Bewältigungsstrategie angeboten, welche zur Entlastung führt – andererseits wird aber durch die Abwehr der Spannung ständig neue Spannung aufbaut, da die Grundkonflikte zwischen Autonomie und Bindung nicht gelöst werden können (vgl. Mentzos, 1996, S. 132). Daraus folgt Durkheims Wirkmechanismus in Bezug auf das Verhältnis zwischen Kollektivbewusstsein und Individuum (vgl. 1995, S. 373): Die Verbundenheit mit dem eigenen Land und der darin lebenden Gemeinschaft ist im Kollektivbewusstsein verankert und wirkt sich auf die einzelnen Individuen aus, welche durch ihre Verhaltensweisen wiederum die soziale Ordnung und damit die kulturell verankerten Werte und Normen prägen. Diese Verbundenheit ist somit ursächlich für die Entstehung der Autonomie-Bindungs-Konflikte, gleichzeitig aber auch resultierend aus diesem. Somit kann der Grundkonflikt nicht aufgelöst, sondern nur abgewehrt werden. Die Abwehr ist als Bewältigungsstrategie im kollektiven Bewusstsein verankert und nutzt die Verbundenheit mit dem Kollektiv als Mittel dazu.

Exemplarisch sichtbar werden diese Zusammenhänge anhand der Ausführungen von Sonderegger (1979, S. 77f) zum appenzellischen Heimweh. Dieses sei gekennzeichnet durch den „Drang zurück und wieder weg davon – die Liebe zum Land und zur Verwandtschaft und gleichzeitig das frohe Bewusstsein, den manchmal engeren Verhältnissen und Vermenschlichungen in der anonymen Weite entronnen zu sein. Und das erhebende Gefühl, trotzdem von Grund auf Appenzeller geblieben zu sein. [...] Und dann das Wissen darum, dass einen das eigene Land – sein Land – trägt. Ohne dass man darum gefragt oder darum gebeten hat. Die Appenzeller stehen immer – unsichtbar – hinter einem.“ Sichtbar wird also auch hier die starke Verbundenheit mit dem Land und der Gemeinschaft, welche Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013) im Hinblick auf die Entstehung von Suizid thematisiert hat. Einerseits ist diese starke Verbundenheit mit dem Kollektiv durch die Funktion der institutionalisierten Abwehr schützend und entlastend im Umgang mit Unsicherheiten, was die Mitglieder wiederum verstärkt an die Gemeinschaft bindet, wie Mentzos (vgl. 1996, S. 112) beschreibt. Andererseits hemmt diese starke Bindung an die kollektive Identität aber auch die Entwicklung der persönlichen Identität und die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse, da die kollektiven Erwartungen an primärer Stelle erfüllt werden müssen.

Das Individuum „rennt“ folglich dem Erfüllen der Erwartungen immer „hinterher“. Sonderegger greift dieses „Rennen“ in seinem Buch als charakteristisch für den Appenzeller auf: „Er rennt für sich, mit sich allein, ohne dass andere ihn auf der Strecke sehen – denn entweder ist er erst am Start

oder schon längst am Ziel – manchmal auch beides. Deshalb wohnen Glück und Unglück so nahe bei ihm – dem Appenzeller. [...] Der weinende, der lachende Appenzeller, sie wohnen so nahe beieinander, wie sonnenhalb und schattenhalb. Der vergnügte Appenzeller in der Gemeinschaft – nicht in jeder, versteht sich, unter Landleuten vor allem; und der einsam verzweifelte, der verstörte Appenzeller, der es mit sich selber in diesem Rennen so schwer hat. Denn er rennt ja um sich selbst. Und je rascher er rennt, desto mehr muss er sich selber einholen, und je langsamer er läuft, desto mehr fällt er wiederum vor sich selber zurück. Der Appenzeller, so nahe dem Glück, das er nie für Dauer hält. Der Appenzeller im Unglück, das er vielleicht äusserlich bald überwindet, ohne es innerlich je ganz lassen zu können.“ (Sonderegger, 1979, S. 93f)

Hier findet ein weiterer Faktor Beachtung, welcher in den Interviews (vgl. Schiess, 2013; vgl. Hochreutener, 2013) als ursächlich für Suizide beschrieben wird, nämlich die Diskrepanz zwischen eigener Leistung und den gesellschaftlichen Erwartungen, welche durch die starke Verbundenheit und den starken identitätsstiftenden Charakter der Gemeinschaft auch häufig zu individuellen Erwartungen werden. Wenn das Individuum nicht mehr in der Lage ist, die Diskrepanz zwischen der Erwartungen und der tatsächlichen Erfüllung der Ziele zu bewältigen, gerät es in eine persönliche Krise, an deren Ende der Suizid stehen kann. Da es im Appenzellerland im statistischen Vergleich viele Suizide gibt, stellt sich die Frage, welche Wirkmechanismen bei der Bewältigung von persönlichen Krisen in dieser spezifischen Gemeinschaft zum Tragen kommen.

Sonderegger (vgl. 1979, S. 125-127) thematisiert in seinem Buch das Verhältnis von Gemeinschaft und Einsamkeit in Bezug auf die Bewältigung von Krisen anhand folgender Metapher: Der Appenzeller lebt auf einem Geländevorsprung zwischen zwei tiefen, engen Felsschluchten. Auf der einen Seite liegt die Einsamkeit, welche durch einen glitschigen Steg mit dem Felsvorsprung verbunden ist. Auf der anderen Seite befindet sich die Gemeinschaft, aber für den Appenzeller führt „dahin [...] kein Steg, geschweige denn eine Brücke, nur sein manchmal recht mühevoller Sprung, den er nicht immer zu leisten vermag, so sehr er es innerlich auch möchte. [...] Wie tröstlich, dass ihm der Sprung zu den andern doch meist gelingt, mindestens in seinen guten Stunden“ (Sonderegger, 1979, S. 125-127). Sonderegger (vgl. 1979, S. 131) beschreibt, dass sich der Appenzeller gerade in Krisenzeiten sehr häufig zurückzieht und keine Gesellschaft möchte. Der Appenzeller brauche zwar grundsätzlich das Alleinsein für seine Regeneration, denn das „Einzelhöfische, das Für-Sich-Sein mit dem eigenen Schutzbaum vor dem Haus, es gehört zum Schlag des Appenzellers.“ (Sonderegger, 1979, S. 98f) Aber die Einsamkeit sei grundsätzlich „nie selbst gewählt – oder nur dem Schein nach, und dann wartend, verhalten abwartend bis zur inneren Verzweiflung.“ (Sonderegger, 1979, S. 125-127) Der Appenzeller zieht sich folglich in die Einsamkeit zurück, wenn es ihm nicht gut geht und es scheint für ihn schwierig, sich selbst wieder

daraus zu befreien, wenn es angebracht wäre, da er einfach dort verharrt und den Wert der Selbstständigkeit hochhält.

Einerseits ist das Individuum stark mit der Gemeinschaft verbunden und definiert sich über diese, andererseits ist aber in Zeiten, wo das Individuum es nicht vermag, den kollektiv verankerten Erwartungen und Autonomie-Werten zu entsprechen, der Zugang zur Gemeinschaft erschwert. Entsteht eine Diskrepanz zwischen der kollektiven Identität, welche durch die starke Verbundenheit Teil des Individuums wird und der eigenen Identität, kommt es zum Aufbau von Spannung: Das Individuum ist gebunden an die Gemeinschaft, was für das eigene Wohlbefinden zentral ist und gleichzeitig wird diese Bindung durch die Stärke des Einflusses als Bedrohung der eigenen Autonomie erlebt. Auch auf dieser Ebene wirkt somit ein Autonomie-Bindungs-Konflikt. Eigentlich müssten zur Bewältigung gemäss der Theorie von Merton (1995) die kulturellen Ziele und Werte wieder in Passung gebracht werden mit der Lebensrealität. Dies kann jedoch auch auf dieser Ebene nicht passieren, da diese Ziele ein wesentlicher Teil der kollektiven Identität sind und durch die starke Verbundenheit mit der Gesellschaft der Appenzeller in die eigene Identität übernommen werden. Der Konflikt wird in der Folge durch eine starke Betonung des Wertes der Selbstständigkeit abgewehrt, der in der appenzellischen Mentalität verankert ist. Paradoxerweise bindet die Übernahme dieses kollektiven Wertes der Selbstständigkeit wiederum stark an die Gemeinschaft und verstärkt so Abwehr. Die gesellschaftlichen Werte und Erwartungen werden demnach verinnerlicht, was dazu führt, dass nicht nur die Gesellschaft, sondern auch die Individuen selbst soziale Kontrolle ausüben. Können die Ziele nicht erreicht werden, kommt es folglich zu einer doppelten Sanktionierung: Einerseits von der Gesellschaft, andererseits aber auch vom Individuum selbst.

Durch die enge Bindung ans Kollektiv ist aber die Hinterfragung der Legitimation der Sanktionen auf gesellschaftlicher Ebene nicht möglich. Folglich bleibt dem Individuum nur, die Begründung der Sanktionen in sich selber zu suchen, was die persönliche Krise verstärkt und einer zwischenmenschlichen Thematisierung unzugänglich macht. Auf individueller Ebene führt die Krise deshalb zu einer Schuldzuweisung an sich selbst, welche mit einem Rückzug in die Einsamkeit und einem Verharren in eben dieser einhergeht, obwohl dies den individuellen Bedürfnissen nicht entspricht. Die Werte der Selbstständigkeit und Eigenständigkeit werden betont, während die Bedürfnisse nach Gemeinschaft aufgrund der fehlenden gesellschaftlichen Passung des Individuums abgewehrt werden, obwohl man sich gleichzeitig mit dieser stark identifiziert. Dies führt zu einer Gespaltenheit zwischen der verinnerlichten kollektiven Identität und den eigenen Bedürfnissen und Wünschen, was aber nicht thematisiert werden kann aufgrund der stark verpflichtenden gesellschaftlichen Werte und Normen. Auf gesellschaftlicher Ebene gibt es also Zugangsbeschränkungen über die Erfüllung der kollektiven Erwartungen und die Integration der kollektiven Identität in das Selbst. Es findet eine starke Bindung an die Gemeinschaft statt, durch

welche die Mitglieder kontrolliert und sanktioniert werden, wenn sie „gruppenfremde“ Thematiken einbringen. Durch die starke Verbundenheit mit dem Kollektiven, macht die Gemeinschaft das Individuum zum Träger der sozialen Kontrolle. Es sanktioniert andere, aber auch sich selbst, wenn es den geforderten Erwartungen nicht entspricht.

Dies führt zum Aufbau einer enormen inneren Spannung, da der Appenzeller nicht in der Lage ist, die Spannung über eine aktive Bearbeitung zu bewältigen, sondern sie abwehrt, bis dies nicht mehr geht: „Nur nichts zugeben“ ist dann die innere Trotztragik, aber er hört dann sein inneres Aufschreien selbst umso deutlicher.“ (Sonderegger, 1979, S. 127) Das Aufschreien bleibt innerlich und wird nicht artikuliert, was wiederum den Zugang zur Gemeinschaft erschwert und das Individuum auf sich selbst zurückwirft, was in den Worten von Merton (1995) einem Rückzug gleichkommt. Da Krisen individuell zugeschrieben werden, können diese gemeinschaftlich nicht thematisiert werden, da ein Zugang zu dieser nur über die system-eigenen, kollektiven Zugangskriterien möglich ist. Aufgrund der Bedrohung für das Kollektiv, wehren das gesellschaftliche System, aber auch die Individuen selbst, spannungsgeladene Inhalte wie Krisen ab, was zu einer Tabuisierung führt.

Diese Tabuisierung von Krisen auf Ebene der Gemeinschaft und die fehlenden Artikulationsmöglichkeiten seitens des Individuums werden auch in den Interviews thematisiert. Corina Bandelli (vgl. 2013) wie auch Norbert Hochreutener (vgl. 2013) beschreiben, dass Themen, die die psychische Gesundheit betreffen, im Appenzellerland oft noch weitgehend tabuisiert sind. Über psychische Probleme und über das Thema Suizid, welches ja „am Schluss dieser Kette“ steht, wird gemäss ihrer Einschätzung nicht wirklich geredet. Sonderegger (vgl. 1979, S. 59) beschreibt in seinem Buch, dass der Appenzeller grundsätzlich kein Freund ausgiebiger Dialoge sei – er berichte zwar gerne¹¹, aber er frage eigentlich nicht und lasse sich auch nicht ausfragen. Sebastian Fässler, Goldschmied in Appenzell, erzählt im Film „Planet Appenzell“ (NZZ Format, 2006) folgende typische Szene, welche diesen Charakterzug sehr gut beschreibt: „Zwei kommen in ein Wirtshaus, setzen sich. Einer fragt etwas, aber der andere gibt keine Antwort und macht nur [schnalzt mit der Zunge]. Das ist alles und heisst ja und meint: Ja, ich hab es gewusst. [Schnalzt] Fertig, Schluss, Amen. Dann hockst du da und fragst nochmal etwas, und wenn er wieder nicht mit dir reden will, macht er wieder [Schnalzt]...fertig.“

Norbert Hochreutener (2013) sagt zum Appenzeller: „Gefühle können verbal schwer ausgedrückt werden, für das reiche Innenleben ist kaum eine Sprache vorhanden, doch im Lied ist ein Ausdruck möglich ohne Worte suchen zu müssen.“ Gefühle werden somit über ritualisierte Handlungen

¹¹ Wie auch im Appenzeller Dialekt wörtlich gesagt wird: „*Me hend wideremool prichtet mitenand*“ (Sonderegger, 1979, S. 59, Hervorhebungen im Original)

ausgedrückt, was Norbert Hochreutener (2013) am Beispiel des charakteristischen appenzellischen Naturjodels – Zäuerli oder Rugguseli genannt – ausführt: „Es ist eine Mischung zwischen Melancholie und Freude, aber auch verhaltenem Selbstbewusstsein und Stolz.“

Sichtbar wird hier die Schwierigkeit, Konflikte aktiv zu bearbeiten, was zwar auf ritualisierter Ebene möglich ist, aber im direkten Austausch aufgrund der hohen sozialen Kontrolle, welche mit starken Abwehrmechanismen einhergeht, beschränkt ist. Dies beschreibt auch Madelaine Eberle Egli (2013): „Ich habe den Eindruck, man ist hier irgendwie sehr exponiert und die soziale Kontrolle ist stark. Dies erschwert, seinen Weg zu gehen. Wenn die Angst vor gesellschaftlichen Sanktionen gross ist, ist es sehr schwierig, sich aktiv zu lösen, das Ausbrechen zu wagen und damit die positiven aggressiven Emotionen nach aussen zu nutzen. Was bleibt dann noch, als die Aggressionen gegen sich zu wenden?“

Also kann sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene die Spannung, welche aufgrund der Differenzen zwischen gesellschaftlichen und persönlichen Erwartungen entsteht, nicht aufgelöst werden. Durch die fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten kommen Abwehrmechanismen zu tragen, was vor einer schmerzhaften Thematisierung bewahrt, aber wiederum die Abwehr verstärkt, wodurch eine Bearbeitung und Lösung des Konfliktes verhindert wird. Die Abwehr wird über das Kollektiv legitimiert, da das Kollektiv und die kulturelle Identität verstärkt wird, was wiederum der Abwehr dient. Dies führt zu einem ständigen Aufbau der Spannungen, was sich im Individuum manifestiert, da es die Differenzen zwischen der kollektiven Identität, welche verinnerlicht wurde, und den eigenen Bedürfnissen nicht ausgleichen kann. Das heisst, dass zwar das Kollektivbewusstsein und die Bindung an die kollektive Identität sehr prägend sind, dass aber gleichzeitig durch die soziale Kontrolle verhindert wird, in Situationen, welche tabuisiert sind, Zugang zur Gesellschaft zu finden und so eine Vereinzelung anstatt einer Solidarisierung stattfindet.

Da keine Thematisierung möglich ist – weder vor sich selbst, noch in der Gemeinschaft – wird diese Spannung so lange aufgebaut, bis sie sich in grosser Wucht entlädt. Diese Entladung kann jedoch, wie Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013) thematisiert hat, aufgrund der hohen sozialen Kontrolle nicht gegen aussen erfolgen, sondern nur gegen innen – also gegen sich selbst. So ist eine der wenigen echten Bewältigungsmöglichkeiten der Suizid, da andere Bewältigungsstrategien, wie sich entziehen oder konstruktive Veränderungen durchsetzen, aufgrund der starren gesellschaftlichen Strukturen und der stark verankerten kollektiven Identität nicht greifen oder illegitim sind. „In Situationen wo alles so stark blockiert ist, ist ein Suizid eine Veränderung – zwar eine, die sich niemand wünschen würde – aber immerhin eine Veränderung.“ (Stehle, 2013) Die Frage ist, wieso dieses Konfliktlösungsverhalten im Appenzellerland verbreitet ist, womit wir bei

der Sozialisation in Bezug auf die Bewältigung von Krisen angeht.

Barbara Stehle (2013), welche Einzelbegleitungen und Trauergruppen für Suizid-Hinterbliebene anbietet, sagt im Interview in Bezug auf den Umgang mit Konflikten, dass die Norm „man spricht nicht darüber, man löst das für sich“ implizit in der Familie weitergegeben wird und deshalb in Krisensituationen bei psychischen Thematiken weniger Hilfe geholt wird. Wird die Spannung zu gross, sodass sie nicht mehr abgewehrt werden kann, bleibt der Suizid als Ausweg. Barbara Stehle (vgl. 2013) beschreibt in Anlehnung an Prof. em. Dr. Adrian Holderegger, dass Suizid in diesem Zusammenhang eigentlich eine Art „erlernte Hilflosigkeit“ sei. Dieser Umgang mit Konflikten wird über die Sozialisation als Bewältigungsstrategie für schwierige Situationen erlernt und setzt sich so im Kollektivbewusstsein fest. Auch Corina Bandelli (2013), beschreibt dieses Verhalten in Bezug auf Suizid: „Es scheint wie eine ‚Lösung‘, die man hier praktiziert. Im weitesten Sinne kann man vom ‚Werther-Effekt‘ sprechen – der Nachahmung einer Konfliktbewältigungsstrategie, die sich scheinbar bewährt hat, weil so viele Menschen diesen Weg wählen.“ Suizide werden so über Generationen weitergetragen und sind „wie ein Muster, das sich als Lösung für scheinbar ausweglose Situationen, durch die Familiengeschichten hindurch zieht.“ (Stehle, 2013) Suizid ist somit eine spezifische Konfliktbewältigungsmöglichkeit im Appenzellerland, welche aus dem Bewältigungsmechanismus der Abwehr resultiert, was mit einem Aufbau von Spannungen durch fehlende aktive Bearbeitung einhergeht.¹²

In Anlehnung an die thematisierten kulturell verankerten Bewältigungs- beziehungsweise Abwehrstrategien für Spannungen und Konflikte, stellt sich im nächsten Kapitel die Frage, wie im Appenzellerland mit der besonderen Krise „Suizid“ umgegangen wird.

1.2. Auswirkungen und Bewältigung von Suizid

Im folgenden Kapitel geht es darum, die Auswirkungen eines Suizides auf die Hinterbliebenen auf und zwischen den Ebenen Individuum, Familie und Gesellschaft aufzugreifen und die kulturell verankerten Bewältigungsstrategien zu thematisieren. Dabei wird von den in den Interviews erwähnten Wirkungen ausgegangen und Parallelen zu der, im vorangehenden Kapitel thematisierten, appenzellischen Mentalität im Umgang mit Krisen aufgezeigt. Die genannten Aspekte werden anhand der eingeführten Theorien von Durkheim (1995) und Mentzos (1996) erläutert und mit Literatur begründet und ergänzt.

Barbara Stehle (2013) beschreibt, dass Trauer „grundsätzlich eine normale und gesunde Reaktion auf einen Verlust“ ist, welche in der Regel verarbeitet werden kann. Bei jedem Todesfall sind die

¹² Paradoxerweise führt also genau die enge Bindung der Mitglieder an das Kollektiv dazu, dass das Kollektiv Mitglieder verliert.

Hinterbliebenen konfrontiert mit einem grossen Verlust, was psychische, körperliche und seelische Reaktionen und Auswirkungen mit sich bringt (mehr dazu in Worden, 2011, S. 26-39). Es kann nicht grundsätzlich gesagt werden, welche Auswirkungen der Verlust einer nahe stehenden Person auf das Individuum hat, da die Situationen der Verstorbenen, der Hinterbliebenen und des Umfeldes sehr unterschiedlich sind. Trotzdem gibt es gewisse Aspekte, die bei einer Verlusterfahrung immer wieder auftauchen, denn „Die Trauer eines jeden Menschen ist wie die *aller* anderen; jeder Mensch trauert wie *einige* andere; und die Trauer eines jeden Menschen ist wie die *keines* anderen.“ (Worden, 2011, S. 18. Hervorhebungen im Original) Trauer nach einem Suizid ist gemäss Barbara Stehle (vgl. 2013; vgl. auch Grad, 2001, S. 564-566) eine spezielle, schwierige Trauer, da sehr oft traumatisierende Umstände dazu gehören. Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013) beschreibt Suizid als traumatisches Ereignis für Hinterbliebene, ein „riesiger, grausamer Einschnitt“, während Corina Bandelli (vgl. 2013) den Suizid als „Flut“, die über die Angehörigen hinweg rollt, bezeichnet.

Der Trauerprozess nach einem Suizid unterscheidet sich von anderen Verlusterfahrungen im thematischen Kontext der Trauer, den sozialen Prozessen, die um die Hinterbliebenen herum stattfinden und dem Einfluss des Suizides auf das Familiensystem (vgl. Jordan (2001), zit. nach Grad, 2001, S. 566). Gemäss Barbara Stehle (vgl. 2013) geht einem Suizid oft eine längere Leidensgeschichte des gesamten Systems voraus, wie zum Beispiel eine psychische Erkrankung, physische und psychische Gewalt oder wiederholte Suizidversuche oder -androhungen. Ein Suizid setzt sehr vieles in Bewegung. Die Polizei ist involviert und die Rechtsmedizin. Es tauchen Fragen nach dem Abschiednehmen, der Beerdigung, der Gestaltung der Todesanzeige auf. Mit dem Tod eines Familienmitglieds stehen auch viele administrative und finanzielle Fragen im Raum. „Manchmal hinterlässt derjenige, der sich das Leben nimmt, der Familie auch ein Chaos, welches er selber nicht mehr bewältigen konnte.“ (Stehle, 2013)

Auf der Gefühlsebene bringt ein Suizid ein emotionales Durcheinander mit sich. Gemäss Barbara Stehle (2013) ist die Trauer sehr häufig von einer „extreme[n] gefühlsmässige[n] Berg- und Talfahrt“ geprägt. Die „Emotionen kommen meist ‚wellenartig‘, pendeln zwischen Verzweiflung und Gefasstheit“, wie Corina Bandelli (2013) beschreibt. Trauernde werden gemäss Goldbrunner (2006, S. 17) „mit einem äusserst spannungsgeladenen Zustand konfrontiert [...], welcher sie nicht selten zu zerreißen droht und schwer auszubalancieren ist.“ Hefti-Schaffer (1986, S. 130) verdeutlicht: „Man liebt und gleichzeitig hasst man den Suizidanten, man versteht ihn und doch nicht, man verzeiht ihm und man kann es ihm nicht vergessen.“ In den Interviews werden in Zusammenhang mit dem Tod durch Suizid „grosse Schuldgefühle, Trauer über den Verlust, aber auch Wut über das Verlassen-worden-sein“ (Eberle-Egli, 2013) genannt. Hefti-Schaffer (1986, S.

123) schreibt dazu: „Beim Suizid ist das Gefühl von Verlassenheit noch stärker als bei einem anderen Tod. Da lebte der geliebte Mensch und plötzlich, aus eigener Entscheidung, verlässt er uns ‚freiwillig‘.“ Es steht somit zwangsläufig die grosse Frage nach dem „Warum?“ im Raum (vgl. Lengsfeld, 2013; vgl. Hochreutener, 2013). Die Hinterbliebenen suchen nach einem Grund für den Suizid. Daraus resultieren oft Schuldgefühle, starke Ohnmachtsgefühle und (Selbst-)Vorwürfe, zum Beispiel wieso man nichts gemerkt habe oder es nicht verhindern konnte. Corina Bandelli (2013) sagt zu den Schuldgefühlen, dass „diese ganz oft nicht mit der Realität übereinstimmen. [...] Schuldgefühle resultieren meist aus einer Ohnmacht. Man konnte nichts dagegen machen, war machtlos. Schuldgefühle sind leichter auszuhalten als Ohnmachtsgefühle.“ Oft sind Betroffene auch wahnsinnig wütend, dass der Verstorbene sie einfach alleine gelassen hat. Häufig fühlen sich Hinterbliebene dann aber doppelt schuldig, weil Wut nicht als legitimer Teil der Trauer wahrgenommen wird (vgl. Stehle, 2013; vgl. Grad, 2001, S. 565). Verstärkend wirkt dabei, dass die Aggression nicht gegen aussen gerichtet werden kann, da sich der Adressat durch seinen Suizid dem Konflikt entzogen hat. Barbara Stehle (vgl. 2013) beschreibt, dass ein Suizid manchmal auch eine Erleichterung mit sich bringen kann, insbesondere dann, wenn eine lange Leidensgeschichte voran gegangen ist oder die Situation so stark blockiert war, dass keine Veränderung absehbar war. Auch Verlustängste können durch einen solchen traumatischen Einschnitt entstehen. Der Suizid ist in einer Beziehung häufig eine Art von Vertrauensbruch (vgl. Stehle, 2013). Es geht nach dem Tod eines Angehörigen oft um die zentrale Frage „Was mache ich jetzt ohne diese Person?“ (Lengsfeld, 2013). Annette Wittwer (2013), Psychologin im psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden, benennt die „grosse Fragen nach dem Sinn des Lebens, nach den eigenen Werten, nach der Möglichkeit, das Leben ohne die verstorbene Person weiterzuleben“ als charakteristisch für Trauer nach einem Suizid.

Der Umgang mit solchen Emotionen ist schwierig, denn „Der Suizid, aus welcher Seelenverfassung heraus auch immer geschehen, ist aber auch – wie kein anderer Tod – immer eine Anklage, nicht nur an die Welt, sondern an die Angehörigen [...], die Hinterbliebenen, die mit dem Suizidanten irgendwie Verbundenen. Er hinterlässt eine kaum zu tilgende Spur von Schuld, Scham, Wut, Ohnmacht und Verzweiflung.“ (Kettner & Gerisch, 2004, S. 64) Hinterbliebene müssen für sich Wege finden, wie sie mit diesen intensiven Emotionen umgehen können. Ein Suizid löst grosse innere und äussere Spannungen aus. Die Bewältigung dieser Spannung ist erschwert, da sich der Verstorbene dem Konflikt entzogen hat. Die Hinterbliebenen bleiben mit ihren vielen Fragen und Gefühlen alleine zurück. Fehlen die Möglichkeiten, die entstandenen Spannungen gegen aussen zu bearbeiten, nehmen die Hinterbliebenen diese in Form von Schuldgefühlen in sich auf, um die Krise aushaltbar zu machen (vgl. Bandelli, 2013). Dies kann soweit führen, dass die Hinterbliebenen selbst Suizidgedanken haben (vgl. Bowlby (1983), zit. nach Hefti-Schaffer, 1986, S. 131).

Im Hinblick auf einen solch einschneidenden Verlust erachten die interviewten Fachpersonen „Orte, wo man sich öffnen kann und wo alle Gedanken und Gefühle sein dürfen und deponiert werden können“ (Hochreutener, 2013; vgl. auch Stehle, 2013) als wesentlichen Faktor für eine gelungene Verarbeitung. Es braucht folglich Räume, wo die Fragen und Emotionen der Hinterbliebenen auf Beistand und Widerstand von aussen treffen können, damit die Spannungen aktiv gegen aussen bearbeitet werden können und sich nicht als verinnerlichter Konflikt in Schuld- und Schamgefühlen manifestieren. Wichtig ist im Verarbeitungsprozess, dass den Hinterbliebenen „die Verantwortung für den Suizid genommen wird, und sie ‚los-gesprochen‘ werden von Schuld.“ (Hochreutener, 2013) Barbara Stehle (vgl. 2013) betont, dass es zentral ist, sich den ambivalenten, intensiven Emotionen zu stellen und diese auszuhalten. Rutgers-Cardis (vgl. 2005, S. 26) beschreibt als spezifische Aufgaben der Trauerarbeit nach einem Suizid, einerseits die Aufgabe, sich der Realität dieses nicht rückgängig zu machenden Ereignisses zu stellen und andererseits eine sinnstiftende Geschichte für sich und das Leben und Handeln desjenigen, der sich das Leben genommen hat, aus dieser Geste zu entwickeln.

Gerade diese Aufgaben scheinen jedoch, wie im vorangehenden Kapitel begründet, aufgrund der spezifischen Mentalität der Appenzeller erschwert, da psychische Krisen – dazu gehört auch Trauer – oft über Abwehr bewältigt oder eben nicht bewältigt werden. Der Suizid als besonders spannungsgeladener Inhalt ist dabei doppelte Bedrohung und Anklage an die Hinterbliebenen und die Gemeinschaft, da er das Selbst- und Weltbild der Einzelnen erschüttert und den Sinn des Lebens in Frage stellt (vgl. Kettner & Gerisch, 2004, S. 64). Auch hier greift der im vorangehenden Kapitel beschriebene Wirkmechanismus in Bezug auf den Umgang mit Krisen: Im Appenzellerland ist eine aktive Bearbeitung in und mit der Gemeinschaft aufgrund der möglichen Mittel zur Bewältigung erschwert. Seitens der Gemeinschaft erfolgt Abwehr, da diese durch eine Thematisierung der Krise in ihren identitätsstiftenden Werten angegriffen wäre. Und seitens der Individuen greifen ebenfalls Abwehrstrategien, da die Individuen die kollektiven Werte als wesentlichen Teil ihres eigenen Selbst integriert haben und zudem nicht über die Möglichkeit verfügen, ihre Verletzung zu verbalisieren. Oft kommt deshalb die Haltung „es darf nicht sein‘ oder ‚man muss das doch schaffen können“ (Hochreutener, 2013) als Form der Bewältigung von Krisen beziehungsweise der Abwehr von Spannungen zum Tragen. Schwäche zeigen wird aus dieser Perspektive nicht als Stärke interpretiert, sondern negativ sanktioniert – von der Gemeinschaft und von den Individuen selbst. „Dabei gehört ‚schwach sein‘, ‚erschöpft sein‘ und ‚Tiefs haben‘ zum Leben. [...] Die Menschen müssen insbesondere sich selbst erlauben, schwach zu sein. Dies lässt sich sowohl auf die Ebene der Person mit Suizidabsichten, als auch auf die Ebene der Hinterbliebenen beziehen.“, wie Norbert Hochreutener (2013) in Bezug auf den Umgang mit Krisen im Appenzellerland

formuliert. Die Emotionen und Fragen, mit welchen das Individuum durch die Krise „Suizid“ konfrontiert ist, sind aufgrund des kulturell geprägten Umgangs mit spannungsgeladenen Inhalten schwer auszuhalten und zu bewältigen und führen zur Abwehr der Spannungen, um diese zumindest kurzfristig zu lindern und erträglich zu machen. Längerfristig führt diese Strategie jedoch zu einem Aufbau der Spannungen und zu erhöhtem Druck, da nicht der Verlust der geliebten Person in das eigene Leben integriert wird, sondern die daraus resultierenden Schuld- und Schamgefühle. „Bei einem sehr hohen Potential an Beschuldigungen und Schuldgefühlen ist es nicht überraschend, dass Tod durch Suizid eine erschreckende Spur von Psychopathologie hinter sich lassen kann, die sich nicht nur auf die unmittelbaren Ueberlebenden beschränkt, sondern auch auf deren Nachkommen“. (Bowlby (1983), zit. nach Hefti-Schaffer, 1986, S. 135) Ein Suizid betrifft somit nicht nur die einzelnen Hinterbliebenen, sondern gesamte Familiensysteme.

„Suizid ist ein Trauma für die Familie“, sagt Madeleine Eberle Egli (2013). Er „zerschlägt menschliche Hoffnung und menschliche Beziehungen“ (Temple, 2012, S. 16). Das Familiensystem verändert sich durch den Tod eines Mitgliedes markant (vgl. Stehle, 2013). Auch Goldbrunner schreibt in seinem Buch „Dialektik der Trauer“ (vgl. 2006, S. 88), dass der Tod eines Angehörigen das Familiensystem stark erschüttert. Der Verlust eines Familienmitgliedes hinterlässt eine empfindliche Lücke und bringt das bisherige Rollengefüge – ähnlich einem Mobile, das einen Teil verliert – in Bewegung. Es kann sein, dass sich dadurch die Chance auf eine „neue Dimension im familiären Miteinander“ (Goldbrunner, 2006, S. 98) im Sinne eines Zusammenrückens der einzelnen Mitglieder ergibt, aber es kann auch zu Spannungen und Konflikten im Familiensystem kommen, welche das System zusätzlich belasten.

Das soziale Netz ist also durch den Suizid stark gefordert und belastet, gleichzeitig aber auch wesentliche Ressource in der Bewältigung einer solch einschneidenden Krise (vgl. Goldbrunner, 2006, S. 88). Jedoch sind soziale und familiäre Netzwerke unterschiedlich tragfähig, da manchmal die Beziehungen konfliktbehaftet oder die Mitglieder ungeübt in der Kommunikation sind (vgl. Bandelli, 2013; vgl. Hochreutener, 2013), was mit dem kulturell verankerten Umgang mit Emotionen zu tun hat, welcher in der Sozialisation über ritualisierte Handlungen vermittelt wurde und sich einer sprachlichen Bearbeitung weitgehend entzieht. Der Verlust von traditionell verankerten Ritualen verstärkt deshalb die Hilflosigkeit dem Tod und der Trauer gegenüber (vgl. Hochreutener, 2013). Barbara Stehle (vgl. 2013) beschreibt, dass unterschiedliches Trauerverhalten der einzelnen Mitglieder zu Verunsicherungen oder Konflikten innerhalb der Familie führen und Fragen nach der Beziehungsgestaltung aufwerfen kann. Madeleine Eberle Egli (2013) thematisiert, dass Suizid manchmal auch innerhalb der Familie „tot-geschwiegen“ wird. Schweigen, als Form der Abwehr, kann vorübergehend die einzelnen Mitglieder schützen, da eine Konfrontation nicht zu

ertragen wäre, jedoch führt eine längerfristige Tabuisierung des Suizides und der Trauer innerhalb der Familie dazu, dass sich die Mitglieder entfremden und „keine gemeinsame Sprache und keinen Sinn für dieses Ereignis finden können“ (Eberle Egli, 2013). Der Suizid ist dann „wie ein Schatten und lähmt die Beziehungen“ (Eberle Egli, 2013). So schreibt auch Rutger-Cardis (2005, S. 25; vgl. Hochreutener, 2013): „Dem Schweigen des Verstorbenen über sein Leiden und seine Suizidabsichten entspricht das Schweigen des zuerst vom Schock und später von Elend und Schande erfüllten Umfelds. Der Schmerz verursacht eine Verzerrung der Kommunikation und stört so die Beziehungen innerhalb der Familie und zu ihrem sozialen Umfeld“. Sowohl Corina Bandelli (vgl. 2013) als auch Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013) und Norbert Hochreutener (vgl. 2013) schätzen die Familie – neben all den Schwierigkeiten – als wichtige Ressource und Stütze im Umgang mit diesem tragischen Verlust ein. Findet innerhalb des sozialen Netzes ein Austausch statt, so kann der Suizid verbindende, heilende Kräfte freisetzen. Der Suizid kann dann zum gemeinsamen Schicksal werden und verbindend wirken, was gemäss Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013) sehr wichtig ist. Auch Norbert Hochreutener (2013) sieht das Teilen der Gefühle als essentiell für den Bewältigungsprozess, denn „Die Last allein zu er-tragen scheint fast unmöglich ohne am Leben zu verzweifeln.“

Können die Mitglieder innerhalb ihrer sozialen Systeme die Krise gemeinsam thematisieren und verarbeiten, so kann dies den Zusammenhalt des Systems fördern und die Mitglieder unterstützen, sofern diese in ihren Eigenheiten und individuellen Bedürfnissen anerkannt und respektiert werden. „Der Tod führt häufig Menschen zusammen, und in der gemeinsamen Trauer lassen sich Prozesse der gegenseitigen Unterstützung und Kontrolle ausmachen. Im Gegenzug lassen sich auch Formen der Abgrenzung, der Differenzierung bis hin zur Entfremdung beobachten, wenn unterschiedliche Verarbeitungsformen zu Tage treten.“ (Goldbrunner, 2006, S. 11) Es kommt also auch vor, dass das Familiensystem gerade in der Bewältigung von Krisen dysfunktional wirkt. Zum Beispiel, indem sich die Last des Verlustes einer gemeinsamen Thematisierung entzieht, weil sich die Einzelnen die Schuld für diesen Verlust zuweisen, was kurzfristig einfacher zu ertragen ist, als das Gefühl, keine Macht gehabt zu haben, um die Situation irgendwie zu verändern (vgl. Bandelli, 2013). Die Mitglieder rücken dadurch nicht näher zusammen und solidarisieren sich, sondern entfremden sich voneinander, was zu einer starken Vereinzelung führt (vgl. Eberle Egli, 2013). Der Wert der Autonomie und Selbständigkeit wird betont, was den kollektiven Abwehrstrategien folgt, während sich die familiären Bindungen auflösen. Andererseits kann es aber auch sein, dass die Bindung an das Familiensystem stark betont wird, um sich gegen aussen abzuschirmen und zu schützen, wie es bei der interpersonalen Abwehr der Fall sein kann (vgl. Mentzos, 1996, S. 26). Dies kann jedoch dazu führen, dass das Familiensystem starr und undurchlässig wird. Individuelle Bedürfnisse können dann nicht mehr befriedigt werden, sondern werden hinter die familiären Bedürfnisse

gestellt, welche jeder in seiner Rolle erfüllen muss.

„Die Berücksichtigung von sozialen Bindungen verdeutlicht, dass individuell unverständliche Reaktionen in einem sozialen Kontext durchaus sinnvoll erscheinen. In weitaus grösserem Umfang als bisher angenommen wird, ist Trauer daher als soziales Phänomen zu verstehen, dem darüber hinaus auch eine *beziehungsgestaltende* Funktion zukommt.“ (Goldbrunner, 2006, S. 11. Hervorhebungen im Original). Trauer kann also nicht losgelöst von sozialen Strukturen verstanden werden.

Ein Suizid tangiert somit nicht nur die Hinterbliebenen und deren Familiensysteme, sondern auch die gesellschaftliche Ordnung. Der Suizid überfordert sowohl die Hinterbliebenen als auch das weitere Umfeld (vgl. Eberle Egli, 2013) und ist mit einer grossen Hilflosigkeit auf allen Seiten verbunden (vgl. Stehle, 2013; vgl. Hochreutener, 2013). Die Sprachlosigkeit des Suizidenten, welcher nicht in der Lage war, einen anderen Ausweg zu formulieren, fällt auf oftmals die noch Lebenden zurück (vgl. Hochreutener, 2013): „Der Betroffene war sprachlos und hinterlässt Sprachlosigkeit durch sein Handeln.“ (Hochreutener, 2013) In der modernen Gesellschaft wirkt erschwerend, dass der Tod gesellschaftlich an den Rand gedrängt wird und die dazugehörigen traditionell verankerten Rituale mehr und mehr verloren gehen. „Die Menschen sind deshalb ungeübt im Umgang mit dem Tod.“ (Hochreutener, 2013) Dies führt zu einer Verstärkung der Hilflosigkeit dem Tod gegenüber und macht es schwierig, Sterben und Trauer zu thematisieren und angemessen zu reagieren (vgl. Stehle, 2013; vgl. Hochreutener, 2013). Auch gesellschaftlich verankerte Verhaltensweisen und Denkstrukturen, wie zum Beispiel die religiös geprägte Ansicht, dass man sich schuldig macht, wenn man sich das Leben nimmt und dafür bestraft wird (vgl. Schiess, 2013) oder die historisch verankerten negativen Sanktionen in Bezug auf Suizid, wie zum Beispiel der Verweigerung der kirchlichen Bestattung eines Suizidenten (vgl. Hochreutener, 2013), haben einen Einfluss auf den Umgang mit der Thematik Suizid.

Der Suizid ist besonders bedrohlich, denn „der suizidale Akt spricht dem Leben in beängstigender Weise seinen Wert ab“ (Rutgers-Cardis, 2005, S. 25). Er „attestiert in seiner ungeheuerlichen Gewalttätigkeit, dass die Gemeinschaft den Einzelnen keinen hinreichenden Schutz, keinen Sinn, keine Zukunft, keine bindende Geschichte zum Dableiben hat bieten können.“ (Kappert & Gerisch, 2004, S. 13) Der Suizid ist somit „Ausdruck eines radikal antagonistischen Verhältnisses zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft, die ihn nicht mehr halten kann“ (Kappert & Gerisch, 2004, S. 14). Der Suizid weckt viele Ängste und löst häufig „vehemente Abwehrreaktionen“ aus (Rutgers-Cardis, 2005, S. 25), was auch Rita Lengsfeld (vgl. 2013), Pflegefachfrau im psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden und zuständig für die Angehörigenberatung, beschreibt.

Diese Abwehrreaktionen dienen vordergründig dem Schutz vor einer schmerzhaften Bearbeitung,

jedoch können dadurch die zugrunde liegenden Denk- und Handlungsstrukturen nur schwer aufgelöst werden. Dies führt zu einem Aufbau der Spannung, welche wiederum bewältigt – oder eben abgewehrt – werden muss. Aufgrund der kollektiv verankerten Werte und Normen sowie den kollektiven Bewältigungsstrategien werden die Abwehrprozesse im Appenzellerland zusätzlich verstärkt. Die kollektiven Werte und Normen werden vom Individuum aufgrund der starken Bindung an die Gemeinschaft ins Selbst integriert und zu eigenen Erwartungen. Das Nicht-Erfüllen dieser Erwartungen löst Diskrepanzen zwischen den gemeinsam geteilten Zielen und den zur Verfügung stehenden Mitteln aus, welche unter Betonung des Wertes der Selbstständigkeit von der Gemeinschaft und den Individuen in die Verantwortung der Individuen gegeben werden. Da die gesellschaftlichen Ziele nicht hinterfragt werden können aufgrund ihrer starken identitätsstiftenden Wirkungen, wird die Schuld für Diskrepanzen den Individuen zugewiesen und manifestieren sich in dem Gefühl, nicht zu genügen oder versagt zu haben. Der Suizid eines geliebten Menschen ruft diese Emotionen in besonderer Intensität hervor, denn er stellt „die stärkste Bedrohung der institutionellen Ordnung dar und verlangt starke Legitimationssysteme“ (Berger et al. (1984), zit. nach Castelli Dransart, 2005, S. 17), welche durch die beschriebenen Wirkungskreisläufe individuell zugeschrieben und gesucht werden. Eine gesellschaftliche Auseinandersetzung findet im Appenzellerland kaum statt (vgl. Schiess, 2013). „Sich selbst ein Ende zu setzen ist eine ungeheuerliche Tat. Man spricht nicht gern über Selbsttötungen. Sie sind unheimlich und angsteinflößend und verschlagen nicht selten die Sprache.“ (Kappert & Gerisch, 2004, S. 11) Es kommt zu kollektiven Abwehrreaktionen, welche die Anklage des Suizides erträglich machen aber auch dazu führen, dass sich der Suizid „zu einem Gutteil einer symbolischen und damit im weitesten Sinn sprachlichen Be- und Verarbeitung“ (Kappert & Gerisch, 2004, S. 12) entzieht. Der Suizid ist deshalb immer noch mit gesellschaftlichen Stigmatisierungen und Tabuisierungen verbunden (Stehle, 2013).

Oft manifestiert sich die gesellschaftliche Stigmatisierung als Abwehr im Sinne der Haltung „es kommt bei anderen vor, nicht bei uns, also muss in dieser Familie etwas nicht rund gelaufen sein“ (Stehle, 2013). Gleichzeitig haben auch die Hinterbliebenen das Gefühl, dass dies nur ihnen passiert. Barbara Stehle (vgl. 2013) berichtet, dass die Vereinzelungsgefühle von Hinterbliebenen oft sehr stark sind, obwohl im Appenzellerland „jede zweite oder dritte Familie durch einen Suizid betroffen ist“ (Lengsfeld, 2013).

Diese Vereinzelungsgefühle haben unter anderem damit zu tun, dass sowohl direkt Betroffene als auch Aussenstehende einer grossen Hilf- und Machtlosigkeit dem Tod und der Trauer gegenüber ausgesetzt sind – und dann im schlimmsten Fall entweder gar nicht oder verletzend reagieren. Monika Schiess (2013), Leiterin des Sozialdienstes des psychiatrischen Zentrums Appenzell

Ausserrhoden, beschreibt in diesem Zusammenhang: „Die Angst, dass man nicht weiss, wie mit dieser Thematik umzugehen, blockiert sehr oft [...] Am Schluss läuft man Gefahr, dass man dann gar nichts unternimmt, weil man nicht weiss wie man aufeinander zugehen soll.“ Ablehnende oder verletzende Reaktionen der Mitmenschen führen dazu, dass sich Betroffene zurückziehen. Hinterbliebene fühlen sich gemäss Grad (vgl. 2001, S. 564-566) häufig so, als würde man auf sie herab schauen oder sie gar übersehen. Jedoch sei bisher nicht erforscht, welche Anteile dieser Gefühle mit der Wahrnehmung der Hinterbliebenen und ihren eignen Schuld- und Schamgefühlen zu tun haben und welche aus den tatsächlichen Verhaltensweisen der Mitmenschen resultieren. Hinterbliebene haben häufig ein starkes Gefühl der Wertlosigkeit und das Selbstwertgefühl sinkt. Dies hat mit den äusseren und inneren Stigmatisierungen zu tun, welche aufgrund der fremden und eigenen Schuldzuweisungen entstehen. Die Ursachen des Suizides werden im Individuum, das sich das Leben genommen hat, und dessen Vertrauten gesucht. Dies geschieht nicht nur auf Ebene der Mitmenschen. Häufig geben sich auch die Hinterbliebenen selbst die Schuld am Verlust und büden sich eine zusätzliche Selbst-Stigmatisierung auf. Dies kann sogar soweit führen, dass sich Hinterbliebene für den Suizid ihres Angehörigen schämen und versuchen, ihn zu verstecken anstatt offenzulegen (vgl. Schiess, 2013; vgl. Hochreutener, 2013). „Darin zeigt sich eine besondere Tragik.“ (Schiess, 2013) Es kann auch sein, dass sich die Hinterbliebenen aus Schuld- oder Schamgefühlen zurückziehen und sich nicht dazu berechtigt fühlen, Hilfeangebote anzunehmen (vgl. Jordan (2008), zit. nach Grad, 2001, S. 564-566). Dies wird von der appenzellischen Mentalität begünstigt, denn die Gesellschaft kann aufgrund der starken Verbindung mit dem Individuum und individuellen Verinnerlichung der kollektiven Werte nicht hinterfragt werden. Erklärungen für den Suizid werden somit beim Individuum gesucht und die damit verbundene Schuldfrage wird individuell zugeschrieben. Dies führt dazu, dass das Individuum diese Frage auch nicht in Thematisierung mit der Gemeinschaft lösen kann, da dort keine gemeinsame Sprache und keine gemeinsamen Räume vorhanden sind, sondern mit der Last alleine klar kommen muss.

Oft sind es deshalb auch die Hinterbliebenen selbst, die sich zurückziehen. Barbara Stehle (vgl. 2013) berichtet, dass Hinterbliebene oft nicht in der Lage sind, sich Hilfe zu holen, wenn sie in einer Krise sind. Und wenn sie nicht akut belastet sind, dann ziehen sie keine Unterstützung hinzu, weil sie diese in der aktuellen Situation nicht brauchen. Barbara Stehle (vgl. 2013) beobachtet oft, dass die Leute, die sich an sie wenden, berichten, dass sie gedacht haben, sie kämen mit dem Verlust schon alleine zurecht und dass sie erst später gemerkt haben, dass sie noch zusätzliche Unterstützung brauchen. Diese in Anspruch zu nehmen ist oft mit grossen Hürden verbunden, da dies den in der Sozialisation erlernten kollektiven Normen und Werten sowie den damit verbundenen Bewältigungsstrategien widerspricht. „Hier zeigt sich eine Schattenseite der an sich schönen appenzellischen Mentalität der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit – man möchte nicht

von Hilfe abhängig sein.“ (Hochreutener, 2013) Der kollektive Wert der Selbstständigkeit verhindert somit den Zugang zu Unterstützungsangeboten und sanktioniert diesen über eine individuelle Zuschreibung von Schwäche. Hilfe in Anspruch zu nehmen bedeutet also für das stark mit der Gemeinschaft verbundene Individuum, dass es den kollektiv verankerten Werten und Erwartungen nicht genügt und es Hilfebedürftigkeit als Versagen der eigenen Person deuten muss, was das Selbstbild und das Selbstbewusstsein empfindlich tangiert und zu einem Rückzug führen kann. Die Ängste der Hinterbliebenen vor Stigmatisierung, vor Gerede oder dem Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, wirken folglich als Hemmschwellen, wie Norbert Hochreutener (vgl. 2013) berichtet. Sie „sind eine sekundäre Gefährdung, weil sie die Angehörigen isolieren“ (Hochreutener, 2013). Die im vorangehenden Kapitel beschriebene Abwehr von Krisen, welche mit einem stetigen Druckaufbau einhergeht und darin münden kann, dass der Suizid zu einer der wenigen echten Möglichkeiten wird, um die Spannung zu bewältigen, kann sich somit auch auf Ebene der Hinterbliebenen fortführen, welche durch die Krise „Suizid“ mit ähnlichen Prozessen und Schwierigkeiten konfrontiert sind.

Die Auswirkungen eines Suizides führen also aufgrund der kulturell verankerten, appenzellischen Bewältigungs- beziehungsweise Abwehrstrategien zu einer erneuten Tabuisierung und Angstbesetztheit, welche wiederum abgewehrt werden. Dies führt zu einem stetigen Aufbau von Spannungen, welche sich nur im Individuum entladen können, da das Gesellschaftssystem sich aufgrund des starken Kollektivbewusstseins einer Bearbeitung entzieht. Damit können die Wirkungen des Suizides wieder zu Ursachen für psychische Krisen und Suizid werden. Madeleine Eberle Egli (2013) betont deshalb, dass es zentral ist „die Angstbesetztheit aufzulösen indem man Suizid thematisiert.“

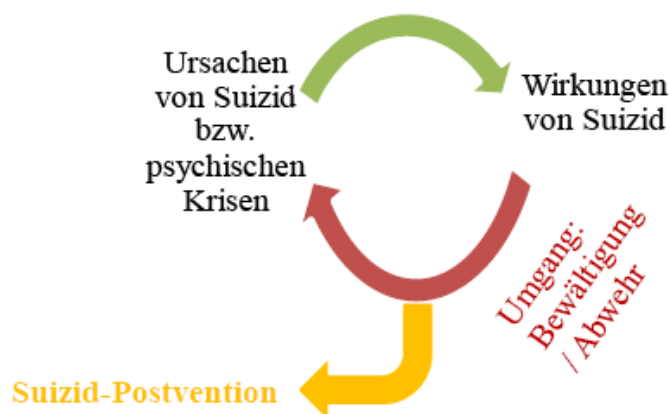


Abbildung 5: Wirkungskreisläufe in Bezug auf die Ursachen und Wirkungen von Suizid unter Perspektive des Umganges der Hinterbliebenen mit diesem Ereignis. Erstellt von Marisa Goldener, 2013

Es stellt sich die Frage, was es braucht, damit neue Bewältigungsstrategien erlernt und angewendet werden können und der negative Kreislauf im Umgang mit Krisen durchbrochen werden kann. Ein wesentlicher Weg dazu ist die Suizid-Postvention, welche in diesem Sinne Prävention ist. Darauf soll im nächsten Kapitel unter Berücksichtigung der regionalen Perspektive eingegangen werden.

2. Suizid-Postvention im Appenzellerland

In diesem Kapitel wird zuerst aufgezeigt, was es an Angeboten im Bereich Postvention im Appenzellerland gibt und wie die involvierten Stellen und Personen arbeiten. Weiter wird thematisiert, welche Erfahrungen die interviewten Fachpersonen in Bezug auf die Ausgestaltung von Angeboten für Suizid-Hinterbliebene machen. Abschliessend folgen Überlegungen dazu, wie ein Postventions-Angebot ausgestaltet sein könnte, damit die Wirkungskreisläufe zwischen den Ursachen von psychischen Krisen und Suizid sich nicht schliessen auf Seiten der Suizid-Hinterbliebenen.

2.1. Involvierte Stellen

Im Bereich der Nachbetreuung von Suizid-Hinterbliebenen im Appenzellerland sind bereits einige professionelle und freiwillige Stellen und Personen in verschiedenen Bereichen involviert. Ich beschränke mich im Folgenden auf eine kurze Einführung der wichtigsten involvierten Stellen, damit ein Eindruck von der bestehenden Hilfelandschaft entstehen kann¹³. Dabei werde ich mich am Ablauf des Prozesses nach einem erfolgten Suizid orientieren.

Findet ein Suizid statt, so ist meist die Polizei erste involvierte Stelle, da diese bei jedem nicht natürlichen Todesfall aufgeboten werden muss. Die Polizei hat den Auftrag, Untersuchungen zum Todesfall anzustellen, sie informiert die direkten Angehörigen bei Bedarf über den Todesfall und kann Erste Hilfe einleiten. Die Polizei bieten im Falle eines Suizides Betroffenen direkt an, das an den Kantonen Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden angegliederte Care Team aufzubieten, welches sich um eine erste Krisenintervention kümmert. Die psychologisch geschulten, nebenamtlichen Mitarbeiter des Care Teams sind auf Wunsch der Betroffenen innert weniger Stunden vor Ort und unterstützen individuell, bis das private Hilfenetz und/oder andere Ressourcen greifen (vgl. Schmidt, 2013). Ziel ist es, „bei Betroffenen [von extrem belastenden Ereignissen] ressourcenorientiert und mit angemessenen Massnahmen unmittelbare psychischen Folgen eines traumatischen Ereignisses [zu] reduzieren, aber auch soweit möglich psychische Langzeitfolgen [zu] verhindern.“ (Kantonale Führungsstäbe AR / AI, 2012, S. 1) Diese psychologische Erste Hilfe ist zeitlich begrenzt auf die akute Situation und steht in der Regel bis zu drei Tage zur Verfügung. Die

¹³ Adressen und Kontaktdaten der erwähnten Stellen sind im Anhang der Arbeit zusammengestellt.

Mitarbeiter vermitteln bei Bedarf jedoch weiterführende Hilfe (vgl. Bandelli, 2013).

Nach einem Todesfall müssen diverse Vorkehrungen getroffen werden. So wird zum Beispiel über die Meldung des Todesfalles beim Zivilstandsamt das Bestattungsamt aktiv, welches den Pfarrer für die Bestattung anbietet. Pfarrer oder Seelsorger unterstützen die Angehörigen bei der Planung und Durchführung der Beisetzung (vgl. Hochreutener, 2013).

Je nach Situation und Bedarf der Hinterbliebenen können in der Folge verschiedene Stellen und Personen beigezogen werden. So ist für viele der Hausarzt eine wichtige Ansprechperson (vgl. Hochreutener, 2013), wobei die Care Team Mitarbeiterin Corina Bandelli (vgl. 2013) zu bedenken gibt, dass längst nicht mehr alle Menschen an einen Hausarzt angebunden sind. Der Hausarzt oder die Betroffenen selber können bei Bedarf an weiterführender psychologischer Unterstützung therapeutische Fachpersonen wie Psychologen und Psychiater oder den ambulanten Sozialpsychiatrischen Dienst des Psychiatrischen Zentrums kontaktieren.

Das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden bietet zudem eine Angehörigenberatung an, die telefonisch rund um die Uhr erreicht werden kann. Das Angehörigentelefon ist – unabhängig davon, ob Kontakte zur Klinik bestehen oder bestanden – für alle Personen offen und das Telefongespräch kann bei Bedarf auf persönliche Beratungsgespräche ausgeweitet werden (vgl. Lengsfeld, 2013). Ebenso gibt es eine anonyme, telefonische Krisenhilfe bei der Dargebotenen Hand oder über das Sorgentelefon für Kinder und Jugendliche.

Weiter bestehen verschiedene Möglichkeiten, sich Trauergruppen anzuschliessen, wo sich Betroffene – je nach Organisationsform in geschlossenen oder offenen Gruppen und mit oder ohne fachlicher An- und Begleitung – regelmässig und über einen bestimmten Zeitraum zusammenfinden, um sich auszutauschen. „Trauer nach Suizid“ ist ein spezifisches, in der Ostschweiz verankertes Angebot für Hinterbliebene nach einem Suizid und umfasst die von Barbara Stehle und Cati Gutzwiller geleiteten Trauergruppen sowie Einzelbegleitungen (vgl. Stehle, 2013). Es gibt aber auch einige andere, nicht spezialisierte Trauergruppen, welche sich mit dem Umgang mit Verlust befassen. Kontaktdaten von bestehenden Selbsthilfegruppen oder Unterstützung bei der Gründung von neuen Gruppen bietet die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in St. Gallen. Weiter gibt es auf überregionaler Ebene einige Betroffenenorganisationen, welche mit verschiedenen Angeboten aktiv sind, wie zum Beispiel die Vereine Refugium, Regenbogen oder Nebelmeer.

Auf kantonaler Ebene ist das Regierungsprogramm mit dem „Bündnis gegen Depression“ erwähnenswert. Das Bündnis hat vor allem präventiven Charakter und zielt darauf ab, die Bevölkerung für Themen der psychischen Gesundheit zu sensibilisieren und Dialoge herzustellen. In Appenzell Ausserrhoden war das „Bündnis gegen Depression“ von 2007 bis 2011 Teil des Regierungsprogrammes, in Appenzell Innerrhoden von 2009 bis 2012. Beide Regierungsprogramme sind auf kantonaler Ebene mittlerweile ausgelaufen, jedoch soll die

geleistete Arbeit im Rahmen des 2012 gegründeten Ostschweizer Forums für Psychische Gesundheit weitergeführt werden. Das Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit „will mit Veranstaltungen und Vorträgen verstärkt auf die Bedeutung der psychischen Gesundheit hinweisen und dazu beitragen, Tabus im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen abzubauen.“ (forum-psychische-gesundheit.ch) Weiter befasst es sich mit der Vernetzung von involvierten Akteuren im Bereich der psychischen Gesundheit, stellt Informationen zur Verfügung und fördert den gegenseitigen Austausch (vgl. forum-psychische-gesundheit.ch).

2.2. Einflussfaktoren im Bereich Postvention

Es gibt im Appenzellerland also einige Stellen, welche im Falle eines Suizides involviert sind und Unterstützung bieten (können). Die Frage ist jedoch, „wie niederschwellig diese sind und wie ansprechbar und bekannt.“ (Hochreutener, 2013) Es geht folglich um die Einflussfaktoren, welche dazu beitragen, dass Betroffene Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen oder Hürden, welche ebendies verhindern und mit Anliegen und Bedarfe vorhanden sind. Dazu formulieren die interviewten Fachpersonen verschiedene Erfahrungen und Beobachtungen, auf welche ich im Folgenden eingehen möchte.

Beim Care Team AR/AI geht die Kantonspolizei aktiv auf die Betroffenen zu und unterbreitet ein direktes Unterstützungs-Angebot. Dies geschieht in der aktuellen Krisensituation und ist auf die Bewältigung der akuten Krise ausgerichtet, bis die persönlichen Ressourcen greifen (vgl. Schmidt, 2013). Die Mitarbeiterin und Einsatzleiterin des Care Teams, Corina Bandelli (vgl. 2013), thematisiert, dass die Grundvoraussetzung beim Care Team AR/AI ist, dass der Einsatz erwünscht ist von den Betroffenen. Untersuchungen, wie es um die Personen steht, welche das Angebot ablehnen, fehlen bisher.

Laut Georg Schmidt, dem Leiter des Care Teams AR/AI, (vgl. 2013) finden sich die Betroffenen durch diese psychologische Erste Hilfe schneller wieder im Alltag zurecht. Corina Bandelli (vgl. 2013) beschreibt, dass es hilfreich für die Betroffenen ist, wenn Helfer und Betroffene sich auf gleicher Augenhöhe begegnen und davon ausgegangen wird, dass die Betroffenen selbst am besten wissen, was sie brauchen. Die wichtigsten Grundsätze in der Arbeit des Care Teams sind deshalb folgende: „1. Nichts machen, was bestimmend ist über die Menschen; und 2. Wenn ich nicht weiss, was machen, dann nichts machen.“ (Bandelli, 2013) Die Mitarbeitenden unterstützen bei der Reflexion der widersprüchlichen, intensiven Gefühle und helfen, die eigenen Ressourcen zu erkennen und zu aktivieren, um die Krise zu bewältigen. Ein weiterer Aspekt ist die Information und Aufklärung über psychische, physische und seelische Reaktionen auf ein solch einschneidendes Ereignis (vgl. Bandelli, 2013). Die Arbeit des Care Teams dient der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (vgl.

Schmidt, 2013).

Barbara Stehle (vgl. 2013) verfolgt in ihrer Arbeit mit Suizid-Hinterbliebenen „Trauer nach Suizid“ ähnliche Grundhaltungen und Herangehensweisen, obwohl ihre Angebote anders ausgerichtet sind. Der Grundsatz ihrer Arbeit ist: „Die Menschen wissen, was sie brauchen, aber es kann sein, dass der Zugang dazu verschüttet ist. Unsere Aufgabe dabei ist es, den Leuten zu helfen, dies wieder aufzuspüren.“ (Stehle, 2013) Dabei ist auch die Psychoedukation und Information ein wichtiger Teil. Vom Zugang zu den Angeboten und vom Auftrag her unterscheidet sich „Trauer nach Suizid“ stark vom Care Team. Barbara Stehle (vgl. 2013) beschreibt, dass sie als eine nicht öffentliche Stelle oft Schwierigkeiten haben, ihre Angebote längerfristig bekannt zu machen und das Thema Suizid-Hinterbliebene ins Gespräch zu bringen. „Eigentlich müsste man dauernd am Ball sein und sich bekannt machen in der Öffentlichkeit und bei Fachstellen.“ (Stehle, 2013) Dabei gibt es jedoch diverse Hürden: Es fehlen zeitliche und finanzielle Ressourcen, da sich die Arbeit zu einem grossen Teil über Spenden finanziert, weiter gibt es auf Ebene der Medien Zugangsbeschränkungen aufgrund der hohen Rahmenbedingungen für Publikationen zum Thema Suizid zur Vermeidung von Nachahmungs-Suiziden, und auch auf politischer Ebene erlebt sie die Situation und Schwierigkeiten von Suizid-Hinterbliebenen wenig im Bewusstsein. Neben der Hürde der Information wirken auch Hemmschwellen auf Seiten der Hinterbliebenen selbst. Barbara Stehle (2013) beschreibt, dass es oft schwierig sei, eine neue Trauergruppe zu bilden, da der „der Schritt von der Information, dass es etwas gibt, zur tatsächlichen Entscheidung, daran teilzunehmen“ sehr gross ist. Dabei wirken gesellschaftliche Stigmatisierungen von Suizid-Hinterbliebenen, Tabuisierungen von Suizid oder Misstrauen in Bezug auf Unterstützungsangebote oder involvierte Stellen erschwerend. Weitere Aspekte, die Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten haben, sind, dass Betroffene oft davon ausgehen, dass sie die Krise alleine überstehen, bevor sie merken, dass eine Unterstützung von aussen hilfreich wäre. Gerade in den Situationen ist Hilfe holen aber besonders schwierig, denn es ist gemäss Barbara Stehle (2013) recht verbreitet, „dass man sich keine Hilfe holt, wenn es einem recht gut geht, weil man sie dann nicht braucht – und sich keine Hilfe holen kann, wenn es einem schlecht geht.“

Können die Hürden und Hemmschwellen überwunden werden und eine Kontaktaufnahme und eine Vernetzung geschehen, so scheinen die Angebote einer Einzelbegleitung oder einer Trauergruppe sehr hilfreich und unterstützend. Barbara Stehle (vgl. 2013) erlebt das Bedürfnis der Hinterbliebenen nach Austausch und Raum als sehr gross, thematisiert jedoch, dass es sehr individuell ist, welches Angebot welchem Betroffenen entspricht.

Auch Norbert Hochreutener (2013), katholischer Seelsorger des psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrodan, beschreibt diesen Aspekt in folgenden Worten: „Der Austausch unter

Gleichbetroffenen und das Gefühl, nicht alleine zu sein, kann sehr entlastend wirken. Aber auch dieses Angebot ist nicht für jeden geeignet. Gerade bei den Appenzellern erachte ich Gruppen zum Teil als eher schwierig. Die Mentalität ist geprägt von einem melancholischen Charakter und Stolz, von einem Abgegrenzt-sein gegenüber den Anderen. Zum Teil ist deshalb eine individuelle Beratung eher angebracht.“ Er sieht auch Rituale, welche den Umgang mit der Hilflosigkeit dem Tod und dem Sterben gegenüber erleichtern, als sehr hilfreich für die Betroffenen. In seiner seelsorgerischen Arbeit hat die gemeinsame Gestaltung der Abschiedsfeier deshalb hohen Stellenwert.

Auch Norbert Hochreutener (vgl. 2013) gibt zu bedenken, dass es für Hinterbliebene oft sehr schwierig ist, geeignete Hilfeangebote zu finden, denn die Informationen müssen oft zuerst zusammengesucht werden. Mangelnde Niederschwelligkeit, Ansprechbarkeit und Bekanntheit der involvierten Stellen sind für Betroffene schwer überwindbare Hürden. Hinterbliebene bräuchten eigentlich jemanden, der „die Initiative ergreift und auf Hilfsangebote hinweist“ (Hochreutener, 2013), die Hinterbliebenen ermuntert, Hilfe in Anspruch zu nehmen und Schamgefühlen entgegenwirkt. Dafür ist auch eine vermehrte Kommunikation und Vernetzung seitens der involvierten Stellen und eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit im Umgang mit psychischen Krankheiten und Krisen nötig (vgl. Hochreutener, 2013).

Diese Aspekte betont Corina Bandelli (2013) aufgrund Erfahrungen in ihrer Arbeit mit psychisch Kranken und deren Angehörigen, welche sie und eine Kollegin dazu veranlasst haben die Anlaufstelle „pro Angehörige“ für Angehörige von psychisch Kranken zu gründen, besonders: „Unsere Erfahrungen in der langjährigen Arbeit mit psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen haben uns gezeigt, dass Hausarzt oder Sozialberatungsstellen oft schon zu hochschwellig sind. [...] Die meisten Menschen wenden sich an uns, weil sie keinen Vertrauensarzt haben oder sie sich in Sozialberatungsstellen mit ihren Anliegen nicht ernst genommen fühlen und die Distanz zwischen Sozialarbeiter und Klient zu gross beziehungsweise die Beziehung zu formell ist. Auch der Verweis auf ‚Nicht-Zuständigkeit‘ oder eine schwierige Erreichbarkeit der Mitarbeiter wirkt oft abschreckend. Weiter ist die Angst, durch den Kontakt zu einer formellen Beratungsstelle in die ‚Mühlen der Sozialen Arbeit‘ zu gelangen, oft hemmend.“ Als hilfreich erachtet sie an ihrem Angebot „pro Angehörige“, dass sie Hausbesuche bei den Betroffenen machen und diese somit davon entlastet, „durch eine Türe mit einem ‚Schild‘ vorne dran [zu gehen], was für Betroffene oft stigmatisierend ist“ (Bandelli, 2013). Corina Bandelli (vgl. 2013) beschreibt diese Erfahrungen und Beobachtungen in Anlehnung an ihre Erfahrung in der Arbeit mit Angehörigen von psychisch Kranken, diese sind jedoch auch anwendbar auf Angehörige von jemandem, der sich das Leben nehmen will oder genommen hat. Generell gilt in ihren Augen: Insbesondere wenn es um

psychische Krisen geht – und davon sind auch Hinterbliebene nach einem Suizid betroffen – ist die Niederschwelligkeit ein ausschlaggebendes Kriterium für Unterstützungsangebote (vgl. Bandelli, 2013).

Im Interview mit den Fachpersonen des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden (vgl. Lengsfeld, 2013; vgl. Schiess, 2013; vgl. Wittwer, 2013) wurde klar, dass es den Kontakt und das Hilfeholen sehr erleichtert, wenn das psychiatrische Zentrum nicht als anonymer Ort erfahren wird und bereits ein Kontakt, also ein „Miteinander“ zwischen Betroffenen und Klinik besteht. Wenn der Suizid einen Patienten betrifft, so versuchen die Fachpersonen auf jeden Fall, in einem ersten Schritt aktiv auf Hinterbliebene zuzugehen, um die Hemmschwellen so tief wie möglich zu halten (vgl. Lengsfeld, 2013). In Ergänzung dazu wurde auch die Anonymität als wichtiger Faktor genannt: So sind zum Beispiel Vorträge mit Diskussion, wie sie regelmässig im psychiatrischen Zentrum stattfinden, „auch eine gute Möglichkeit für Angehörige, um sich mit der Thematik zu befassen ohne zu erzählen, wer sie sind und was sie erlebt haben.“ (Lengsfeld, 2013). Unterstützung findet „also an einem der beiden Pole, persönlich und direkt‘ oder ‚möglichst anonym‘ statt.“ (Lengsfeld, 2013) Dies hat wohl damit zu tun, dass man sich „in Gefühlen der Trauer, der Schuld [...] nicht so gerne [zeigt]“ (Lengsfeld, 2013). Folglich ist es für Betroffene hilfreich, entweder die Möglichkeit zu haben, auf anonymer Basis zusammenzukommen, ohne dass man etwas von sich Preis geben muss; oder in einem persönlichen Rahmen, wo vertrauensvolle Beziehungen tragen und ein direkter Austausch möglich ist.

Auch Madeleine Eberle Egli (vgl. 2013), Therapeutin in der Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen, macht die Erfahrung, dass viele Menschen den geschützten Raum und Rahmen der Beratungsstelle sehr schätzen und auch nutzen. Es ist für viele Menschen sehr hilfreich, wenn das Thema Suizid dabei direkt angesprochen und offen thematisiert wird. Es ist wichtig, dass der Angstbesetztheit und der Sprachlosigkeit, die das Thema Suizid mit sich bringt, begegnet wird (vgl. Eberle Egli, 2013; vgl. Hochreutener, 2013).

Gemäss Barbara Stehle (2013) hat das Appenzellerland in Bezug auf die Thematik Suizid „auf allen Ebenen – Prävention, Intervention und Postvention – einen riesigen Bedarf [an niederschwelligen Angeboten].“ Es stellen sich somit aus der Perspektive der regionalen Besonderheiten die Fragen, „ob es etwas braucht und wenn ja, was und wie“ und „wie man die Schwelle so gering halten kann, damit Menschen in der Krise auch tatsächlich kommen“ (Stehle, 2013). Darauf soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

2.3. Postvention als Prävention unter regionaler Perspektive

Durkheim (1995, S. 461) schreibt in seinem Buch „Der Selbstmord“: „Wenn man ein Volk vor sich hat, das aus einer bestimmten Anzahl Individuen gebildet ist, die alle bestimmt disponiert sind, haben wir folglich ein von Kollektivvorstellungen und -gebräuchen geformtes Ganzes vor uns, das solange konstant bleibt, wie die Gegebenheiten, auf deren Boden es gewachsen ist, die gleichen sind. Je nachdem nämlich die Teile, aus denen sich dieses Volk zusammensetzt, nach Zahl und Gliederung variieren, variiert darum auch die Beschaffenheit des Kollektivs und damit die Art und Weise, wie es denkt und handelt. Diese kann man nur ändern, wenn man das Kollektiv selbst ändert, und das geht nur, wenn man seine anatomische Konstitution ändert.“ Durkheim (1995, S. 461) geht davon aus, dass Suizide Ausdruck einer „Krankheit [...] der Moral“ in einer bestimmten Gesellschaft sind. Diese kollektiv verankerten Werte und Normen hängen eng mit den sozialen Strukturen zusammen.

In diesem Verständnis braucht es für eine Verminderung der Suizide keine Therapie, sondern sozialpädagogische Mittel, welche einen Wandel der Kultur und der sozialen Strukturen hervorzubringen vermögen, damit die kollektiven Werte und Normen wieder gesundheitsfördernd werden, denn: „Will man die eine heilen, muss man die andere reformieren.“ (Durkheim, 1995, S. 461) Es geht also darum, Bewältigungsstrategien, welche zu übermässiger Abwehr von Spannungen und zunehmendem Druck führen, umzuwandeln zugunsten von Bewältigungsstrategien, welche die psychische Gesundheit fördern und das seelische und soziale Gleichgewicht auf individueller und gesellschaftlicher Ebene wieder herstellen. Genau daran möchte ich mich in Bezug auf die Postvention im Appenzellerland anlehnen.

Wie in den vorangegangenen Teilen der Arbeit aufgezeigt werden konnte, entstehen im Appenzellerland aufgrund der kulturell verankerten Bewältigungsstrategien für den Umgang mit psychischen Krisen, welche über die Abwehr von spannungsgeladenen Inhalten funktionieren, Kreisläufe zwischen Ursachen und Wirkungen von Suizid. Dies resultiert daraus, dass Spannungen und Konflikte, welche aufgrund der engen Verbundenheit mit dem Kollektiven und den kulturell verankerten Zielen und Werten der Selbstständigkeit entstehen, nicht gelöst, sondern abgewehrt werden und sich einer Thematisierung entziehen. Deshalb kommt es zu einer Erhöhung des gesamtgesellschaftlichen Druckes. Da dieser aufgrund des starken Kollektivs und den damit verbundenen Werten, mit welchem sich die Individuen identifizieren, nicht in der Gemeinschaft verortet werden kann, wird er von den Individuen verinnerlicht. Gerade in Situationen der Krise kommt es somit zu einer massiven Verstärkung des inneren Druckes, welcher aus den kollektiven Spannungen resultiert, aber nur als eigene Schwäche gedeutet werden kann. Durch die gesellschaftliche Tabuisierung und Stigmatisierung von Krisen sowie durch die in der Sozialisation

verinnerlichten Haltungen wie „das schaffe ich schon alleine“ oder „darüber spricht man nicht“ fehlen Räume für die aktive Bearbeitung und es kommt zu einer verstärkten Abwehr, was wiederum den Aufbau von zusätzlicher Spannung hervorbringt. Der Suizid ist somit Ausdruck und Ausweg für diese erdrückende soziale Situation, welcher das Individuum ausgesetzt ist.

Postvention muss also beim kulturell verankerten Umgang mit Krisen und der Thematik Suizid ansetzen, was die Ebenen der Individuen, der sozialen Gruppen und der Gemeinschaft betrifft. Dabei eignet sich als Ansatzpunkt die Ebene der Hinterbliebenen besonders, da diese sich aufgrund des sie direkt betreffenden und erschütterten Ereignisses zwangsläufig mit der Thematik Suizid auseinandersetzen müssen und für sich einen Weg damit finden müssen. Um durch die Postvention – im Sinne der Prävention – nachhaltige Wirkungen zu entfalten, müssen die kulturellen Besonderheiten des Appenzellerlandes bei der Gestaltung des Angebotes wegweisend sein.

Aufgrund der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizid-Postvention im Appenzellerland habe ich mir die Frage gestellt, wie ein ergänzendes Angebot für Hinterbliebene ausgestaltet sein könnte, das diese in der Verarbeitung des Suizides stützt und gleichzeitig präventiv zu einem Umgang mit Krisen hinführt, welcher in der tatsächlichen Bewältigung der Spannungen und nicht in Abwehr mündet. Aufgrund des Umfangs der Arbeit ist hier keine ausführliche Konzeptarbeit möglich, dennoch möchte ich einige Grundgedanken meiner Idee darlegen, damit sich durch den Austausch und die Auseinandersetzung von interessierten Personen weiterführende Ideen und Anregungen für eine tatsächliche Ausgestaltung und Umsetzung in der Praxis ergeben.

Gemäss Durkheim (1995, S. 361) kann die Gesellschaft zur Prävention von Suiziden auf nichts anderes zurückgreifen als auf die „Wirkungskräfte [...] der Einzelwesen. Nur, wenn sich die Einzelwesen zusammenfinden, bilden sie ein physisches Gebilde ganz neuer Art, das folglich auch seine eigene Weise zu denken und zu empfinden hat“. Ziel der Postvention ist folglich, die Hinterbliebenen dementsprechend zu unterstützen, dass sie für sich neue Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Krisen und andere Zugangsmöglichkeiten zur Thematik Suizid als die Abwehr entwickeln können, dazu beizutragen, dass sich stützende und tragende Netzwerke zwischen den Hinterbliebenen bilden und so dabei mitzuwirken, dass in den gesellschaftlichen Strukturen Raum für einen angstfreien Austausch und eine reflektierte Thematisierung entstehen kann, was wiederum präventiv auf die psychische Gesundheit und die Verarbeitung von Krisen wirkt.

Gerade im Appenzellerland erachte ich es, wie auch die interviewten Fachpersonen deutlich gemacht haben, als ganz zentral, dass Angebote niederschwellig sind. Das Misstrauen und die Angst vor Stigmatisierung sowie die eigenen Vorstellungen, alleine klar kommen zu müssen, sind dabei

grosse Hemmschwellen. Aufgrund der stark verwurzelten appenzellischen Werte und Normen der Eigenständigkeit und Selbstständigkeit sowie der Tabuisierung von Suizid ist es oftmals schwierig für Hinterbliebene, einen Zugang zu Postventions-Angeboten zu finden – sowohl auf Ebene der praktischen Information darüber, was es an Angeboten gibt, als auch im Sinne der persönlichen Entscheidung und Bereitschaft, daran teilzuhaben.

Es braucht deshalb Angebote, welche sich diesen Hürden aktiv stellen. Aufgrund der spezifischen appenzellischen Schwierigkeiten im Zugang zu der Thematik Suizid, sind in meinen Augen Angebote nötig, welche eben diesen Schritt auf die Betroffenen zumachen, und nicht darauf warten, dass diese selbst die Hürden überwinden. Dieser Schritt muss jedoch behutsam erfolgen, ohne dass dadurch die Autonomie der Hinterbliebenen angegriffen oder das Angebot als resultierend aus der Schwäche der Hinterbliebenen dargestellt wird, da dies eine Abwehr der Hilfe zur Folge hätte. Ganz gemäss Ringel (1980, S. 22): „Wir dürfen unsere Hilfe anbieten, aber nicht aufzwingen – das ist ein grosser Unterschied.“

Ein wesentlicher Aspekt – insbesondere beim Anbieten der Unterstützung ist – dass man sich „auf gleicher Augenhöhe begegnet“, wie auch Corina Bandelli (2013) sagt. Es braucht Angebote, welche die Hinterbliebenen in ihrem Schmerz und mit ihrem Verlust ernst nehmen, diese als vollwertige Akteure im Verarbeitungsprozess respektieren und auf einer Ebene stattfinden, wo ein Begegnen und ein Austausch als gleichwertige Partner möglich sind. Als sehr hilfreich erachte ich deshalb den Austausch zwischen Gleichbetroffenen, was ebenfalls in den Interviews thematisiert wurde. Jedoch scheinen aus meiner Sicht, in Anlehnung an Norbert Hochreutener (vgl. 2013), strukturierte Angebote dem appenzellischen Eigensinn und dem Wunsch nach Selbstbestimmung nicht zu entsprechen. Es braucht also vielseitige und flexible Angebote, welche den individuellen Bedürfnissen entsprechen, damit es gelingen kann, die verbindenden Kräfte eines Suizides freizusetzen und die Vereinzelung und Isolation der Betroffenen zu verhindern.

Geeignet wäre aus meiner Sicht zur regionalspezifischen Postvention deshalb ein ergänzendes Angebot, bei welchem Hinterbliebene, für die der Suizid ihres Nächsten schon längere Zeit zurück liegt, auf Betroffene, welche mit dem Verlust erst kürzlich konfrontiert wurden, zugehen. Dieser Schritt soll als Kontaktaufnahme „von Betroffenen für Betroffene“ verstanden werden, welcher aktiv erfolgt und auf Gleichwertigkeit und Freiwilligkeit beruht.

Hintergrundideen des Angebotes wären für mich, dass ehrenamtlich arbeitende, psychologisch geschulte Betroffene die Aufgabe einer Art Bezugsperson für Hinterbliebene übernehmen. Es soll dabei eine halbformelle Beziehung zwischen den Hinterbliebenen und der im dem Projekt mitarbeitenden Bezugsperson hergestellt werden, welche, nach einer ersten aktiven Kontaktaufnahme seitens des Mitarbeitenden, auf individuell vereinbarten persönlichen Treffen

oder telefonischen Kontakten beruht, mit dem Ziel, gemeinsam Erfahrungen auszutauschen, Unterstützung zu bieten, wo es nötig ist, und Informationen weiterzugeben über weiterführende Angebote und Möglichkeiten, um den Verlust für sich zu bewältigen. Dabei geht es nicht um eine Krisenintervention im eigentlichen Sinne, denn diese ist im Appenzellerland durch das Care Team AR/AI entsprechend gut abgedeckt, sondern um ein längerfristiges, nachhaltiges Kontaktangebot.

Sehr wichtig ist aus meiner Sicht, dass den Mitarbeitenden eine professionelle Stelle oder Fachperson¹⁴ zur Seite steht, welche die organisatorischen, administrativen und strukturellen Angelegenheiten regelt, Schulungen für ehrenamtliche Mitarbeitende zur Verfügung stellt, Öffentlichkeitsarbeit leistet sowie fachliche und emotionale Unterstützung und Rücksicherung für die Mitarbeitenden in Form von regelmässiger Supervision und Ausbildungseinheiten vor und während der Einsätze bietet. Es braucht dabei eine besondere Vorsicht, da die Mitarbeitenden in der Begegnung mit anderen Hinterbliebenen mit eigenen, schwer zu ertragenden, Emotionen konfrontiert werden können.

Übergeordnetes Ziel dieses Angebotes „von Betroffenen für Betroffene“ ist die Vernetzung der Betroffenen und die Entwicklung einer neuen Austausch- und Bewältigungskultur in dieser spezifischen Gruppe. Es geht darum, innerhalb dieser Gruppe, zu lernen, sich zu artikulieren, Gefühle auszudrücken und Räume für Diskurse und kommunikative Handlungen zu schaffen. Damit können der Tabuisierung des Suizides und der Trauer sowie der daraus folgenden Vereinzelung der betroffenen Individuen entgegengewirkt und neue Strategien für den Umgang mit Krisen erlernt werden. Die Unterstützung in Form eines Angebotes von „Betroffenen für Betroffene“ beinhaltet auch wichtige sinnstiftende Elemente. Einerseits auf Ebene der Bezugspersonen durch das Engagement für eine Tätigkeit, welche durch die eigenen Erfahrungen begründet ist. Andererseits für die unmittelbar Betroffenen, welche durch den Kontakt mit anderen Betroffenen ein Beispiel vor Augen haben, welches zeigt, dass sich die Trauer und der Schmerz wandeln und sich durch dieses kritische Lebensereignis auch Chancen für das eigene Leben eröffnen können, indem gelernt wird, der schmerzlichen Erfahrung einen angemessenen Platz in der eigenen Biografie zu geben.

Gemäss Durkheim (1995, S. 361) wirkt sich eine Veränderung der Austauschkultur und Bewältigungsstrategien der Betroffenen durch die „Wirkungskräfte [...] der Einzelwesen“, welche „ein physisches Gebilde ganz neuer Art [bilden], das folglich auch seine eigene Weise zu denken und zu empfinden hat“, auch auf die gesellschaftlichen Diskurse zu den Themen Trauer, psychische Gesundheit und Suizid aus. Damit kann das „Spiel von Handlung und Gegenhandlung“ zwischen

¹⁴ Aus meiner Sicht wäre die Soziale Arbeit hierzu prädestiniert, da fachliche und emotionale Unterstützung, Öffentlichkeitsarbeit sowie administrative und organisatorische Aufgaben wesentliche Teile des Tätigkeitsgebietes sind.

den sozialen Akteuren und den „daraus sich ergebenden Vorstellungen und Gefühle“ (Durkheim, 1995, S. 375f) verändert werden, was sich auf die sozialen Ursachen des Suizides und damit die Suizidrate auswirkt.

Postvention entfaltet damit nicht nur Wirkungen auf individueller Ebene, sondern beeinflusst auch die Familiensysteme und die gesellschaftlichen Strukturen, was längerfristig zu einer Wandlung des Kollektivbewusstseins führt. Postvention im Appenzellerland muss also die spezifischen, kulturell verankerten Schwierigkeiten und Chancen berücksichtigen. Dadurch kann es gelingen, nicht nur die Symptome zu bekämpfen beziehungsweise abzuwehren, sondern eine Kultur zu schaffen, welche durch die Prägung neuer Bewältigungsstrategien die sozialen Ursachen von Suizid abschwächt und den Umgang mit zu Suizid führenden und von Suizid verursachten Krisen verändert. Postvention ist somit Prävention – und folglich doppelt wichtig und lohnenswert.

IV. Diskussion

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Arbeit zusammenfassend diskutiert und reflektiert.

1. Zusammenfassung

Diese Arbeit einleitend habe ich mir die Fragen gestellt, ob und inwiefern in der Region des Appenzellerlandes ein Zusammenhang besteht zwischen der Bewältigung der Krise „Suizid“ auf Seiten der Hinterbliebenen und der Entstehung von Suizid als Form der Krisenbewältigung auf Seite des Menschen, der Suizid begeht; und wie Hinterbliebene durch Postventions-Angebote adäquat unterstützt werden können.

Unter Anwendung der Theorien von Émile Durkheim (1995), Robert K. Merton (1995) und Stavros Mentzos (1996) auf das Thema Suizid im Appenzellerland und unter Bezug der Erfahrungen und Aussagen der interviewten Fachpersonen, welche im Appenzellerland im Bereich der Nachsorge für Suizid-Hinterbliebene tätig sind, wurde ersichtlich, dass Suizid in dieser Region eine spezifische Konfliktbewältigungsmöglichkeit darstellt. Es konnte aufgezeigt werden, dass andere Bewältigungsmöglichkeiten für Krisen aufgrund der kulturell verankerten Werte und Normen oft nicht zu greifen vermögen. Krisen werden intrapersonal, interpersonal und institutionalisiert abgewehrt, was zu einem ständigen Aufbau von Spannungen führt, die sich im Suizid entladen. In einem weiteren Schritt wurde sichtbar, dass ähnliche Abwehrmechanismen in der appenzellischen Kultur auch auf Seiten der Suizid-Hinterbliebenen in Bezug auf die Bewältigung der spezifischen Krise „Suizid“ wirken. Aufgrund der Tabuisierung, welche die Abwehr von Themen der psychischen Gesundheit mit sich bringt, ist eine Verarbeitung des Todes erschwert. Es besteht somit ein Kreislauf zwischen den Ursachen und den Wirkungen eines Suizides, da Bewältigungs- beziehungsweise Abwehrstrategien für den Umgang mit Krisen kollektiv und individuell verankert sind in der appenzellischen Kultur und so zu einer Tabuisierung in Bezug auf Themen der psychischen Gesundheit führen.

Suizid-Postvention ist eine Möglichkeit, um den beschriebenen Kreislauf aufzubrechen, denn sie bietet über den Ansatzpunkt der Hinterbliebenen eine Chance, um die kulturell verankerten Abwehrmechanismen aufzulösen zu Gunsten von Bewältigungsmöglichkeiten, welche eine aktive Bearbeitung und damit den Abbau von Spannungen ermöglichen. Es braucht folglich niederschwellige und erreichbare Postventions-Angebote, welche die Abwehrmechanismen zu umgehen oder zu durchbrechen vermögen und sich an der Ausgestaltung einer nachhaltigen Bewältigungskultur beteiligen – ganz im Sinne der Postvention als Prävention. Als eine Idee wurde

ein Bezugspersonen-System „von Betroffenen für Betroffene“ angedacht, welches eine Möglichkeit bietet, den Umgang mit Krisen durch das Vernetzen von Hinterbliebenen und der Förderung des gegenseitigen Austausches zu verändern und damit neue Bewältigungsstrategien für Krisen zu entwickeln. Dieser Ansatz erscheint aus Sicht der Sozialen Arbeit besonders spannend und relevant, da sie ihre Kernkompetenzen nutzen kann, um einen aktiven Diskurs zwischen den Hinterbliebenen im engeren Sinne und innerhalb der sozialen Gruppen und der Gesellschaft im weiteren Sinne anzuregen. Dadurch können längerfristig die kulturell verankerten Abwehrmechanismen verändert und neue Bewältigungsstrategien erlernt und in die Kultur integriert werden. Dies dient der Prävention von aus Suizid resultierenden oder dazu führenden Krisen. Suizid-Postvention wird so – wie Shneidman (vgl. 2001, S. 154) es formuliert hat – zur Vorsorge für die nächsten Generationen.

2. Reflexion und Ausblick

Diese Arbeit hat sich spezifischen Fragestellungen angenähert, welche über meine Zugänge als Appenzellerin, als Suizid-Hinterbliebene und als angehende Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin geprägt wurden. Sie erfasst einen spezifischen Blickwinkel auf die Thematik „Suizid im Appenzellerland“ über die Fokussierung auf die kulturell verankerten Bewältigungsstrategien für Krisen und die praktischen Unterstützungsmöglichkeiten für Suizid-Hinterbliebene im Rahmen der Postvention. Dabei darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die vorhandenen Quellen und die persönliche Gewichtung der Beiträge das Sichtfeld aus diesem Blickwinkel zusätzlich beeinflussen.

Da mich die Zusammenhänge interessieren zwischen der Bewältigung der Krise „Suizid“ und der Krisen die zum Suizid führen, habe ich zur wissenschaftlichen Analyse die Theorien von Émile Durkheim, Robert K. Merton und Stavros Mentzos zu Hilfe genommen, was spezifische Perspektiven beleuchtet – beziehungsweise ausblendet. Schwerpunkte der Zugänge über die gewählten Theorien lagen im Verhältnis des Einzelnen zur Gesellschaft und im Umgang mit spannungsgeladenen Inhalten, beziehungsweise Krisen auf und zwischen diesen verschiedenen Ebenen. Deshalb rückten Aspekte wie die individuelle Krise „Suizid“ und persönliche Unterstützungsbedürfnisse in den Hintergrund.

In Bezug auf die Quellenlage zur regionalen Perspektive war eine der Schwierigkeiten, dass es keine differenzierten soziologischen Studien zum Appenzellerland gibt, geschweige denn in Bezug auf die Thematik des Suizides in dieser Region. Ich war folglich darauf angewiesen, Literatur zum Appenzellerland mit Literatur zur Thematik Suizid zu verbinden und die relevanten Aspekte für die Annäherung an die Beantwortung meiner Fragestellungen zu selektionieren. Dabei habe ich mich auf die von den interviewten Fachpersonen thematisierten Aspekte gestützt und bezogen, da ich ihre Aussagen, aufgrund ihrer Praxiserfahrung in der Arbeit mit Suizid-Hinterbliebenen im

Appenzellerland, als relevant einstuft und deshalb näher betrachten wollte. Diese Beschreibungen sind jedoch auch von den Zugängen der jeweiligen Personen und deren professioneller Rolle geprägt.

Diese Arbeit beansprucht nicht für sich, dieses komplexe Thema in seiner Gesamtheit zu erfassen und zu beschreiben. Sie will aber aus Perspektive der gewählten Fragestellungen dazu beitragen,

- Zusammenhänge zwischen Suizid und den kulturell verankerten Bewältigungsstrategien aufzuzeigen
- einen Diskurs auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene anzuregen
- und auf praktischer Ebene Zugänge zur präventiven Einwirkung über die Suizid-Postvention aufzuzeigen.

Durch die gewählten Theorien und die Gespräche mit den im Appenzellerland tätigen Fachpersonen wurden Eigenheiten der appenzellischen Mentalität als spezifische, kulturell verankerte Bewältigungs-, beziehungsweise Abwehrstrategien für Krisen entschlüsselt und so in Zusammenhang mit Entstehung und Auswirkungen von Suizid gebracht. Damit ist eine erste Basis geschaffen für eine praktische Ausgestaltung regionaler Unterstützungsangebote in den Bereichen Suizid-Prävention, -Intervention und -Postvention sowie eine weitere theoriegestützte Debatte.

Einiges konnte im Rahmen dieser Arbeit leider nicht geleistet werden, würde jedoch in forschungslogischer und praktischer Sicht diese Arbeit weiter vertiefen.

Damit ein differenzierteres Bild der Thematik „Suizid im Appenzellerland“ entstehen kann, ist es nötig, dieses Thema auch aus weiteren Perspektiven zu untersuchen und zur Diskussion zu bringen. Ausgehend von meiner Arbeit erscheint mir wichtig, dass Analysen gemacht werden in Bezug auf die Häufigkeit der Suizide im Appenzellerland und die Situation dieser Menschen sowie deren Umfeld. Dies ist wichtig, um Bedürfnisse zu erkennen und zielgerichtete Angebote zu entwickeln und zu verankern – auf Ebene der Individuen, der sozialen Gruppen und der Gesellschaft in den Bereichen Suizid-Prävention, -Intervention und -Postvention.

In der Entwicklung von Angeboten ist es aus meiner Sicht notwendig, Betroffene und mit der Thematik in Berührung kommende Behörden und weitere professionelle Stellen zu involvieren. Dies konnte in dieser Arbeit nur teilweise, über den Kontakt mit den interviewten Fachpersonen, geschehen und müsste in einem weiteren Schritt ausgedehnt werden. Für die Ausgestaltung und Umsetzung von Postventions-Angeboten ist auch die Klärung der finanziellen und rechtlichen Grundlagen ausschlaggebend.

In der Auseinandersetzung mit den Themen Suizid und Suizid-Hinterbliebene im Appenzellerland wurde für mich deutlich, wie wichtig es ist, den Einfluss gesellschaftlicher Werte und Normen auf

den Einzelnen – nicht zuletzt auf mich selbst – zu reflektieren. Es braucht dazu Räume, wo individueller Austausch und gesellschaftlicher Diskurs möglich sind. Und es braucht Menschen, die den Mut und die Kraft haben, sich mit diesen Themen aktiv zu befassen, sich dazu zu äussern und sich auszutauschen.

Es geht eigentlich darum, das Thema Suizid tatsächlich zum Thema zu machen.

V. Anhang

Im Anhang dieser Arbeit finden sich Abbildungs- und Literaturverzeichnis der verwendeten Quellen und die Transkription der geführten Interviews. Abschliessen folgt eine Zusammenstellung der Kontaktdaten der erwähnten Fachstellen.

1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungszusammenhänge von Prävention, Intervention und Postvention. Erstellt von Marisa Goldener, 2013.....	9
Abbildung 2: Die Lage des Appenzellerlandes (AR/AI) in der Schweiz. Erstellt von weltkarte.com, 2013.....	11
Abbildung 3: Interkantonaler Vergleich der Suizidraten aus Durchschnittswerten von 1990-1999 mit durchschnittlicher Rate der Schweiz als Referenzstrich gemäss Daten des BFS. Erstellt von bag.admin.ch, 2005, S. 10.....	13
Abbildung 4: Typologie der Formen individueller Anpassung. Gemäss Merton, 1995, S. 135.....	19
Abbildung 5: Wirkungskreisläufe in Bezug auf die Ursachen und Wirkungen von Suizid unter Perspektive des Umganges der Hinterbliebenen mit diesem Ereignis. Erstellt von Marisa Goldener, 2013.....	42

2. Literaturverzeichnis

Aebischer-Crettol, E. (2000). *Seelsorge und Suizid*. Bern: Peter Lang.

Ahrens, J. (2004). Selbstmord als Disziplin. Émile Durkheim und die Erfindung der Soziologie. In I. Kappert, B. Gerisch, & G. Fiedler (Hrsg.), *Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche* (S. 19-37). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

ai.ch. (kein Datum). *Kanton Appenzell Innerrhoden*. Abgerufen am 27. Juli 2013 von <http://www.ai.ch>

Ajdacic-Gross, V. (2007). Fakten über Suizid. Begriffe, Zahlen, Theorien. *ph akzente*, 03/2007, 3-6.

Andriessen, K., & Kryszynska, K. (2012). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, S. 24-32.

ar.ch. (kein Datum). *Kanton Appenzell Ausserrhoden*. Abgerufen am 27. Juli 2013 von <http://www.ar.ch>

bag.admin.ch. (15. April 2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. Abgerufen am 17. März 2013 von Bundesamt für Gesundheit: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=de>

Bandelli, C. (18. Februar 2013). Einsatzleiterin und Mitarbeiterin des Care Team AR/AI und

- Mitbegründerin der Anlaufstelle "pro Angehörige". (M. Goldener, Interviewer)
- Bauer, E. J., Fartacek, R., & Anton, N. (2011). *Wenn das Leben unerträglich wird. Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Castelli Dransart, D. A. (2005). Sinnrekonstruktion nach einem Suizid. In P. Mösli, H.-B. Peter, & J. Rutgers-Cardis (Hrsg.), *Suizid...? Beziehungen und die Suche nach Sinn* (S. 15-23). Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Durkheim, E. (1995). *Der Selbstmord* (5. Ausg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Eberle Egli, M. (26. Februar 2013). Fachstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen. (M. Goldener, Interviewer)
- Eichhorn, M. (2003). Signale, die auf einen Suizid hindeuten, und die Unterstützung von Angehörigen. In P. Mösli, & H.-B. Peter (Hrsg.), *Suizid. Aufgaben und Perspektiven für die Praxis* (S. 21-32). Bern: Institut für Sozialethik des SEK (ise).
- Evans, G., & Farberow, N. L. (2003). *The Encyclopedia of Suicide. Second Edition* (2. Ausg.). New York: Facts On File, Inc.
- Fischer, R. (1987). In Vorwort, & R. Fischer (Hrsg.), *Appenzellerland. Landschaft - Geschichte - Kultur*. Bühl/Baden: Konkordia.
- forum-psychische-gesundheit.ch. (kein Datum). *Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit*. Abgerufen am 25. Juli 2013 von www.forum-psychische-gesundheit.ch
- Goldbrunner, H. (2006). *Dialektik der Trauer. Ein Beitrag zur Standortbestimmung der Widersprüche bei Verlusterfahrungen*. Berlin: LIT.
- Grad, O. (2001). The Sequelae of Suicide: Survivors. In R. C. O'Conner, S. Platt, & J. Gordon (Hrsg.), *International Handbook of Suicide Prevention. Research, Policy and Practice* (S. 561-576). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Hefti-Schaffer, M. S. (1986). *Selbstmord: Ein menschliches Phänomen*. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft Universität Zürich.
- Hochreutener, N. (17. Januar 2013). Katholischer Seelsorger. Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden. (M. Goldener, Interviewer)
- Holenstein, P. (16. Juni 2003). *Der Preis der Verzweiflung. Über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz*. Abgerufen am 17. März 2013 von http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=33&lang=de
- Kaiser, G. (1986). Suizid - Eine internationale Übersicht. In W. T. Haesler, & J. Schuh (Hrsg.), *Der Selbstmord / Le Suicide* (S. 21-37). Grösch: Rüeegger.
- Kantonale Führungsstäbe AR / AI. (2012). *Handbuch: Leitbild Care Team AR / AI*. Herisau.
- Kappert, I., & Gerisch, B. (2004). Einleitung. In I. Kappert, B. Gerisch, & G. Fidler (Hrsg.), *Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche* (S. 11-17).

- Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kettner, M., & Gerisch, B. (2004). Zwischen Tabu und Verstehen. Psycho-philosophische Bemerkungen zum Suizid. In I. Kappert, Gerisch, Benigna, & G. Fiedler (Hrsg.), *Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche* (S. 38-65). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lengsfeld, R. (30. Januar 2013). Angehörigenberatung. Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden. (M. Goldener, Interviewer)
- Lindner-Braun, C. (1990). *Soziologie des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mentzos, S. (1996). *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr* (4. Ausg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Merton, R. K. (1995). *Soziologische Theorie und soziale Struktur*. Berlin: de Gruyter.
- Mittler, M. (Hrsg.). (1996). *Appenzell. Land und Leute*. Zürich: AS Verlag.
- NZZ Format (Regisseur). (2006). *Planet Appenzell - mit SimonENZLER* [Kinofilm].
- Pohlmeier, H. (1995). *Depression und Selbstmord* (3. Ausg.). Bonn: Parerga.
- Ringel, E. (1980). Selbstmordverhütung im Wandel. In W. Pödlinger, & M. Stoll-Hürlimann (Hrsg.), *Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis* (S. 16-25). Bern: Hans Huber.
- Rutgers-Cardis, J. (2005). Wie annehmen, was unannehmbar ist? In P. Mösli, H.-B. Peter, & J. Rutgers-Cardis (Hrsg.), *Suizid...? Beziehungen und die Suche nach Sinn* (S. 25-29). Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- Schiess, M. (30. Januar 2013). Leiterin Sozialdienst. Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden. (M. Goldener, Interviewer)
- Schläpfer, W. (1978). Abriss der Appenzeller Geschichte seit 1597. In R. Fischer (Hrsg.), *Appenzellerland. Landschaft - Geschichte - Kultur* (S. 27-44). Bühl/Baden: Konkordia.
- Schmidt, G. (4. Februar 2013). Leiter Care Team AR/AI. (M. Goldener, Interviewer)
- Shneidman, E. S. (2001). *Comprehending Suicide: Landmarks in 20th-Century Suicidology*. Washington: American Psychological Association.
- Sonderegger, S. (1979). *Appenzeller Sein und Bleiben*. Niederteufen: Arthur Niggli AG.
- Stehle, B. (7. Februar 2013). Mitbegründerin von "Trauer nach Suizid". Trauergruppen, Einzelbegleitungen und Krisenintervention nach Suizid. (M. Goldener, Interviewer)
- suizidprävention-kantonbern.ch. (kein Datum). *Fachgruppe Suizidprävention Kanton Bern*. Abgerufen am 17. März 2013 von Informationen zu Suizid und Suizidalität: <http://www.suizidprävention-kantonbern.ch/Informationen.php>
- Temple, N. (2012). Geleitwort. In S. Briggs, A. Lemma, & W. Crouch (Hrsg.), *Suizid und*

Suizidalität. Psychoanalytische Behandlung, Prävention und Theorie (S. 16-17). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

weltkarte.com. (kein Datum). *Appenzellerland*. Abgerufen am 27. Juli 2013 von www.weltkarte.com/uploads/pics/karte_kanton_appenzell-ausserrhoden_01.png

Wittwer, A. (2013. Januar 2013). Dipl. Psychologin. Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden. (M. Goldener, Interviewer)

Worden, W. J. (2011). *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch* (4. Ausg.). Bern: Hans Huber.

3. Interviews

Nachfolgend finden sich die Transkriptionen der Interviews, welche mit verschiedenen Fachpersonen des Bereiches Suizid-Postvention im Appenzellerland von der Verfasserin Marisa Goldener geführt worden sind. Alle interviewten Personen haben die Transkription eingesehen und einer Verwendung und Publikation im Rahmen der Bachelorarbeit zugestimmt.

3.1. Psychiatrisches Zentrum AR: Interview mit Norbert Hochreutener

Norbert Hochreutener (nachfolgend N. H. genannt) ist Seelsorger im psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden und Seelsorger in der katholischen Pfarrei Herisau-Waldstatt-Schwellbrunn. Das Interview wurde von der Verfasserin Marisa Goldener (nachfolgend M. G. genannt) am 17.01.2013 geführt.

M. G.: Wie kommen Sie mit dem Thema Suizid in Berührung?

N. H.: Ich arbeite seit 1993 im Psychiatrischen Zentrum Appenzell in Herisau als Seelsorger und war lange Seelsorger in der Kirchgemeinde Herisau-Waldstatt-Schwellbrunn. Das Thema Suizid begegnet mir einerseits in der Klinik, aber auch in den Dörfern. Jeder Suizid löst viele Wellen aus, welche man oft nicht ermessen und verstehen kann. Als Seelsorger begegne ich vor allem den Angehörigen, aber auch die verstorbene Person ist mir oftmals bekannt. Ich werde zunächst für die Vorbereitung der Abschiedsfeiern und Rituale in Anspruch genommen und bin deshalb eher in den akuten Schock- und Trauerphasen involviert. Das ist die erste Seelsorgesituation. Die längerfristigen Begleitungen gehen aber oft über unsere Kräfte und Möglichkeiten, möglicherweise auch unsere fachliche Zuständigkeit hinaus. Ich erachte diese als durchaus sehr wichtig, jedoch müssen auch andere Stellen involviert werden.

M. G.: Mit was für Anliegen kommen die Menschen zu Ihnen als Seelsorger?

N. H.: Es geht vorerst meist um das Konkrete, um die Gestaltung und Planung der Abschiedsfeier. Dabei wird auch über die verstorbene Person geredet und was für die Hinterbliebenen wichtig ist. Ein Suizid schreit meist nach einer Antwort auf die Frage „Wieso?“. Es ist eine riesige Palette von Gefühlen wie Ohnmacht, Wut, Schuldgefühle und tiefgehenden Fragen wie „Warum tut die Person uns das an?“, „Warum haben wir nichts gemerkt?“, vorhanden. Diese Fragen können aber in dieser akuten Phase nicht wirklich bearbeitet werden, da oft auch das Ereignis noch zu nah ist. Aber sie wollen ausgesprochen und heraus geweint werden und suchen ein Ohr, darum ist das Zuhören grundlegend, auch wenn man selber keine Antworten weiss. Dabei ist es hilfreich, dass es auch um konkrete Anliegen wie die Planung der Trauerfeier oder die Art der Information gegen aussen geht. Ganz zentral ist in dieser ersten Phase auch, dass die Familie und die engen Freunde zusammenkommen. Dies erachte ich als sehr wichtig. Jedoch kommt die eigentliche Trauer erst, wenn sich der Schock, der Rummel und die Anforderungen etwas gelegt haben, wenn die Lücke, die der verstorbene Mensch hinterlässt, bewusst wird, wenn die Leere da ist, wenn die Betroffenen erstmals merken, wie viel Kraft das Bisherige gekostet hat. Gerade beim Suizid – wie jedem schmerzlichen Tod – erachte ich es als wichtig, dass es einen Raum oder einen Gedenkort gibt für die Trauernden, wo sie verweilen können. Das Verhalten der involvierten Personen und Organisationen, wie zum Beispiel Polizei und Zivilamt, ist für Betroffene sehr prägend. Dabei geht es nicht nur um Fachlichkeit, sondern vor allem um Menschlichkeit.

M. G.: Was brauchen die Angehörigen in Ihren Augen?

N. H.: Ich glaube, es braucht Orte, wo man sich öffnen kann und wo alle Gedanken und Gefühle sein dürfen und deponiert werden können. Dabei sind sicher Freunde und Familie wichtig, doch dies ist nicht immer möglich, da vielleicht nicht alle Familien geübt sind im gegenseitigen Austausch. Darum können auch vertrauenserweckende Personen, die etwas ausserhalb stehen und nicht so belastet sind, hilfreich sein. Oft gibt es ja in den Familien Vorgeschichten und unausgesprochene Vorwürfe. Ein Grundproblem, neben dem unmittelbaren Verlust, ist in meinen Augen oft die Schuldproblematik, obwohl eigentlich in den allerwenigsten Fällen eine Schuld besteht. Sie zehrt an den Angehörigen: „Hätten wir doch...“, „Warum haben wir es nicht verhindern können?“. Jedoch ist jeder Suizid, jede Familiengeschichte und somit auch jede Reaktionen der Hinterbliebenen individuell und unterschiedlich. Manche Betroffene haben ein grosses Bedürfnis zu reden, andere können gar nichts sagen. Wichtig ist in meinen Augen jedoch die „Lossprechung“ von Schuld, dass man die Verantwortung von den Angehörigen nimmt. Trauergruppen können dabei längerfristig sehr hilfreich sein. Der Austausch unter Gleichbetroffenen und das Gefühl, nicht alleine zu sein, kann sehr entlastend wirken. Aber auch dieses Angebot ist nicht für jeden geeignet. Gerade bei den Appenzellern erachte ich Gruppen zum

Teil als eher schwierig. Die Mentalität ist geprägt von einem melancholischen Charakter und Stolz, von einem Abgegrenzt-sein gegenüber den Anderen. Zum Teil ist deshalb eine individuelle Beratung eher angebracht.

M. G.: Darüber möchte ich gerne mehr erfahren. Wie sehen Sie die Appenzeller in Bezug auf den Umgang mit Gefühlen wie Trauer?

N. H.: Ich denke, pauschale Beschreibungen über die Appenzeller vermögen nicht zu greifen. Zumal ja Appenzell nicht mehr aus einer mehrheitlich landwirtschaftlichen Bevölkerung besteht, sondern an Orten wie Herisau oder Teufen eher den Charakter der Agglomeration der Stadt St. Gallen hat. Wenn man aber zum Beispiel das „Zäuerli“ hört, so lassen sich daran typische Elemente für die Appenzeller Mentalität erahnen. Jeder, der das „Zäuerli“ hört, spürt, dass diese Klänge von ganz tief innen, aus der Seele, aus dem Herz kommen. Es ist eine Mischung zwischen Melancholie und Freude, aber auch verhaltenem Selbstbewusstsein und Stolz. Die Appenzeller sind gerne unabhängig und eigenständig. Wenn ich sonntags über Land gehe, kann es sein, dass ich einer Gruppe Bauern begegne, die gemeinsam in der Wirtschaft sitzen. Sie sitzen zusammen, trinken ein Bier, machen einen Jass, sie reden kaum miteinander, doch dann stimmen sie gemeinsam ein „Zäuerli“ an. Was sagt das über die Appenzeller? Gefühle können verbal schwer ausgedrückt werden, für das reiche Innenleben ist kaum eine Sprache vorhanden, doch im Lied ist ein Ausdruck möglich ohne Worte suchen zu müssen. Dies lässt sich am „Zäuerli“ erkennen, doch auch bei den Trauerphasen erachte ich dies als zentral. Deshalb sind die Kirche und die damit verbundene Gestaltung der Abschiedsfeier auch so wichtig. Das Ritual hilft in Momenten, wo man sprachlos ist. Ich glaube, dass es für die Trauer Form braucht, eine Möglichkeit, die Trauer über Rituale in Handlungen umzuwandeln und auszudrücken. Und sei es nur still Kerzen anzuzünden und Blumen hinzulegen. Das gibt in aller Ohnmacht Halt und Kraft. Rituale befreien in einem gewissen Sinn, sie führen Menschen zusammen. Es können Gefühle hineingegeben werden, ohne dass ein Benennen nötig ist. Jeder kann seine Deutung selber erschaffen und sich vom Moment berühren und bewegen lassen. Auch das Gefühl der Zusammengehörigkeit ist dabei sehr zentral, es gibt einen Rückhalt. Es entsteht erfahrbare gemeinsame Anteilnahme. Die Energie, die dabei oft entsteht, ist unbeschreiblich. Als Seelsorger finde ich es darüber hinaus hilfreich und entlastend, wenn all das Überwältigende, die ganze Ohnmacht, aller Schmerz und Kummer einer höheren Macht, – Gott – übergeben werden kann. Die Last allein zu er-tragen scheint fast unmöglich ohne am Leben zu verzweifeln.

M. G.: Welche Wirkungen entfalten ein Suizid auf der Ebene der Gemeinschaft, beziehungsweise der Gesellschaft?

N. H.: Dies hängt aus meiner Sicht vom Ort ab, an dem man lebt, ob in der Stadt, in der Agglomeration oder im Dorf. Im Dorf ist wahrscheinlich die Scham grösser, weil man sich näher ist. Und auch die Angst der Angehörigen, dass Suizid mit Gerede, gar Ächtung verbunden sein könnte, ist grösser. Dies hängt damit zusammen, dass früher ein Suizid von negativen Sanktionen gefolgt war, wie zum Beispiel der Verweigerung der kirchlichen Bestattung. Ich glaube eigentlich, dass die meisten Leute in einem Dorf nicht so denken – ja sogar sehr hilfsbereit wären, aber nicht wissen wie. Aber in vielen Angehörigen ist diese Befürchtung trotzdem tief verinnerlicht und wirkt sich deshalb aus, zum Beispiel im Rückzug, dem Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, oder der Angst, dass über einem geredet wird. Diese Befürchtungen sind eine sekundäre Gefährdung weil sie die Angehörigen isolieren. Im Allgemeinen sehe ich in der Gesellschaft eine Hilflosigkeit dem Tod gegenüber. Die Menschen haben Angst, sich mit Leiden zu konfrontieren, da dies schwer erträglich ist. Der Tod spielt sich ausserhalb der normalen Erfahrungs- und Alltagswelt ab. Die Menschen sind deshalb ungeübt im Umgang mit dem Tod. In archaischen Gesellschaften, aber auch in der christlichen Tradition, hatten Rituale, wie das Aufbahnen und direkte Abschiednehmen vom Toten, eine grosse Bedeutung. Diese Rituale haben dazu beigetragen, sich mit der Realität zu konfrontieren. Viele dieser Rituale sind heute weitgehend verschwunden und die Aufgaben sind ans Bestattungsunternehmen delegiert worden. Mit dem Tod ungeübte Menschen haben darum oft Angst, betroffenen Angehörigen zu begegnen. Sie fühlen sich hilflos, wissen nicht wie reagieren und machen dann oft lieber gar nichts, weil sie Angst haben, etwas falsch zu machen.

M. G.: Also ist es eigentlich eine mehrfache Sprachlosigkeit. Eine Sprachlosigkeit auf Seiten der Person, die sich das Leben genommen hat, auf Seiten der Hinterbliebenen und auf Seiten der Aussenstehenden.

N. H.: Ja das sehe ich auch so. Der Betroffene war sprachlos und hinterlässt Sprachlosigkeit durch sein Handeln. Sprachlosigkeit ist ein wichtiges Wort, wenn es um Suizid geht.

M. G.: Denken Sie, es wäre wichtig und möglich, dieser Sprachlosigkeit irgendwie zu begegnen?

N. H.: Ja das denke ich. Dazu braucht es offene Ohren und Geduld und man muss es so nehmen wie es ist, ohne zu bewerten oder Menschen zu etwas zu drängen. Ein Herz öffnet sich nur im Vertrauen. Vielleicht helfen die Rituale bis zu einem gewissen Grad, aber sie ersetzen das Darüberreden nicht. Darum denke ich schon, dass es wichtig ist, der Sprachlosigkeit zu begegnen. Aber das braucht Zeit, viel Zeit. Dabei muss auch der Wunsch von Angehörigen respektiert werden, wenn sie nicht über den Verlust reden möchten. Es braucht oft gar nicht so viele Worte, die Trauer zu teilen und seine Anteilnahme auszudrücken. „Gerede“ kann dabei nur hinderlich sein und verletzen. Darum schützen sich manche Angehörigen auch zu Recht. Es gibt auch Aussenstehende, die nicht oder zu empfindsam sind, was für die direkt Betroffenen schwierig sein kann. Für Angehörige kann

einerseits das Ausweichen, andererseits das Überschreiten der persönlichen Grenzen durch übertriebene Empfindsamkeit und Trauer eine Belastung sein. Ich bin kein Verklärer von Früher, doch ich denke, dass gewisse Rituale ihren Sinn gehabt haben und nun verschwunden sind. Dadurch ist eine grosse Hilflosigkeit dem Leiden, Sterben und Tod gegenüber entstanden – auf Seiten der Aussenstehenden und der Betroffenen.

M. G.: Denken Sie, Betroffene holen sich Hilfe, wenn sie diese brauchen?

N. H.: Manche tun sich sehr schwer, sich Hilfe zu holen. Es ist leider immer noch tabuisiert, in eine psychotherapeutische Beratung zu gehen. Viele Menschen haben nie gelernt, einen solchen Schritt zu machen und brauchen Aussenstehende, die sie dazu ermuntern und ihnen die Schamgefühle nehmen. Dabei haben auch Hausärzte eine wichtige Rolle inne. Viele Menschen gehen mit körperlichen Symptomen zum Hausarzt, aber eigentlich steht ein psychisches Problem dahinter. Es ist wichtig, dass die Hausärzte ihre Patienten ermutigen, sich auch auf dieser ursächlichen Ebene dem Problem zu nähern und nicht nur die daraus resultierenden Symptome zu lindern. Es ist wichtig, zu benennen, was das Zugrundeliegende ist. Das nichtdiagnostizierte Leiden ist oft schwierig, gerade bei Depression oder veränderter Trauer.

M. G.: Es geht also darum, die Hilferufe richtig zu verstehen.

N. H.: Genau deshalb ist es wichtig, dass die ganze Gesellschaft eine grössere Sensibilität für dieses Thema entwickelt, dass wir lernen die Hilferufe besser zu verstehen. Denn die Leute gehen bei Leiden schon zum Arzt, aber nur selten zum Psychologen. Psychische Krankheiten sind nach wie vor ein grosses Tabu in unserer Gesellschaft. Oft sind die Menschen durch den gesellschaftlichen Wettbewerb getrimmt auf Leistung und haben dies stark für sich verinnerlicht. Bezüglich psychischer Probleme kommen deshalb Formulierungen wie „es darf nicht sein“ oder „man muss das doch schaffen können“. Hier zeigt sich eine Schattenseite der an sich schönen appenzellischen Mentalität der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit – man möchte nicht von Hilfe abhängig sein. Dabei gehört „schwach sein“, „erschöpft sein“ und „Tiefs haben“ zum Leben. Dies annehmen zu lernen, ist für mich ein wichtiger Präventionsaspekt. Die Menschen müssen insbesondere sich selbst erlauben, schwach zu sein. Dies lässt sich sowohl auf die Ebene der Person mit Suizidabsichten, als auch auf die Ebene der Hinterbliebenen beziehen.

M. G.: Denken Sie, dass Menschen, die sich Hilfe holen möchten, wissen wo sie sich Hilfe holen können und die Hilfe auch finden?

N. H.: Man muss sich die Informationen über mögliche Hilfen zusammensuchen. Es gibt sicher verschiedene Stellen, wo man Hilfe bekommen könnte, doch ich weiss nicht, wie niederschwellig diese sind und wie ansprechbar und bekannt. Für diejenigen, die sich schwer tun, Hilfe zu holen,

sind alle Hürden schwer zu überwinden. Gerade auch Kinder gehen dabei oft vergessen und dies nicht erst beim Todesfall, sondern oft schon viel früher, wie ich in meiner Tätigkeit in der Fachgruppe für Kinder von psychisch kranken Eltern immer wieder bemerkt habe. Wenn ein Elternteil leidet, leiden all mit, besonders die Kinder. Für sie gibt es zwar verschiedene Ansprechstellen wie zum Beispiel den schulpsychologische Dienst oder das Sorgentelefon. Aber es braucht aufmerksame Personen im Umfeld, zum Beispiel die Lehrerinnen und Lehrer, die die Situation der Kinder wahrnehmen und sie unterstützen. Leider fehlen dabei oft die Kommunikation und die Vernetzung. Dies ist ja heikel, man greift nicht gern in die Intimsphäre einer Familie ein. Dennoch ist es wichtig, dass jemand die Initiative ergreift und auf Hilfsangebote hinweist. Oft getrauen sich Kinder noch weniger als Erwachsene, sich Hilfe zu holen, weil sie ihre Sorgen niemandem zumuten möchten oder keine Sprache für das haben, was passiert oder sie beschäftigt. Gleichzeitig nehmen sie aber oft viel mehr von der Situation wahr, als man denkt. Oft wird diese innere Spannung nur über die Symptome, zum Beispiel Aggression oder Apathie, erkennbar. In Bezug auf den Tod können viele Kinder mit Realitäten besser umgehen als Erwachsene. Sie leben sehr im Moment: Was ist, ist – und sie können sich eher wieder dem Leben zuwenden. Gleichzeitig sind Kinder aber oft auch innerlich sehr involviert. Beim Suizid hat die Schuldfrage deshalb eine so grosse Bedeutung. Es ist aus meiner Sicht enorm wichtig, dass dies mit Kindern bearbeitet wird, damit sie dies nicht auf sich nehmen. Alle Gefühle wie Schuld, Wut, Verlassenheit, Trauer, müssen erlaubt sein, Platz haben und durchlebt werden. Es braucht dazu besondere Aufmerksamkeit und Sensibilisierung aus dem familiären Umfeld und, so weit möglich, auch der Schule als wichtigem Lebensfeld. Kinder brauchen Vertrauenspersonen, welche ihnen Halt und Wärme bieten können. Wenn die Mutter oder der Vater krank ist und sich zuhause oder in der Klinik aufhält, sind neben fachlichen Angeboten wie therapeutischer Unterstützung, auch ganz konkrete, alltagspraktische Hilfen wichtig, wie zum Beispiel eine Haushaltshilfe oder einfach eine verlässliche Person, welche da ist, wenn die Kinder von der Schule kommen. Diese lebenspraktischen Aspekte werden meist innerfamiliär übernommen und kommen im professionellen Hilfesystem zu kurz.

M. G.: Gibt es noch andere wichtige Aspekte in Bezug auf Suizid, die Sie hier anfügen möchten?

N. H.: Ich finde es wichtig, zu sehen, dass jeder Suizid anders ist und nicht bewertet werden kann und soll. Ein Suizid kann manchmal eine Erlösung sein, besonders bei einem vorhergegangenen langen Leiden – eine Erlösung sowohl für die Person, welche sich das Leben nimmt, als auch für die Angehörigen. Ein Suizid kann, wie dies zum Beispiel bei Jugendlichen manchmal der Fall ist, aus einer spontanen, bedingungslosen Reaktion heraus entstehen. Wichtig ist in Bezug auf Trauer und der Verarbeitung in jedem Fall, dass Gefühle geteilt werden können und dass Räume dafür geschaffen werden, welche mit diesen Gefühlen gefüllt werden können. Als Seelsorger hat der

Begriff der „Versöhnung“ als Ziel eine grosse Bedeutung: Die Versöhnung mit dem der gegangen ist, mit dem eigenen Leben, mit sich und, allenfalls, mit Gott. Wir möchten wieder Frieden machen, in Frieden leben. Aber „Versöhnung ist mitten im Streit“, gemäss Hölderlin. Es braucht folglich den Konflikt, die Krise, damit daraus Frieden entstehen oder gefunden werden kann. Versöhnung muss wachsen und braucht Zeit. Manchmal wächst einem die Versöhnung auch zu. Irgendwann stellt man fest, dass sich durch die Krise auch Chancen eröffnet haben, dass man herausgefordert und bewegt wurde und erst damit zum Menschen geworden ist, der man ist. Versöhnung ist ein christlich konnotierter Begriff, doch er gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen. Es geht letztlich darum, Frieden zu finden –das gilt für alle involvierten Personen: die leidenden, mit sich und der Krankheit kämpfenden Menschen, die Angehörigen und Verstorbenen. Frieden ist wichtig für alle Menschen.

3.2. Psychiatrisches Zentrum AR: Interview mit Rita Lengsfeld, Monika Schiess, Annette Wittwer

Rita Lengsfeld (nachfolgend R. L. genannt) ist Pflegefachfrau FH und Mitarbeiterin bei der Angehörigenberatung des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden. Monika Schiess (nachfolgend M. S. genannt) ist diplomierte Sozialarbeiterin und leitet den Sozialdienst der Klinik. Annette Wittwer (nachfolgend A. W. genannt) arbeitet als Psychologin lic. phil. in der psychiatrischen Klinik. Das Interview wurde von der Verfasserin Marisa Goldener (nachfolgend M. G. genannt) am 30.01.2013 geführt.

M. G.: Wie kommen Sie in Kontakt mit dem Thema Suizid?

M. S.: Suizide passieren. Sie lassen sich nicht immer Vermeiden, auch nicht in der Klinik. Man ist immer mittendrin – auch selber betroffen. Angehörigen gegenüber haben wir grundsätzlich ein offenes Ohr. Beratungen und Begleitungen sind sehr individuell, je nach dem was die Angehörigen brauchen. Jedoch weiss ich nicht, wie offen wir als Klinik gegenüber Aussen erscheinen. Wir gehen in einem ersten Schritt sicher auf die Angehörigen zu und machen Angebote. Dies ist meist in einer akuten Situation, wobei ich denke, dass die Hilfe oft erst längerfristig benötigt wird. Und ob sich die Betroffenen dann nochmals an uns wenden oder der Schritt in diesem Moment zu gross ist, weiss ich nicht. Die Türen sind jedoch grundsätzlich offen. Wir würden sicher auch weitervermitteln, wenn sie eine weitergehende Hilfe brauchen.

R. L.: In meinem Erleben ist es ein grosser Unterschied, ob jemand zuerst vermisst wird und man nicht weiss, ob die Person noch lebt oder nicht und wir die Angehörigen in dieser Situation begleiten oder ob der Suizid unvermittelt passiert. Wenn bereits ein Kontakt besteht, ist einfacher, in Kontakt zu bleiben für die Angehörigen und es ist auch eine Hilfe für uns, mit dem fertig zu

werden Es ist in meinem Empfinden immer gegenseitig. Dieses Miteinander, das sich in dieser schwierigen Situation ergibt, ist hilfreich für beide Seiten. Es stellt Nähe her, wenn man gemeinsam durch die Phase der Ratlosigkeit, der Frage nach dem „Warum?“ geht. Es fällt dann auch oft den Angehörigen leichter, wieder auf die Klinik zuzukommen nach einiger Zeit. Die wirkliche Reaktion kommt ja oft ein paar Tage später – bei den Angehörigen, aber auch bei den Mitarbeitern. Oft merkt man erst nach einigen Tagen, wie es einem eigentlich geht. Dann ist oft die Hemmschwelle da, nochmals in die Klinik zu kommen, da der von uns betreute Mensch ja nicht mehr lebt. In Gefühlen der Trauer, der Schuld zeigt man sich oft nicht so gerne. Wenn man schon einen guten Kontakt mit jemandem aus der Klinik hat, dann ist es einfacher. Gemeinsames Erleben verbindet und macht es leichter, diesen Schritt zu machen.

A. W.: Je nachdem, ob das Thema Suizid beziehungsweise Suizidalität im Gespräch mit dem Patienten beziehungsweise dessen Angehörigen schon auf dem Tisch ist oder nicht, ist die Ausgangslage unterschiedlich. Ich denke, es ist wichtig, die Thematik Suizid direkt anzusprechen. Es geht unter anderem darum, eine Einschätzung der Suizidalität zu machen und konkret zu thematisieren. Eine direkte Kommunikation erleichtert vieles. So lässt sich klären, welche Gedanken sich die suizidale Person macht und ob und welche Vorstellungen sie hat. Es geht dabei auch darum herauszuarbeiten, was lebenserhaltend ist und wie sich die Person schützen kann oder geschützt werden kann.

R. L.: Genau diese Offenheit hilft auch nachher, wenn es tatsächlich passiert ist, trotz allen Vorsichtsmaßnahmen. Die Offenheit den Angehörigen gegenüber ist ganz wichtig. Ich habe erlebt, dass Angehörige viel eher kommen, um sich Unterstützung zu holen, wenn bereits vor dem Suizid ein „miteinander“ da war, als wenn die Klinik zuvor eher als anonymer Ort erfahren wurde. Dann flüchten auch die Angehörigen mehr in die Anonymität und die Klinik wird teilweise auch als Feindbild wahrgenommen, weil sie den Suizid nicht verhindern konnte. Die Möglichkeit, dass sich Angehörige bei Bedarf an Unterstützung an die Klinik wenden können, steht immer offen – jederzeit und auf verschiedenen Wegen wie persönlichem Vorbeikommen, Mail, Telefon oder Brief. Wir möchten die Hemmschwelle so gering wie möglich halten, gerade in der Angehörigenberatung. So haben die Angehörigen eine direkte Ansprechperson. Viele gehen aber auch auf die Station selber, weil dort schon eine Verbindung hergestellt wurde.

M. S.: Manchmal haben Angehörige auch den Bedarf, mehr über die letzten Stunden zu erfahren und wenden sich deshalb an die Station.

R. L.: Oder man holt die persönlichen Effekten ab und kommt so ins Gespräch. Je nach Situation geht dabei das Pflegepersonal auch aktiv auf die Betroffenen zu und nimmt sich Zeit.

M. S.: Es kommt auch darauf an, ob der Patient gerne hier war oder nicht. Dies hat Einfluss darauf, ob die Angehörigen eine Vertrauensbasis aufbauen können oder bereits konnten und so ein Kontakt erleichtert werden kann.

M. G.: Heisst das, dass Gemeinsamkeiten beziehungsweise eine gemeinsame Basis helfen, sich bei Bedarf Unterstützung zu holen?

M. S.: Ja eindeutig, damit man den Weg zueinander findet.

M. G.: Gibt es noch andere wichtige Aspekte, welche dazu beitragen, dass sich Betroffene Unterstützung holen – neben dem direkten Ansprechen der Thematik und der gemeinsamen Basis?

R. L.: Ich erachte auch die Anonymität als wichtigen Faktor. So sind zum Beispiel themenspezifische Angehörigengruppen, welche hier regelmässig in Form von Themeninputs und anschliessender Diskussion stattfinden, auch eine gute Möglichkeit für Angehörige, um sich mit der Thematik zu befassen ohne zu erzählen, wer sie sind und was sie erlebt haben. In meiner Erfahrung findet die Unterstützung also an einem der beiden Pole „persönlich und direkt“ oder „möglichst anonym“ statt.

M. S.: Die Angehörigen schätzen es auch, wenn jemand von der Klinik an die Beerdigung geht. Oft ist dieser Abschied auch wichtig für die Mitarbeitenden, welche den Patienten gekannt haben. Oder auch für die Mitpatienten, welche oft genauso betroffen sind. Es geht dabei eigentlich wieder die Herstellung einer Verbindung, um das gemeinsame Abschiednehmen, welches ermöglicht, dass ein Kontakt entsteht.

M. G.: Mit welchen Anliegen wenden sich den Angehörige an Sie, wenn sie kommen?

A. W.: Dies ist sehr individuell. Es gibt eigentlich keine Standardfragen die auftauchen. Oft sind Schuldfragen ganz zentral und die ganzen Gefühle wie Trauer und Wut. Anfangs ist oft ein grosser Tumult mit Beerdigung, viele Leute sind involviert, danach kommen oft grosse Fragen nach dem Sinn des Lebens, nach den eigenen Werten, nach der Möglichkeit, das Leben ohne die verstorbene Person weiterzuleben. Es kann eigentlich nicht generalisiert werden, da die Menschen dabei sehr verschieden sind.

M. S.: Es tauchen auch ganz konkrete, lebenspraktische Fragen auf, welche sich zum Beispiel auf das Vorgehen und die nötigen Schritte nach einem Todesfall beziehen. Aber auch Fragen nach Erklärungen und Gründen für den Tod sind häufig zentral. Es geht oft darum, das ganze irgendwie zu ordnen und einzuordnen können. Die Fragestellungen dazu sind vielfältige und klare Antworten meist nicht möglich. Meist sind bei allen Beteiligten und Betroffenen, sei es Angehöriger, Mitpatient oder Mitarbeiter viele Fragen offen.

A. W.: Eine gewisse Hilflosigkeit bleibt meistens und gehört zum Mensch-Sein dazu.

M. S.: Genau dies erachte ich oft als wichtig. Spüren, dass diese schwere Last gemeinsam getragen wird, ist hilfreich.

R. L.: Das bisherig gesagte kann ich bestätigen. Die Frage nach dem „Warum?“ kommt viel und oft auch die Frage nach der Schuld, gerade in der ersten Zeit. Danach geht es oft auch darum „Was mache ich jetzt ohne diese Person?“. Es sind meist Fragen, die in der ganzen Vielfalt und der ganzen Bandbreite auftauchen.

M. S.: Auch wir als Mitarbeiter stellen uns ja diese Fragen. Haben wir etwas übersehen? Was ist genau passiert? Jeder muss für sich irgendwie begreifen und verstehen können, was geschehen ist. Intern wird dies auch im Hinblick auf den fachlichen Aspekt aufgearbeitet als Lernprozess für nächste Krisen.

M. G.: Wie ist es, wenn Kinder als Angehörige involviert sind?

A. W.: Oft haben wir mit den Kindern nicht direkt zu tun. Doch wir besprechen mit den Erwachsenen den Umgang mit den Kindern und ihren Fragen wie Schuld oder Umgang mit Tod.

M. S.: Als Klinik sind wir eher zu weit weg von den Kindern, da diese viel mehr Zeit und Vertrauen brauchen. Wir sind ja auch eine Klinik für Erwachsene und haben deshalb das Fachwissen im direkten Umgang nicht. Der Zugang zu den Kindern findet über die erwachsenen Bezugspersonen der Kinder statt.

R. L.: Die Situation der Kinder wird im Gespräch mit den Eltern oder Bezugspersonen thematisieren. Ich verweise bei Bedarf an Unterstützung meist an die Gemeinden, welche über ihre Hilfsstrukturen für Kinder meist Bescheid wissen via Schule oder Vormundschaftsbehörde.

M. G.: Haben Sie Vermutungen, wieso es in Appenzell so viele Suizide gibt?

M. S.: Es gibt die Vermutung, dass es mit den vielen Brücken zusammenhängt, also mit den vielen Möglichkeiten. Es gibt ja hier zwei besonders „beliebte“ Brücken, welche nach wie vor nicht durch Netze gesichert sind. Einige Stimmen beurteilen eine Netzinstallierung als Verschandlung der Landschaft, welche nichts nützt. Ich glaube, bei solchen Argumenten fehlt einfach das Wissen, dass wenn ein Sprung von dieser Brücke nicht möglich ist, auch keine andere Brücke für den Suizid gesucht wird. Die Meinung, wenn man sich das Leben nehmen will, dann macht man das auch und zwar egal wo, trifft nur für einen kleinen Prozentsatz der Menschen zu. Aber ob diese Vermutung wirklich zu der hohen Suizidrate beiträgt, weiss ich nicht.

R. L.: *Es gibt verschiedene Theorien, wieso die Suizidrate in der Schweiz allgemein so hoch ist bei dem Lebensstandard der Schweiz. Als Grund wird da unter anderem Vereinsamung und Entsolidarisierung genannt. Ob dies in Appenzell zutrifft, kann ich allerdings nicht sagen.*

M. S.: *An den hohen Lebensstandard möchte ich anschliessen: Die Annahme „Jemand ist etwas wert, wenn er etwas leistet“ ist eine seltsame Lebensphilosophie. Wenn man nach diesen Werten lebt und aus dem System, zum Beispiel dem Arbeitsmarkt rausfällt, ist man einfach niemand mehr in unserer Leistungsgesellschaft, wenn keine anderen Werte definiert werden können. Dies führt zu einer Entwertung der eigenen Person und des eigenen Lebens. Die Frage ist, wie viel wir bezahlen für unseren hohen Lebensstandard. Wenn ich mir die vollen Psychiatrien und die vielen Suizide anschau, frage ich mich schon „Ist es das wert?“. Aber diese Frage lässt sich nicht so einfach klären.*

M. G.: *Wie erleben Sie die Thematik Suizid im grösseren gesellschaftlichen Rahmen, das heisst ausserhalb der Klinik?*

R. L.: *Ich habe es erlebt, dass Menschen eher zynisch reagieren. Gerade weil das Thema Suizid Angst macht. Obwohl ja jede zweite oder dritte Familie durch einen Suizid betroffen ist, wird das Thema eigentlich auf die Seite gedrückt.*

A. W.: *Ich erlebe es sehr unterschiedlich. Einerseits Tabuisierung und andererseits Akzeptanz für diese Entscheidung.*

M. S.: *In der Klinik ist Suizid immer Thema und gehört zum Alltag, aber ausserhalb erlebe ich Suizid auch eher als Tabuthema, wo eigentlich nicht darüber gesprochen wird. Das Schlimmste, was ich erlebt habe, war, dass man sich geschämt hat, wenn sich ein Familienmitglied das Leben nimmt und den Suizid versteckt, anstatt offenlegt. Darin zeigt sich eine besondere Tragik. Ich glaube, es wird immer noch geurteilt. Dabei spielen oft auch religiös geprägte Gedankenstrukturen eine Rolle, wie zum Beispiel, dass man sich nicht das Leben nehmen darf, dass man sich damit schuldig macht und bestraft wird dafür. Ich glaube, dies ist immer noch tief verankert in der Gesellschaft. Eine Auseinandersetzung darüber findet eigentlich nicht statt. Ausser man ist beruflich damit konfrontiert. Ich denke, die Angst, dass man nicht weiss, wie mit dieser Thematik umzugehen, blockiert sehr oft. Was darf man ansprechen und was nicht? Am Schluss läuft man Gefahr, dass man dann gar nichts unternimmt, weil man nicht weiss wie man aufeinander zugehen soll.*

A. W.: *Eigentlich bräuchte es gar nicht viele Worte, damit man sich begegnen kann.*

R. L.: *Ich möchte nochmals auf die Aussage zurückkommen, Suizid sei in der Klinik Alltag. Einerseits ist dies so, da wir täglich mit der Thematik konfrontiert sind, andererseits aber auch gar*

nicht. Wenn es tatsächlich passiert, dann ist es überhaupt nicht Alltag. Es nimmt einem den Atem und macht einem hilflos. Oft weiche ich dann zuerst auf die Fachlichkeit aus, bevor es nach einigen Tagen an mich als Mensch herantreten kann. Angehörige haben diese Hintertür meist nicht.

M. S.: Da stimme ich dir zu. Ich habe die Thematik Suizid und Suizidalität an sich gemeint, welche doch präsent ist. Wenn es passiert, dann reagiere ich mit Emotionen, erst später mit Fachlichkeit. Ich finde, wir müssen uns nicht verstecken hinter Fachlichkeit, aber wir können dort Schutz suchen. Wir sind auch als Menschen immer mitbetroffen.

M. G.: Meine Fragen sind jetzt eigentlich beantwortet. Gibt es noch andere Aspekte in Bezug auf die Thematik Suizid, die sie hier anfügen möchten?

A. W.: Wichtig sind meiner Ansicht nach Fragen nach den Wertvorstellungen oder darüber, was nach dem Tod ist. Ist Suizid eine Strafe? Dies bespreche ich mit den Leuten. Ich finde es wichtig, dies genau anzuschauen – mit suizidalen Personen wie auch mit Betroffenen. Es nimmt die Schwere der Thematik etwas weg.

M. S.: Es ist tatsächlich ein schweres Thema, man spürt es im Raum. Wir hatten erst kürzlich ein solches Erlebnis und sind in Gedanken wahrscheinlich oft noch dort. Es wird deshalb auch hier spürbar.

M. G.: Vielen Dank für das Gespräch.

3.3. Care Team AR/AI: Interview mit Georg Schmidt

Georg Schmidt (nachfolgend G. S. genannt) ist Leiter des Care Teams AR/AI. Das Interview wurde von der Verfasserin Marisa Goldener (nachfolgend M. G. genannt) am 4.02.2014 geführt.

M. G.: Würden Sie mir etwas über das Care Team AR/AI erzählen?

G. S.: Ich möchte Ihnen zuerst unseren Flyer abgeben, wo die wichtigsten Informationen festgehalten sind. Dieser wird auch an Betroffene abgegeben¹⁵. Grundsätzlich wird unser Care Team als 1. Einsatzelement in der psychologischen Nothilfe eingesetzt. Zu vergleichen ist dies mit den Samaritern, welche vor Ort Nothilfe leisten, bis die Rettungssanitäter eintreffen oder der Patient wieder sich selbst überlassen werden kann. Unsere Intervention beschränkt sich auf denjenigen Bereich, welcher für die Meisterung ganz alltäglicher Tätigkeiten notwendig ist. Sobald die Betroffenen wieder selbständig in der Lage sind sich zu organisieren, ist unsere Arbeit getan. Stellt man fest, dass weitergehende Hilfe notwendig ist, wird sichergestellt, dass diese auch in Anspruch genommen wird. Es werden die entsprechenden Adressen vermittelt oder der Kontakt zum

¹⁵ Einsehbar unter: http://www.ai.ch/dl.php/de/0dmak-iflnct/Care-Team_AR-AI_Flyer.pdf

Hausarzt geschafft. Wir haben rund 15 Einsätze pro Jahr. Leider sind auch Suizid oder Suizidversuche dabei. In den Einsatz kommen wir bei plötzlichen, traumatischen Ereignissen wie Suiziden, schweren Unfällen und Haus- oder Liegenschaftsbränden. Wir werden über die Kantonspolizei aufgeboten, welche aufgrund der Feststellungen und Abklärungen von Einsatzkräften vor Ort abschätzt, ob und in welcher Stärke das Care Team zum Einsatz kommen soll. Bei Bedarf wird der/die piketthabende Einsatzleiter/in umgehend informiert. Aus den rund zwanzig Care Team Mitgliedern wird das gewünschte Team zusammengestellt. Meist sind es zwei Personen, welche innert kurzer Zeit vor Ort eintreffen und in der ersten, akuten Zeit Unterstützung anbieten bis die persönlichen Ressourcen und Netzwerke greifen. Sie vermitteln bei Bedarf weitergehende Hilfen. Betroffene wählen immer selbst, ob sie den Einsatz des Care Teams wünschen. Das Care Team drängt sich in keinem Fall auf! Unsere Mitarbeiter kommen aus verschiedenen Tätigkeits- und Berufsfeldern und werden in einem speziellen Aufnahmeverfahren ausgewählt. Sie machen eine spezifisch für das Care Team ausgelegte Ausbildung im Rahmen von verschiedenen Blockkursen, wo die Grundlagen und Methoden der Krisenintervention und der Gesprächsführung gelernt werden. Dafür steht dem Care Team eine fachliche Leitung zur Seite, welche die Nachbesprechungen führt und für die Ausbildung verantwortlich ist. Wir haben alle zwei Monate Weiterbildungs- und Auswertungsabende, wo es darum geht, wie wir unsere Arbeit verbessern können und welches Wissen es für die Einsätze braucht. Meist lernt man ganz vieles in den Einsätzen selber. Dieses Wissen kann durch die kontinuierliche Aus- und Weiterbildung aufbereitet und nutzbar gemacht werden. Das Care Team ist unter dem Patronat der beiden Kantone Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden und angeschlossen an die Departemente Sicherheit und Justiz sowie Gesundheit in Ausserrhoden beziehungsweise an das Justiz- und Militärdepartement in Innerrhoden. Es untersteht den kantonalen Führungsstäben. Seit rund zwei Jahren bin ich in der Leitung und für das Organisatorische zuständig, also für die Ausbildungsplanung, die Umsetzung der bundesweiten Einsatzrichtlinien und Qualitätskontrollen sowie die Vernetzung mit anderen Kriseninterventions-Organisationen.

M. G.: Wie ist das Care Team entstanden? Wie wird die Arbeit begründet?

G. S.: Es gab einige Fälle im Appenzeller Land, wo man bemerkt hat, dass es ein unmittelbares Auffangnetz nach traumatischen Ereignissen braucht – einerseits für die direkt betroffenen Menschen und andererseits für die involvierten Helfer, wie zum Beispiel die Feuerwehr oder Samariter. Im Jahr 1999 wurde das Care Team im Auftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden gegründet. Drei Jahre später schloss sich auch Innerrhoden an. Es wurde erkannt, dass sich Menschen nach traumatischen Erlebnissen schneller wieder im Alltag zurechtfinden, wenn sie die Hilfe des Care Teams beanspruchen und damit weniger Ausfalltage generieren. Auch wirtschaftlich

ist somit ein Nutzen ausgewiesen. Mittlerweile werden auch bei den Blaulichtorganisationen wie Polizei und Feuerwehr Leute für die Krisenintervention ausgebildet, sogenannte Peer's. Nach einem Einsatz ist es auch dort ganz wichtig, das Erlebte zu besprechen. Es gibt gesamtschweizerisch Care Teams, welche nach den Richtlinien des „Nationalen Netzwerk Psychologische Nothilfe“, kurz NNPN¹⁶, arbeiten. Dort sind die Ausbildungs- und Einsatzstandards festgehalten.

M. G.: Nachdem wir jetzt über die Organisation des Care Teams gesprochen haben, würde ich gerne erfahren, mit was für Fragen der Betroffenen ihre Mitarbeiter bei einem Suizid konfrontiert werden und welchen Herausforderungen sie begegnen?

G. S.: Was immer wieder kommt ist die Frage nach dem „Warum?“ und die Frage, ob einem eine Schuld trifft. Bei solchen extremen Ereignissen sind immer ganz viele Gefühle involviert. Von Vorwürfen, über Schuld bis zu Wut. Unsere Mitarbeiter sind dementsprechend geschult, dass sie die Betroffenen unterstützen, solche Gefühle zu reflektieren. Sie helfen ihnen dabei, sich auf ihre eigenen Ressourcen zu konzentrieren und helfen ihnen, diese zu aktivieren. Dies wird zum Beispiel versucht über ganz einfache Atemtechniken. Manchmal sind es auch ganz konkrete Fragen wie Beerdigung oder das Umfeld benachrichtigen über den Tod. Unsere Mitarbeiter können mit Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen, indem sie klären, ob die Betroffenen selber dazu in der Lage sind oder ob aus dem Umfeld der Betroffenen jemand diese Aufgaben übernehmen könnte. Unser Ziel ist es, zu unterstützen bis die eigenen Ressourcen greifen, seien es die persönlichen oder die des Umfeldes. Bei Bedarf vermitteln wir auch weitergehende therapeutische Hilfen an, zum Beispiel die Adressen von Psychologen oder bei der Betroffenheit von Kindern über den schulpsychologischen Dienst. Da ich als Leiter im organisatorischen Bereich arbeite, würde ich Sie an ein Mitglied des Einsatzteams weiterleiten, um diese Frage und die Frage nach den konkreten Herausforderungen und Hilfen zu beantworten.

M.G.: Gerne. Kommt Ihnen noch etwas in den Sinn, das wichtig wäre und ich bisher nicht angesprochen habe?

G. S.: Im Moment nicht, wie gesagt, gebe ich Ihnen gerne die Adresse einer Mitarbeiterin des Einsatzteams, Frau Corina Bandelli.

¹⁶ Einsehbar unter: <http://www.lba.admin.ch/internet/lba/de/home/themen/sanit/koordinierter0/steuerungsgruppe.html>

3.4. Care Team AR/AI: Interview mit Corina Bandelli

Corina Bandelli (nachfolgend C. B. genannt) ist Einsatzleiterin und Mitarbeiterin beim Care Team AR/AI und Mitbegründerin der Anlaufstelle „pro Angehörige“ für Angehörige von psychisch Kranken. Das Interview wurde von der Verfasserin Marisa Goldener (nachfolgend M. G. genannt) am 18.02.2013 geführt.

M. G.: Du bist in deiner Arbeit im Care Team direkt in Kontakt mit Betroffenen von einem Suizid eines nahe stehenden Menschen. Was sind deine Erfahrungen in diesen Einsätzen?

C. B.: Ich wurde während meiner Tätigkeit im Care Team (seit 2005) zu 13 Suiziden beigezogen und die Erfahrungen dabei waren enorm vielseitig. Es ist in der Herangehensweise ein Unterschied, ob ich in eine Familie aufgebeten werden, wo der Suizid ausserhalb der familiären Strukturen stattgefunden hat oder in der direkten Umgebung, wie zum Beispiel im Wohnhaus. Dies gibt dem Einsatz einen anderen Schwerpunkt. Was aber in jedem Fall ganz zentral und wichtig bei einem Einsatz ist, ist unsere Grundvoraussetzung beim Care Team AR/AI: Wir kommen nur, wenn wir erwünscht sind. Die Polizei bietet Betroffenen die Unterstützung von Care Team Mitarbeitern an und setzt sich auf deren Wunsch hin mit uns in Verbindung. Wir klären nach dem Aufgebot nochmals kurz mit den Betroffenen, was wir genau machen und ob sie wollen, dass jemand von uns kommt. Wenn sich Betroffene unsicher sind, ob sie jemanden vor Ort wünschen, gehen wir hin mit der klaren Haltung, dass sie uns auch sofort wieder wegschicken können, wenn es für sie nicht passt. Ich finde es in unserer Arbeit sehr wichtig, dass nur gemacht wird, was die Betroffenen auch wollen. Ein ausserordentliches Ereignis, in diesem Fall ein Suizid, ist für Angehörige wie eine „Flut“, die über sie hinweg rollt. Es darf deshalb nicht sein, dass sie durch Aussenstehende zusätzlich „überflutet“ werden. Alles was ich deshalb bei meinem Einsatz mache oder nicht mache, muss in Absprache mit den Betroffenen geschehen. Ich bin überzeugt, dass Menschen auch in Krisensituationen wissen, was ihnen gut tut und was nicht. Deshalb frage ich immer nach ihren Wünschen und Vorstellungen. Können sich Betroffene nicht klar artikulieren, formuliere ich verschiedene Auswahlmöglichkeiten. Die Entscheidung liegt aber immer bei den Betroffenen selbst. Was beim Einsatz tatsächlich gemacht oder thematisiert wird, ist also sehr individuell. Immer wieder wichtig in Bezug auf Suizid ist jedoch die Thematik des Umgangs mit den verschiedenen Emotionen. Emotionen kommen meist „wellenartig“, pendeln zwischen Verzweiflung und Gefasstheit. Bei einem Einsatz achte ich darauf, dass diese Wellen erhalten bleiben. Es geht darum, einerseits Raum zu schaffen für aufbrechende Emotionen und andererseits aber auch die Möglichkeit für emotionale Distanzierung. Hilfreich ist dabei oft eine zeitweise Fokussierung auf praktische Tätigkeiten. Ich frage dabei immer nach, wie die Person das gerne machen würde und

ob sie das selber kann oder nicht. Es ist wichtig, gemeinsam einzuschätzen, wofür es an der Zeit ist – zum Beispiel ob es nötig ist, einfach mal etwas zu essen oder ob das Gespräch zentral ist. Wichtig sind auch oft Informationen darüber, was „normale“ körperliche und seelische Reaktionen auf ein solches Ereignis sind, wie zum Beispiel Übererregung, Flashbacks, Schlafstörungen und Vermeidungsverhalten, damit sich die Leute in ihrer Aufgewühltheit sicherer fühlen und wissen, was mit ihnen passiert und was sie dagegen machen können. Ich informiere zum Beispiel darüber, wieso Verhaltensweisen wie Flashbacks entstehen und dass sie mit der Zeit abnehmen. Auch thematisiere ich, dass Aktivitäten wie Atemübungen oder Bewegung gegen Übererregung oder Schlafstörungen helfen. Was auch wichtig ist, ist gemeinsames Thematisieren von Vermeidungsverhalten und der sich daraus ergebenden Konsequenzen für die eigene Lebensqualität, zum Beispiel wenn die Person das Gefühl hat, einen bestimmten Ort aufgrund des Ereignisses nicht mehr aufsuchen zu können. Was auf emotionaler Ebene bei einem Suizid ganz oft auftaucht, sind Schuldgefühle und Schuldzuweisungen. Manchmal wurde ich auch konfrontiert mit grosser Wut oder auch mit Erleichterung. In Bezug auf die Schuldgefühle versuche ich, gemeinsam mit der Person diese Gefühle zu objektivieren, da diese ganz oft nicht mit der Realität übereinstimmen. Nehmen kann man die Schuldgefühle nicht, doch „ins rechte Licht“ rücken. Schuldgefühle resultieren meist aus einer Ohnmacht. Man konnte nichts dagegen machen, war machtlos. Schuldgefühle sind leichter auszuhalten als Ohnmachtsgefühle. Dies versuche ich den Leuten zu erklären. Phasen, in denen sie etwas gefasster sind, eignen sich dazu gut, zum Beispiel während gemeinsamem Kochen. Verallgemeinern lässt sich das aber nicht, es ist immer eine sehr individuelle Situation für die Hinterbliebenen und so auch ein individueller Einsatz. Höchste Priorität hat in unserer Arbeit aber klar: „Alles nach Absprache“. Innerhalb dessen können wir verschiedene Angebote machen, je nach dem, was die Betroffenen brauchen. Auch habe ich schon zum Abschiednehmen in der Gerichtsmedizin begleitet. Auch dort ist es ganz wichtig, immer wieder mit den Betroffenen zu klären, was sie wollen – zum Beispiel wo ich stehen soll oder ob ich draussen bleiben soll. Die Leute wissen, was sie wollen und was sie brauchen – dies ist für mich die wichtigste Grundhaltung. Bei Menschen, die so im Schock sind, dass kein Zugang über das Gespräch möglich ist, wenden wir zum Beispiel auch spezielle Atemübungstechniken an. Dies ist eigentlich die einzige Situation, wo ich im Einsatz die Führung übernehme. Erstaunlicherweise machen die Menschen dabei ohne Vorbehalte mit, weil sie merken, dass sie die ganze Situation und sich selber überhaupt nicht mehr im Griff haben und die Atemübungen helfen. Ich habe es noch nie erlebt, dass überhaupt kein Zugang zu den Betroffenen möglich war.

M. G.: Also sind die zentralen Aspekte in ihrer Arbeit unterstützen beim Herausfinden, was Betroffene für sich selber brauchen, helfen beim Einordnen der verschiedenen Gefühlszustände sowie Information?

C. B.: Ja genau. Es geht darum, dort Unterstützung zu bieten, wo Betroffene dies auch wollen. Die wichtigsten Grundsätze meiner Arbeit sind folgende zwei: 1. Nichts machen, was bestimmend ist über die Menschen; und 2. Wenn ich nicht weiss, was machen, dann nichts machen. Ich darf nicht einfach etwas machen, von dem ich das Gefühl habe, es wäre gut. Sollte ich trotzdem das Gefühl haben, ich habe jetzt falsch reagiert, so ist es mir wichtig, dies direkt anzusprechen und zu klären. Wir vom Care Team AR/AI waren im November 2012 in der Selbsthilfegruppe Regenbogen zu Gast – einer Gruppe von Eltern, welche Kinder durch Unfall, Suizid oder Krankheit verloren haben. Es hat mich erschreckt, welche Erlebnisse mit Care Teams – zum Glück nicht mit unserem – geschildert wurden. Es war teilweise wirklich haarsträubend und hat mehr geschadet, als geholfen. Dies hat mir einmal mehr aufgezeigt: Betroffene sind in einer Extremsituation und darin extrem verletzlich. Man hat als Helfer in dieser verletzlichen Situation eine hohe Verantwortung. Man darf nichts machen, was nicht was nicht explizit gewünscht wurde. Dies ist sehr zentral für die Arbeit des Care Teams AR/AI. Ich denke, weitere Prädikate des Care Teams AR/AI sind, dass bei einem Aufgebot der Polizei zuerst mit den Betroffenen klären, ob wir gewünscht sind oder nicht, sollte dies nicht ganz eindeutig sein. Als Einsatzleitung, welche die Mitarbeiter zum Einsatzort aufbietet, überlege ich mir gemäss der vorliegenden Situationsbeschreibung wie viele Mitarbeiter zum Einsatz kommen sollen und welche Mitarbeiter dafür von ihrer Persönlichkeit und ihren Fähigkeiten her geeignet sind. Ich achte auf eine gute Konstellation, damit zwischen Betroffenen und Mitarbeitern der Peergedanke ein Stück weit zum Tragen kommen kann. Es geht darum, die gleiche Sprache zu sprechen. Als Mitarbeiter hat man immer die Möglichkeit zu sagen, ich gehe nicht zu diesem Einsatz. Wenn man selber extrem belastet ist, ist man sogar verpflichtet abzulehnen.

M. G.: Gibt es spezielle Herangehensweisen, wenn Kinder mitbetroffen sind?

C. B.: Eigentlich gehen wir nach denselben Grundsätzen vor. Wir forcieren nicht und lassen die Eltern in der Verantwortung. Es ist wichtig, darauf zu hören, was die Kinder selbst wollen und wie die Eltern die Situation einschätzen. Wir unterstützen, wo es gewünscht ist und informieren. Es ist jedes Mal sehr eindrücklich, wie Kinder mit solchen Ereignissen umgehen können. Die Erwachsenen wollen die Kinder oft schützen, doch besser ist es, sie zu involvieren und ihnen Gelegenheit zu geben, ihre Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken. Wir haben auch kleine Spielsachen dabei, die wir bei Bedarf abgeben können. Weiter sprechen wir zum Beispiel auch an, wie es mit der Schule weitergehen soll. Gibt es dort Schwierigkeiten, kann die Schule auch

zusätzlich den schulpsychologischen Dienst aufbieten, um das Kind nochmals spezifisch in den Vordergrund zu rücken.

M. G.: Wie lange ist das Care Team direkt beziehungsweise in Kontakt mit Betroffenen?

C. B.: Das ist ganz individuell. Einsätze dauern von einer halben Stunde – bis die Familie vor Ort ist – bis zu mehreren Stunden. Nach spätestens acht Stunden im Einsatz muss der Mitarbeiter jedoch von einem Kollegen abgelöst werden. Bei einem Suizid sind es gemäss meiner Erfahrung meist einige Stunden, die man vor Ort ist. In Kontakt mit den Betroffenen bleiben wir telefonisch in der Regel während drei Tage. Der Mitarbeiter ist dann jederzeit für die Betroffenen erreichbar. Wenn er nach Ablauf der drei Tage nichts von den Betroffenen gehört hat, ruft er sie an, um nachzufragen und den Einsatz in Absprache mit den Betroffenen formell abzuschliessen. Ein erneuter Kontakt müsste danach wieder über die Polizei laufen – auch zum Schutz unserer Mitarbeiter. In der Regel ist es so, dass der Fall abgeschlossen werden kann, wenn in den drei Tagen kein Kontakt mit uns aufgenommen wurde. Ist ein Unterstützungsbedarf da, melden sich die Leute meist innerhalb dieser Zeit. Es können durchaus diese drei Tage übersteigende, individuelle Lösungen gefunden werden, jedoch unter klarer Abgrenzung unserer Kompetenzen und Aufgabenbereiche. Ein „Stichtag“ ist für die Betroffenen oft auch die Beerdigung. Einige wünschen sich bis zu dem Zeitpunkt einfach noch eine Ansprechperson als Sicherheit im Hintergrund. Dies kommt aber nicht so oft vor. Es ist grundsätzlich so, dass wir, falls ein längerfristiger Bedarf besteht, an weiterführende Hilfen wie zum Beispiel Psychologen oder Hausärzte vermitteln. Gerade beim Hausarzt hat sich aber gezeigt, dass viele gar nicht mehr an einen Vertrauensarzt angebunden sind. Wir versuchen, die Situation und den Hilfebedarf der Betroffenen gut einzuschätzen, können aber eigentlich nur informieren, Empfehlungen abgeben und erste Kontakte herstellen. Ob Betroffene weiterführende Hilfen in Anspruch nehmen, liegt in ihrer Verantwortung. Wichtig erscheint mir als Care Team Mitarbeiterin, die Verantwortung der Betroffenen zu stärken und ihnen Wege aufzuzeigen, die sie selber gehen können.

M. G.: Was machen sie hierbei für Erfahrungen: ist die Hilfe des Care Teams meist erwünscht oder sind Betroffene eher froh, wenn sie ihre Ruhe haben?

C. B.: Die Polizei muss Betroffene auf die Möglichkeit, eine Unterstützung durch das Care Team zu bekommen, aufmerksam machen und unseren Flyer abgeben. Wenn jemand dies möchte, wird dies direkt vor Ort durch den Polizeibeamten und uns organisiert, sodass schnellstmöglich jemand vor Ort ist. Diejenigen, die die Unterstützung aber ablehnen, werden – zumindest von uns – nicht erfasst, da sie gar nicht mit dem Care Team in Kontakt kommen. Es ist deshalb unklar, wie oft es erwünscht ist oder nicht. Es wäre eigentlich spannend, das herauszufinden. Ich gehe davon aus, dass es uns nicht braucht, wenn es ein einigermaßen funktionierendes soziales Netz gibt, oder dass

es uns nur vorübergehend braucht, bis dieses Netz greift. Das soziale Netz ist jedoch, ebenso wie die betroffenen Menschen, eine sehr individuelle Angelegenheit. Ich habe schon sehr viel Unterschiedliches erlebt – es gibt Netzwerke, die absolut tragfähig und unterstützend sind, aber auch solche die greifen und dennoch konfliktbehaftet oder ungeübt sind in der Kommunikation über ein solch kritische Ereignis.

M. G.: Kommt dir noch etwas in den Sinn, das für die Arbeit des Care Teams in Bezug auf Suizid wichtig ist?

C. B.: Nein eigentlich nicht. Es ist einfach sehr individuell. Es ist bei einem Einsatz noch nie das aufgetreten, was ich erwartet habe. Es braucht deshalb viel Offenheit. Die wichtigsten Grundsätze unserer Arbeit habe ich ja bereits genannt: Nichts machen, was bestimmend ist über die Leute; und wenn man nicht weiss, was machen, dann besser gar nichts machen.

M. G.: Wieso passieren speziell in Appenzell so viele Suizide?

C. B.: Es gibt in diesem kleinen Kanton niemanden, der niemanden kennt, der Suizid begangen hat. Es scheint wie eine „Lösung“, die man hier praktiziert. Im weitesten Sinne kann man vom „Werther-Effekt“ sprechen – der Nachahmung einer Konfliktbewältigungsstrategie, die sich scheinbar bewährt hat, weil so viele Menschen diesen Weg wählen. Für mich ist eine weitere Erklärung, wieso in Appenzell so viele Suizide passieren, dass man eigentlich nur selten über das Thema Suizid wirklich redet. Ich bin der Überzeugung, dass eigentlich schon ganz viel vorher eine Thematisierung stattfinden müsste, denn der Suizid steht ja am Schluss dieser Kette. Es ist aus meiner Sicht ganz wichtig, die Scheu vor Themen, die die psychische Gesundheit betreffen, abzubauen. Das Bündnis gegen Depression, welches 2007 - 2011 im Regierungsprogramm war, fand ich eine deshalb sensationelle Sache. Es hat zum Reden angeregt. Das Thema Depression war überall präsent, es fanden diverse Veranstaltungen und Anlässe dazu statt, die Medien berichteten darüber. Ich habe in diesem Rahmen eine zunehmende Offenheit wahrgenommen, über psychische Probleme zu reden. Die Leute waren interessiert und haben sich tatsächlich dazu geäußert. Mit dem Abschluss des Regierungsprogrammes hört man jetzt leider nichts oder nicht mehr viel davon. Dabei bräuchte es ein „Dranbleiben“. Eine Veranstaltung zu einem solchen Thema reicht bei Weitem nicht aus. Es braucht kontinuierliche Arbeit und Sensibilisierung, damit eine Offenheit entstehen kann. Ich bin der Überzeugung, dass man darüber viel mehr reden müsste. Dabei ist wichtig, dass man sich auf gleicher Augenhöhe begegnet. Gerade auch in Institutionen wie der Psychiatrie. Es braucht mehr Öffentlichkeitsarbeit und Angehörigenarbeit, denn über die Psychiatrie wird aus meiner Sicht im Moment noch genau so wenig gesprochen wie über psychische Erkrankungen. Auch im Umgang mit Menschen, die eine psychische Krankheit haben, ist dieses Begegnen auf Augenhöhe zentral. Es darf einfach nicht über einen Menschen bestimmt werden,

sondern er muss sich äussern können, was er möchte und braucht. Dies würde aus meiner Sicht auch dazu beitragen, dass psychische Krankheiten kein Tabuthema werden. Es ist dabei auch wichtig, mit den Menschen und ihren Angehörigen immer wieder über die Krankheit zu reden und zu klären, was diese Diagnose denn eigentlich bedeutet und wie man damit umgehen kann. Dies kommt aus meiner Sicht leider oft noch zu kurz.

M. G.: Dies war ja, wie du vorangehend an das Gespräch erwähnt hast, einer der Gründe, wieso du und deine Kollegin Karin Schwalm 2012 die Anlaufstelle „pro angehörige“ gegründet haben. Da dies mit der Thematik der Nachsorge für Angehörige im weiteren Sinne auch zu tun hat, möchte ich gerne abschliessend noch etwas zu eurer Arbeit „pro angehörige“ erfahren.

C. B.: „pro angehörige“ ist eine niederschwellige, anonyme Anlaufstelle für Angehörige von psychisch kranken Menschen. Wir haben uns damit selbständig gemacht, weil wir der Meinung sind, dass es für diese Zielgruppe eine ganz niederschwellige Anlaufstelle braucht. Unsere Erfahrungen in der langjährigen Arbeit mit psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen haben uns gezeigt, dass Hausarzt oder Sozialberatungsstellen oft schon zu hochschwellig sind. Viele haben keinen langjährigen Hausarzt mehr, dem sie persönliche Anliegen anvertrauen und gegenüber Sozialberatungsstellen herrscht häufig Misstrauen. Es braucht deshalb ein niederschwelligeres Angebot, was wir mit der Gründung von „pro angehörige“ versucht haben. Wichtig ist für die Menschen, die zu uns kommen meist das Kriterium der Anonymität. Wir gehen zu ihnen nach Hause – das heisst, sie müssen nicht durch eine Türe mit einem „Schild“ vorne dran, was für Betroffene oft stigmatisierend ist. Die meisten Menschen wenden sich an uns, weil sie keinen Vertrauensarzt haben oder sie sich in Sozialberatungsstellen mit ihren Anliegen nicht ernst genommen fühlen und die Distanz zwischen Sozialarbeiter und Klient zu gross beziehungsweise die Beziehung zu formell ist. Auch der Verweis auf „Nicht-Zuständigkeit“ oder eine schwierige Erreichbarkeit der Mitarbeiter wirkt oft abschreckend. Weiter ist die Angst, durch den Kontakt zu einer formellen Beratungsstelle in die „Mühlen der Sozialen Arbeit“ zu gelangen, oft hemmend. Ich und meine Kollegin kommen durch unsere Arbeit als ehemalige Psychiatrieschwestern mit langjähriger Berufserfahrung von der Basis. Dies schätzen die Leute, weil wir ihnen auf Augenhöhe begegnen. Obwohl unsere Beratung im Gegensatz zu den Sozialberatungsstellen kostenpflichtig ist und nicht über die Krankenkasse rückfinanziert wird, kommen die Leute – meist via Mund-zu-Mund-Propaganda – zu uns. Es ist also ein Bedarf da. Wichtig in unserer Arbeit, ist wie vorhin gesagt, die Aufklärung über psychische Krankheiten auf einer konkreten Ebene. Die Menschen wollen wissen, was die Diagnose für sie konkret bedeutet: Was heisst zum Beispiel Depression? Oft sind die Menschen, die zu uns kommen, auch selbst von psychischen Problemen betroffen. Es ist wichtig, dass das Tabu um psychische Krankheiten abgebaut wird. Für die Thematisierung ist die Beziehungsebene ganz zentral. Es

braucht deshalb verschiedene Angebote, welche verschiedenen Menschen und Lebenslagen entsprechen.

M. G.: Vielen Dank für das interessante Gespräch.

3.5. Trauer nach Suizid: Interview mit Barbara Stehle

Barbara Stehle (nachfolgend B. S. genannt) ist Mitbegründerin von „Trauer nach Suizid“. Sie bietet unter anderem geleitete Gesprächsgruppen und Einzelbegleitungen für Hinterbliebene an. Das Interview wurde von der Verfasserin Marisa Goldener (nachfolgend M. G. genannt) am 7.02.2013 geführt.

M. G.: Sie haben unterschiedliche Angebote explizit für Trauernde nach einem Suizid. Würden Sie mir diese kurz beschreiben?

B. S.: Ein Gebiet ist das Angebot der Trauergruppen für Menschen, die jemanden durch Suizid verloren haben. Fachlich begleitet wird die Gruppe von meiner Kollegin Cati Gutzwiller und mir. Vor Beginn einer Gruppe findet ein unverbindlicher Informationsabend statt, damit die Anwesenden herausfinden können, ob es das richtige für sie ist. Mit den Interessierten wird darauf ein Einzelgespräch geführt. Meist starten wir eine Gruppe, wenn es circa acht Personen sind, da dies von unserer Erfahrung her die angenehmste Anzahl Gruppenteilnehmer ist. Entscheiden sich die Leute, an der Gruppe teilzunehmen, ist dies verbindlich, da wir wollen, dass ein Vertrauensklima innerhalb der Gruppe entstehen kann. Die Gruppe funktioniert als geschlossene Gruppe, welche sich während einem Jahr monatlich trifft in unserem Raum in St. Gallen. Bei Bedarf kann dies in Absprache mit den Teilnehmenden auch verlängert werden. Wir begleiten fachlich, doch uns ist wichtig, dass wir die Themen nicht an die Betroffenen herantragen, sondern ihre Themen aufnehmen. Meist machen wir zuerst eine Befindlichkeitsrunde und gehen dann auf die aktuellen Themen ein.

Weiter gibt es Einzelbegleitungen für Leute, welche nicht in die Gruppe kommen wollen, aber Unterstützung suchen. Die Einzelbegleitung wird individuell vereinbart, findet persönlich oder telefonisch statt und dauert je nach Bedarf. Auch dort arbeiten wir nach dem Grundsatz, dass die Themen von den Betroffenen selber kommen und nicht von uns.

Was ich auch anbiete, aber zurzeit nicht explizit forcieren, ist das Angebot einer Krisenintervention. Dies ist eine kurzfristige Unterstützung in akuten Situationen. Es kann vor Ort oder telefonisch sein – je nach dem, was für die Person in ihrer momentanen Lage hilfreich und möglich ist. Krisenintervention kann direkt nach dem Suizid erfolgen, aber auch in Krisen, die erst einige Zeit nach dem Ereignis auftauchen. Ich bin hier eigentlich im Moment nicht so aktiv, was aber ab und zu

vorkommen sind Anrufe. Die Menschen brauchen in einer Krisensituation einfach ein ganz niederschwelliges Angebot. Sehr oft geht es dann einfach darum, zuzuhören und die nächsten Schritte zu besprechen, zum Beispiel wie der nächste Tag gemeistert werden kann. Direkt nach dem Ereignis ist in unserem Kanton der Bedarf eigentlich gut abgedeckt durch das Care Team und ich werde deshalb nur selten gebraucht.

Seit rund fünf Jahren machen wir jährlich eine öffentliche Gedenkfeier für Menschen, die sich das Leben genommen haben. Zu dieser laden wir alle Personen ein, die einmal bei uns an einem Angebot teilgenommen haben und weitere Betroffene sowie Solidarische. Wir gedenken dabei allen Verstorbenen namentlich und zünden eine Kerze an. Dies ist für viele Angehörige ein Punkt, wo sie sich nochmals intensiv auf den Verstorbenen konzentrieren können, auch wenn die Lebenslage für viele mittlerweile eine ganz andere ist. Schön ist auch, dass dabei gleich betroffene Menschen zusammenkommen.

M. G.: Wie haben sich Ihre Angebote entwickelt?

B. S.: Ursprung des Angebotes für Trauernde nach einem Suizid war ein Suizid-Ereignis, in welches ich vor rund zehn Jahren in meiner Anstellung als Pfarrerin in der Nachbargemeinde involviert war. Es hat mich erschüttert, welche Wirkung dieses Ereignis auf die betroffene Familie, ja auf die ganze Gemeinde hatte. Als Pfarrerin hatte ich nicht die Möglichkeit, für die Familie diejenige Unterstützung zu leisten, welche sie gebraucht hätte und so habe ich nach anderen Unterstützungsmöglichkeiten gesucht. Ich setzte mich mit verschiedenen Stellen wie der Krisenintervention der Psychiatrie und der Dargebotenen Hand in Verbindung, bekam aber eigentlich immer die Antwort, dass sehr wohl öfters solche Anfragen an sie gelangen würden, jedoch kein spezifisches Angebot vorhanden wäre. Bei der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen bekam ich die Auskunft, dass eine Selbsthilfegruppe für Suizid-Hinterbliebene existiert habe, es aber schwierig gewesen sei aufgrund der eigenen Betroffenheit aller Mitglieder. Im Gespräch mit den Betroffenen hat sich gezeigt, dass es für sie sehr wichtig ist, sich mit anderen Betroffenen zu treffen. Die Vereinzelungsgefühle sind oft sehr stark: „Dies passiert nur uns“. Ein Kontakt mit anderen Betroffenen sei oft schwierig, da Suizid ein Thema ist, worüber man nicht spricht. Erst später seien Leute auf Betroffene zugekommen und haben gesagt, dass sie selber auch betroffen sind. Es ist für Betroffene sehr wichtig, überhaupt mal zu merken: „Ich bin nicht alleine.“ Dabei spielt mit, dass Suizid in der Gesellschaft immer noch mit Stigmatisierungen verbunden ist. Das Thema Suizid wird häufig abgewehrt, im Sinne von „es kommt bei anderen vor, nicht bei uns, also muss in dieser Familie etwas nicht rund gelaufen sein“. Kurz: Wir haben festgestellt, es ist ein Bedarf an Unterstützung und Möglichkeiten, um zusammenzukommen, da. Die Frage war einfach, wer ein Angebot initiiert. Eigentlich wollte ich ja prinzipiell nur Unterstützung für die betreffende

Familie finden, doch irgendwie war ich schon dann mittendrin und habe daraufhin beschlossen, mit Unterstützung der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen und der Dargebotenen Hand etwas zu entwickeln. Ich kam dann in Kontakt mit Cati Gutzwiller, die Trauerbegleitungen machte, und daraus ist eine mittlerweile neun-jährige Zusammenarbeit entstanden. Wir haben dann das Projekt „Trauer nach Suizid“ ehrenamtlich 2004 nach rund einem Jahr Vorlaufphase initiiert und mit einer ersten Gruppe gestartet. Das Angebot hat sich seither stetig verändert und entwickelt. Die Gruppe haben wir Anfangs zum Beispiel eingeschränkt auf Partnerinnen und Partner von jemandem, der Suizid begangen hat, doch damit nicht so gute Erfahrungen gemacht. Es war extrem schwierig, da alle Teilnehmenden stark in Schuld- und Familienthematiken verwickelt waren. Was oft vorkam, war zum Beispiel, dass sich die Herkunftsfamilie des verstorbenen Partners gegen den verbleibenden Partner gestellt hat. Ein Suizid ist ein grosser Vertrauensbruch in einer Partnerschaft oder Ehe. In der einheitlichen Gruppe war diese Thematik ganz schwierig aufgrund der Intensität. Mit der Öffnung der Gruppe auf andere betroffene Personen konnten die Perspektiven erweitert werden. Dies war sehr spannend. Es gab auch immer wieder strukturelle Schwierigkeiten, zum Beispiel mit den Räumen. Mittlerweile haben wir einen optimalen Raum in St. Gallen, der gut angeschlossen ist an den öffentlichen Verkehr. Wir finden es sehr wichtig, dass wir uns an einem neutralen und zentralen Ort treffen, da die Anonymität des Ortes aus unserer Sicht gut tut und die Schwelle senkt. Wichtig war unter anderem auch die Erfahrung, dass es sehr schwierig ist, wenn Leute mal kommen und mal nicht. Deshalb gilt für uns jetzt, dass ein Entscheid für eine Teilnahme an der Gruppe verpflichtend ist. Wenn jemand jedoch aus bestimmten Gründen nicht mehr kommen möchte, akzeptieren wir dies selbstverständlich. Was für uns ganz zentral ist in der Arbeitsweise, dass wir selber keine Themen in die Gruppe hineintragen, sondern die Teilnehmenden bestimmen, über was geredet wird. Dies gilt auch für die Einzelbegleitung. Unsere Unterstützung geht dahingehend, dass wir Themen aufnehmen, zuhören und zu verschiedenen Perspektiven anregen. Es ist Hilfe zur Selbsthilfe, keine Therapie. Unserer Erfahrung nach braucht es auch eigentlich gar nicht so viel. Wichtig für Betroffene ist ein Raum, wo über den Suizid und die Folgen davon gesprochen werden darf, wo nichts Tabu ist. Es geht auch ganz oft darum, mit den Betroffenen die widersprüchlichen, intensiven Gefühle und Bilder auszuhalten. Es ist für viele ganz wichtig, dass sie einfach mal erzählen können. Aus unserer Sicht ist eine fachliche Begleitung hilfreich für die Betroffenen. Wir leisten oft auch Psychoedukation, indem wir gewisse Mechanismen wie zum Beispiel die Entstehung und Wirkung von Verlustängsten erklären. Ein Thema, das dabei immer wieder auftaucht ist der Umgang mit Wut. Oft haben Betroffene das Gefühl, nicht wütend sein zu dürfen, obwohl genau dies ein wesentlicher Teil des Trauerweges ist. Ganz oft geht es darum, Empfindungen zu normalisieren, das heisst „ins rechte Licht zu rücken“ indem erklärt wird, dass diese nicht nur bei der einen Person vorkommen, sondern dazugehören und normale Wegpunkte im

Trauerprozess sind. Ganz zentrales Thema ist oft auch diese wahnsinnige Ohnmacht, die ein Suizid auslöst: „Man konnte es einfach nicht verhindern“. Wir machen keine Therapie, aber helfen beim Einordnen der Gefühle und Themen, die von den Betroffenen in die Gruppe oder die Einzelbegleitung getragen werden. Meine Erfahrung ist, dass die Leute einfach oft verunsichert sind und eigentlich nur jemanden brauchen der zuhört und sie bestätigt. Unser Grundsatz ist: Die Menschen wissen, was sie brauchen, aber es kann sein, dass der Zugang dazu verschüttet ist. Unsere Aufgabe dabei ist es, den Leuten zu helfen, dies wieder aufzuspüren. Ich glaube für Betroffene ist es wichtig, zu jemandem zu kommen, der weiss wovon er redet. Wir sind als Fachbegleiterinnen zwar nicht direkt betroffen, doch haben uns intensiv mit dem Thema befasst. Dass wir nicht direkt betroffen sind kann dabei auch ein Vorteil sein, sodass wir zum Beispiel teilweise Dynamiken, die in der Gruppe entstehen, durchbrechen können.

M. G.: Sie haben jetzt bereits einiges von Ihrer Arbeitsweise und den Themen, die auftauchen erzählt. Würden Sie mir noch mehr darüber erzählen, bei welchen Anliegen Betroffene Unterstützungsbedarf haben?

B. S.: Trauer ist grundsätzlich eine normale und gesunde Reaktion auf einen Verlust. Es brauchen deshalb auch nicht alle Personen Unterstützung. Ich gehe davon aus, dass ein Mensch grundsätzlich die Fähigkeit mitbringt, einschneidende Erfahrungen zu verarbeiten. Gerade wenn das Umfeld sehr gut und tragfähig ist, braucht es oft keine zusätzliche Unterstützung von aussen. Trotzdem ist Trauer nach Suizid oft eine schwierige Trauer. Ich glaube, dass es beim Suizid sehr häufig eine extreme gefühlsmässige Berg- und Talfahrt ist – noch mehr als bei einem natürlichen Tod. Sehr oft gehören zu einem Suizid traumatisierende Umstände und spezielle Fragestellungen. Obwohl bei den Leuten, die zu uns kommen, die Situationen und Umstände immer sehr individuell und unterschiedlich sind, gibt es doch Fragen und Themen, die immer wieder auftauchen. Unsere Erfahrung zeigt, dass einem Suizid oft eine längere Leidensgeschichte vorausgeht, von der die ganze Familie betroffen ist. Manchmal gehen psychische Krankheiten voraus, manchmal psychische oder körperliche Gewalt, manchmal ist es eine lange Geschichte von Suizidandrohungen oder Erpressungsversuchen, um zum Beispiel den Partner zum Bleiben in der Beziehung zu bewegen. Das sind Themen, die sich bei einer Krankheit weniger stellen. Bei einem Suizid gerät sehr viel in Bewegung. Es taucht Polizei auf, die Frage nach dem Abschiednehmen, Rechtsmedizin, Beerdigung. Häufig sind Angehörige überfordert, in der Situation zu spüren, was ihre Bedürfnisse sind. Meist sind wir in dieser ersten Phase noch nicht involviert, sondern das Care Team. Wir haben zum Glück ein sehr gutes Care Team. Ich würde auch allen bei einem Suizid empfehlen, das Care Team in Anspruch zu nehmen – selbst wenn das Umfeld sehr gut ist. Eine Unterstützung in dieser ersten Zeit ist aus meiner Sicht sehr hilfreich. Was uns in der Gruppe viel begegnet und für die Betroffene oft

traumatisch ist, ist dass sie gar nicht richtig Abschied nehmen konnten vom Verstorbenen. Wenn zum Beispiel jemand lange nicht gefunden wurde und dann gleich in die Rechtsmedizin gebracht wird, ohne dass den Angehörigen ausführlich mitgeteilt wurde, dass sie ein Recht haben, den Verstorbenen zu sehen. Oder wenn plötzlich organisatorische Angelegenheiten drängen. Es ist in diesem Moment aus meiner Sicht ganz wichtig, dass jemand da ist, der einen „Stopp“ einlegt und nachfragt, was die Betroffenen eigentlich wollen und brauchen. Manchmal haben die Leute auch das Gefühl, dass sie es nicht aushalten würden, den Verstorbenen nochmals zu sehen. Wenn jemand mitgeht und unterstützt, ist dies jedoch oft möglich. Das gemeinsam aushalten und gemeinsam hingehen ist hilfreich. Das Care Team leistet dabei wesentliche Arbeit. Was auch auftaucht sind die ganzen administrativen und finanziellen Fragen. Ich weiss jedoch nicht, wo die Betroffenen diesbezüglich Unterstützung bekommen. Manchmal hinterlässt derjenige, der sich das Leben nimmt, der Familie auch ein Chaos, welches er selber nicht mehr bewältigen konnte. Das Leben der Familie verändert sich markant, wenn eine Person wegfällt. Dies ist eine grosse Herausforderung für die Familie. Als Pfarrerin hatte ich vor allem mit den Fragen rund um die Beerdigung zu tun. Es sind ganz viele Fragen, die dabei mitspielen, wie zum Beispiel Erdbestattung oder Kremation, im engsten Kreis der Familie oder nicht? Vielfach ist auch die Gestaltung der Todesanzeige nicht ganz einfach: Teilen wir mit, dass es ein Suizid war? Wie machen wir das? Ich glaube auch dort haben viele Betroffene einen Unterstützungsbedarf beim Herausfinden, was für sie stimmt. Ich persönlich finde es wichtig, dass die Betroffenen kommunizieren können, was passiert ist. Wenn das nicht gemacht wird, ist es für die Hinterbliebenen häufig ganz schwierig, denn die Leute rundherum wissen es ja irgendwie sowieso und dann wird geredet, was oft viel schlimmer ist. Ich mache die Erfahrung, dass meist gesagt wird, was die Todesursache war. Zumindest in diesem Bereich hat die Tabuisierung abgenommen. Was in der Arbeit mit Hinterbliebenen aber immer wieder auftaucht ist die Frage nach Schuld. Bei einem Unfall gibt es Erklärungen und Schuldklärungen. Beim Suizid gibt es wie keine sachliche Erklärung. Häufig suchen die Leute nach einem Grund – daraus entstehen oft auch Schuldzuweisungen. Häufig fragen die Leute nach Anzeichen. „Wieso habe ich das nicht gemerkt?!“. Gerade in einer Beziehung ist Suizid eine Art von Vertrauensbruch. Menschen, die hochgradig suizidgefährdet sind, verstecken dies sehr oft oder überspielen es. Es ist im Nachhinein sehr schwierig für Angehörige, festzustellen, dass eine Depression nicht bemerkt wurde oder sie diese nicht wahrhaben wollten. Was auch oft von Betroffenen in die Runde getragen wird, sind ganz konkrete Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf die Gestaltung von Jahrestagen oder Familienfesten ohne die verstorbene Person. Vielfach wird auch die Beziehungsgestaltung und das Trauerverhalten in der Familie thematisiert. Es trauern nicht alle gleich und dies kann zu Verunsicherungen oder Konflikten in der Familie führen. Schwierig ist es zum Beispiel dann, wenn – etwas plakativ ausgedrückt – sich der Mann in die Arbeit stürzt und die Frau das Bedürfnis hat

darüber zu reden. Oft taucht dann die Frage auf, ob der andere denn gar nicht trauere, was jedoch nicht mit der Intensität der Trauer, sondern mit unterschiedlichen Bewältigungsformen zu tun hat. Wichtig ist es in der Begleitung von Betroffenen, dass wir hellhörig sind, wann Traumata da sind, die selber nicht gelöst werden können. Dort ist ein Weiterleiten an geeignete andere Stellen nötig. Wir müssen unsere Grenzen gut kennen. Oft brauchen die Leute jedoch gar nicht viel. Sie brauchen keine Therapie, sondern eine Stütze darin, mit der aktuellen Situation ganz konkret umzugehen. Es ist wie gesagt Hilfe zur Selbsthilfe. Die Trauergruppe eignet sich besonders, weil sie immer auf zwei Ebenen wirkt. Einerseits für denjenigen, der erzählt, aber auch gleichzeitig für diejenigen, die zuhören und reflektieren, wie es bei ihnen war. Für Betroffene ist der Austausch mit Gleichbetroffenen oft sehr wichtig. Es ist wichtig, zu hören, wie andere mit ähnlichen Situationen umgehen – nicht im Sinne eines Ratschlages, sondern als Angebot, es auf diese Weise auch mal zu versuchen. Interessant ist es jedoch auch, wenn die Empfindungen und Erlebnisse sehr unterschiedlich sind und man darüber austauschen kann. Dies fällt in der Einzelbegleitung weg, doch dafür können wir dort ganz individuell auf die Person und deren Lebenssituation eingehen.

M. G.: Welche Leute kommen zu Ihnen?

B. S.: Es ist sehr durchmischt. Bei den meisten liegt das Suizidereignis schon etwas länger zurück. Oft sagen die Leute, die zu uns kommen, dass sie eigentlich dachten, sie kämen damit zurecht und dann plötzlich gemerkt haben, dass sie noch Unterstützung brauchen. Jedoch gibt es auch Leute, die sich sehr bald bei uns melden. Anfangs haben wir das Angebot so gestaltet, dass wir ein halbes Jahr bis ein Jahr Abstand zum Suizid vorgegeben haben. Dies hat sich jedoch nicht bewährt, da die Verarbeitung ja nicht primär von der vergangenen Zeit abhängt. Wichtig ist jedoch, gut darauf zu achten, was sich die betroffene Person zumuten kann und will. Gerade in der Gruppe ist man zusätzlich zu seinen Erlebnissen noch mit den ebenfalls traumatischen Erlebnissen der anderen Mitglieder konfrontiert. Häufig machen wir bei Leuten, wo die Trauer noch sehr akut ist deshalb das Angebot, zuerst eine Einzelbegleitung zu machen. Wichtig ist auch, dass wir Fachbegleiterinnen gut zu uns selber zu schauen. Es werden schwierige Themen und Erlebnisse an uns herangetragen. Dies kann als Art „Gefühlsabfärbung“ wirken und es braucht deshalb ein gutes Sensorium für sich selber. Grundsätzlich waren bisher vorwiegend Frauen in der Gruppe, jedoch weiss ich nicht genau, woran das liegt. Ob daran, dass die Gruppe von zwei Frauen begleitet wird, mit der weiblich dominierten Gruppenstruktur im Allgemeinen oder mit anderen Verarbeitungsmöglichkeiten von Männern. Ich hatte bisher den Eindruck, dass einige Männer, die in die Gruppe gekommen sind, eher Mühe hatten, sich auf schmerzhaft Themen einzulassen und den Schmerz auszuhalten. Viele haben sich dann eher entzogen.

M. G.: Wie ist es, wenn Kinder und Jugendliche einen Suizid im nahen Umfeld erlebt haben?

B. S.: Für Kinder und Jugendliche haben wir kein explizites Angebot. Wahrscheinlich läuft Unterstützung dort eher über die psychologische Ebene. Was in der Gruppe je nach Gruppenzusammensetzung ab und zu diskutiert wird, ist das Verhalten der Kinder in der Familie nach einem solch einschneidenden Ereignis. Oft fragen Eltern nach, ob eine bestimmte Verhaltensweise jetzt zur normalen Entwicklung gehört oder Reaktion auf die Verlusterfahrung ist. Sehr oft steht jedoch für diejenigen, die zu uns kommen, im Zentrum: „Was mache ich in dieser Situation?“. Wir gehen davon aus, dass es eine Wirkung auf die Kinder und Jugendlichen haben kann, wenn sie sehen, dass sich ihre Eltern Unterstützung holen – im Sinne einer Vorbildfunktion. Wichtig scheint mir ausserdem: Wenn es den Eltern besser geht, geht es auch den Kindern besser. Somit ist es eigentlich eine indirekte Unterstützung.

M. G.: Wie werden Betroffene auf Ihr Angebot aufmerksam? Wie kommen sie mit Ihnen in Kontakt?

B. S.: Das ist unterschiedlich und leider eine nicht ganz einfache Frage. Manche Leute kommen, weil ihnen zum Beispiel die Nachbarin unseren Flyer in den Briefkasten geworfen hat; manche, weil sie einen kurzen Text in der Zeitung gesehen haben und ihnen dabei das Wort „Suizid“ aufgefallen ist. Auch das Internet ist eine wichtige Informationsquelle. Ab und zu publizieren wir unser Angebot in den Medien. Es ist aber sehr schwierig, sich bekannt zu machen. Die Medien haben sehr hohe Rahmenbedingungen bezüglich der Thematik Suizid wegen dem Werther-Effekt. Sie berichten deshalb nicht so häufig über Suizid und Suizidalität. Die zweite Schwierigkeit ist, dass die Medien für ihre Berichte meist aktuelle Anlässe oder Betroffene haben wollen. Es ist als Betroffener schwierig, sich da zu „outen“. Suizid ist ein Thema, das erstaunlicherweise immer noch sehr tabuisiert ist. Schwierig ist es halt auch dadurch, dass wir keine offizielle Stelle sind. Eigentlich müsste man dauernd am Ball sein und sich bekannt machen in der Öffentlichkeit und bei Fachstellen. Aufgrund unserer eingeschränkten Möglichkeiten in der ehrenamtlichen Arbeit machen wir nicht so viel Öffentlichkeitsarbeit. Dies liegt daran, dass wir die verfügbare Zeit den Betroffenen direkt widmen wollen, dass wir uns über Spenden finanzieren und dass wir als ehrenamtliche Stelle eigentlich auch keinen klaren Auftrag haben. Wir wollen einfach so viel Öffentlichkeitsarbeit machen, dass man uns finden kann. Zum Beispiel hat auch das Care Team unsere Unterlagen. Ich weiss jedoch nicht, ob und wann diese tatsächlich abgegeben werden. Leider ist es auf politischer Ebene nicht so einfach, Suizid zum Thema zu machen. Es ist aus meiner Sicht zum Beispiel eine Katastrophe, dass Brücken wie die Hundwilertobel-Brücke immer noch nicht gesichert sind. Es gibt Ergebnisse, die klar dafür sprechen, dass Suizide durch eine Sicherung der Brücken verhindert werden. Dies kann keine Frage der Finanzen sein. Man müsste eigentlich mal ausrechnen, was ein Suizid die Allgemeinheit kostet, ganz abgesehen vom unermesslichen Leid für die Betroffenen. Ich glaube, dies ist leider noch viel zu wenig bewusst in den politischen

Strukturen. Wir haben versucht, auf dieser Ebene zu arbeiten und haben Personen der Öffentlichkeit an unsere Gedenkfeier eingeladen. Das Echo war aber leider nur sehr klein. Viele sind nicht gekommen – teilweise auch ohne Absage. Jedoch waren diejenigen, die gekommen sind, sehr hilfreich und empathisch. Wenn die Leute sehen, wie viele Kerzen angezündet sind für die vielen durch Suizid verstorbenen Menschen, dann sind Erklärungen und Begründungen, wieso das Thema wichtig ist, nicht mehr notwendig. Engagement läuft ganz oft über persönliche Betroffenheit.

M. G.: Wie nehmen Sie das Thema Suizid und die Betroffenheit der Angehörigen in der Gesellschaft wahr?

B. S.: Was ich ab und zu höre ist, dass Betroffene von Mitmenschen auf unser Angebot aufmerksam gemacht werden. Ich glaube jedoch, dass oft nicht bewusst ist, was ein Suizid mit den Hinterbliebenen macht. Da wäre noch einiges an Bewusstseinsarbeit zu leisten. Suizid ist ein sehr ambivalentes Thema. In den Todesanzeigen wird es jetzt meist als Todesursache genannt. Was aber nach wie vor ganz schwierig ist, ist wie die Leute den Betroffenen begegnen. Suizid ist mit einer grossen Hilflosigkeit auf allen Seiten verbunden. Es gibt eine ganze Bandbreite von Reaktionen, mit denen Angehörige konfrontiert sind. Wir hören von Verhaltensweisen von Ausgefragt werden bis zum Wechseln der Strassenseite. Ich denke, dies hat auch damit zu tun, dass der Tod an sich aus der Gesellschaft eher hinausgedrängt wird und die dazugehörigen Rituale nicht mehr vorhanden sind. Früher hat der Tod zur Dorfgemeinschaft dazugehört und der Umgang damit war ritualisiert, wie zum Beispiel mit dem Leichenzug. Dies war hilfreich, um Hinterbliebenen zu begegnen. Je weniger der Tod Teil der Gesellschaft ist, umso schwieriger wird es, ihn zu thematisieren. Suizid ist zwar nicht mehr so tabuisiert, aber doch noch irgendwie. Betroffene beschreiben oft, dass sich durch einen Suizid ihr soziales Umfeld sehr verändert. Häufig wird erzählt, dass sich Leute, zu denen vor dem Ereignis ein enger Kontakt bestand, zurückziehen, dafür aber andere, zu denen bisher eher ein loser Kontakt bestand, auf eine sehr hilfreiche Art reagieren. Oft ist die Erfahrung, dass sich Freunde zurückziehen, mit grossen Enttäuschungen verbunden. Betroffene sind meist sehr sensibel auf Reaktionen von aussen. Sie nehmen sehr genau wahr, welche Intention zum Beispiel bei der Frage „Wie geht es dir?“ mitschwingt. Ob der Fragende es eigentlich lieber gar nicht wissen will, ob er einfach „Stoff für seine Geschichten“ braucht oder ob jemand ehrlich und empathisch interessiert ist. Betroffene sind manchmal auch Reaktionen von Leuten ausgesetzt, die sehr verletzend und übergreifend sind. Oft ist auch in der Gruppe das Thema, wie sich Betroffene davor schützen können. Oft haben Angehörige das Gefühl, sie müssten auf Fragen antworten, auch wenn ihnen das widerstrebt. Sie brauchen dann ganz oft die Rücksicherung, dass sie sich abgrenzen dürfen und sagen können, dass sie darüber nicht reden wollen. Auch schwierig ist für viele diejenige Phase, wo der Suizid aus dem Bewusstsein der Aussenstehende verschwindet und eine

gewisse Normalitätserwartung wieder einsetzt. Oft fragt dann niemand mehr nach oder es kommen gutgemeinte, aber nicht hilfreiche Ratschläge im Sinne von „jetzt leg das doch mal beiseite, es ist ja schon ein halbes Jahr her“ oder „geh doch nicht so oft auf den Friedhof, das zieht dich nur runter“. Für Hinterbliebene ist dies oft eine ganz schwierige Phase, da sie selber noch stark gefühlsmässig involviert sind, jedoch gleichzeitig die Erwartung kommt, wieder normal funktionieren zu müssen. Die verstorbene Person fällt dadurch wie „weg“. Es wird nicht mehr oft über sie gesprochen und Angehörige haben dann oft Hemmungen, trotzdem noch darüber zu sprechen, weil sie Angst haben, den anderen damit auf die Nerven zu fallen oder ablehnende Reaktionen kommen, wie zum Beispiel „Denk doch nicht dauernd darüber nach“. Es ist schwierig, dabei seinen eigenen Weg zu gehen und die eigenen Bedürfnisse zu hören. Ich gehe davon aus, dass es sehr hilfreich ist, Geschichten und Erlebnisse wiederholt zu schildern, da dies ein wichtiger Teil der Verarbeitung ist. In der Einzelbegleitung oder der Gruppe wird diese Möglichkeit meist sehr geschätzt. Hier können die Leute ihre Geschichte nochmals neu erzählen – so wie sie möchten. Wir versuchen, beim Gehen dieses eigenen Weges zu unterstützen und die Leute zu ermutigen. Gleichzeitig geht es aber auch als Anleitung darum, hellhörig zu sein für Trauer, die blockiert ist und zu merken, wenn es andere Angebote wie eine Psychotherapie bräuchte.

Für Betroffene ist es oft hilfreich, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Suizid ist auch ein Thema, das verbindet. Jedoch weiss ich nicht, ob sich die Betroffenen auch ausserhalb der organisierten Gruppe treffen und austauschen. Ich glaube, dies findet zwar statt, aber eher bei Einzelnen und nicht regelmässig. Wichtiger, institutionalisierter Treffpunkt ist vor allem für ehemalige Teilnehmende unserer Gruppen die Gedenkfeier. Wir erleben dabei aber auch, dass bei vielen irgendwann der Punkt kommt, wo sie das Ereignis hinter sich lassen und nicht mehr auf Einladungen reagieren. Eine Vermutung, wieso dies so ist, ist dass das Thema Suizid irgendwann als Narbe ins eigene Leben integriert wird, welche da ist, aber nicht mehr weh tut. Eigentlich hatten wir gehofft, dass sich unser Engagement auch verselbständigt, indem sich Betroffene selber organisieren. Dies ist leider bis jetzt nicht passiert. Vielleicht ist auch das ein Grund weshalb das Thema der Betroffenheit nach Suizid nicht so präsent ist.

M. G.: Haben Sie Vermutungen, wieso es in Appenzell so viele Suizide gibt?

B. S.: Appenzell Ausserrhoden hat ja die höchste Suizidrate der Schweiz. Vermutungen die ich schon gehört habe beziehen sich auf die Streusiedlungen und die Mentalität. Eine Begründung, welche ich auf einer Weiterbildung im Vortrag von Herrn Roland Inauen, dem Kurator des Museums Appenzell, gehört habe und die ich mit meinen Beobachtungen stützen kann, ist diejenige, dass Suizid eine Art erlernte Hilflosigkeit sei. Oder wie der aus Appenzell Innerrhoden stammende Prof. em. Dr. Adrian Holderegger, Moraltheoretiker und Ethiker an der Universität Fribourg, in einem Artikel des

Tagesanzeiger-Magazins geschrieben hat: „Die Häufigkeit von Suiziden ist Ausdruck einer kollektiven, erlernten Hilflosigkeit“. Das meint, dass implizit in der Familie weitergegeben wird, wie man mit schwierigen Situationen umgeht. Jungen lernen zum Beispiel von den Vätern „man spricht nicht darüber, man löst das für sich“. Ich beobachte immer wieder die Haltung: „Hier löst man Probleme selber. Hier braucht man keine Unterstützung.“ Und dann sind wir wieder beim Anfang – also bei der Frage, wie Angehörige mit einem Suizid umgehen. Sehr oft ist auch dort die Meinung, man brauche keine Unterstützung und man schaffe das alleine. Eigentlich müssten die Kommunikationsmuster in der Familie durchbrochen werden. Es geht darum, dass man anders über Themen der psychischen Gesundheit redet. Es braucht dazu eine Veränderung der gesellschaftlichen Stimmung. Wenn man das Bein gebrochen hat, geht man selbstverständlich zum Arzt. Sobald es aber psychische Thematiken sind wie zum Beispiel Überforderung, ist ein grosses Tabu da. Man redet nicht darüber und holt sich weniger Hilfe. Ich denke, dies hat auch mit der Hilfestruktur in Appenzell zu tun. Das Kriseninterventionszentrum ist in der psychiatrischen Klinik, was oft abschreckend wirkt. Ich höre zu diesem Thema dann: „Dann stehe ich ja mit einem Bein in der Psychiatrie“. Es ist eine gesellschaftliche Gesamtaufgabe, das Verhältnis zu psychischen Erkrankungen zu normalisieren. Ein Stück weit wurde dies ja auch gemacht mit dem Bündnis gegen Depression. Es geht um die Botschaften: „Krisen gehören dazu – fast alle Menschen kommen einmal in ihrem Leben in eine Krise. Es gibt Hilfsangebote und es ist nicht mit einer Schwäche oder einem Versagen verbunden, sich Hilfe zu holen, sondern es ist eine Stärke.“ Ich glaube, im Moment sind die Ängste, Hilfe in Anspruch zu nehmen, noch sehr gross. Es ist eine grosse Angst da, das Gesicht zu verlieren. Ich glaube, dies hat schon viel mit der Mentalität zu tun. Stärke wird gleichgesetzt mit „Ich schaffe es alleine“. Und wenn es nicht geht, dann ist Suizid ein bekannter Ausweg, denn der Nachbar oder Arbeitskollege hat es ja auch gemacht. Es gibt aber auch Situationen, wo sich die Menschen ganz viel Hilfe holen, aber doch keinen anderen Ausweg aus der Krise sehen, weil die Lebenssituation dermassen schwierig und verstrickt ist. Ich glaube, relevant ist dabei auch das „man will niemandem zur Last fallen“. In Situationen wo alles so stark blockiert ist, ist ein Suizid eine Veränderung – zwar eine, die sich niemand wünschen würde – aber immerhin eine Veränderung. Er kann auch für die Angehörigen mit einer gewissen Erleichterung verbunden sein im Fall von vorausgegangenen Suizidversuchen, -drohungen oder schweren psychischen Erkrankungen ohne Aussicht auf Veränderung. Ein weiterer Aspekt ist, dass es in meinen Augen recht verbreitet ist, dass man sich keine Hilfe holt, wenn es einem recht gut geht, weil man sie dann nicht braucht – und sich keine Hilfe holen kann, wenn es einem schlecht geht. Es braucht deshalb ganz niederschwellige Angebote. Der Kanton Appenzell hat aus meiner Sicht auf allen Ebenen – Prävention, Intervention und Postvention – einen riesigen Bedarf. Ich glaube, der Bereich Intervention ist durch das Care Team eigentlich am besten abgedeckt. Über Postvention wird leider

meist gar nicht gesprochen. Ich habe mich deshalb sehr gefreut, haben Sie für Ihre Bachelorarbeit explizit das Thema Postvention gewählt. Man redet immer von Prävention und die Angehörigen gehen dabei oft vergessen. Dies fällt mir auch auf bei Veranstaltungen zum Thema. Angehörige haben dabei meist keinen oder nur einen kleinen Platz. Dabei wäre das essentiell, denn für denjenigen, der sich das Leben genommen hat, ist es ja gelöst – aber die Hinterbliebenen müssen damit leben. Es ist wichtig, die Situation von Angehörigen zu thematisieren, denn gerade in der ersten Phase sind Hinterbliebene oft selber suizidgefährdet. Es gibt ja das Phänomen, dass sich Suizide in Familien häufen und über Generationen weitergetragen werden. Eigentlich ist es wie ein Muster, das sich als Lösung für scheinbar ausweglose Situationen, durch die Familiengeschichten hindurch zieht. Darum ist eine der besten Suizidpräventionen, für die Angehörigen gut zu sorgen. Postvention ist Prävention!

M. G.: Kommt Ihnen sonst noch etwas in den Sinn?

B. S.: Wir sind im Moment eigentlich in einer Umbruchphase. Nach neun Jahren Tätigkeit taucht mehr und mehr die Frage auf, ob es uns überhaupt braucht. Wenn ich vergleiche, wie viele Suizide es gibt und wie wenige Leute eigentlich zu uns kommen, zweifle ich manchmal schon. Oft ist es sehr schwierig, überhaupt eine neue Gruppe zu bilden. Ich glaube, der Schritt von der Information, dass es etwas gibt, zur tatsächlichen Entscheidung, daran teilzunehmen, ist sehr gross. Der Schritt in eine Gruppe ist nochmals eine Hürde. Es ist ein Stück weit, ein „Sich-Outen“ als auch Betroffene. Ich frage mich, ob es etwas braucht und wenn ja, was und wie. Für mich stellt sich auch die Frage, wie man die Schwelle so gering halten kann, damit Menschen in der Krise auch tatsächlich kommen. Eine Idee war auch, einen Chat zu machen, wo ich regelmässig online bin. Dazu bin ich aber bis jetzt noch nicht gekommen. Mit dem Telefon mache ich eigentlich ganz gute Erfahrungen. Ich bin immer wieder erstaunt, wie offen die Leute sind. Innert zehn Minuten kenne ich oft die ganze Geschichte, obwohl ich die Leute noch nie gesehen habe. Das Bedürfnis, zu erzählen, ist dermassen gross. Es braucht aus meiner Sicht eigentlich ein Angebot, das jemand da ist, wenn es einem schlecht geht. Etwas ganz niederschwelliges.

Meine Eindrücke, die ich hier geschildert habe, sind natürlich subjektiv, beruhen aber auf neun Jahren Erfahrung. Ich habe in dieser Zeit viel zur Thematik gelesen und vor allem extrem viel von den Betroffenen gelernt. Ich finde das Thema Postvention sehr wichtig und ich glaube, dass in diesem Bereich noch einiges getan werden könnte und müsste. Die Frage ist einfach, was und wie. Gerade im Hinblick auf Ihre Bachelorarbeit bin ich deshalb gespannt und an einem Austausch interessiert.

M. G.: Vielen Dank, darauf komme ich gerne zurück.

3.6. Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen: Interview mit Madeleine Eberle Egli

Madeleine Eberle Egli (nachfolgend M. E. genannt) ist Psychologin lic. phil., Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin und Supervisorin. Sie arbeitet auf der Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen in Herisau. Das Interview wurde von der Verfasserin Marisa Goldener (nachfolgend M. G. genannt) am 26.02.2013 geführt.

M. G.: Wie kommen die Leute, die hier auf die Beratungsstelle kommen, mit Ihnen in Kontakt?

M. E.: Viele melden sich selbständig in der Beratungsstelle, meist aufgrund Informationen vom Internet. Es gibt auch Zuweisungen über den Hausarzt oder Psychiatrie. Ich bin ja einerseits Einzeltherapeutin und andererseits Paartherapeutin. Zurzeit habe ich aber mehr Paarberatungen, als Einzelberatungen.

M. G.: Wie kommen Sie in Ihrer Arbeit mit der Thematik Suizid in Berührung?

M. E.: Auf verschiedenen Ebenen. Wenn ich mit Paaren arbeite, mache ich oft mit ihnen ein Genogramm der Familie, um zu klären, ob es Zusammenhänge zwischen der aktuellen Beziehungssituation, den stattfindenden Interaktionen und der Familiengeschichte gibt. Manchmal kommt in einer Familiengeschichte ein Suizid vor und dies hat Einwirkungen auf die Beziehung mit dem Partner. Wenn dies bewusst gemacht werden kann, ergibt sich eine neue Möglichkeit zur Thematisierung von vorhandenen Dynamiken in der Beziehung. In Einzel- wie in Paarberatungen kann das Genogramm auch aufzeigen, dass ein Suizid in der Familie Auswirkungen auf die Gefühle und Gedanken der betroffenen Person haben kann. Es geht dann darum, gefühlte „Sogwirkungen“ weg von der Welt – in Form von Suizidgedanken – in Zusammenhang mit der eigenen Geschichte bewusst zu machen. Suizid ist eine Form der Konfliktbewältigung: Man versucht Konflikte zu lösen, indem man sich selber etwas antut. Diese Form der Konfliktbewältigung kann sich über verschiedene Generationen weiterziehen. Es ist wichtig, dies in der Beratung zu thematisieren und die Verantwortung dorthin zu platzieren, wo sie hingehört. Auch geht es um die Verarbeitung des Suizides des Angehörigen, zum Beispiel, indem man einen Brief verfasst oder ans Grab geht. Was ich manchmal auch mache, ist, hypothetische Fragen zu stellen, wie zum Beispiel: Stellen sie sich vor, die verstorbene Person schaut Sie jetzt hier an, was würde sie Ihnen sagen? Denken Sie, sie würde wollen, dass Sie das Gleiche tun? Können Sie ihr sagen, dass Sie noch hier bleiben?

Auch in Berührung mit der Thematik Suizid komme ich bei Paarberatungen, wenn einer der beiden Partner die Beziehung beenden möchte und der andere Partner davor grosse Angst hat und mit Suizid droht. Wenn Suizidgedanken oder -androhungen im Raum stehen, bespreche ich dies mit dem Paar. Als Therapeutin darf ich keine Angst haben, das Thema Suizid offen und direkt anzusprechen.

Ich frage deshalb ganz konkret nach, ob schon etwas geplant ist und wenn ja, was. Wenn zum Beispiel jemand von den vielen Brücken in Appenzell erzählt, dann frage ich nach, ob schon eine bestimmte Brücke ins Visier genommen wurde. Wenn die Person schon bestimmte Vorstellungen hat, ist Alarmstufe rot. Die Menschen können meist gut formulieren, wie weit ihr Plan schon fortgeschritten ist – ob der Suizid ein ernsthafter Ausweg ist oder eher als Drohung, um den Partner zum Bleiben zu überzeugen, genutzt wird. Manchmal wird eine Suizidandrohung oder ein Suizidversuch genutzt, um den Partner für das Verlassen zu bestrafen. Auf Seiten des Partners entstehen aufgrund solcher Androhungen oft Angst oder Schuldgefühle. In der Beratung ist deshalb die Thematisierung des Suizides, aber auch der Eigenverantwortung sehr zentral. Ich bin ganz klar der Meinung – und dies kommuniziere ich auch so – dass wenn sich jemand das Leben nehmen will, es auch macht. Oft ist in der Partnerschaft der Partner, der die Beziehung auflösen möchte, durch eine Suizidandrohung in einer grossen Not und hat Angst vor einem tatsächlichen Suizid. Es geht darum, Verantwortung dorthin zu platzieren, wo sie hingehört und die Autonomie und Entscheidungsfreiheit von beiden Partnern zu festigen. Ganz wichtig ist es auch, zu thematisieren, was es für den einen Partner bedeuten würde, wenn sich der andere Partner das Leben nimmt. Oft ist der suizidale Mensch so stark auf sich fixiert und durch einen „Röhrenblick“ blockiert, dass er nicht mehr wahrnimmt, dass es um ihn herum Menschen gibt, die davon betroffen wären. Manchmal hat der suizidale Mensch auch das Gefühl, dass es dem Partner „egal“ wäre, wenn er geht. Ich frage dann meist den Partner, ob es möglich wäre, dass er seinem Partner ganz direkt sagt, wie es ihn betreffen würde und was es mit ihm emotional machen würde. Ich frage in Gesprächen mit einem suizidalen Menschen auch immer nach Kindern. Sind Kinder vorhanden, übernehme ich oft eine sehr direkte Haltung – im Gegensatz zu der ansonsten eher reflektierend und spiegelnden therapeutischen Haltung. Ich frage ganz konkret, wie sich die Person ein Suizid für ihre Kinder vorstellt: Wie ist es, wenn Ihre Kinder in der Schule berichten müssen, dass Sie sich umgebracht haben? Möchten Sie das Ihren Kindern zumuten? Wie könnte es für Ihre Kinder sein, wenn sie Sie tot auffinden? Ich thematisiere auch, dass ein solches Ereignis die Kinder dazu zwingt, es als Art „Hypothek“ weiterzutragen, dass es wie ein „Fluch“ ist, den sie nachher tragen müssen. Ich frage die Person, ob sie das ihren Kindern wirklich zumuten will. Oft macht es wie „klick“ bei der Person, wenn sie die Liebe und die Verantwortung gegenüber ihren Kindern spürt. Es geht darum, den Röhrenblick der suizidalen Person aufzulösen, indem man sie dazu „zwingt“, andere Perspektiven einzunehmen. Oft verlange ich vom Partner auch eine schriftliche Vereinbarung an die Partnerin, dass sich er sich nicht umbringt. Damit mache ich gute Erfahrungen. Es hilft als Erinnerung in akuten Krisen. Der nächste Schritt besteht darin, andere Lösungs-Möglichkeiten zu suchen, um aus dieser scheinbar ausweglosen Situation zu gelangen. Bei einer Suizidthematik ist es ganz wichtig, offen darüber zu reden. Dies kann etwas in Bewegung setzen.

Was hier in der Beratungsstelle auch schon vorgekommen ist, ist die Begleitung von jemandem, der einen Suizid in der Familie hatte und darunter auch nach längerer Zeit noch sehr litt. Ein Suizid ist immer ein riesiger, grausamer Einschnitt, der mit vielen Emotionen verbunden ist. Sehr oft sind nach einem Suizid unter anderem grosse Schuldgefühle, Trauer über den Verlust, aber auch Wut über das Verlassen-worden-sein im Raum. Ich nehme in der Beratung dann vor allem die vorhandenen Emotionen auf und thematisiere die verschiedenen Aspekte und Gefühle mit der Person. Zum Beispiel: Was bedeuten diese Gefühle? Was wollten Sie der verstorbenen Person noch sagen? Wie könnten Sie das jetzt für sich tun? Wie könnten Sie das sehr schwere Thema so abschliessen für sich, dass es ein Stein in Ihrer Biografie ist, aber trotzdem offen sein können für die Welt? Es geht ein Stück weit darum, sich mit seinem Schicksal auszusöhnen. Ich denke, dafür sind Gruppenangebote auch sehr geeignet – wie die von Barbara Stehle geleitete Gruppe „Trauer nach Suizid“. Ich würde mit höchster Wahrscheinlichkeit in der Beratung längerfristig auch so etwas empfehlen.

Nochmals kurz zusammenfassend: Ich komme zum ersten in Kontakt mit Suizid über Informationen aus der Herkunftsfamilie. Zum zweiten dann, wenn einer der Partner verzweifelt ist und Suizidandrohungen macht. Zum dritten, in der Begleitung von jemandem, der einen Suizid im nahen Umfeld hatte.

M. G.: Sie haben sehr oft gesagt, dass es wichtig ist, Suizid zu thematisieren. Wie offen sind die Menschen, über das Thema Suizid zu sprechen?

M. E.: In der Beratung kommt es zuerst sicher auf Sympathie und Antipathie zwischen Beraterin und Beratenden an. Dann ist auch entscheidend, ob die Leute mit meinem Beratungsstil etwas anfangen können. Ich habe eine eher direkte Art und thematisiere deshalb meist am Anfang der Sitzung, dass ich es gerne Ansprechen würde, wenn ich den Eindruck habe, dass etwas im Raum ist. Ich frage dann nach, ob die Personen gegenüber damit einverstanden sind. Die meisten schätzen das direkte Ansprechen und die Konfrontation, weil sie hier sind, um Schwierigkeiten zu bearbeiten. Es gibt aber auch Leute, die dann mit Vermeidung oder Manipulationsversuchen reagieren. Spüre ich Manipulations- oder Vermeidungsversuche, spreche ich dies direkt an und frage zum Beispiel, ob es sein könnte, dass dies in der Partnerschaft auch geschieht. Damit kann ich das Thema konstruktiv nutzen. Es ist wichtig, dass ich achtsam auf Themen wie Manipulationen bin und gut darauf schaue, ob es mir in der Situation wohl ist. Als Beraterin bin ich nur hilfreich, solange ich meine eigene, innere Freiheit habe. Denn ob es den Menschen in der Beratung leicht oder schwer fällt, über das Thema Suizid zu reden, hängt meiner Ansicht nach auch stark davon ab, wie ich als Beraterin darüber rede. Wenn ich unbefangen darüber reden kann, dann können auch die Personen

unbefangener darüber reden. Es ist deshalb sehr wichtig, das Thema direkt anzusprechen und beim Namen zu nennen.

M. G.: Wird das Thema Suizid Ihrer Einschätzung nach ausserhalb dieses geschützten Rahmens der Beratungsstelle direkt angesprochen?

M. E.: Ich habe den Eindruck, das Thema Suizid wird selten direkt beim Namen genannt, manchmal aber umschrieben – wie zum Beispiel in Todesanzeigen. Ich finde es wichtig, einen Suizid offenkundig zu tun. Ich persönlich würde in einer Todesanzeige deshalb offen schreiben „er/sie hat sich entschieden, aus dem Leben zu gehen“. Dann ist es offengelegt und die Leute können auch darauf reagieren. Ich glaube aber, es herrscht nach wie vor ein grosses gesellschaftliches Tabu. Familienmitglieder wie auch die Gesellschaft sind beim Thema Suizid oft in einer Überforderungssituation und hilflos. Es geht darum, die Angstbesetztheit aufzulösen indem man Suizid thematisiert. Dies ist auch im Familienverband zentral, oft aber schwierig. Suizid ist ein Trauma für die Familie. Oft wird nicht einmal innerhalb der Familie darüber geredet. Suizid wird wie „tot-geschwiegen“. In Familien wo der Suizid tabuisiert ist, braucht es für den Einzelnen sehr viel Mut, das Thema anzusprechen. Es kann natürlich auch sein, dass es für bestimmte Personen und in bestimmten Situationen Sinn macht, das Thema nicht anzusprechen, weil sie es nicht ertragen könnten. Bei einer längerfristigen Tabuisierung ist jedoch die Schwierigkeit, dass die Hinterbliebenen keine gemeinsame Sprache und keinen Sinn für dieses Ereignis finden können. Es ist aus meiner Sicht wichtig, dass Suizid nicht als Einzelschicksal getragen wird, sondern dass darüber ausgetauscht wird, sodass es zum gemeinsamen Schicksal werden kann und verbindet. Wenn jeder alleine mit seiner Trauer beschäftigt ist, kann dies innerhalb der Familie wahnsinnig entfremden. Es ist wie ein Schatten und lähmt die Beziehungen. Ein gemeinsames Tragen und Austauschen ist hilfreich, denn das Gefühl der Verbundenheit wirkt der Entfremdung entgegen. Dazu braucht es aber die Möglichkeit, die Bereitschaft und die Erlaubnis der einzelnen – für sich selbst und andere –, über dieses Thema zu reden.

M. G.: Es gibt in Appenzell ja viele Suizide im Vergleich zu den anderen Kantonen der Schweiz. Haben Sie Vermutungen, wieso dies so sein könnte?

M. E.: Es gibt viele Brücken. Das Gelände ist günstig. Dies kommt mir als erstes in den Sinn. Was auch einen Einfluss haben könnte ist die starke Verbundenheit der Appenzeller mit der Natur und ihrer Sippschaft. Ich habe den Eindruck, man ist hier irgendwie sehr exponiert und die soziale Kontrolle ist stark. Dies erschwert, seinen Weg zu gehen. Wenn die Angst vor gesellschaftlichen Sanktionen gross ist, ist es sehr schwierig, sich aktiv zu lösen, das Ausbrechen zu wagen und damit die positiven aggressiven Emotionen nach aussen zu nutzen. Was bleibt dann noch, als die Aggressionen gegen sich zu wenden? Dies ist aber nur eine Vermutung. Auch der Werther-Effekt,

also der Nachahmungscharakter des Suizides, könnte einen Einfluss haben. Hier kommt wieder Suizid als Konfliktbewältigungsstrategie ins Spiel. Was auch sein könnte, ist dass das Thema und die Menschen in ihrem Leiden zu wenig ernst genommen werden. Äusserungen dürfen nicht verharmlost werden, denn nicht die Äusserung an sich ist zentral, sondern die Bedeutung, die ihr beigemessen wird.

M. G.: Gibt es noch etwas, das ich bisher nicht angesprochen habe, Ihnen aber zentral erscheint?

M. E.: Ich denke, es ist ein wichtiges Thema. Ich fände es eine gute Idee, wenn Sie die Ergebnisse ihrer Arbeit in den Appenzeller Medien publizieren und sie damit ins Gespräch bringen.

4. Kontaktdaten von Fachstellen im Appenzellerland

Stand im August 2013. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Rund-um-die Uhr Beratung per Telefon oder Internet

- **Dargebotene Hand**

Angebote: Anonymes Sorgentelefon, Beratung per Mail und Chat.

Kontakt: Tel. 143 (rund um die Uhr), <http://ostschweiz.143.ch/web>.

- **Pro Juventute Sorgentelefon**

Angebote: Anonyme Telefonberatung für Kinder und Jugendliche, SMS- und Chatberatung.

Kontakt: Tel. 147 (rund um die Uhr), www.147.ch.

Care Team AR/AI

Angebote: Psychologische erste Hilfe bei ausserordentlichen, belastenden Ereignissen.

Kontakt: Erreichbar über die Kantonale Notrufzentrale der Kantonspolizei AR, Tel. 071 343 66 66 oder Tel. 117 (rund um die Uhr).

Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden

- **Angehörigenberatung**

Angebote: Beratung von Angehörigen von psychisch kranken Menschen, monatliche offene Veranstaltungen zu einem bestimmten Thema. Die Angebote sind unabhängig davon, ob ein Familienmitglied in Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden ist.

Kontakt: Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, Krombach 3, 9100 Herisau, Tel. 071 353 81 80 (rund um die Uhr).

- **Sozialpsychiatrischer Dienst**

Angebote: Sozialpsychiatrische Behandlung, Ambulante Beratung und Krisenintervention.

Kontakt: Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, Krombach 3, 9100 Herisau, Tel. 071 353 81 99.

Trauer nach Suizid

Angebote: Geleitete Trauergruppen für Suizid-Hinterbliebene in St. Gallen, Einzelbegleitungen für Angehörige, Telefonische oder persönliche Krisenintervention.

Kontakt: Barbara Stehle, Tel. 071 351 43 53 / 079 329 49 91, stehle@trauer-nach-suizid.ch; oder Cati Gutzwiller, Tel. 071 250 14 61, gutzwiller@trauer-nach-suizid.ch. Weitere Informationen unter www.trauer-nach-suizid.ch.

Pro Angehörige

Angebote: Beratung Angehöriger von Menschen mit psychischen Problemen.

Kontakt: Corina Bandelli und Karin Schwalm, Holderenstrasse 26, 9038 Rehetobel, Tel. 071 877 36 70. Weitere Informationen unter www.proangehoerige.ch.

Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen SG/AR/AI

Angebote: Information über bestehende Selbsthilfegruppen und Unterstützung im Aufbau einer neuen Gruppe.

Kontakt: Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Lämmlisbrunnenstrasse 55, 9000 St. Gallen, Tel. 071 222 22 63. Weitere Informationen unter www.selbsthilfe-gruppen.ch.

Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen

Angebote: Psychologische Beratung und Begleitung von Einzelpersonen, Paaren und Familien.

Kontakt: Für Appenzell Ausserrhoden: Gossauerstrasse 611, 9100 Herisau, Tel. 071 352 33 05 und Poststrasse 17, 9410 Heiden, Tel. 071 891 62 10. Weitere Informationen und Stellen in der Region unter www.eheberatung-ostschweiz.ch.

Überregionale Selbsthilfegruppen und Betroffenen-Vereine

- **Nebelmeer**

Angebote: Gruppe für Jugendliche und junge Erwachsene, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben. Regelmässige Treffen in Zürich und Bern.

Kontakt: Gruppe Bern: Ruth E. Kohli, Tel. 079 706 38 88, bern@nebelmeer.net; Gruppe Zürich: Jörg Weisshaupt, Tel. 044 271 88 11 / 076 598 45 30, box@nebelmeer.net. Weitere Informationen unter www.nebelmeer.net.

- **Verein Regenbogen Schweiz**

Angebote: Selbsthilfegruppen für Eltern, die ein Kind verloren haben. Es gibt auch Gruppenangebote in verschiedenen Regionen der Schweiz speziell für Eltern, die ein Kind durch Suizid verloren haben.

Kontakt: Sekretariat Verein Regenbogen Schweiz, Tel. 084 808 50 85. Weitere Informationen unter www.verein-regenbogen.ch.

- **Verein Refugium**

Angebote: Verein für Hinterbliebene von Suizid. Geleitete Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene, Gesprächsangebote für Betroffene von Betroffenen, monatliche Treffen und Freizeitangebote. Die Angebote gibt es in verschiedenen Regionen der Schweiz.

Kontakt: Sekretariat Verein Refugium, Tel. 084 800 18 88, info@verein-refugium.ch. Weitere Informationen unter www.verein-refugium.ch.

Weitere wichtige Ansprechpersonen: Hausärzte, Psychiater, Psychologen