

Bachelorarbeit zur Erreichung des Fachhochschuldiploms – Bachelor of Arts in
Sozialer Arbeit HES-SO

HES-SO // Valais Wallis - Hochschule für Soziale Arbeit

Belastungsstress und Suizidalität

Im Kontext von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im begleiteten Wohnen

Erarbeitet von: Teresa Stoffel Jossen

Studienanfang: BAC 13 / Vertiefung Sozialpädagogik

Begleitende Dozentin: Astrid Mattig

Naters, 19. Mai 2017

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht Belastungsstress von Fachpersonen der Sozialpädagogik in der Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen.

Der theoretische Teil behandelt das Thema Suizidalität und beinhaltet Schwerpunkte wie Suizidtypologien, Risikofaktoren und Risikogruppen. Es wird beschrieben, welche Indikatoren bei der Einschätzung von Suizidalität zu beachten sind und zeigt Möglichkeiten der professionellen Beziehungsgestaltung und der Gesprächsführung mit Betreuten in suizidalen Krisen auf. Das Thema Selbstbestimmung wird ebenso dargelegt wie die Bedeutung von Teamarbeit und institutioneller Unterstützung in der Bewältigung von belastenden Arbeitssituationen. Einen weiteren Aspekt bildet die Zusammenarbeit mit Angehörigen.

Der theoretische Teil der Arbeit befasst sich in einem weiteren Schwerpunkt mit der Bewältigung von Belastungsstress von Fachpersonen der Sozialpädagogik. Hier werden die Anzeichen und der Verlauf von Belastungsreaktionen und Möglichkeiten professioneller Intervention beschrieben. Die situationsspezifischen und personenspezifischen Faktoren einer Notfallreaktion werden ebenso dargelegt wie die psychologischen und organisatorischen Moderatorvariablen, welche das Erleben von Stress und Belastungsreaktionen massgeblich beeinflussen. Als letztes Thema des Theorieteils werden Ressourcen zur Bewältigung von Belastungsstress aufgezeigt.

Weiter werden die Hypothesen vorgestellt und die Methode der Datenerhebung beschrieben. Anschliessend wird in der Synthese die Auswertung der Untersuchung vorgenommen.

Die Resultate zeigen auf, dass die Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen mit psychischer Beeinträchtigung im begleiteten Wohnen beträchtliches Stresspotential beinhaltet. Eine gute Feedback-Kultur im Arbeitsteam und wertschätzende Unterstützung von Vorgesetzten schützen Fachpersonen der Sozialpädagogik ebenso vor Belastungsstress wie die professionelle Beziehungsgestaltung mit den Betreuten und das Respektieren der eigenen Grenzen und Möglichkeiten im Umgang mit dem Thema Suizid und Tod.

In der Bilanz des Lernprozesses werden auf methodischer, fachlicher und persönlicher Ebene die Schlussfolgerungen aus der Arbeit beschrieben. Aus Erfahrungen dieser Forschungsarbeit ergeben sich zudem weitere interessante Forschungsfragen, die zu untersuchen es sich lohnen würde. Damit könnte die professionelle Sicht auf das Thema Belastungsstress in der sozialpädagogischen Betreuung von suizidalen Bewohnern auf Wohngruppen wertvoll ergänzt werden.

Schlüsselwörter

Suizidalität, Suizid, Suizidversuch, Belastungsstress, Sekundäre Traumatisierung, Burnout, Sozialpädagogik, Psychische Beeinträchtigung, Wohngruppe

Geschlechtergerechte Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit darauf verzichtet, jeweils explizit beide Geschlechter zu nennen. Es wird abwechselungsweise die weibliche und die männliche Form verwendet.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen Quellen als die angegebenen benutzt zu haben. Alle Ausführungen, die Quellen wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind gekennzeichnet. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung. Die Bachelorarbeit respektiert den Ethik-Kodex für die Forschung.

Unterschrift der Verfasserin:

Inhaltsverzeichnis

1	PERSÖNLICHE MOTIVATION UND BEZUG ZUR SOZIALEN ARBEIT	3
2	AUFBAU DER EINZELNEN KAPITEL	4
3	FORSCHUNGSFRAGE UND FORSCHUNGSZIELE	4
3.1	FORSCHUNGSFRAGE	4
3.2	ZIELE	4
3.2.1	FÜR DIE THEORIE	4
3.2.2	FÜR DIE FORSCHUNG	4
3.2.3	UMSETZUNG IN DIE PRAXIS	5
4	PROBLEMATIK DER FORSCHUNGSZIELE	5
4.1	FORSCHUNGSBEREICH	5
4.2	BESCHREIBUNG DES UMFELDS DES FORSCHUNGSGEGENSTANDS	5
4.2.1	DAS KINDES- UND ERWACHSENENSCHUTZRECHT	5
4.2.2	SCHWEIGEPFLICHT	6
4.2.3	BERUFSKODEX DER SOZIALEN ARBEIT	6
4.3	BESCHREIBUNG DES FORSCHUNGSFELDES	6
4.3.1	DIE VERSCHIEDENEN FORMEN VON WOHNGRUPPEN	6
4.3.2	KLÄRUNG VON FACHBEGRIFFEN	7
4.4	FAZIT MIT DEN WICHTIGSTEN FRAGEN FÜR DIE FRAGESTELLUNG	7
5	THEORETISCHER RAHMEN	8
5.1	DEFINITION SUIZIDALITÄT	8
5.2	SUIZIDALITÄT IN PSYCHOSOZIALEN EINRICHTUNGEN	8
5.2.1	SUIZIDALITÄT ERKENNEN	9
5.2.2	AUSPRÄGUNG VOM SUIZIDALITÄT	10
5.2.3	RISIKOFAKTOREN UND RISIKOGRUPPEN	11
5.2.4	SUIZIDTYPLOGIEN	11
5.2.5	KRISE UND SUIZID	12
5.2.6	TRAUMA UND SUIZID	13
5.2.7	SUIZID ALS TABU	14
5.2.8	SELBSTBESTIMMUNG DER BETREUTEN VERSUS VERHINDERUNG VON SUIZIDEN	14
5.2.9	EINBEZUG VON ANGEHÖRIGEN	15
5.2.10	DIE PROFESSIONELLE BEZIEHUNGSGESTALTUNG	15
5.2.11	ARBEIT IM TEAM ALS CHANCE	16
5.2.12	GESPRÄCHE FÜHREN MIT SUIZIDALEN BETREUTEN	17
5.3	BELASTUNGSSTRESS IN DER BETREUUNG VON MENSCHEN IN SUIZIDALEN KRISEN	18
5.3.1	BELASTUNGSREAKTIONEN IM BERUFLICHEN KONTEXT	18
5.3.2	STUDIE SEKUNDÄRE TRAUMATISIERUNG	19
5.3.3	ANZEICHEN VON BELASTUNGSREAKTIONEN ERNST NEHMEN	20
5.3.4	DIE 4 ZYKLEN DER NOTFALLREAKTION	21

5.3.5	SITUATIONSSPEZIFISCHE UND PERSONENSPEZIFISCHE FAKTOREN DER NOTFALLREAKTION	21
5.3.6	PSYCHOLOGISCHE UND ORGANISATORISCHE MODERATORVARIABLEN	22
5.3.7	STRESSREAKTIONEN NACH BELASTENDEN EREIGNISSEN	22
5.3.8	WIE SICH STRESSREAKTIONEN ZEIGEN	22
5.3.9	PHASEN IM VERLAUF VON BELASTUNGSREAKTIONEN	24
5.4	PROFESSIONELLE HILFE IN ANSPRUCH NEHMEN	25
5.5	EIGENE GRENZEN RESPEKTIEREN	25
5.6	RESSOURCEN ZUR BEWÄLTIGUNG VON BELASTUNGSSTRESS	26
5.6.1	INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN ZUR VERMEIDUNG VON BELASTUNGSSTRESS	27
5.6.2	ACHTSAMKEIT UND SELBSTFÜRSORGE	27
5.6.3	RESILIENZ UND PERSÖNLICHES WACHSTUM	27
5.7	FAZIT AUS DEM THEORIETEIL	29
6	<u>HYPOTHESEN</u>	30
6.1	1. HYPOTHESE	30
6.2	2. HYPOTHESE	30
7	<u>METHODISCHES VORGEHEN</u>	30
7.1	WAHL DER DATENERHEBUNGSMETHODE	30
7.1.1	VORTEILE DER BEFRAGUNG ALS QUALITATIVEN FORSCHUNGSMETHODE	30
7.1.2	NACHTEILE DER BEFRAGUNG ALS QUALITATIVE FORSCHUNGSMETHODE	31
7.2	VORGEHEN BEI DER ERSTELLUNG DES LEITFADENINTERVIEWS	31
7.3	DURCHFÜHRUNG DER DATENERHEBUNG	31
7.4	VORGEHEN BEI DER DATENAUFBEREITUNG	32
7.5	VORGEHEN BEI DER AUSWERTUNG DER FORSCHUNGSDATEN	32
8	<u>DATENAUSWERTUNG UND SYNTHES</u>	32
8.1	BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE	32
8.2	ANALYSE UND SYNTHES ZU HYPOTHESE 1	33
8.2.1	SYNTHES ZU HYPOTHESE 1	36
8.3	ANALYSE UND SYNTHES ZU HYPOTHESE 2	38
8.3.1	SYNTHES ZU HYPOTHESE 2	44
9	<u>BILANZ DES LERNPROZESSES</u>	50
10	<u>LITERATURANGABE</u>	54
11	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	56
12	<u>ANHANG-VERZEICHNIS</u>	56

1 Persönliche Motivation und Bezug zur sozialen Arbeit

Bei Menschen in psychosozialen Krisen oder mit psychischen Störungen ist die Suizidrate gegenüber der Allgemeinbevölkerung markant erhöht. Der Umgang mit Menschen, die Suizidgedanken äussern gehört auf begleiteten Wohngruppen und in psychosozialen Einrichtungen zu den grössten Herausforderungen professioneller Arbeit (Eink und Haltenhof, 2012, 7).

Als Sozialpädagogin in berufsbegleitender Ausbildung durfte ich schon mehrmals Bewohner mit psychischer Beeinträchtigung in suizidalen Krisen begleiten. Dabei konnte ich feststellen, dass während der intensiven Begleitungs- und Beziehungsarbeit mit suizidgefährdeten Betreuten auf ein Team grosse Belastungszustände wirken, die dieses zu bewältigen hat.

Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass traumatisierte und verzweifelte Bewohnerinnen auf Wohngruppen auf professionelle und sensible Betreuung angewiesen sind. Über empathische Gesprächsführung und intensive Beziehungsarbeit kann ein Mensch mit Suizid-Absichten aufgefangen werden. Nach dieser intensiven Phase der Betreuung ist nicht nur die physische, sondern auch die psychische Erschöpfung im Team gross. Gerade in diesen sensiblen Phasen laufen Professionelle Gefahr, dass sie sich nicht mehr abgrenzen können, gefühlsmässig zu stark auf die Krisensituation fixiert sind und nach kurzer Zeit Symptome von Belastungsstress entwickeln. Hier möchte ich mit meiner Forschungsarbeit ansetzen.

Die Perspektive von Professionellen auf des Thema Suizidalität findet in Fachbüchern bis anhin wenig Beachtung. Ausgeprägter Belastungsstress in der Betreuung von suizidalen Bewohnern kann nach den Ausführungen von Eink und Haltenhof (2012, 7) ein Hinweis sein, dass eigene Sinnkrisen oder Selbsttötungsgedanken noch nicht verarbeitet sind. Für viele Professionelle ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid nach Angabe der Autoren mit viel Angst und hohem Verantwortungsdruck verbunden.

Weiter legen die Autoren dar, dass unter Professionellen von helfenden Berufen die Suizidrate gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung ebenfalls deutlich erhöht ist. Sie vermuten, dass sich in psychiatrischen Einrichtungen nicht nur sensible Klienten, sondern berufsbedingt ebenso sensible Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befinden und dass eine ehrliche Bearbeitung der persönlichen Erfahrungen und Einstellungen zu suizidalem Verhalten ein notwendiger Bestandteil professioneller Handlungskompetenz darstellt.

Suizide und Suizidversuche sind gemäss dem Bundesamt für Gesundheit in Bern (BAG, 2015, online) ein unterschätztes Problem der öffentlichen Gesundheit. Innerhalb Europas weist die Schweiz eine sehr hohe Suizidrate auf. Suizide sind gemäss dem BAG neben Krebs-, Kreislauferkrankungen und Unfällen die vierthäufigste Ursache für frühzeitige Sterblichkeit. Zudem haben Suizide beträchtliche indirekte Folgen für Hinterbliebene oder Drittpersonen (BAG, 2015, online).

2 Aufbau der einzelnen Kapitel

Zu Beginn der Arbeit werden die Forschungsfrage und die Forschungsziele vorgestellt. Anschliessend folgt die Beschreibung der Problematik des Forschungsgegenstandes.

Im ersten Theorieteil zeigt die Arbeit auf, wie sich Suizidalität in der sozialpädagogischen Betreuung auf Wohngruppen zeigt und wie sie begrifflich zu fassen ist. Sie legt in diesem Bereich den Schwerpunkt auf Suizidtypologien, Risikofaktoren, Risikogruppen und die Einschätzung von Suizidalität. Weiter behandelt die Arbeit die professionelle Beziehungsgestaltung und beschreibt die Zusammenarbeit mit Angehörigen von Menschen in suizidalen Krisen. Der zweite Teil der Theorie behandelt Belastungsstress von Fachpersonen der Sozialpädagogik in der Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen mit psychischen Beeinträchtigung auf Wohngruppen. Hier werden die Anzeichen und der Verlauf von Belastungsreaktionen und Möglichkeiten professioneller Intervention beschrieben. Als letztes Thema des Theorieteils werden Ressourcen zur Bewältigung von Belastungsstress aufgezeigt.

Aus den beiden Theorieteilern wird ein Fazit für die Praxis herausgearbeitet. Auf der Basis dieses Fazits werden die Hypothesen vorgestellt. Anschliessend werden die Methodik und das Forschungsvorgehen beschrieben.

In der Auswertung der Forschungsdaten wird eine Analyse der gesammelten Informationen aus den Befragungen vorgenommen. Im Anschluss daran wird das Forschungsergebnis präsentiert. Im letzten Teil der Arbeit ist die Bilanz des Lernprozesses beschrieben. Diese beinhaltet Schlussfolgerung auf methodischer, fachlicher und persönlicher Ebene.

3 Forschungsfrage und Forschungsziele

In diesem Kapitel werden die Forschungsfrage und die Forschungsziele ausformuliert und strukturiert dargestellt.

3.1 Forschungsfrage

Wie erleben Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen die Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen?

3.2 Ziele

3.2.1 Für die Theorie

- Ich kann die verschiedenen Aspekte von Suizidalität in der sozialpädagogischen Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen beschreiben
- Ich kann darlegen, wie Belastungsstress in der sozialpädagogischen Betreuung von suizidalen Bewohnern auf Wohngruppen entsteht

3.2.2 Für die Forschung

- Ich kann den Zusammenhang von Suizidalität auf Wohngruppen und Belastungsstress von Sozialpädagogen anhand von Interviews in von Suizidalität betroffenen Wohngruppen aufzeigen
- Ich kann darlegen, welche Strategien Sozialpädagoginnen zur Bewältigung von Belastungsstress angewandt haben
- Ich kann aufzeigen, wie der Einbezug von Angehörigen die Bewältigung von suizidalen Krisen von Bewohnern auf Wohngruppen beeinflusst hat
- Ich kann feststellen, welche institutionellen Rahmenbedingungen für die professionelle Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen auf Wohngruppen unterstützend wirken.

3.2.3 Umsetzung in die Praxis

- Ich kann Massnahmen zur Bewältigung von Belastungsstress für die Umsetzung in die Praxis beschreiben
- Ich kann benennen, wie Institutionen Sozialpädagogen vor Belastungsstress schützen können

4 Problematik der Forschungsziele

In diesem Kapitel der Arbeit wird aufgezeigt, welche Problematik der Sozialen Arbeit die Forschungsziele behandeln wollen. Es werden der Forschungsbereich und das Umfeld des Forschungsgegenstandes beschrieben. Zudem werden die rechtlichen Aspekte erläutert und eine Klärung der Fachbegriffe vorgenommen.

4.1 Forschungsbereich

Als Forschungsbereich wurden begleitete Wohngruppen für erwachsene Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im institutionellen Kontext ausgewählt. Die Wohngruppen befinden sich im Raum Zürich. Die Untersuchung fand in zwei grossen Institutionen statt. Befragt wurden zwei Sozialpädagoginnen und ein Sozialpädagoge mit abgeschlossener Ausbildung und mehrjähriger Berufserfahrung, die in ihrer Arbeit mit Suizidalität und vollzogenem Suizid konfrontiert wurden. Der Suizid sollte nicht länger als 18 Monate zurückliegen.

4.2 Beschreibung des Umfelds des Forschungsgegenstands

Das Umfeld des Forschungsgegenstands wird durch den **rechtlichen Rahmen** definiert. Dieser bildet in der sozialpädagogischen Betreuung von Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen das **Kinder- und Erwachsenenschutzrecht** sowie der **Wohn- und Betreuungsvertrag**. Zudem unterstehen Professionelle der Sozialen Arbeit der **Schweigepflicht**. Aus berufsethischer Sicht bildet der **Berufskodex der Sozialen Arbeit**, wie ihn der Berufsverband für die Soziale Arbeit avenirsocial (2010, online) festgelegt hat, die Grundlage für professionelles Handeln.

4.2.1 Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht

Das Kinder- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) legt in Artikel 388 des Zivilgesetzbuches ZGB (Das Schweizerische Zivilgesetzbuch ZGB, 2017, online) die allgemeinen **Grundsätze zum Zweck des Erwachsenenschutzes** wie folgt fest:

1. „Die behördlichen Massnahmen des Erwachsenenschutzes stellen das Wohl und den Schutz hilfsbedürftiger Personen sicher.“
2. „Sie sollen die Selbstbestimmung der betroffenen Person so weit wie möglich erhalten und fördern“.

Zum Aufenthalt in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung hält das ZGB (2017, Art. 382 bis Art. 386, online) fest, dass in einem **Betreuungsvertrag** die Leistungen der Einrichtung klar festgehalten werden müssen und dass den Wünschen der betroffenen Personen Rechnung getragen werden soll. Zur **Einschränkung der Bewegungsfreiheit** von urteilsunfähigen Personen hält das ZGB unter Art. 383 fest, dass diese nur eingeschränkt werden darf, wenn eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der Person oder Dritter besteht, ebenso wenn das Gemeinschaftsleben schwerwiegend gestört wird. Die Behindertenorganisation Pro infirmis (2012, online) zeigt auf, dass Menschen, die längere Zeit oder den Rest ihres Lebens in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung verbringen sich an eine gewisse Ordnung halten müssen. Gleichzeitig betont die Behindertenorganisation, dass auch hier die Grundsätze zum **Schutz der persönlichen Freiheit** eingehalten werden müssen. Besonders betont sie das Recht auf die eigene Privatsphäre und die persönliche Freiheit, die Wohn- oder Pflegeeinrichtung jederzeit verlassen und wieder betreten zu können.

Zur **Einschränkung der persönlichen Bewegungsfreiheit** in einer Wohneinrichtung schreibt die Behindertenorganisation Pro Infirmis (2012, online) weiter: „**Urteilsfähige Personen** können nur mit ihrer **Zustimmung** in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden. Die Wohn- oder Pflegeeinrichtung darf also beispielsweise die Zimmertüre einer urteilsfähigen Person nicht gegen deren Willen abschliessen [...]“

4.2.2 Schweigepflicht

Sozialpädagoginnen unterstehen der Schweigepflicht. Stimmer (2012, 149ff) bezeichnet die **Zusicherung von Vertraulichkeit und die Einhaltung der Schweigepflicht** als eine zentrale Voraussetzung für gelingende Beziehungsgestaltung in sozialen Einrichtungen. Der Autor führt weiter aus, dass Klientinnen und Klienten aus nachvollziehbaren Gründen Angst haben, dass ihre Informationen den Ämtern weitergereicht werden könnten und so geheim gehaltene oder tabuisierte Lebensaspekte zum eigenen Nachteil aufgedeckt würden.

4.2.3 Berufskodex der Sozialen Arbeit

Der Berufsverband der Sozialen Arbeit, avenirsocial (2010, online) hat mit dem „*Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*“ ein Argumentarium geschaffen, welches als „*Instrument zur ethischen Begründung der Arbeit mit Klientinnen und Klienten dient, die in besonderer Weise verletzbar oder benachteiligt sind*“. Der Berufsverband definiert die **Ziele und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit** (avenirsocial, 2010, 5-6, online) als die Aufgabe, Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern und zu stabilisieren. Als **Leitidee und Menschenbild** der Sozialen Arbeit nennt avenirsocial (2010, 5 -6, online) die Unterstützung in der Befriedigung existenzieller Bedürfnisse und das Anrecht auf Integrität sowie die Integration in ein soziales Umfeld. Soziale Arbeit setzt sich ein für Menschenwürde und Menschenrechte durch die Grundsätze der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und der Ermächtigung (avenirsocial, 2010, 8-9, online).

4.3 Beschreibung des Forschungsfeldes

Das Forschungsfeld umfasst ausgebildete Fachpersonen der Sozialpädagogik mit Berufserfahrung, die Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen in suizidalen Krisen betreuen oder deren Wohngruppen von vollzogenen Suiziden betroffen waren. Dabei gilt es, den Begriff „Wohngruppe“ zu klären und die verschiedenen Formen des begleiteten Wohnens zu beleuchten. Anschliessen wird die Bedeutung eines Fachbegriffs dargelegt und ein Fazit mit den wichtigsten Fragen für die Fragestellung präsentiert.

4.3.1 Die verschiedenen Formen von Wohngruppen

Kallert (2013, 182) hält fest, dass bis dato keine verbindliche Begriffsbestimmung und somit kein allgemein gültiger Rahmen für die Formen von betreuten und begleiteten Wohnens vorliegt. Er bezieht sich auf die Definition des ESMS-b¹ nach Johnson et al. (2006), eines Instruments für die vollständige Erfassung und Klassifikation von psychischen Versorgungseinrichtungen in einer definierbaren Versorgungsregion. Der Autor unterscheidet verschiedene Angebote von Wohnformen ausserhalb des Krankenhauses. Im Bereich der Wohngruppen nennt er folgende:

Die **akute Wohnbetreuung** ist auf Menschen ausgerichtet, deren psychischer Zustand sich soweit verschlechtert hat, dass sie ihr tägliches Funktionsniveau nicht aufrechterhalten können. Die Aufnahme erfolgt in der Regel innert 24 Stunden. Die Patienten behalten ihre Wohnunterkunft und leben nur vorübergehend betreut.

¹ Esms-b: The European Service Mapping Schedule, Development of an Instrument for the description and classification of mental health services [online] 5.10.2016

Dieselbe Funktion übernimmt die **Wohnbetreuung im Sinne einer Auszeit**, die Aufnahme erfolgt geplant. Die Patienten behalten ihre Wohnunterkunft.

Die **Nicht-akute Wohnbetreuung mit rund um die Uhr verfügbarer Unterstützung** übergibt dem Betreuungspersonal die Verantwortung bezüglich der klinischen und sozialen Betreuung. Die Aufnahme erfolgt geplant, die Bewohnerinnen haben keine eigene Wohnunterkunft mehr.

Die **Nicht-akute Wohnbetreuung mit täglicher Unterstützung** bietet ebenfalls klinische und soziale Betreuung, aber nicht 24 Stunden am Tag. Das Betreuungspersonal ist einen Teil des Tages und an mindestens 5 Tagen pro Woche anwesend. Die Bewohner haben keine eigene Wohnunterkunft mehr.

Wohnbetreuung mit geringerem Unterstützungsniveau hilft Menschen, die aufgrund von Problemen in der Bewältigung ihrer Erkrankung auf Betreuungsmassnahmen und Unterstützung angewiesen sind. Das Betreuungsteam ist an weniger als 5 Tagen pro Woche anwesend.

4.3.2 Klärung von Fachbegriffen

Supervision oder Praxisberatung bezeichnet nach Wendt (2017, 401) die Beratung und Weiterbildung von Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen. Aber auch in der Pädagogik ist diese Form von Reflexion zur Bearbeitung von Kommunikations- und Beziehungsprozessen aus dem beruflichen Alltag sehr verbreitet und gilt, nach Angaben des Autors, als praxisorientiertes und wissenschaftlich fundiertes Konzept für personen- und organisationsbezogene Beratung.

4.4 Fazit mit den wichtigsten Fragen für die Fragestellung

Die sozialpädagogische Betreuung von suicidalen Bewohnerinnen auf Wohngruppen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bewegt sich im **Spannungsfeld** zwischen der Wohngruppe im **institutionellen Kontext** und der Förderung der **Selbstbestimmung**, wie das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR), aber auch der Berufskodex der Sozialen Arbeit dies verlangt. Suizidgefährdete Menschen können die Wohngruppe jederzeit verlassen. Die Massnahmen in der sozialpädagogischen Betreuung können Suizide nicht verhindern, weder innerhalb der Wohngruppe noch ausserhalb der Institution.

Aus dieser Gegebenheit stellt sich für mich die Frage, wie Fachpersonen der Sozialpädagogik sich innerhalb dieses Spannungsfeldes positionieren und wie sie mit der **Ungewissheit** und der psychischen Belastung in Bezug auf einen **möglichen Suizid** umgehen. Dieses Spannungsfeld bildet die Ausgangslage für die Forschungsfrage und setzt den Schwerpunkt darauf, wie Sozialpädagogen die Betreuung von suicidalen Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen erleben. Welche Faktoren beeinflussen die Wahrnehmung dieses Spannungsfeldes und welche **Strategien** entwickeln Fachpersonen der Sozialpädagogik, um Belastungsstress vorzubeugen? Wie lassen sich das Recht auf **Selbstbestimmung** und die Betreuung von suizidgefährdeten Bewohnerinnen vereinbaren? Auf diese Fragen möchte ich Antworten erhalten.

5 Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel soll der theoretische Rahmen der Arbeit erörtert werden. Dieser wird in zwei thematischen Schwerpunkten dargestellt. In einem ersten Teil wird eine Definition des Begriffs vorgenommen und beschrieben, wie **Suizidalität von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung** sich im Kontext von begleiteten Wohngruppen zeigt. Im anschliessenden zweiten Teil wird aufgezeigt, wie **Belastungsstress in der Betreuung** von suizidalen Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung entsteht und welche **Gefahren**, aber auch welche **Handlungsspielräume** sich für Professionelle der Sozialpädagogik daraus ergeben.

5.1 Definition Suizidalität

Verschiedene Autoren legen dar, dass eine klare Definition des Begriffs Suizidalität kein leichtes Unterfangen darstellt, da es sich bei suizidalen Handlungen um ein **breites Spektrum von Verhaltensweisen** handelt, die mit unterschiedlicher Ernsthaftigkeit die Absicht zu sterben beinhalten (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011, 24ff). Zu derselben Feststellung gelangt Ajdacic-Gross (2013, 21ff), der festhält, dass bei Suiziden offensichtlich sehr unterschiedliche Verhaltensmotive und Verhaltensmuster zusammenfallen. Für ihn gibt es nicht den Suizid, sondern bestenfalls **verschiedene Suizidtypen**. Konkreter äussern sich Illes, Jendreyschak, Armgart und Juckel (2015, 22), die Suizidalität als einen Überbegriff bezeichnen, der sowohl Suizidgedanken sowie auch konkrete Suizidhandlungen umfasst, Suizidgedanken müssen jedoch nicht zwingend zu einem Suizid führen. Eink und Haltenhof (2012, 20) fassen unter dem Begriff Suizidalität alle **Gefühle, Impulse, Gedanken und Handlungen zusammen, die „selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigene Versterben aktiv oder durch Unterlassung“** anstreben oder in Kauf nehmen. Suizidalität ist gemäss den letztgenannten Autoren begleitet von einem grossen **Wunsch nach Ruhe, nach einer Pause im Leben, nach tot sein**. Sie kann sich nach Angabe der Autoren von Gedanken bis hin zu konkreten Plänen und zum vollzogenen Suizid erstrecken, zudem durchlaufen suizidale Menschen diese Abfolge häufig, aber eben nicht immer. Auffallend in dieser Phase ist, gemäss Eink und Haltenhof (2012, 20) der **erhöhte Handlungsdruck** und die Zunahme von Aktivität.

5.2 Suizidalität in psychosozialen Einrichtungen

Eink und Haltenhof (2012, 7) erklären die hohe Suizidalität in psychosozialen Einrichtungen damit, dass Menschen in akuten Krisen die Auswirkungen ihrer Erkrankung auf die eigenen Lebenschancen erkennen und damit einher gehend oft den Glauben an Genesung oder eine positive Veränderung verlieren. Infolge dessen steigt nach Ausführungen der Autoren der Wunsch, dieses unglückliche Leben zu beenden.

Eink und Haltenhof (2012, 10ff) stellen dazu fest, dass sich die **gesellschaftliche Tabuisierung** von Suizid auch bei Professionellen von psychosozialen Einrichtungen beobachten lässt. Sie beziehen sich dabei auf die „Hunde-Weisheiten“. Sie meinen damit das Sprichwort „Hunde, die bellen, beißen nicht“, welches besagen soll, dass angekündigte Suizide selten ausgeführt werden. Die Autoren betonen jedoch, dass die meisten Menschen ihren Suizid ankünden und dass diese Ankündigungen ernst genommen werden müssen. Des Weiteren beziehen sie sich auf den Begriff „keine schlafenden Hunde wecken“. Hinter dieser Aussage steckt nach Eink und Haltenhof (2012, 10) die Furcht, Suizidhandlungen zu fördern, wenn offen darüber gesprochen wird. Diese Furcht halten die Autoren für unbegründet. Sie betonen, dass Suizidgefährdete erfahrungsgemäss entweder abwehrend oder bestätigend auf die Frage nach Suizidabsichten reagieren und dass sie es als grosse Erleichterung empfinden, über ihre quälenden Gedanken sprechen zu können.

Eink und Haltenhof (2012, 11ff) zeigen weiter auf, dass unter Professionellen von helfenden Berufen die Suizidrate gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung ebenfalls deutlich erhöht ist. Als Auslöser gelten neben der beruflichen Belastung auch die Diskrepanz zwischen Verantwortungsdruck und geringer Entscheidungsfreiheit im hierarchischen Gefüge. Sie vermuten jedoch, dass sich in psychiatrischen Einrichtungen nicht nur sensible Klienten, sondern berufsbedingt ebenso **sensible Mitarbeiterinnen** befinden und dass eine ehrliche Bearbeitung der persönlichen Erfahrungen und Einstellungen zu suizidalem Verhalten ein notwendiger Bestandteil professioneller Handlungskompetenz darstellt.

Für die Auseinandersetzung mit der persönlichen Einstellung zum Thema Suizid empfehlen die Autoren die Fragen, wie W. Dorrman sie gestellt hat. Dorrman (2012, 15ff, 153) bearbeitet in diesen Fragen unter anderem die eigene Angst vor dem Tod, die Erfahrungen mit eigenen suizidalen Gedanken oder ob eine suizidale Handlung respektiert werden kann. Der Fragebogen kann im Anhang C dieser Arbeit eingesehen werden.

Fazit für die Praxis:

Für Fachpersonen der Sozialpädagogik ist es meiner Ansicht nach wichtig, sich trotz Unsicherheit oder Furcht mit der eigenen **Einstellung zu Suizid und Tod** auseinanderzusetzen. Unterstützend können dazu die Fragen von Dorrman (vergl. Anhang C) beigezogen werden. Diese Klärung der eigenen Einstellung zu suizidalem Verhalten verhilft zu mehr Offenheit und Klarheit, damit Sozialpädagoginnen **Anzeichen von Suizidalität frühzeitig erkennen** können.

5.2.1 Suizidalität erkennen

Illes, Jendreichak, Armgart und Juckel (2015, 33) betonen, dass alle an der Behandlung beteiligten Fachpersonen mit Einbezug der Angehörigen Suizidzeichen ernst nehmen und ihre **Einschätzung an das gesamte Hilffsystem weiterleiten** sollen. Verschiedene Faktoren werden gemäss der Autorinnen zur Einschätzung von Suizidgefährdung beobachtet: Liegen Risikofaktoren vor? Wie zeigt sich die aktuelle Lebenssituation? Hinweise können nach Angaben der Autorinnen auch in der Stimmungslage, dem Gedankengang sowie in der körperlichen Verfassung und dem Verhalten zu finden sein. Die wichtigsten Anzeichen für erhöhte Suizidalität sind nach Illes et al. (2015, 33) die Folgenden:

1. Niedergeschlagenheit, Resignation sowie Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
2. Fehlende Perspektive im Leben und das Gefühl von Ohnmacht und Verzweiflung
3. Gefühle von Schuld, Nicht-Genügen-können, fehlendes Interesse und Freudlosigkeit
4. Wut gegen die eigene Person, Selbstbestrafung, Selbstvorwürfe
5. Wahnvorstellungen sowie ausgeprägte Angst- und Unruhezustände

Erhöhte körperliche Anspannung macht sich durch Stress-Symptome, massive **Unruhezustände und gesteigerte Impulsivität** bemerkbar (Illes et al., 2015, 34).

Eink und Haltenhof (2012, 59ff) warnen jedoch davor, die Risikoeinschätzung mittels **Fragebögen oder –Risikotabellen** vorzunehmen. Diese Hilfsmittel können gemäss den Autoren im Einzelfall einer grossen Irrtumswahrscheinlichkeit unterliegen und haben in einem Krisen- oder Beratungsgespräch höchstens ergänzenden Charakter. Es ist nach Angabe der Autoren wichtiger, offen über die Krise zu sprechen und mutig die **Frage nach dem geplanten Suizid** zu stellen. Sie werten es als Alarmsignal, wenn die von Ängsten und Unruhe geplagte Person plötzlich ruhig wird und angibt, dass es ihr wieder gut gehe und dass es nichts Weiteres zu tun gebe. Es könnte ein Hinweis darauf sein, dass es sich um die **Ruhe vor dem Sturm** handelt und dass der definitive Entschluss zur Ausführung des Suizid gefallen ist (Eink und Haltenhof, 2012, 64).

Fazit für die Praxis

Meiner Ansicht nach verlangen starke, unübliche Stimmungsschwankungen oder eine andauernde depressive Verstimmung von Betreuten genauso eine Abklärung der Suizidalität wie auch das **Kreisen in hartnäckigen, quälenden, immer wiederkehrenden Gedanken und Schuldgefühlen**. In der täglichen sozialpädagogischen Betreuung auf Wohngruppen bleibt es Sozialpädagoginnen in der Regel nicht verborgen, wenn Bewohnerinnen sich auffällig oder anders als gewohnt verhalten. Schwieriger ist die frühe Erkennung von Suizidgefährdung bei eher stillen oder zurückgezogenen Betreuten. Von Fachpersonen der Sozialpädagogik ist bei der Einschätzung der Suizidalität viel Fingerspitzengefühl nötig. Es ist jedoch unabdingbar, offen über die Krise zu sprechen und mutig die **Frage nach dem geplanten Suizid** zu stellen.

5.2.2 Ausprägung vom Suizidalität

Die Ausprägung von Suizidalität kann nach Illes et al. (2015, 34) unterschiedlich stark sein, Suizid-Gedanken müssen nicht zwingend suizidale Handlungen nach sich ziehen. Die Autorinnen nennen die verschiedenen Stadien in der Ausprägung von Suizidalität nach Pödlinger (1968) wie folgt:

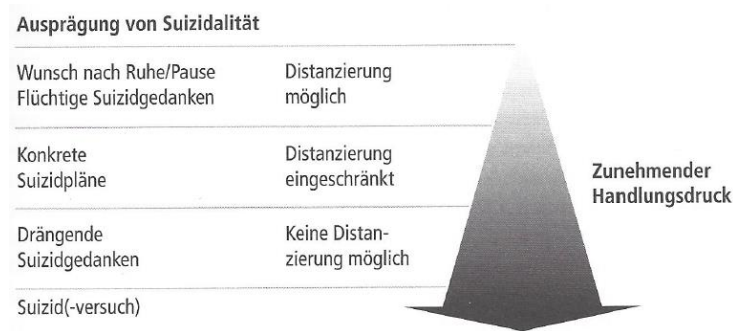


Abb1. Illes et al. (2015, 35)

1. Im **Erwägungs-Stadium** stellen sich Suizidgedanken ein, die Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit ist noch vorhanden. Die Suizidalität wird von den Betroffenen geäußert.
2. Im späteren **Ambivalenz-Stadium** treten schon konkrete Suizid-Impulse auf, die Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit ist eingeschränkt. Die suizidale Person sendet Hilfesignale und kündigt das suizidale Vorhaben an.
3. Im **Entschluss-Stadium** werden Suizid-Vorbereitungen getroffen, es kommt zu konkreten Suizidhandlungen. Die Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit ist, begleitet von drängenden Suizidgedanken, vollständig aufgehoben. Vor der Suizidhandlung können eine trügerische Ruhe und Anzeichen von Resignation auftreten.

Fazit für die Praxis

Nach meiner Erfahrung können die Übergänge der verschiedenen Stadien in der Praxis fließend sein. Sie sind für Fachpersonen der Sozialpädagogik nicht immer einfach und eindeutig festzustellen. Als auffallendes Merkmal gilt der **zunehmende Handlungsdruck**. Zudem gilt es abzuklären, ob **Risikofaktoren** vorliegen. Wenn Betreute sich von suizidalen Absichten nicht mehr distanzieren können, ist aus meiner Sicht eine **umgehende stationäre Einweisung in die psychiatrische Klinik** in Zusammenarbeit mit den therapeutischen Fachpersonen einzuleiten.

5.2.3 Risikofaktoren und Risikogruppen

Suiziden liegen sehr unterschiedliche Verhaltensmuster und Verhaltensmotive zugrunde. Ajdacic-Gross (2013, 23) hält fest, dass jeder zweite Schweizer bzw. jede zweite Schweizerin schon über Suizid nachgedacht hat, dass aber nur jede-r Hundertste an Suizid stirbt. Er hält weiter fest, dass auf einen Suizid schätzungsweise zehn Suizidversuche gezählt werden und erfolgte **Suizide im Verhältnis zur Suizidalität Ausnahmeerscheinungen** darstellen. Der Autor benennt folgende Risikogruppen und Risikofaktoren:

1. Survivors (Angehörige von Suizidentinnen und Suizidenten, abhängig von der Beziehungsqualität und dem Alter der suizidierten Person, ausgeprägter bei Suiziden von Kindern und Jugendlichen²)
2. Menschen nach einem Suizidversuch
3. Psychische Krankheiten und Suchtstörungen
4. Während und nach stationärem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik
5. Festnahme / Gefängniseinweisung
6. Partnerverlust, Verwitmung, Verlust von Kindern oder Eltern
7. Opfer von Missbrauch, Gewalt, Vergewaltigung
8. Schwere chronische Erkrankungen, schwere Schicksalsschläge
9. Isolierte Menschen mit wenig sozialer Unterstützung

Suizidale Impulse können sich erfahrungsgemäss **schnell auf und ebenso schnell wieder abbauen** (Ajdacic-Gross, 2013, 22). Das Suizidrisiko ist bei Menschen während einem **stationären Aufenthalt fünfzigmal erhöht**, unmittelbar nach einem stationären Aufenthalt bis zu **zweihundertmal**, bei Menschen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen liegt das Suizidrisiko **zwischen zehn- bis fünfundzwanzigmal höher** als der Durchschnitt der Bevölkerung (Ajdacic-Gross, 2013, 23).

Fazit für die Praxis

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen gehören, wie Ajdacic-Gross (2013, 23) aufzeigt, bereits zur Risikogruppe. Kehren diese nach einem stationären Aufenthalt wieder in die Wohngruppe zurück ist **erhöhte Aufmerksamkeit** angezeigt. Treten im Umfeld der Betreuten noch weitere Risikofaktoren auf wie Verlust von nahen Angehörigen, schwere Erkrankungen oder Schicksalsschläge ist meines Erachtens eine weitere **Risikoeinschätzung** unter Einbezug der therapeutischen Fachkräfte vorzunehmen.

5.2.4 Suizidtypologien

Ajdacic-Gross (2013, 25) unterscheidet die folgenden Suizidtypologien und gibt Hinweise für die professionelle Betreuung:

1. **Kurzschlussuizide** setzen keine hohe Basissuizidalität voraus. Merkmale sind hohe Impulsivität, Reizbarkeit, Erregbarkeit bis hin zu Aggressivität. Ziel der Suizidprävention ist Zeitgewinn durch enge Begleitung und das Beseitigen von letalen³ Mitteln wie Rasierklingen, Schusswaffen oder Medikamenten.
2. **Suizide aufgrund eines sich aufbauenden Leidensdrucks** zeigen sich durch einschneidende oder ausweglose Situationen wie Verlusterlebnisse oder schwere Krankheiten. Für die Prävention sind therapeutische Massnahmen angezeigt. Es gelten dieselben Sicherheitsvorkehrungen wie bei Kurzschlussuiziden.

² Nach Definition der American Association of Suicidology sind „Survivors“ Menschen, die den Suizid einer Person erlebt haben, mit der sie eine wichtige Beziehung oder emotionale Nähe verband. (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011).

³ Zum Tod führend, Tod bringend. Aus dem Duden [online], 9.10.2012.

3. **Suizide aufgrund wiederkehrenden Leidensdrucks** bezeichnen das krisenhafte Ansteigen und Abklingen von Suizidalität und treten hauptsächlich im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf. Als Prävention ist psychiatrische Behandlung angezeigt mit dem Ziel, den Leidensdruck während der kritischen Phase zu senken. Es gelten dieselben Vorkehrungen wie bei Kurzschluss-suiziden.
4. **Suizide aufgrund chronischer Suizidalität** werden ausgelöst durch einen anhaltenden Leidensdruck mit hoher Basissuizidalität. Als Prävention ist psychiatrische Behandlung angezeigt mit dem Ziel, den Leidensdruck und die Basissuizidalität zu senken.
5. **Bilanzsuizide, Assistierte Suizide** haben nach Angaben des Autors wenig gemeinsam mit den bereits erwähnten Suizidtypen und werfen tiefgreifende ethische Fragen auf.

Der Autor hält fest, dass die Suizidtypologien rasch und zuverlässig die Richtung für präventive Massnahmen aufzeigen können, da die häufigsten Formen der Suizidalität den Typologien 1- 3 zugeordnet werden können. Die ersten drei Typologien, so bestätigt Ajdacic-Gross (2013, 24) sind für präventive Massnahmen sehr gut zugänglich.

Assistierte oder begleitete Suizide werfen nicht nur bei Altersgebrechen, sondern auch bei psychischen Störungen tiefgreifende ethische Fragen auf (Eink und Haltenhof, 2012, 17). Sie halten fest, dass es sich bei begleitetem Suizid zu Beginn um Sterbehilfe für unheilbar Kranke mit deutlich begrenzter Lebenserwartung handelte. Zunehmend werden nach Angaben der Autoren auch psychisch Kranke in ihrem Sterbenswunsch begleitet. Sie geben zu bedenken, dass die Unheilbarkeit von psychischen Erkrankungen nicht abschliessend geklärt werden kann. Gleichzeitig bezweifeln sie, dass der Sterbenswunsch, beispielsweise bei Menschen mit schweren Depressionen, tatsächlich **freiverantwortlich** zustande gekommen ist und sie vermuten, dass Menschen in Phasen grosser Hoffnungslosigkeit ihre eigene Genesung krankheitsbedingt als unwahrscheinlich einstufen. Eink und Haltenhof (2012, 18) bezeichnen begleitete Suizide als eine der extremsten Formen der Grenzüberschreitung.

Fazit für die Praxis

In der sozialpädagogischen Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sind nach meinen Erfahrungen alle Suizidtypologien anzutreffen und müssen oft in Bezug **zur Diagnose der psychischen Störung** betrachtet werden. In manischen Phasen werden Menschen mit einer bipolaren affektiven Störung eher dem Suizidtypus 1 zugeordnet, während sie in der depressiven Phase oder in einer durch Trauma oder schwerwiegende Wahrnehmungsstörungen ausgelösten Beeinträchtigung in allen Suizidtypologien vertreten sind. Äussern Betreute den Wunsch nach einem begleitetem Suizid werfen sie damit grundsätzliche Fragen auf zum Auftrag der Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Fürsorge einerseits und Selbstbestimmung von Betreuten andererseits. Institutionen mit Wohngruppen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung werden meines Erachtens zunehmend mit der Thematik der assistierten Suizide konfrontiert werden. Mit einer klar **kommunizierten Haltung** und der **Erarbeitung von Leitlinien** geben sie den Fachpersonen der Sozialpädagogik wichtige Unterstützung.

5.2.5 Krise und Suizid

Suizidalität an sich ist keine Krankheit, sondern Ausdruck einer **tiefen Krise** und gehört grundsätzlich zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung, die nicht zwingend professionelle Hilfe benötigt (Gahleitner, Scheuermann, Ortiz-Müller, 2012, 80ff). Zu den **Entwicklungs- und Reifungskrisen** zählen, so die Autorinnen, die Abnabelung vom Elternhaus, körperliche Reifungsprozesse, die lebenslange Suche nach der eigenen Identität und dem Sinn des Lebens.

Sie betonen, dass die Lebensspanne der Adoleszenz, der Midlife Crises⁴ und des Alters nicht nur fordern und fördern, sondern auch überfordern kann und dass auch Suizidgedanken in diesen Umbrüchen nichts Ungewöhnliches sind.

Als Krise bezeichnen Gahleitner, Scheuermann und Ortiz-Müller (2012, 82) den **Verlust des seelischen Gleichgewichts** durch Ereignisse oder Lebensumstände, die ein Mensch in diesem Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie seine bisherigen Problemlösungsfähigkeiten übersteigen oder diese zumindest nicht ausreichen, um die Situation zu meistern.

Fazit für die Praxis

Wenn Menschen mit psychischer Beeinträchtigung aufgrund einer persönlichen Krise suizidale Gedanken äussern, brauchen sie nach meinen Erfahrungen in erster Linie **vertrauensvolle Betreuungspersonen**, die ihre Nöte ernst nehmen und sie **beruhigen** können. Die Wahrnehmung, dass Krisen ein zeitlich begrenztes Phänomen sind und die Zusicherung, dass Fachpersonen der Sozialpädagogik bereit sind, diese mit ihnen durchzustehen, sind für den weiteren Verlauf der Krise entscheidend. Neben persönlichen Krisen können auch unverarbeitete traumatische Erlebnisse zu Suizidalität führen.

5.2.6 Trauma und Suizid

Anders als die Entwicklungs- und Reifungskrisen stellen traumatische Krisen, insbesondere wenn sie ihren Ursprung in der **Kindheit** haben, eine weitaus grössere Belastung dar (Gahleitner, Scheuermann und Ortiz-Müller (2012, 82). Krisenerfahrungen und Suizid werden nach Angaben der Autorinnen zu den typischen Folgeerscheinungen von Kindheitstraumata gezählt. Traumatisierten Kindern und Jugendlichen fehlt, so die Autorinnen, sehr oft die Fähigkeit der **Selbstregulation**, um mit den überwältigenden Gefühlen, aber auch mit der Gefühlstaubheit, dem Gedächtnisverlust und dem Wiedererleben umgehen zu können. Trauma-Opfer sind deshalb nach Angaben der Autorinnen häufiger weiteren **Krisen, Suizidgefahr und Suizid** ausgesetzt. Entwickelt sich zu den Trauma-Folgen eine psychische Störung, löst diese weitere Krisen aus, die oft in suizidalen Handlungen enden (Gahleitner, Scheuermann und Ortiz-Müller (2012, 82). Sie weisen darauf hin, dass insbesondere traumatisierte Menschen auf konstruktive Bewältigungsformen wie **Ressourcen-Förderung** gut ansprechen.

Den stabilisierenden Effekt der **Ressourcen-Förderung** bestätigen auch Hanswille und Kissenbeck (2014, 50ff). Im Umgang mit traumatisierten Menschen sind schöne Erinnerungen von vertrauensvollen Beziehungen zu lieben Menschen oder an erlebte Sicherheit und Geborgenheit, so die Autoren, wesentliche Elemente der **Selbstberuhigung**. Diese inneren Bilder stärken das Gefühl von Sicherheit und unterstützen die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, Affektregulation, Kontrolle und Autonomie (Hanswille und Kissenbeck, 2014, 50ff).

Fazit für die Praxis

In der sozialpädagogischen Betreuung von Menschen mit traumatischen Krisen ist nach meinen Erfahrungen eine **konsequente systemische Herangehensweise** angezeigt. In Zusammenarbeit mit dem Hilffssystem und den Ressourcen aus dem persönlichen Umfeld der Betreuten liegt der Schwerpunkt primär auf der Förderung der Kompetenzen, damit Krisen sich nicht bis zum Suizid aufbauen. Wichtig ist es jedoch, Suizid-Gedanken und –Absichten offen anzusprechen.

⁴ Chance und Krise in der Lebensmitte, i.d.R. zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahr. Den Betroffenen wird bewusst, was sie aus Altersgründen nicht mehr erreichen können. (Merkel, Rolf. In: Psycho-Tipps.com).

5.2.7 Suizid als Tabu

Baumann (2001, 33ff) beschreibt in ihrer Untersuchung zum Einfluss der christlichen Kirche auf den Suizid die jahrhundertealte **kirchliche Stigmatisierung** von Menschen, die durch Suizid aus dem Leben geschieden sind. Es wurde ihnen, so die Autorin, ein würdiges Begräbnis auf dem Friedhof verwehrt, denn Suizid galt als Charakterschwäche und verwerfliche Tat, welche Schande über die ganze Familie brachte. Suizid war nach Angaben der Autorin ein Tabu. Erst gegen Mitte des neunzehnten Jahrhunderts und im Geiste der Aufklärung setzte sich die Einsicht durch, dass in aller Regel psychische Störungen für suizidales Verhalten verantwortlich seien (Baumann, 2001, 33ff). Wie Eink und Haltenhof (2012, 10) beschreiben, ist auch bei Professionellen in psychosozialen Einrichtungen eine Tabuisierung des Themas festzustellen. Dahinter steckt, nach Ausführungen der beiden Autoren die **Angst, über dieses belastende Thema zu sprechen** oder die Absicht, es totzuschweigen, damit die Suizidgefährdeten nicht noch zusätzlich zu einer Tat animiert werden könnten.

Fazit für die Praxis

Aus meiner Sicht prägt die **persönliche Einstellung zu Suizidalität** die Haltung von Fachpersonen der Sozialpädagogik gegenüber suizidalen Betreuten massgeblich. Das Bewusstsein für die eigenen Werte, Ängste oder persönlichen negativen Erfahrungen mit Suizidalität ist nach meinen Erfahrungen ein erster Schritt hin zur Enttabuisierung des Themas und zu mehr **Offenheit und Mut**. Ein weiterer wichtiger Aspekt stellt jedoch die **Selbstbestimmung** dar.

5.2.8 Selbstbestimmung der Betreuten versus Verhinderung von Suiziden

Das unter Kapitel 4.2.1 behandelte Erwachsenenschutzrecht verpflichtet Fachpersonen der Sozialpädagogik, die Selbstbestimmung und das Recht auf Privatsphäre der betreuten Personen zu wahren. Auch Poulsen (2009, 13ff) hält fest, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit das Ziel verfolgen, die **Selbstbestimmung** der betreuten Personen zu respektieren und ihnen zu einem **menschenwürdigen Leben** zu verhelfen. Wie verhält es sich nun aber mit der Selbstbestimmung in Bezug auf den Wunsch zu sterben?

Eink und Haltenhof (2012, 13ff) geben darauf keine abschliessende Antwort, stellen aber die Frage, ob wir als Professionelle das Recht haben, Menschen von ihren Suizidabsichten abzubringen. Würde es sich um eine Erkrankung handeln, könnten die Autoren die Frage bejahen, da sie dann einen Menschen vor den Folgen seiner Krankheit beschützen würden. Da Eink und Haltenhof (2012, 13ff), aber auch viele andere Autoren vom Begriff des **Suizid als Krise** ausgehen, erhält die Aussage von Poulsen (2009, 13ff) Gewicht, die das Ziel der Sozialen Arbeit in der Unterstützung hin zu einem menschenwürdigen Leben definiert. Eink und Haltenhof (2012, 10) ergänzen, dass Menschen in Krisenphasen eher „blind vor Schmerz und Verzweiflung“ als frei sind und dass etwa neun von zehn **Überlebenden eines Suizidversuchs Freude oder Erleichterung über das Scheitern** ihrer Verzweiflungstat äussern.

Fazit für die Praxis

Die Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen stellt nach meinen Erfahrungen in Bezug zur Selbstbestimmung eine **Gratwanderung** dar. Wie in Kapitel 5.2.1 dargelegt, durchlaufen Menschen in sich aufbauenden Krisen in der Regel verschiedene Stadien. Solange die **Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit** noch gegeben sind besteht in der Betreuung erfahrungsgemäss die Möglichkeit, durch intensive Gespräche die **Eigenverantwortung** gegenüber dem eigenen Leben gerade in Bezug auf die personenbezogenen Ressourcen und die Selbstbestimmung zu stärken. Wenn die Krise überhandnimmt und die Sicherheit von Betreuten gefährdet ist, kann meiner Ansicht nach auch das Recht auf Selbstbestimmung nicht mehr vollumfänglich gewährt werden.

5.2.9 Einbezug von Angehörigen

Bull und Bitoni (2015, 188) betonen, dass schon die psychische Erkrankung an sich für Angehörige sehr belastend sein kann. Wenn nun noch Suizidabsichten geäußert werden oder Suizidversuche stattgefunden haben, fühlen sich Angehörige, so die Autorinnen, hilflos und ohnmächtig. Sie führen aus, dass Angehörige Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in suizidalen Krisen wichtigen **Rückhalt und Unterstützung** geben können. Die Autorinnen halten fest, dass die suizidale Krise von Familienmitgliedern oder Freunden für Angehörige oft der erste konkrete Kontakt mit einer Institution darstellt und dass sie unter erhöhtem Druck stehen, die suizidgefährdete Person **überwachen und beschützen** zu müssen. Gleichzeitig brauchen viele Angehörige Unterstützung in Bezug auf die **Kommunikation über Suizid**. Oftmals fühlen sie sich durch die Suizidäußerungen erpresst und verspüren neben Angst auch Ärger und grosse Verunsicherung (Bull und Bitoni, 2015, 195). In der sozialpädagogischen Betreuung soll in gemeinsamen Gesprächen mit Angehörigen und Betreuten möglichst klar über die Situation gesprochen werden und es soll aufgezeigt werden, dass die suizidgefährdete Person sich nicht rechtfertigen muss (Wolfersdorf, 2000, 99ff). Eine **beziehungsfördernde Grundhaltung** orientiert sich an den Bedürfnissen aller Anwesenden, unterstützt eine offene Kommunikation über die schwierige Situation und verhilft zur **Erarbeitung neuer Perspektiven** (Bull und Bitoni, 2015, 196). Die Autorinnen empfehlen, mit Angehörigen Verhaltensweisen zu besprechen, von denen abzuraten ist, wie Herunterspielen der Krise, Ratschläge geben und belehren, aber auch ermahnen, nachforschen, ausfragen und analysieren.

Fazit für die Praxis

In der sozialpädagogischen Betreuung ist es aus meiner Sicht ratsam, Angehörige von suizidgefährdeten Menschen konsequent in die Begleitung einzubeziehen und **unterschiedliche Auffassungen im Umgang mit suizidalem Verhalten** zu klären. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Sozialpädagogen **der Schweigepflicht** unterstehen und dass sie nur nach Einwilligung der gefährdeten Person die Angehörigen informieren dürfen. **Detaillierte und regelmässige Tagesrapport-Berichte**, welche spezifische Beobachtungen beinhalten und aufzeigen, wie das Schlafverhalten, die Sozialkontakte und Reaktionen auf medikamentöse Massnahmen sich auswirken gibt Angehörigen meines Erachtens Sicherheit und festigt das Vertrauen in die professionelle Arbeit des Betreuungsteams. Die Betreuung von suizidalen Menschen bleibt aber in erster Linie Beziehungsarbeit.

5.2.10 Die professionelle Beziehungsgestaltung

In der sozialpädagogischen Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in suizidalen Krisen stellt die professionelle Beziehungsgestaltung einen zentralen Faktor dar.

Poulsen (2009, 14) hält fest, dass die Berufe der Sozialen Arbeit **Empathie-Fähigkeit und Engagement** voraussetzen und dass Fachkräfte ihre eigene Persönlichkeit als Werkzeug in die professionelle Beziehung einbringen. Die Autorin legt dar, dass durch den tiefen Einblick in die Lebensschicksale betreuter Personen Soziale Fachkräfte ein **professionelles Nähe-Distanz-Verhältnis** wahren müssen, damit sie sich von den Schicksalen der betreuten Personen abgrenzen können. Die professionelle Beziehungsgestaltung ist nach Poulsen (2009, 14) die **tragende Grundsäule** jedes Kontakts in der sozialen Arbeit und beinhaltet nicht nur das empathische Sich-Einbringen, sondern ebenso das **professionelle sich-Abgrenzen** und Distanzieren von den belastenden Lebensumständen der zu Betreuenden. Dabei hilft es, nach Angaben der Autorin, die eigenen **Helfermotive** zu klären und **Selbsterkenntnisprozesse in Bezug auf die eigenen Grenzen** einzuleiten.

Den Unterschied zu kennen zwischen **Mitgefühl und Mitleid** erachtet Poulsen (2009, 14) als existenziell für die eigene Psychohygiene und das Aufrechterhalten können einer professionellen Beziehung.

Empathie-Vermeidungswippe

Die Visualisierung einer professionellen Beziehungsgestaltung in der Therapie von Personen mit sehr belastenden Lebensumständen hat Maercker (1996) in der untenstehenden Grafik dargestellt. Es wird gezeigt, wie Therapeutinnen und Therapeuten nur mittels professioneller Distanz zu den Hilfesuchenden und deren Schicksal eine optimale Haltung einnehmen und Sicherheit vermitteln können. (Abb2, unten). Gelingt es nicht, die **professionelle Nähe-Distanz-Regulation** wahrzunehmen, besteht die Gefahr der Überidentifikation. Diese übermässige empathische Teilnahme führt zu **Grenzverlust und Burnout** (Abb1). Ebenso besteht die Gefahr von Vermeidung und Invalidierung (Abb1). Das Problem der hilfesuchenden Person wird in Frage gestellt, empathische Zuwendung wird verwehrt. Es bildet sich als Konsequenz die Teilnahme am **Komplott des Schweigens**, das Problem wird verharmlost oder nicht bearbeitet.

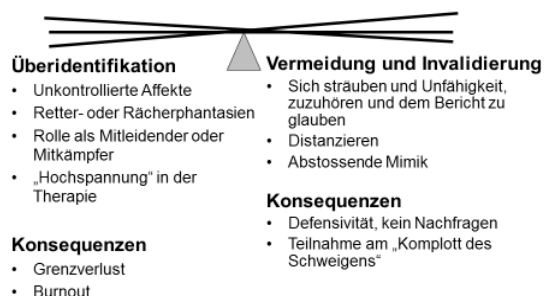


Abb1 Empathie-Vermeidungswippe nach Maercker(1996)

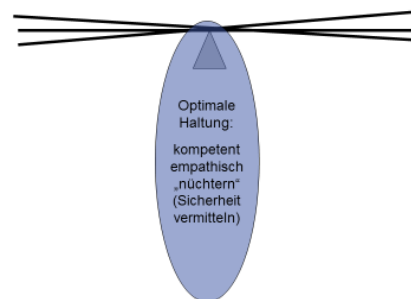


Abb2 Empathie-Vermeidungswippe nach Maercker(1996)

Fazit für die Praxis

In der täglichen Arbeit auf Wohngruppen besteht aus meiner Sicht die Gefahr, dass Fachpersonen der Sozialpädagogik sich durch die intensive Beziehungsarbeit und die teilweise tragischen Lebensschicksale von Betreuten zu stark vereinnahmen lassen. Das löst Betroffenheit aus, das **professionelle Sich-Abgrenzen** wird zur Herausforderung. Hier gilt es eine gesunde Balance zu halten, um sich nicht zu stark zu verausgaben. Eine wichtige Rolle fällt hier der **Teamarbeit** zu, die in schwierigen Arbeitssituationen wertvolle Entlastung gewährleistet.

5.2.11 Arbeit im Team als Chance

Sozialpädagogische Betreuung auf Wohngruppen ist immer auch Teamarbeit. Das Betreuungsteam einer Wohngruppe setzt sich aus **unterschiedlichen Persönlichkeiten** zusammen. Belastungsstress trifft deshalb nicht alle Teammitglieder gleich stark. Poulsen (2009, 115ff) zeigt auf, dass Team-Kolleginnen und –Kollegen in der Verarbeitung von belastenden Ereignissen im professionellen Kontext **wichtige Gesprächspartner** sind. Die Autorin beschreibt, dass der Einblick in menschliches Elend und in Lebensschicksale zu den am häufigsten genannten **konkreten Stressoren** in der Sozialen Arbeit gehört. Umso mehr an Bedeutung gewinnt nach ihren Ausführungen deshalb der Austausch im Team über das Erleben im beruflichen Alltag, über Ärgernisse, Fragen, Ängste und Wahrnehmungen. Wenn im Team eine vertrauensvolle Atmosphäre herrscht und der Austausch in aller Offenheit möglich ist, kann eine **Reflexion über das Erlebte**, so die Autorin, die Stresssituation massgeblich ausgleichen. Eine positive Rückmeldung aus dem Team, persönlich ausgedrückte Wertschätzung, erlebte Zuverlässigkeit der Arbeitskolleginnen und deren unkomplizierte Hilfe geben jedem einzelnen Teammitglied Rückhalt und Sicherheit (Poulsen, 2009, 116).

Die Autorin betont zudem die grosse Relevanz der **Rückendeckung durch die Vorgesetzten**. Dass diese die Arbeitsbelastung nicht nur wahrnehmen und anerkennen, sondern mit dem Team aktiv nach Lösungen suchen, wird seitens der Autorin als grosse Hilfe und als Wertschätzung der geleisteten Arbeit gewertet.

Fazit für die Praxis

Die Individualität von Sozialpädagoginnen in einem Team führt nach meinen Erfahrungen zu einer **individuellen Wahrnehmung von Stressoren** in belastenden Arbeitssituationen. Hier liegt die grösste Chance in der Teamarbeit, weil weniger belastete Kolleginnen und Kollegen **Entlastung** bieten können. Wenn in Teams eine vertrauensvolle Atmosphäre herrscht, können auch Ängste und Überforderung thematisiert werden. Erleben die Sozialpädagogen noch Rückendeckung und **Unterstützung durch die Vorgesetzten** schafft dies erfahrungsgemäss eine Atmosphäre der **Wertschätzung**, die Teams zusätzlich motiviert und stärkt.

5.2.12 Gespräche führen mit suizidalen Betreuten

Illes et al. (2015, 40) betonen die grundlegende Bedeutung des **Beziehungsaufbaus** zu einer suizidgefährdeten Person und dass die **Ambivalenz in Bezug auf den eigenen Suizid**, wie suizidgefährdete Personen sie in akuten Phasen erleben, bestärkt werden soll. Dazu eignen sich die Fragen, wie Eink und Haltenhof (2012, 63) sie als Beispiele nennen:

- Für welchen Menschen oder für welche Aufgabe lohnt es sich, weiter zu leben?
- Wer oder was oder welche Lebensziele halten die betroffene Person am Leben?
- Wie wurden frühere Belastungen gemeistert? Was hat geholfen?

Damit kann, nach Illes et al. (2015, 34, 40) eine neue **Zukunftsperspektive** aufgebaut werden, die Person kann aus dem verengten Denken heraustreten und **mit sozialpädagogischer Unterstützung die Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit wiedererlangen**. Die Autorinnen bestärken Sozialpädagoginnen, den möglichen Umgang mit suizidalen Bewohnern sowie **hilfreiche eigene Verhaltensstrategien** schon im Voraus zu überdenken. Als Unterstützung haben sie einen Fragebogen entwickelt, den sie allen Interessierten zur Verfügung stellen. Der Fragebogen ist im Anhang dieser Arbeit zu finden (vergl. Anhang E). Im Umgang mit suizidalen Menschen verweisen die Autorinnen auf Horn (2011, online) und empfehlen für die **Gesprächsführung** folgendes Vorgehen:

1. Persönliche Beziehung zur suizidalen Person aufbauen, Nähe herstellen
2. Situation, die zur suizidalen Krise geführt hat, erfassen
3. Ambivalentes Verhalten in Bezug auf den eigenen Suizid(Suizidwunsch) bestärken
4. Hoffnung auf Veränderbarkeit aufkommen lassen
5. Gemeinsam Zukunftsperspektiven aufbauen

Illes et al. (2015, 41) plädieren für eine **respektvolle Haltung** im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Diese erachten sie auch dann als wichtig, wenn der Eindruck entsteht, dass Suizidankündigungen **manipulativ** eingesetzt werden. Wer Hoffnungslosigkeit und Todeswünsche äussert, sendet einen Hilferuf, der von Professionellen ernst genommen werden muss, zeigen sich die Autorinnen überzeugt. Wie Respekt ist nach Illes et al. (2015, 41) auch **Transparenz** eine wichtige Voraussetzung, damit eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Betreuten und den sozialpädagogischen Betreuungspersonen entstehen kann. Dabei ist zu beachten, dass die betreute Person im Voraus über die zu treffenden Massnahmen informiert wird, denn auf diese Weise erhält sie, nach Illes et al. (2015, 41), Respekt und ein **Gefühl von Kontrolle** und Mitspracherecht, welches sie in schwerwiegenden Krisen massgeblich stützen kann.

Sozialpädagogen dürfen sich jedoch nicht unter Druck setzen lassen von den „**Rettungserwartungen**“ der Betreuten (Illes et al. 2015, 45). Gemäss Ausführungen der Autorinnen ist es wesentlich, **keine Versprechen abzugeben, die nicht eingehalten werden können**, da dies für Menschen in suizidalen Krisen einen grossen Vertrauensverlust bedeuten kann. Illes et al. (2015, 46) raten zudem ab, auf die Wünsche der Betreuten nach **Geheimhaltung** ihrer Suizidalität einzugehen. Der Umstand, dass innerhalb des Hilfsystems professionsbedingte Transparenz grundsätzlich wichtig ist muss Betreuten, so die Autorinnen, auch in Krisensituationen deutlich vermittelt werden.

Eink und Haltenhof (2012, 105) plädieren für einen **verantwortungsvollen Umgang mit Non-Suizid-Verträgen**. Sie weisen darauf hin, dass die mündlich getroffenen Non-Suizid-Verträge suizidgefährdete Menschen in ihrer Selbstverantwortung bestärken können. Gleichzeitig legen sie dar, dass Non-Suizid-Verträge keine Sicherheit bieten und dass Professionelle der Sozialpädagogik sorgfältig abklären müssen, ob eine Person mit diesem Versprechen überfordert sein könnte.

Fazit für die Praxis

Bei jeder Form von Gesprächsführung mit akut suizidalen Betreuten gilt es, **die Situation zu entschärfen und Zeit zu gewinnen**. In akuten Situationen brauchen Betreute, nach meiner Erfahrung, die Zusicherung, dass Sozialpädagoginnen und Therapeuten für sie Zeit haben und dass aktiv und gemeinsam nach einer Lösung gesucht wird, um zuerst und kurzfristig Entlastung herzustellen. Dabei müssen Beratungsgespräche nicht immer im Büro stattfinden. Schon das auf einem **gemeinsamen Spaziergang** vertrauensvoll geführte Gespräch kann die suizidgefährdete Person erfahrungsgemäss physisch und psychisch entspannen und für Lösungsmöglichkeiten öffnen. Aus meiner Sicht sind Fachpersonen der Sozialpädagogik in diesen schwierigen Phasen jedoch immer erhöhtem Stress ausgesetzt.

5.3 Belastungsstress in der Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen

Der nun folgende zweite Theorieteil behandelt Belastungsstress, wie er sich in der Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen zeigen kann. Einleitend werden hier einige persönliche Gedanken eingebracht, welche in die Thematik überleiten sollen:

Wenn die suizidale Krise abklingt, machen sich im Team die Belastungserscheinungen bemerkbar. Grosse Müdigkeit, ein Gefühl des ausgelaugt Seins bis hin zu Schlafstörungen treten auf. Durch intensive Nachbesprechung im Team können die akuten Belastungsreaktionen aufgefangen werden. Nach einem vollzogenen Suizid ist der Schock jedoch gross. Der nun folgende zweite Theorieteil legt den Schwerpunkt deshalb auf dem Umgang mit Belastungsstress im professionellen Kontext.

5.3.1 Belastungsreaktionen im beruflichen Kontext

Als Beispiele für berufsspezifische psychische Belastungen am Arbeitsplatz nennen Illes et al. (2015, 14) die Konfrontation mit schwer oder unheilbar erkrankten Menschen, den Umgang mit schwierigen Klienten oder gefährlichen Situationen sowie Berichte über Themen, die schwere Betroffenheit auslösen.

Besondere belastende Ereignisse werden von Illes et al. (2015, 14) in zwei Gruppen unterteilt: Einerseits die **direkte Bedrohung** wie körperliche, verbale oder sexuelle Gewalt, andererseits **indirekte Bedrohung** wie Konfrontation mit verletzten, entstellten oder toten Menschen sowie erlebte Suizide und Suizidversuche anderer Menschen. Nach Illes et al. (2015, 14) werden diese Ereignisse von den meisten Menschen im beruflichen Kontext als sehr belastend erlebt.

Angestellte in helfenden Berufen wie Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst und Gesundheitswesen sind, so die Autorinnen, durch die berufsbedingte Nähe des zwischenmenschlichen Kontakts besonders gefährdet. Sie betonen, dass extrem belastende Ereignisse im beruflichen Kontext eher selten, dafür aber **plötzlich** auftreten. Dieser Umstand verlangt spontanes Handeln und häufig lösen solch plötzliche Ereignisse eine **Alarmreaktion mit Stress** aus (Illes et al., 2015, 15). Die besonders belastende Situation verlangt nach Massnahmen ausserhalb der Arbeitsroutine, was gemäss den Autorinnen im Vergleich zu anderen Stressoren ein höheres **Stresspotential** aufweist. Illes et al. (2015, 16) benennen hier die psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen als besonders belastet, da Menschen mit psychischen Störungen um ein zehn- bis zwanzigfach erhöhtes Suizidrisiko haben.

Fazit für die Praxis

In der Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen sind Fachpersonen der Sozialpädagogik meiner Ansicht nach hauptsächlich **indirekter Bedrohung** ausgesetzt. Das Auffinden von Betreuten nach einem Suizidversuch oder einem vollzogenen Suizid stellt nicht nur eine grosse Belastung im professionellen Kontext dar, sie löst auch **grosse persönliche Betroffenheit** aus. Es stellt sich mir die Frage, wie Sozialpädagoginnen mit dieser Belastung umgehen. Die anschliessende Studie zu Sekundärer Traumatisierung gibt dazu wertvolle Erkenntnisse.

5.3.2 Studie Sekundäre Traumatisierung

Daniels (2008, online) befasst sich in ihrer Studie zu Sekundärer Traumatisierung bei berufsbedingten Belastungen von Therapeutinnen und Therapeuten ebenfalls mit Belastungsstress. Dabei hält sie fest, dass bisher nicht geprüft wurde, ob sekundäre Traumatisierung Ähnlichkeit mit den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung aufweist und wieweit diese Belastungen klinisch relevant sind. In einer explorativen Studie wurden dazu 21 Therapeutinnen befragt, die bereit waren, über ihre Erfahrungen mit berufsbedingten Belastungen Auskunft zu erteilen. In der Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich ohne direkten Kontakt zum Ausgangstrauma eine „übertragene“ **Traumatisierung mit Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung** nachweisen lässt. Daniels (2008, online) vermutet, dass eine gesteigerte Fähigkeit zur Empathie sowie **Dissoziation** in der Verarbeitung von belastenden Ereignissen für die Entwicklung einer Sekundärtraumatisierung ausschlaggebend sind. Die Autorin betont, dass bis anhin wenige empirische Studien durchgeführt wurden und dass diese zu wenig schlüssigen Aussagen über die Risiko- und Schutzfaktoren geführt haben. Sie hält jedoch fest, dass Berufsverbände zunehmend das Risiko der Sekundären Traumatisierung anerkennen. Daniels (2008, online) beschreibt den Begriff der Sekundären Traumatisierung als eine Traumatisierung, die „ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit **zeitlicher Distanz** zum Ausgangstrauma entsteht“. Obwohl Therapeutinnen und Therapeuten sich in den Punkten Vorhersehbarkeit, Kontrolle und Wissen deutlich von primären Opfern traumatischer Erlebnisse unterscheiden, können in der Folge traumatische Formen der Verarbeitung von Information durch Intrusion (Wiedererleben) entstehen (Daniels, 2008, online). Weiter führt die Autorin aus, dass Therapeutinnen und Therapeuten den Verlauf einer Sitzung mit therapeutischen Techniken beeinflussen können und sich durch ihr Fachwissen wesentlich von den primär Traumatisierten unterscheiden. Aus den Forschungsdaten definierte die Autorin relevante Indikatoren und legte den Fokus auf die Symptome **Hyperarousal⁵, Vermeidung und Intrusion**.

⁵ **Hyperarousal** bezeichnet eine meist unter Stress auftretende Überregung, häufig begleitet von Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und erhöhter Reizbarkeit. (Lexikon online, Online Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik, 2016).

Aus konkret genannten Äusserungen aus den Interviews konnte die Übereinstimmung mit der Symptomatik des Posttraumas belegt werden. Als weitere Symptome wurden die **depressive Verarbeitung, der Substanzmissbrauch, die fehlende Abgrenzung und das parapsychotische Gefühlserleben** untersucht. Auch in diesen Punkten konnten anhand der Aussagen der Interview-Therapeutinnen gesteigerte Belastungen ähnlich der posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt werden.

Als **Fazit für die Praxis** stellt Daniels (2008, online) fest, dass Sekundäre Traumatisierung nicht das Resultat fehlender Professionalität, sondern Ausdruck ausgeprägter **Empathie-Fähigkeit** ist. Die Autorin empfiehlt zur Bearbeitung Supervisionssitzungen, um einer Chronifizierung der Belastungsreaktionen vorzubeugen. Zum Schluss verweist sie auf einen Fragebogen zum Thema, der in der Forschungsarbeit entwickelt und für eine erste Evaluation als Download auf ihrer Webseite zur Verfügung gestellt wird. Im Anhang dieser Arbeit kann der Fragebogen eingesehen werden (vergl. Anhang D).

5.3.3 Anzeichen von Belastungsreaktionen ernst nehmen

Die Arbeit mit suizidalen Bewohnern kann bei den einzelnen Teammitgliedern sehr **vielfältige Belastungsreaktionen** hervorrufen. Die Dauer ist unterschiedlich lang und es können verschiedene Faktoren auf die Dauer und die Schwere der Belastungsreaktion einwirken (Illes et al., 2015, 59).

Stress entsteht, wenn die situativen Anforderungen die individuelle Einschätzung der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten übersteigen (Illes et al., 2015, 59). Sie betonen, dass das **Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren bei Stress** sich sehr komplex darstellt und dass verschiedene Menschen auf dieselbe Stresssituation unterschiedlich reagieren. Wenn sich nach schwierigen Arbeitssituationen Belastungsreaktionen zeigen, ist das **Gespräch im Team** und unter Arbeitskollegen nach Angaben der Autorinnen in mehrerer Hinsicht wertvoll:

- Es ist dadurch eine Auseinandersetzung mit den eigenen Reaktionen und das Verstehen der eigenen Belastungsreaktion möglich
- Die Teammitglieder können einander bei der Verarbeitung von weniger ausgeprägten Belastungsreaktionen unterstützen
- Direkt nach einem schwerwiegenden Ereignis leistet kollegiale Unterstützung wichtige „erste Hilfe“
- Im Team erhalten Mitarbeitende Feedbacks, wenn länger dauernde oder ausgeprägte Stress-Symptome darauf hinweisen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Der Teamarbeit fällt somit eine wichtige Rolle zu, Belastungsreaktionen zu erkennen, da sich das Zusammenspiel der Stressfaktoren, wie die Autoren darlegen, sehr vielfältig zeigen kann.

Fazit für die Praxis

Die grosse Chance der Teamarbeit liegt meiner Ansicht nach darin, dass die verschiedenen Teammitglieder belastende Ereignisse unterschiedlich wahrnehmen. So können stärker Betroffene von den anderen Teammitgliedern aufgefangen und wenn nötig entlastet werden. Die beschriebene „**kollegiale Erste Hilfe**“ stellt eine wichtige Möglichkeit dar, den ersten Schock etwas zu verarbeiten und so längerfristigen Belastungsreaktionen entgegenzuwirken. Nach meiner Erfahrung kann der Austausch im Team oder unter Arbeitskolleginnen hilfreich sein, um das Erlebte als gemeinsame Erfahrung wahrzunehmen und **von den Verarbeitungsstrategien der verschiedenen Teammitglieder zu lernen**. Erfahrungsgemäss sind die Feedbacks von Teammitgliedern wertvoll, da sie durch die Nähe zum Geschehen und das Verhalten im Notfall die Gefahr einer Belastungsreaktion früh erkennen können.

5.3.4 Die 4 Zyklen der Notfallreaktion

Wie bereits erwähnt spielen bei der Auslösung von Belastungsstress verschiedene Faktoren zusammen. Illes et al. (2015, 60) veranschaulichen die verschiedenen Zyklen einer Notfallreaktion folgendermassen:

Der **1. Zyklus** beinhaltet das **unmittelbare Notfallgeschehen**, beispielsweise das Beobachten des Ablaufs eines Suizids oder das Auffinden einer Person, die sich suizidiert hat.

Im **2. Zyklus** folgen **Wahrnehmungen und sekundäre Belastungen** wie Geräusche, oder Gerüche, Rauch oder einen lauten Knall, den wir wahrnehmen und mit dem Notfallgeschehen in Verbindung bringen

Im **3. Zyklus** manifestieren sich **Belastungen, die mit der eigenen Persönlichkeit oder der Lebensgeschichte zusammenhängen**. Gedanken und Gefühle, die mit der Notfallsituation in Verbindung gebracht werden, können sich jedoch aufgrund der eigenen Lern- und Lebensgeschichte oder der Lebenseinstellung sehr unterschiedlich zeigen. Dies können, nach Angaben der Autorinnen, beispielsweise persönliche Probleme wie ein kurzzeitig zurückliegender Todesfall in der Familie sein. Die Gefühle an diesen Todesfall werden zum Teil der Notfallreaktion.

Im **4. Zyklus** beeinflusst das **Verhalten von anwesenden Helfern, Berufskolleginnen und –Kollegen** die vorhandene Belastung zusätzlich, vor allem wenn Ausrufe wie: „das hätte nicht passieren dürfen!“ erfolgen, die als Vorwurf aufgefasst werden können.

Fazit für die Praxis

Notfallsituationen sind nach meinen Erfahrungen immer mit erhöhtem Stress verbunden. Die Zyklen der Notfallreaktion, wie die Autorinnen hier beschreiben, können Fachpersonen der Sozialpädagogik je nach persönlicher Disposition unterschiedlich hart treffen. Verschiedene Faktoren können hier Einfluss nehmen. Eignet sich der Suizid oder der Suizidversuch innerhalb der Wohngruppe, gilt es erfahrungsgemäss die **institutionsinternen Massnahmen des Krisenmanagements** zu beachten. Zuerst muss jedoch für die **Sicherheit der anwesenden Mitbewohnerinnen** gesorgt werden.

5.3.5 Situationsspezifische und personenspezifische Faktoren der Notfallreaktion

Illes et al. (2015, 60ff) führen aus, dass die beschriebenen Zyklen einer Notfallreaktion in situationsspezifische und personenspezifische Faktoren unterteilt werden können.

Zu den **situationsspezifischen Belastungen** gehören nach Ausführungen der Autorinnen physiologische und psychologische Faktoren. Sie beschreiben die physiologischen Faktoren als die äusseren Bedingungen des Ortes, den Weg zum Unfallort und oder besondere Gefahren vor Ort. Als **physiologische Faktoren** nennen die Autorinnen Bedingungen wie Temperatur, Rauchentwicklung, aber auch Treppen, Zugänge zum Notfallort oder Gespräche, die unter gefährlichen Bedingungen mit einer suizidalen Person geführt werden müssen (Mauer, Brücke, Besitz von Waffen oder Messern der suizidalen Person). Zu den **psychologischen Faktoren** zählen Illes et al., (2015, 60ff) das Gefühl von Über-, beziehungsweise Unterforderung in der akuten Situation oder die unmittelbare Nähe zum Notfallgeschehen. Als **weitere psychologische Belastungsfaktoren** nennen sie die Anwesenheit von Angehörigen oder Mitpatientinnen und Mitpatienten, Schaulustigen und Rettungskräften.

In einer Notsituation prägen einen Menschen zu den situationsspezifischen Faktoren zusätzlich persönliche Belastungen, die er mitbringt (Illes et al., 2015, 61). Sie bezeichnen diese als **persönlichkeitsspezifische Faktoren** und meinen damit die Vorbelastungen einer Person aufgrund der eigenen Lebenssituation und der eigenen Lebenserfahrung.

Die Autorinnen nennen dazu **biologische Faktoren** wie Alter, Geschlecht, Müdigkeit und allgemeiner Gesundheitszustand. Zudem führen sie **soziografische Faktoren** an, die auf das Erleben einer Notfallsituation einwirken. Dazu zählen die Autorinnen die eigene Berufserfahrung, schwerwiegende belastende Lebensumstände oder Zweifel an der eigenen Entscheidung in Bezug auf die Person, die sie betreuen und die den Notfall ausgelöst hat.

5.3.6 *Psychologische und organisatorische Moderatorvariablen*

Moderatorvariablen⁶ bezeichnen eine Variable, die zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variable eine Verbindung erzeugt und als intervenierende Variable Teil einer Kausalkette wird. Dieser moderierende Effekt wird als **Moderatoreffekt**, Interaktionsaffekt oder als **Wechselwirkung** bezeichnet. Im Erleben einer konkreten Notfallsituation wirken somit, gemäss den Autorinnen, neben den situationsspezifischen und den persönlichkeitspezifischen Faktoren zusätzlich Moderatorvariablen, die durch eine Wechselwirkung die Belastung der Notfallsituation zusätzlich verstärken können.

Als **psychologische Moderatorvariablen** bezeichnen Illes et al. (2015, 61) die Ressourcen einer Person, ihre Einstellung und Zufriedenheit im Beruf oder nicht ausreichend stabilisierende Lebenssituationen, beispielsweise fehlendes soziales Umfeld wegen Umzug in eine andere Stadt. Hinzu kommen gemäss den Autorinnen die **organisatorischen Moderatorvariablen**, welche die persönliche Aus- und Weiterbildung betreffen sowie das Verhältnis zu den Mitarbeitenden und Vorgesetzten innerhalb der Organisation, die Gestaltung des Arbeitsplans oder die technischen und personellen Bedingungen am Arbeitsplatz.

5.3.7 *Stressreaktionen nach belastenden Ereignissen*

Unmittelbar nach dem individuellen Erleben eines Notfallgeschehens können **kurzfristig unterschiedliche Stressreaktionen** auftreten Illes et al. (2015, 62). Diese können nach Angaben der Autorinnen mehrere Tage andauern und werden als normale Reaktionen auf aussergewöhnliche Vorkommnisse angesehen. Sie sind überzeugt, dass **kurzfristiger Stress** sogar hilfreich sein kann, da er die Leistungsfähigkeit erhöht und hilft, schwierige Situationen in einem Masse zu bewältigen, wie es in entspanntem Zustand nicht möglich wäre.

Abhängig von der individuellen Verarbeitung der Stressreaktionen kann es auch zu **mittel- oder langfristigen Folgen** kommen. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass gut verarbeitete Notfallsituationen bei Helfern zu einer Steigerung des Selbstbewusstseins führen und somit auch positive Effekte haben können. Bei länger andauernden Stressreaktionen ist keine Erholung von der Stresssituation mehr möglich und es ist dann angezeigt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Illes et al., 2015, 62).

5.3.8 *Wie sich Stressreaktionen zeigen*

Wer über längere Zeit unter Stressreaktionen leidet läuft Gefahr, auf körperlicher, gedanklicher emotionaler und Verhaltens-Ebene Schaden zu erleiden (Illes et al., 2015, 62). Das **autonome Nervensystem** wird nach Angaben der Autorinnen in Sympathikus und Parasympathikus unterteilt.

⁶ Moderatorvariable Aus: Lexikon online, Online Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik.

Diese sind nach Ausführung der Autorinnen massgeblich an der Steuerung der Organe und Körperfunktionen in Stresssituationen beteiligt. Während der **Sympathikus** für das unmittelbare Reagieren auf Umweltreize und die daraus resultierenden Flucht- oder Kampfrelexe zuständig ist (*fight or flight*), übernimmt der **Parasympathikus** die Aufgabe des Entspannens und des Zurückfahrens der Reaktionsreize (*rest an digest*) (Illes et al., 2015, 63ff). Da das autonome Nervensystem, gemäss den Autorinnen, nicht willentlich gesteuert werden kann, entzieht sich die bewusste Regulierung unserer Reaktionsmöglichkeiten in Stresssituationen. Illes et al. (2015, 63ff) zeigen im Folgenden auf, wie sich Stressreaktionen kurz- und langfristig auf körperlicher, kognitiver, emotionaler und Verhaltens-Ebene zeigen:

Stressreaktionen auf körperlicher Ebene

Kurzfristige Reaktionen	Mittel- oder langfristige Folgen
erhöhte Herzrätigkeit und erhöhter Puls, flache Atmung, Schwindelgeföhle Muskelanspannungen, Nervosität, Herzasen Schweissausbrüche Durchfall oder Verstopfung Einschlaf- oder Durchschlafstörung	geschwächtes Immunsystem psychosomatische Erkrankungen Angststörungen, Depression Erhöhter Blutdruck, Muskuläre Verspannungen Kopf- und Magenschmerzen Schlafstörungen

Durch die erhöhte Anspannung wird nach Angaben der Autorinnen von Schreckhaftigkeit berichtet, beispielsweise bei plötzlichen lauten Geräuschen. Allgemein stellen sie fest, dass der Körper nach Stressbelastungen schneller wieder in Alarmbereitschaft versetzt wird.

Stressreaktionen auf kognitiver Ebene

Kurzfristige Reaktionen	Mittel- oder langfristige Folgen
Konzentrationsschwierigkeiten Gedankenkreisen rund um das Ereignis Habe ich etwas falsch gemacht? Schuldgeföhle Suche nach Erklärungen, Leere im Kopf erhöhte Wachheit in Bezug auf Gefahr	Verminderte Konzentrationsfähigkeit Gedächtnisschwierigkeiten Erschwerte Entscheidungsfähigkeit

Die Autorinnen legen dar, dass die kognitive Ebene nach einer Stressreaktion geprägt ist von der Sorge nach der eigenen Schuld und zu Fragen rund um das Ereignis und dessen Bewältigung.

Stressreaktionen auf emotionaler Ebene

Kurzfristige Reaktionen	Mittel- oder langfristige Folgen
Schock, Hilflosigkeit, Angst, Ärger Trauer Geföh! der Erleichterung, wenn der Suizid von einer verzweifelten Person mit hohem Leidensdruck vollzogen wurde	Niedergeschlagenheit Hoffnungslosigkeit Angst Geföh! der Erleichterung, wenn der Suizid von einer verzweifelten Person mit hohem Leidensdruck vollzogen wurde

Nach Angaben der Autorinnen können auf emotionaler Ebene einzelne Geföhle dominieren, ebenso ist das Erleben eines Geföhlschaos beobachtbar.

Stressreaktion auf Verhaltensebene

Kurzfristige Reaktionen	Mittel- oder langfristige Folgen
Hektik Nervosität Unkoordiniertes Verhalten Sich fühlen wie gelähmt Flüchten aus Situationen	Sozialer Rückzug Erhöhter Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol, Nikotin und Ähnlichem Interessenverlust, Zynismus Erhöhte Fehleranfälligkeit

Die Ausprägung der Stressreaktionen auf Verhaltensebene ist nach Ausführungen der Autorinnen abhängig von der individuellen Anspannung. Sie warnen, dass die zur Beruhigung konsumierten Suchtmittel wie Nikotin, Alkohol oder Ähnliches kurzfristig wohl zur Entspannung, mittel- und langfristig aber zu einer Verschärfung der Problematik führen.

Fazit für die Praxis

Fachpersonen der Sozialpädagogik sind sich meiner Ansicht nach in einer akuten Notfallsituation der vielfältigen Faktoren, die auf ihr **Notfall erleben** einwirken, nicht bewusst. Unzufriedenheit im Beruf, Schwierigkeiten im Team oder im persönlichen Umfeld beeinflussen die eigene **Belastbarkeit**. In der Akut-Phase gilt es, die Krisensituation zu stabilisieren und die notwendigen Massnahmen zu treffen. Durch die erhöhte Konzentration auf die vielfältigen Aufgaben und die **situationsbedingte Hektik** ist das Team in der Lage, **Höchstleistungen** zu erbringen. Erst im Anschluss an die akute Notfallsituation und wenn Sozialpädagogen etwas zur Ruhe kommen entsteht Raum, um die **eigene Befindlichkeit** zu spüren und Stressreaktionen wahrzunehmen. Dabei ist es aus meiner Sicht hilfreich, den Verlauf von Belastungsreaktionen zu kennen, um die eigenen Gefühle besser ordnen zu können.

5.3.9 Phasen im Verlauf von Belastungsreaktionen

Prototypisch können nach Eink und Haltenhof (2009, 117) für den Verlauf von Belastungs- und Trauerreaktionen, hier insbesondere bei vollzogenen Suiziden, vier Phasen benannt werden:

Phase1 Nicht wahrhaben wollen : geprägt von Schock und Unglaube
Phase2 Aufbrechende Emotionen : Gefühle von Selbstzweifeln, Wut und Schuld
Phase3 Suchen und sich trennen : Gedankliche und emotionale Auseinandersetzung, Träumen
Phase 4 Neuer Selbst- und Weltbezug : Integration der Verlusterfahrung mit schmerzhaften Rückfällen

Illes et al. (2015, 64) fügen an, dass die Phasen sich überlappend verlaufen können und dass sie je nach persönlichem Hintergrund variieren können. Sie zeigen sich zudem überzeugt, dass eine **gelungene Verarbeitung** von belastenden beruflichen Situationen den Erfahrungsschatz von Professionellen entscheidend bereichern und das **Kompetenzgefühl** stärken kann. Als weiteren positiven Effekt bezeichnen sie ein gesteigertes Selbstbewusstsein, verbesserten kollegialen Zusammenhalt und die Chance zur **persönlichen inneren Reifung**. Dem **Trauerprozess** fällt in Bezug auf Suizide eine wichtige Rolle zu. Illes et al. (2015, 113) beschreiben unmittelbar nach dem belastenden Ereignis eine Schockphase, die typische Stress-Symptome hervorrufen kann. Dabei können die Mitglieder eines Betreuungsteams nach Angaben der Autorinnen sehr unterschiedliche Reaktionen zeigen. Sie empfehlen, in der ersten Akutphase Besprechungen auf sachlicher Ebene zu führen, damit eine „**Konfrontation mit erlebnisaktivierenden Berichten**“ für bereits belastete Personen verhindert werden kann (Illes et al., 2015, 103).

Professionelle der Sozialpädagogik sind nach einem Suizid mit **verschieden Arten des Trauerprozesses** konfrontiert (Illes et al., 2015, 66). Die Autorinnen zeigen auf, dass Art und Dauer der eigenen Beziehung zur verstorbenen Person die Trauer massgeblich beeinflussen. Der Trauerprozess gestaltet sich nach einem Suizid oftmals schwieriger, denn es herrschen Gefühle wie **Schuld, Versagensängste, Hilflosigkeit, Wut oder Erleichterung** vor, gleichzeitig sind Sozialpädagoginnen mit Trauerreaktionen von Betreuten, Angehörigen und Teammitgliedern konfrontiert (Illes et al., 2015, 67ff). Die Autorinnen erachten es als wichtig, die „**Vielfalt der Gefühle zu durchleben**“ und sich genügend Zeit zu lassen, den Verlust zu akzeptieren, um ihn dann in sein Leben einordnen zu können.

Fazit für die Praxis

Die intensive Betreuungsarbeit während eines Notfalls und der **gemeinsame Austausch** mit den Arbeitskolleginnen stärken nach meinen Erfahrungen den **Zusammenhalt** im Team. Im geschützten Rahmen eines guten Teams dürfen Teammitglieder nicht nur ihre **Trauer**, sondern auch ihre **Wut oder Enttäuschung** über einen Suizid ausdrücken. Das Zulassen dieser Gefühle wirkt **stressabbauend** und hat aus meiner Sicht nichts mit fehlender Professionalität zu tun. Für Fachpersonen der Sozialpädagogik ist es zudem wichtig, zu verstehen, dass der Trauerprozess sich über eine längere Zeit hinziehen kann. Gleichzeitig gilt es, das **eigene Befinden** gut zu beobachten. Halten Stressreaktionen über längere Zeit an, brauchen Sozialpädagogen professionelle Hilfe.

5.4 Professionelle Hilfe in Anspruch nehmen

Illes et al. (2015, 65) zeigen auf, dass jeder Mensch über einen inneren Heilungsverlauf verfügt und dass die Mehrheit der von Belastungsstress Betroffenen nur kurzfristig auf professionelle Hilfe angewiesen ist. Wer jedoch über einen längeren Zeitraum an körperlichen, kognitiven, emotionalen und das Verhalten betreffenden **Folgeerscheinungen** leidet oder wenn die Belastungssymptome nach zwei Wochen nicht abgeklungen sind sollte professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Illes et al., 2015, 65). Die Autorinnen benennen folgende Anzeichen für das Aufsuchen von ärztlicher oder therapeutischer Hilfe:

- Wenn die Symptome länger als zwei Wochen andauern
- Der Leidensdruck stark erhöht ist
- Alpträume, ständiges Wiedererleben des Ereignisses, „wie im Film“
- Konsequente Vermeidung von Reizen, die mit dem belastenden Ereignis in Verbindung gebracht werden (Betreten des Zimmers der suizidalen Person, Gerüche/Geräusche, Brücken)
- Erhöhte Erregbarkeit wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität, Reizbarkeit
- Stark erhöhte Muskelanspannungen – Verspannungen
- Einschränkung der sozialen, beruflichen oder anderer Funktionsbereiche wie sozialer Rückzug, Interessenverlust, erhöhte Fehleranfälligkeit

5.5 Eigene Grenzen respektieren

Die Betreuung von suizidalen Menschen bringt Fachkräfte und Teams in psychosozialen Einrichtungen oft an die **Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit** (Eink und Haltenhof, 2012, 126ff). Die Autoren zeigen auf, dass bei der Reflexion des eigenen professionellen Handelns zu erkennen ist, dass auch persönliche Faktoren Einfluss nehmen. Solche subjektive Einflüsse dürfen nach Darlegung der Autoren nicht bagatellisiert werden, denn für Fachpersonen der Sozialpädagogik stellt die **Wahrnehmung der eigenen Belastbarkeitsgrenze** eine wichtige Kompetenz dar. Daniels (2008, online) kommt in ihrer Studie zu Sekundärer Traumatisierung ebenfalls zum Schluss, dass Belastungsreaktionen nicht als Zeichen fehlender Professionalität, sondern als Ausdruck einer berufsbedingt ausgeprägten **Empathie-Fähigkeit** zu werten sind.

Eink und Haltenhof (2012, 126ff) halten fest, dass Professionelle in der Betreuung von suizidalen Menschen zwischen **Selbstüberschätzung und Versagensängsten** hin- und hergerissen sind. Sie plädieren für ein bescheidenes Selbstverständnis im professionellen Handeln mit der Einsicht, dass nicht jeder Suizid vermeidbar ist. Nach Ansicht von Eink und Haltenhof (2012, 129) prägt eine **respektvolle Grundhaltung gegenüber Sinnfragen, Selbstzweifeln und Suizidgedanken** die professionelle Handlungskompetenz. Weiter führen sie aus, dass Professionelle suizidale Menschen nicht nur als Opfer ihres Schicksals, sondern auch in ihrer **ureigenen Handlungskompetenz** wahrnehmen und sie in ihrer Mit-Verantwortung stärken können. Dadurch schützen professionelle Helfer sich selbst und eröffnen der suizidalen Person gleichzeitig neue Handlungsperspektiven (Eink und Haltenhof 2012, 131).

Fazit für die Praxis

Die Wahrnehmung, dass die eigenen Kräfte nicht unerschöpflich zur Verfügung stehen unterstützt Fachpersonen der Sozialpädagogik, um mit den **Zweifeln** in Bezug auf die eigene Einschätzung und mit der **Angst vor einem vollzogenen Suizid** umzugehen. In diesen schwierigen Phasen kommt der professionellen Teamarbeit aus meiner Sicht die wichtige Rolle zu, eine **Reflexion des eigenen Handelns** und der Beobachtung von Belastungsreaktionen bei der eigenen Person oder bei Mitarbeitenden einzuleiten. Nur wer seine Grenzen kennt weiss, wie weit er sie in Notfallsituationen auch überschreiten darf und wann professionelle Hilfe angezeigt ist. Die **Akzeptanz der eigenen Belastbarkeitsgrenze** stellt meiner Ansicht nach eine wichtige **Sozial- und Fachkompetenz** im Rahmen der Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen dar. Wenn sich in Teams oder bei einzelnen Teammitgliedern Belastungsreaktionen zeigen ist es zudem Aufgabe der übergeordneten Vorgesetzten, **Massnahmen für die professionelle Unterstützung** wie Coaching, Supervisions- oder Interventionssitzungen bereitzustellen.

Letztendlich ist es jedoch die Aufgabe von Professionellen, Suizidgefährdete in ihrer eigenen **Handlungskompetenz** zu stärken und mit ihnen **Lösungswege** zu suchen, die sie aus der Krise wieder herausführen. Der **selbstbestimmte Entscheid** von Betreuten auf Wohngruppen, ihr Leben mit einem vollzogenen Suizid zu beenden zeigt Fachpersonen der Sozialpädagogik erfahrungsgemäss jedoch auch deutlich die **Grenzen des Handelns** innerhalb der Profession auf. Hier müssen sie aus **Respekt vor den Sinnfragen und Lebensnöten** von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung akzeptieren, dass nicht jeder Suizid verhindert werden kann. Gleichzeitig stellt sich die Frage, über welche Ressourcen Fachpersonen der Sozialpädagogik verfügen müssen, damit sie mit diesen schwierigen Situationen umgehen können?

5.6 Ressourcen zur Bewältigung von Belastungsstress

Persönliche Ressourcen und vielfältige Bewältigungsstrategien verhelfen Menschen, belastende Ereignisse und Krisen erfolgreich zu meistern (Illes et al., 2015, 73). Eine solide **Berufsausbildung und Berufserfahrung** vermitteln, nach Angabe der Autorinnen, in schwierigen Situationen Sicherheit im professionellen Handeln und lassen in aussergewöhnlichen Situationen weniger Zweifel an gefällten Entscheidungen aufkommen. **Wertschätzung von Vorgesetzten** stärkt, wie sie feststellen, das berufliche Selbstvertrauen und das Gefühl der Zugehörigkeit zum Arbeitsplatz. Zudem fördert eine **zuversichtliche Grundeinstellung** das Vertrauen in den positiven Verlauf der schwierigen Arbeitssituation (Illes et al., 2015, 74). Die Autorinnen führen weiter aus, dass das **soziale Netzwerk** vielfältige emotionale Unterstützung bieten kann und **ausgleichende Aktivitäten und Hobbies** zur Entspannung und zum Abbau von Stress am Arbeitsplatz führen.

5.6.1 Institutionelle Rahmenbedingungen zur Vermeidung von Belastungsstress

Eine positive Rückmeldung aus dem Team, persönlich ausgedrückte Wertschätzung, erlebte Zuverlässigkeit der Arbeits-Kolleginnen und –Kollegen und deren unkomplizierte Hilfe geben jedem einzelnen Teammitglied Rückhalt und Sicherheit (Poulsen, 2009, 116). Die Autorin beschreibt zudem die grosse Relevanz der **Rückendeckung durch die Vorgesetzten**. Dass diese die Arbeitsbelastung nicht nur wahrnehmen und anerkennen, sondern mit dem Team aktiv nach Lösungen suchen wird von der Autorin als grosse Hilfe und als **Wertschätzung** der geleisteten Arbeit gewertet.

Eink und Haltenhof (2012, 123) beschreiben **Qualitätsmerkmale eines Teams**, das für die Arbeit mit suizidalen Bewohnern Voraussetzung ist:

- ein angstfreies Klima und ein gutes WIR-Gefühl im Team
- solidarischer Umgang mit Konflikten und Überforderungsgefühlen der Teammitglieder
- Gegenseitige Unterstützungsbereitschaft und Verzicht auf Konkurrenz und Besserwisserei
- Wahrnehmung der unterschiedlichen Kompetenzen und Belastungsgrenzen untereinander

Illes et al. (2015, 74) betonen, dass ein Team mehr ist als die Summe seiner Einzelmitglieder und dass der Prozess der **Teambildung** und der **Kommunikation innerhalb des Teams** grosse Bedeutung zugemessen werden muss. In der Bewältigung von belastenden Arbeitssituationen ist es, gemäss den Autorinnen, wesentlich, dass ein Team möglichst rasch und gut zusammenarbeiten kann, ohne Konkurrenzkampf, ohne Unsicherheiten und ohne Konflikte. Sie betonen, dass gute Teams nicht von selber entstehen und dass Institutionen **präventiv** in die **Teamentwicklung** investieren sollten.

5.6.2 Achtsamkeit und Selbstfürsorge

Achtsamkeit in der Sozialen Arbeit bezeichnet nach Wendt (2017, 400) die Fähigkeit, auch in schwierigen Situationen die **eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen** und diese zur eigenen Rolle und Aufgabe in Bezug zu setzen. Der Autor bezeichnet Achtsamkeit im beruflichen Kontext als „**sensibles Schauen auf sich selbst**“. Zur Unterstützung unterscheidet er zwischen achtsamer Fremd- und Selbsthilfe.

Als Fremdhilfe-Verfahren nennt er unter anderen die **Supervision und das Coaching**. Während die Supervision Beziehungs- und Kommunikationsprozesse aus der Teamarbeit beleuchtet und bearbeitet handelt es sich bei Coaching um eine Sonderform der Einzelarbeit, die individuelle Beratung in beruflichen Fragen bietet (Wendt, 2017, 401ff).

Bei der achtsamen Selbsthilfe nennt der Autor die **Intervision** als angemessenes Verfahren. Bei diesem Verfahren soll, so der Autor, ein Bewusstsein für die individuelle „**biografische Verstrickung** eines Falls oder einer Situation im beruflichen Alltag“ entwickelt werden. Damit soll die Selbstreflexion gestärkt und die **kritische Beurteilung des eigenen Handelns** erreicht werden (Wendt, 2017, 401ff).

5.6.3 Resilienz und persönliches Wachstum

Nach Poulsen (2009, 113) besteht eine grosse gesundheitliche Gefährdung und erhebliche Belastung, wo Menschen unter **hohem persönlichem Einsatz** Dienste für Mitmenschen erbringen. Sie ortet im Berufsfeld der Sozialen Arbeit das Dilemma, dass die sichtbaren, greifbaren, messbaren Erfolge professionellen Handelns nicht ohne weiteres ersichtlich sind. In ihrer Forschungsarbeit wirft sie die Frage auf, weshalb Menschen mit belastenden Situationen im Arbeitsalltag gut umgehen können während andere Gefahr laufen, daran zu scheitern.

Sie verweist dabei auf die Resilienzforschung, die besagt, dass die **seelische Widerstandskraft im Lebensverlauf erworben** werden kann und dass wir an belastenden Erlebnissen, seien diese im Privatleben oder bei der Arbeit, wachsen und reifen können. Auch als erwachsene Menschen können wir unser Selbstvertrauen und unser Selbstwertgefühl noch steigern im Wissen, dass über **Eigenverantwortung** Steuerungsprozesse in Gang gesetzt werden, die unsere seelische und physische Stabilität aufbauen und stärken (Poulsen, 2009, 114). Aus dieser Stabilität, oder anders genannt Resilienz, können wir eine **positive innere Haltung** entwickeln und pflegen, die uns bei Stressbelastung, wie die Autorin ausführt, entscheidend den Rücken stärkt und uns an unseren Aufgaben weiterwachsen lässt.

Ungar (2011, 133ff) betont, dass **Resilienz** nicht bloss ein Charaktermerkmal, sondern eine aktive **Interaktion einer Person mit ihrer Umwelt** darstellt. Der Autor hält fest, dass diese Interaktion Anforderungen beinhaltet, welche in Krisen eine positive Entwicklung ermöglichen. Neben den materiellen Ressourcen wie beispielsweise Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen bewertet er soziale Beziehungen zu Vertrauenspersonen sowie Themen der Identitätsfindung, beispielsweise **Vertrauen in die eigenen Stärken** und das **Annehmen-können der eigenen Schwächen** als Resilienz-bildend (Ungar, 2011, 133ff).

Mit dieser ruhigen inneren Haltung sind wir nach Poulsen (2009, 128) in der Lage, uns gut abzugrenzen, damit wir **ohne Gewissensbisse Aufgaben delegieren** können und uns **bei Misserfolgen nicht entmutigen lassen**. Mit dieser positiven inneren Haltung können wir, nach Angaben der Autorin, trotz belastender Situationen **Freude an der Arbeit** haben, bei Bedarf um Hilfe bitten und mit dem Team offen reflektieren und austauschen. Zu guter Letzt können wir mit dieser **erworbenen inneren Stärke** unser Netzwerk pflegen, uns genügend Zeit für Ruhe und Musse gönnen und bei einem Spaziergang in der Natur oder beim Sport neue Kraft tanken (Poulsen, 2009, 128).

Fazit für die Praxis

Persönliche Ressourcen und eine professionelle Teamarbeit stärken Fachpersonen der Sozialpädagogik meines Erachtens ebenso wie eine solide Berufsausbildung und Berufserfahrung. Ein besonderes Augenmerk sollte in der Praxis auf das „achtsame Schauen auf sich selbst“ gerichtet werden, damit die **eigenen Bedürfnisse** nicht vernachlässigt werden und Fachpersonen der Sozialpädagogik sich in akuten Phasen von Suizidalität bei Betreuten nicht über ihre Grenzen hinaus verausgaben. Diese Achtsamkeit verhilft zu mehr Ruhe, geht aber in hektischen Arbeitssituationen nach meinen Erfahrungen oftmals etwas vergessen. Gerade deshalb sollte Achtsamkeit in Bezug auf die eigene Belastbarkeit in Teams immer wieder reflektiert werden. Besonders Teammitglieder mit **wenig Berufserfahrung oder in Ausbildung** gehören nach Illes et al. (2015, 61) zur Risikogruppe für Belastungsstress und sollten in der Praxis gezielt auf die Wahrnehmung der eigenen Grenzen geschult werden. Dass Teams in anspruchsvollen Arbeitssituationen von Vorgesetzten auf Institutionsebene unterstützt werden gibt in der Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in suizidalen Krisen zusätzlich Halt und trägt meiner Meinung nach zur Vermeidung von Belastungsstress massgeblich bei. Resilienz kann in Bezug auf Belastungsstress in der Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen als die Einsicht verstanden werden, dass die **Ohnmachtsgefühle** gegenüber suizidalen Absichten oder Handlungen nicht ein Zeichen von Schwäche oder fehlenden persönlichen Ressourcen, sondern eine gesunde Reaktion auf einen Aspekt unseres Lebens, nämlich den des Todes, sind, der ausserhalb des für uns Vorstellbaren oder Verhandelbaren liegt. Die Betreuung einer suizidalen Person bietet Fachpersonen der Sozialpädagogik meiner Ansicht nach die Möglichkeit, sich mit einer der **grössten Frage des Lebens** auseinander zu setzen und in diesem Prozess **persönliches Wachstum** zu erfahren.

5.7 Fazit aus dem Theorieteil

Der vorliegende Theorieteil stellt die Basis für die Forschungsarbeit dar und führt zur Fragestellung, wie Fachpersonen der Sozialpädagogik die Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in suizidalen Krisen erleben und welche **Strategien** sie im Umgang mit diesen belastenden Arbeitssituationen anwenden.

Die Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen stellt für Fachpersonen der Sozialpädagogik eine **grosse Herausforderung** dar. Sie agieren im **Spannungsfeld** zwischen professioneller Betreuung und **Schweigepflicht** einerseits und dem durch das Erwachsenenschutzrecht und den Berufskodex der Sozialen Arbeit geforderten Recht auf die **persönliche Freiheit und die Selbstbestimmung** von Menschen, die besonderen Schutz bedürfen, andererseits.

Über die **professionelle Beziehungsgestaltung** fangen Fachpersonen der Sozialpädagogik Menschen in akuten Krisen auf. Die dazu erforderliche **Empathie-Fähigkeit** und die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber der drohenden Suizidgefahr sind mit dem in der Sozialen Arbeit geforderten **professionellen Nähe-Distanz-Verhältnis** oftmals nur schwer vereinbar und lösen bei Teammitgliedern in unterschiedlicher Stärke **Stresssymptome** aus, die diese zu bewältigen haben. Suizidalität und Tod berühren neben den professionellen Fachkompetenzen immer auch die **persönliche Ebene**. Die Schicksale von Betreuten lösen auch **persönliche Betroffenheit** aus. Für Professionelle ist es deshalb wesentlich, sich trotz Unsicherheit oder Furcht mit der eigenen **Einstellung zu Suizid und Tod** auseinanderzusetzen. Persönliche Erlebnisse mit Suizid und Tod aus dem persönlichen Umfeld prägen als **persönlichkeitsspezifische Faktoren** unser Verhalten. Fühlen wir uns müde und ausgelaugt durch die Anforderungen, die die Arbeit auf Wohngruppen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung täglich mit sich bringt, sind dies unsere **biologischen Faktoren**, die stressbegünstigend wirken. Die **soziografischen Faktoren** wie fehlende Berufsausbildung oder schwerwiegende belastende Lebensumstände beeinträchtigen unsere Entscheidungsfähigkeit im professionellen Handeln, wenn wir mit einem plötzlichen Notfallgeschehen konfrontiert sind. Zusätzlich entscheiden noch die Berufszufriedenheit und **organisatorische Faktoren** wie personelle Bedingungen am Arbeitsplatz und die Ausgestaltung der Arbeitspläne darüber, wie belastbar Fachpersonen der Sozialpädagogik sich in Notfallsituationen zeigen und wie sie mit Belastungsstress umgehen.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, die auf Wohngruppen betreut werden, gehören, wie Ajdacic-Gross (2103, 23) aufzeigt, bereits zur **Risikogruppe**. Kehren diese nach einem stationären Aufenthalt wieder in die Wohngruppe zurück ist meines Erachtens **erhöhte Aufmerksamkeit** angezeigt. Gerade hier zeichnen sich Institutionen aus, wenn sie ihren Fachpersonen die Möglichkeit bieten, sich durch Weiterbildung das nötige **Fachwissen über suizidales Verhalten** anzueignen. Suizidalität von Betreuten auf Wohngruppen stellt erfahrungsgemäss immer einen **Stressor ausserhalb der Arbeitsroutine** dar. Ein gut eingespieltes Team mit gutem Teamgeist ist nicht nur Voraussetzung für professionelle Handlungskompetenz, sondern ebenso Garant für gesunde Mitarbeiter, die sich gegenseitig unterstützen und **einander vor Belastungsstress und Überforderung schützen**. Es liegt in der Verantwortung der Institutionen, **Rahmenbedingungen** zu schaffen, die Teams aktiv unterstützen und ihnen bei Schwierigkeiten die richtigen Angebote zur Seite stellen, damit sie sich immer wieder finden und ihre **Teamkompetenzen** weiterentwickeln können.

Aus den im Theorieteil dargelegten und hier verkürzt wiedergegebenen Argumenten ergibt sich für die Bildung der Hypothesen eine **klare Ausgangslage**. Die im Anschluss formulierten Hypothesen stecken den Rahmen für die Schwerpunkte des Forschungsteils.

6 Hypothesen

Nach intensiver Bearbeitung des theoretischen Hintergrunds der Forschungsfrage wurden auf der Basis des Fazits des Theorieteils die zwei folgenden Hypothesen formuliert:

6.1 1. Hypothese

Die Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen wird von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen als grosse psychische Belastung erlebt.

6.2 2. Hypothese

Die individuell angeeigneten Kenntnisse über den Verlauf suizidaler Krisen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen verhelfen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, eigene Strategien im Umgang mit Belastungsstress zu entwickeln.

7 Methodisches Vorgehen

Im Kapitel Methodisches Vorgehen wird die Wahl der Forschungsmethodik begründet. Es werden die Vor- und Nachteile der Forschungsmethode dargelegt und das Vorgehen von der Datensammlung bis zur Auswertung beschrieben.

7.1 Wahl der Datenerhebungsmethode

Die Arbeit setzt sich zum Ziel, dem Umgang mit Belastungsstress von Fachpersonen der Sozialpädagogik in der Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen zu erforschen. Da Belastungsstress individuell erlebt wird und sehr persönliche Lebensbereiche betrifft, habe ich für diese qualitative Forschungsarbeit die halbstrukturierte Erhebungsmethode mittels problemzentrierter Interviews gewählt (Gahleitner, Hinterwallner, 2014, 43ff). Die Problemzentrierung ermöglicht nach Angaben der Autorinnen, Aussagen von Interviewten zu spezifischen Problemfeldern zu erfassen und zu verstehen. Durch die Gegenstandsorientierung soll das Vorwissen als Vorannahme in den Forschungsprozess einfließen, darf diesen aber nicht einengen (Gahleitner, Hinterwallner, 2014, 43ff).

7.1.1 Vorteile der Befragung als qualitativen Forschungsmethode

Die Befragung stellt unter den Forschungsmethoden eine relativ sichere und bewährte Form der Datengewinnung dar (Thiele, 2008, 129). Die Interview-Partnerinnen und -Partner sollen innerhalb dieses Rahmens möglichst frei und ungestört von ihren Erlebnissen berichten und ihre Perspektiven darlegen können. Durch die Nähe zu den Interviewten kann ich auch nonverbale Äusserungen der Kommunikation beobachten (Thiele, 2008, 130). Das problemzentrierte Fragen gibt dem Gespräch eine klare Richtung und stellt sicher, dass der inhaltliche Rahmen der qualitativen Forschung und die Abgrenzung des Themas gewährleistet sind (Gahleitner, Hinterwallner, 2014, 45-46).

7.1.2 Nachteile der Befragung als qualitative Forschungsmethode

Durch die in der Forschungsmethode angewandte Form des persönlichen Gesprächs besteht die Gefahr, dass die Interviewten in ihren Antworten weniger die persönlichen Schwierigkeiten darlegen, sondern jenem Bild entsprechen wollen, welches ich ihnen über die gestellten Fragen zuweise (Steinert und Thiele, 2008, 134ff). Es könnte also sein, dass sie die professionelle Sicht oder anders ausgedrückt die Soziale Erwünschtheit⁷ darlegen. Zudem besteht nach Angaben der Autorinnen für mich als Interviewerin die Gefahr, Suggestivfragen zu stellen. Die Leitfragen wurden deshalb bewusst in offenen Fragen gestaltet.

7.2 Vorgehen bei der Erstellung des Leitfadeninterviews

Der problemzentrierte Interview-Leitfaden wurde auf den Annahmen der Hypothesen und des erarbeiteten Theorieteils in dieser Arbeit zusammengestellt und mithilfe der Begleit-Dozentin vertieft und verfeinert. Dabei wurden die Leitfragen mehrmals umgearbeitet, um Suggestivfragen zu vermeiden.

Anschliessend wurde ein problemzentriertes Probe-Interview mit einer Arbeitskollegin durchgeführt und mittels Diktiergerät aufgezeichnet. Vor dem Gespräch habe ich sie auf den Ethik-Kodex für Forschungsarbeiten hingewiesen. Zudem bat ich die Arbeitskollegin, mir nach dem Probeinterview ein Feedback zu geben. Da sie soeben ihre Bachelorarbeit abgeschlossen hatte war sie meines Erachtens genau die richtige Person.

In diesem Probedurchgang konnte ich bereits feststellen, dass ich bei Suggestivfragen sehr aufmerksam sein musste. Die Gefahr bestand weniger bei den vorbereiteten Fragen, sondern beim Nachfragen zu einem Thema.

Im Anschluss an das Interview erhielt ich wertvolle Hinweise, beispielsweise bestätigte sie meine Wahrnehmung, dass ich im Interview mehrmals geschlossene Fragen gestellt hatte. Aus dieser ersten Erfahrung konnte ich meinen Leitfaden mit Hinweisen zu möglichen offenen Formen des Nachfragens ergänzen.

7.3 Durchführung der Datenerhebung

Schon während der Erarbeitung des Leitfadeninterviews erkundigte ich mich nach Institutionen, in denen sich Fachpersonen der Sozialpädagogik für Interviews bereit erklären würden. Nach längerer Suche erhielt ich von zwei grossen Institutionen im Raum Zürich die Zusage.

Als Vorbereitung auf die Interviews hatte ich ein Diktiergerät besorgt. Im Probeinterview konnte ich dieses ein erstes Mal testen. Dank der benutzerfreundlichen Bedienung konnte das Diktiergerät ohne Schwierigkeiten eingesetzt werden.

Anfangs Dezember reiste ich dann zweimal in den Kanton Zürich, um die Leitfadeninterviews durchzuführen. In beiden Institutionen wurde ich sehr freundlich empfangen. Meinem Forschungsthema wurde grosses Interesse entgegengebracht.

Für die Interviews durften wir uns in ein ruhiges Büro zurückziehen. Nach einem kurzen Vorgespräch versicherte ich den Interview-Partnerinnen und -Partnern, dass ich die Persönlichkeits- und Datenschutzrechte einhalten werde und bat sie um ihr Einverständnis, das Interview auf Tonträger aufzeichnen zu dürfen, womit sie einverstanden waren.

Bei der Durchführung der Befragungen ergaben sich durch die Fragestellung sehr emotionale und bewegende Momente. Ich konnte beobachten, wie die Interviewten gelegentlich in Gedanken versunken ihren Gefühlen nachspürten und diese erst nach einer Weile in Worte zu fassen vermochten. Zwei der Interviewten Fachpersonen kämpften mehrmals mit den Tränen.

⁷ Die soziale Erwünschtheit bezeichnet eine Antworttendenz bei der Beantwortung von Persönlichkeitsfragen oder anderen Selbsteinschätzungsverfahren, bei der die betreffende Person nicht die für sie tatsächlich zutreffende Antwort gibt, sondern diejenige, von der sie annimmt, dass sie sozial gebilligt oder erwünscht ist. (Hossiep, online).

Diese Betroffenheit führte dazu, dass ich aus Pietätsgründen auf einzelne Fragen nicht weiter einging. Trotz meiner detaillierten Vorbereitung tappte ich beim Nachfragen mehrmals in die Falle der geschlossenen Fragen und musste, als ich diese bemerkte, die Frage erneut stellen.

7.4 Vorgehen bei der Datenaufbereitung

Im Anschluss an die Interviews wurden diese detailgetreu transkribiert. Dieser Arbeitsschritt bedeutete in erste Linie Fleissarbeit. Da ich in der Transkribierung bereits auf nonverbale Reaktionen hinwies, wurde auf die Erstellung eines Postskriptums verzichtet. Wie von Gahleitner und Hinterwallner (2014, 79) empfohlen habe ich die Anonymisierung im Anschluss an die Transkribierung mittels der „Suchen – Ersetzen-Funktion“ vorgenommen.

7.5 Vorgehen bei der Auswertung der Forschungsdaten

Gahleitner und Hinterwallner (2014, 78ff) bezeichnen die Qualitative Inhaltsanalyse als ein sehr populäres Auswertungsverfahren, das jedoch verschiedene Definitionen und Variationen zulässt. Durch die Konstruktion deskriptiver Systeme soll nach Ausführungen der Autorinnen die empirische Datensammlung mit den theoretischen Vorkenntnissen sinnvoll verknüpft und kategorisiert werden. Bei der Erstellung dieses deskriptiven Kategorien-Systems werden die Aussagen in eine Liste übertragen und dabei in Haupt- und Unterkategorien erfasst. Auf diese Weise entwickelten sich im Verlauf der Forschungsarbeit deduktive, aus Vorwissen abgeleitete, und induktive, neues Wissen generierende Erkenntnisse, welche in die Ergebnisse der empirischen Forschung einfließen (Gahleitner und Hinterwallner, 2014, 80).

8 Datenauswertung und Synthese

Das folgende Kapitel beinhaltet die Datenauswertung und die Synthese. Das Vorgehen gliedert sich hier in zwei Schritte: In einem ersten Schritt werden die Aussagen aus dem Interview mittels des deskriptiven Kategorie-Systems den jeweiligen Hypothesen zugeordnet. Im anschliessenden zweiten Schritt habe ich die den Hypothesen zugeordneten Ergebnisse mit den Erkenntnissen aus dem Theorieteil verglichen und beschrieben. Dabei konnte ich feststellen, dass sich durch die Befragung nicht nur deduktives Wissen bestätigte. Es zeigte sich auch eine induktive Wissenserweiterung. Als letzten Teil der Datenauswertung formulierte ich die persönlichen Schlussfolgerungen und das Fazit.

8.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Alle drei befragten Personen sind **ausgebildete Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen** und verfügen über mehrjährige oder langjährige **Berufserfahrung**. Das Arbeitsfeld von zwei Personen ist nach Kallert (213, 182) die **Nicht-akute Wohngruppe mit rund um die-Uhr verfügbarer Unterstützung**, eine Person ist im Bereich **Nicht akute Wohnbetreuung mit täglicher Unterstützung, aber nicht 24 Stunden am Tag**, tätig. Zwei befragte Personen tragen neben der Tätigkeit der sozialpädagogischen Betreuung in einem Teilpensum noch die Verantwortung für die **Team- oder Wohnhausleitung**. Während ihrer Ausbildung haben alle Befragten ein **Praktikum** in einer psychosozialen Einrichtung einer Klinik oder in einer **psychiatrischen Klinik** absolviert.

Alle befragten Fachpersonen der Sozialpädagogik haben in ihrer beruflichen Tätigkeit bereits **mehrere Suizide** miterlebt. Bei zwei Sozialpädagoginnen lag der letzte Suizid 6 Monate zurück. Die meisten der geschilderten Suizide fanden **ausserhalb der Wohneinrichtung** statt, entweder in der Klinik oder während des freien Ausgangs.

8.2 Analyse und Synthese zu Hypothese 1

Die Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen wird von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen als grosse psychische Belastung erlebt.

Die Auswertung zur Hypothese 1 ergibt ein etwas unklares Bild. Die befragten Personen schilderten die Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen allesamt als grosse Herausforderung. Übereinstimmend nannten alle befragten Personen die Gefühle von grosser Betroffenheit und Trauer nach einem Suizid als eindeutigste Belastungsreaktion.

Stressreaktionen auf körperlicher Ebene

Auf der Ebene der körperlichen Stressreaktionen konnten alle befragten Personen keine konkreten Auffälligkeiten nennen. In der Befragung habe ich die Symptome wie Nervosität, Schlafstörungen, Schweissausbrüche, muskuläre Verspannungen oder Kopf- und Magenschmerzen (Illes et al., vergl. Kapitel 5.3.8) bewusst nicht genannt, um Suggestivfragen zu vermeiden.

Stressreaktionen auf kognitiver Ebene

Auf kognitiver Ebene wurden von zwei befragten Person Stressreaktionen beschrieben. Eine der Befragten beschäftigt sich damit, ob der Klinik ein Fehler unterlaufen sei, die andere stellt die Frage, ob der Suizid zu verhindern gewesen wäre.

I1 192-193: „Also ich merke, ich bin noch ein wenig... der Klinik gegenüber im Vorwurf, oder.... Ich bin... die hat da etwas verpasst“ (hat Tränen in den Augen).

I1 199-204: „Ich finde da, die Klinik hat irgendwie, die verschanzt sich so... ich finde, die hätte da... Kein Wort von: wir haben da... Kein Wort von: Wir haben da einen Fehler gemacht! (Kämpft mit den Tränen) Also ich denke, die hätte sich... wahrscheinlich... sowieso umgebracht... vielleicht einfach später, sie hatte ja Ausgang... vielleicht hätte sie sich im Ausgang umgebracht... ich finde, sie hat da, sie sind nicht sorgfältig gewesen, wenn man weiss, die tut sich was an, finde ich kann man die nicht einfach zwei Stunden im Badezimmer lassen, einfach sein lassen, und einfach machen lassen...“

I2 143-145: „Und es bleibt ein Rest: hätte man es auch verhindern können? ... (Wirkt sehr nachdenklich und traurig, lasse ihren Emotionen den nötigen Raum)....“.

Stressreaktionen auf emotionaler Ebene

Von allen Befragten wurden die emotionalen Stressreaktionen am eindeutigsten und am häufigsten genannt. Vor allem Symptome wie Schock, Angst, Trauer und Niedergeschlagenheit konnten auf vielfältige Weise beschrieben werden.

I2 189-190: „einfach dem ausgesetzt sein und nichts tun können... ja, man war dem einfach ausgesetzt. Und es macht Angst....“

I1 92: „Es ist so... nach der Fassungslosigkeit ist so... sehr traurig... ich bin einfach traurig gewesen.“

I1 225-226: „und wenn es plötzlich so konkret wird, oder... ist es trotzdem ein Schock.“

Eine Fachperson Sozialpädagogik schildert einen Suizid, der sich während der Nachtwache auf der Wohngruppe ereignet hat. Bei einem vollzogenen Suizid im Wohnbereich werden seiner Meinung nach Sozialpädagoginnen immer ins **unmittelbare Geschehen** hineingezogen. Sie finden die Toten oder sind oft der letzte Kontakt vor dem Suizid. Je enger die Beziehung in der professionellen Betreuung ist, desto grösser ist auch die **persönliche Betroffenheit**.

I3: 130-136: „*der eine Bewohner, der sich damals in S. im Wohnhaus suizidiert hat, das hat mich natürlich getroffen. Den hab ich tagtäglich gesehen... ich weiss gar nicht mehr, ob ich seine Bezugsperson war... oder nicht, aber es war ein junger Mann, ehmm... wir hatten ein sehr gutes Verhältnis und das kam auch wirklich aus dem Nichts... der war gerade... ehmm.. vielleicht auch weil er eine körperliche Einschränkung hatte... der war eigentlich auf einem guten Weg... und aus dem Nichts hat der sich suizidiert, das hat keiner kommen sehen... das war wirklich ehmm... das war also wirklich schlimm, ja.*“

Einen besonderen Platz unter den emotionalen Stressreaktionen nimmt die **Trauer** ein. Die emotionale Nähe zur Bewohnerin, einer jungen Mutter, die sich suizidiert hat, wird deutlich genannt. Der Trauerprozess hat sich bei einer Sozialpädagogin über einen langen Zeitraum erstreckt. Die persönliche Verarbeitung fand im Privaten statt. Sie wurde in der Nacht von ihren Träumen wach und musste weinen.

I2 119-121: „*... schauen, dass alles abgedeckt ist, dass Supervisionen sind, dass wir Abschiedsrituale machen können... und nicht unbedingt für mich... Dort musste ich vielmehr für mich zuhause das Thema aufarbeiten.*“

I2 123-127: „*Da war es ein anderer Trauerprozess. Und es ist bei mir auch lange gegangen, wie... also lange gegangen.... Es hat mich sehr betroffen gemacht, es ist... es war auch sehr eine... eine Frau im gleichen Alter wie ich mit Kind... (Wirkt sehr betroffen, sie ist selber schwanger) ... Es war auch eine nahe Verbindung, ich hatte ... alle hatten...es hat sicher alle sehr betroffen gemacht im Wohnheim... Es war so ein Mensch, der einen berührt hat...(kämpft mit den Tränen, lasse etwas Zeit)*“.

I2 136-138: „*Und was Verarbeitung... was mir... was ich gemerkt habe... was es mit mir macht ist, dass ich davon geträumt habe. Ich habe... dass ich davon wach geworden bin... und ich habe auch... auch noch geweint für mich alleine, ich war traurig*“.

In einer Institution wurde mit der vom Suizid betroffenen Wohngruppe ein **gemeinsames Trauerritual** durchgeführt. Dieses bot nicht nur für die Bewohner, sondern auch für die Fachpersonen der Sozialpädagogik eine wertvolle Möglichkeit, den ersten Schock nach dem Suizid der Mitbewohnerin zu verarbeiten und das Geschehen sprachlich zu fassen. Die Trauer konnte durch die Gestaltung eines gemeinsamen Bildes während dem Ritual auch auf nonverbale und kreative Weise ausgedrückt werden. Von einer Sozialpädagogin wurde das kollektive Trauern als sehr **kraftvoller Moment** erlebt.

I1 100-103: „*... und das war noch... Bereichsleiter war auch dabei, und, dann einfach so... in dieser grossen Gruppe, es sind wirklich glaube ich alle dabei gewesen, wo einfach so die Nachricht vom Tod von dieser Frau, wie einzelne Leute reagiert haben, ehmm wie wir geweint haben, wie wir Sachen erzählt haben von ihr, es war so ein kollektives Trauern.*“

I1 108-109: „*es ist ganz... ganz eine spezielle Atmosphäre gewesen, so dieses gemeinsame Trauern, also jeder auf seine Art, oder?*“

I1 111-115: „Und dann auch die Erinnerungen, die die Leute so gesagt haben, ein paar wollten dann schon, haben sich die Frage gestellt, so ein Abschieds.... Wir haben so ein Abschiedsplakat... angefangen zu gestalten, wo jede, so jeder seine Erinnerung oder Worte, oder so einfach zum Abschied noch mitgeben wollte, und das war... war ein ganz... ganz ein schöner Nachmittag, dieses kollektive Abschiednehmen.“

Stressreaktionen auf Verhaltensebene

Auf Verhaltensebene nannte keine der befragten Personen konkrete Symptome. Nach Angaben von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8) ist die Ausprägung von Stressreaktionen auf Verhaltensebene abhängig von der individuellen Anspannung. Keine der Personen schilderte Hektik, sozialen Rückzug, erhöhten Konsum von Suchtmitteln oder erhöhte Fehleranfälligkeit. Eine Person schilderte die Schreckhaftigkeit eines Arbeitskollegen in Krisensituationen.

I3 175-190: „Und der eine Kollege, der das Pech hatte, den jungen Mann im Wohnhaus zu finden, der da... der hat sich in seinem Zimmer suizidiert, das war genau derjenige, der war Berufseinsteiger. Der hat eine Ausbildung, also ursprünglich war er Metzger, der hat da auf Arbeitsagoge umgeschult, und der ist so in die Betreuung hineingekommen, und der war schon ein bisschen älter... und da hat man gemerkt, ihm fehlt die nötige Ausbildung. Der hatte zu wenig Strategie. Und der hatte auch lange darunter gelitten. Wir haben dann Supervision gemacht ohne Ende [...] Der hat einen Schaden davon getragen. Weil der hat gedacht... er hat gedacht er kann das mit sich selber ausmachen... ich weiss nicht ... (wirkt emotional und sucht die richtigen Worte)... Ich bin mit ihm nachher auch lange spazieren gegangen, weil es ihn natürlich am meisten betroffen hat, das ist ja klar. Und er hat das mit sich ausgemacht, und ich habe ihm gesagt: „du R., schau her, du musst für dich persönlich was machen, suche dir einen Psychologen oder einen Supervisor oder so irgendwie, du musst für dich das auch noch verarbeiten, sonst bleibt es ewig an dir hängen“. Jaa... (Wirkt betroffen). Es gab dann Jahre später, da hatte er immer wieder Situationen, zum Beispiel wenn er an die Türe klopft von einem Bewohner der nicht aufmacht oder..., da hat er immer gleich das Schlimmste angenommen...“.

Der beschriebene Arbeitskollege war noch in der Ausbildung und hatte somit wenig Berufserfahrung. Zudem war die Person bereits „etwas älter“ und arbeitete als **Quereinsteiger**. Seine berufliche Situation hatte sich noch nicht soweit stabilisieren können, um sich Strategien im Umgang mit Belastungsstress anzueignen. In der Supervision konnte der Arbeitskollege die Belastungsreaktionen nicht verarbeiten. Er unterschätzte die **langfristigen Folgen** der Stresssituation.

In akuten Krisen von Betreuten stehen die Teammitglieder unter **grosser Anspannung**, es herrscht Hektik und Nervosität.

I3 26 – 29: „das war ein bisschen ein turbulenter Mittag ehmm... haben wir zu dritt... ehmm... den jungen Mann ganz eng begleitet, weil er vorher ganz demonstrativ an den Bahngleisen hin und her gelaufen ist.... Das war also schon sehr eindrücklich, ehmm... das heisst, da waren wir alle ziemlich unter Anspannung.“

Treten im Beruf und im Privatleben gleichzeitig schwierige Phasen auf, beeinträchtigt das die eigene Gefühls- und Gedankenwelt zusätzlich. Schwierige Berufssituationen belasten auch das Privatleben.

I3 157 – 163: TS: „Kannst du dich erinnern, als du jemand betreut hast, der gerade in einer sehr schwierigen Phase war, und du selber hast vielleicht in deinem Privatleben auch noch etwas gehabt, das dich beschäftigt hat?“

I3: „Ja, das hat es gegeben, ja. Und das beeinträchtigt also massgeblich die eigene Gefühls- und Gedankenwelt, das schwingt natürlich immer mit, das ist, sag ich mal, dass es das Private auch belastet“.

8.2.1 Synthese zu Hypothese 1

Alle befragten Fachpersonen der Sozialpädagogik konnten Stressreaktionen auf mehreren Ebenen nennen. Die Ausbildung von Belastungsstress auf emotionaler Ebene wurde am deutlichsten und auch am häufigsten genannt.

Die Ergebnisse der Befragung zu den **emotionalen Stressreaktionen** decken sich mit der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8). Die ausgeprägten Trauerreaktionen, die sich auch ein halbes Jahr nach dem Suizid der jungen Mutter noch zeigen, werden von Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.3.9) als Phasen im Verlauf von Belastungsreaktionen bestätigt.

Alle Befragten beschrieben eine enge Beziehung zu den Betreuten, die sich suizidiert haben. Diese Beziehungsaspekte entsprechen den Schlussfolgerungen von Poulsen (vergl. Kapitel 5.2.10) und deren Darlegungen zu den Herausforderungen eines gesunden Nähe-Distanz-Verhältnisses in der **professionellen Beziehungsgestaltung**. Eine besondere Stellung nimmt die Trauerreaktion einer befragten Person ein, die selber schwanger ist. Die eigene Lebenssituation prägt hier über **persönlichkeitsspezifische Faktoren**, wie die Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.5) aufzeigt, die Stressreaktion massgeblich mit.

Kognitive Stressreaktionen (Illes et al., vergl. Kapitel 5.3.8) zeigen sich bei den Befragten im Bereich des Gedankenkreises rund um das Ereignis und bei der Schuldfrage. Obwohl der Suizid der betreuten Person schon sechs Monate zurücklag, machte die befragte Person noch Schuldzuweisungen an die Klinik. Gemäss der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8) gehören Fragen nach Schuld und Erklärungen zum Vorfall zu den kurzfristigen Stressreaktionen, die nach mehreren Tagen wieder abklingen sollten. Als Erklärungsmodell kann hier das Konzept der Phasen im Verlauf einer Belastungsreaktion nach Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.3.9) beigezogen werden, welches die Schuldzuweisungen in der zweiten Phase aufführt. Trotzdem belegen die genannten kognitiven Stressreaktionen die Konzeption von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.4), die besagt, dass bei länger andauernden Stress-Symptomen professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte.

Eine Person konnte aufzeigen, wie schwierige Situationen am Arbeitsplatz und Probleme im persönlichen Umfeld eine Wechselwirkung erzeugen. Damit bestätigt sich das Konzept der **situations- und persönlichkeitspezifischen Moderatorvariablen**, welche Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.5 und 5.3.6) beschrieben haben.

Keine der befragten Personen konnte konkrete **Stressreaktionen auf körperlicher Ebene** nennen. Durch die Nicht-Nennung von mittel- oder langfristigen körperlichen Symptomen, wie Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8) sie beschreiben, wird die Theorie der Stressreaktionen, was die körperliche Ebene betrifft, nicht bestätigt. Gleichzeitig verweisen diese Nicht-Nennungen auf einen weiteren Aspekt der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.3), und zwar auf das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren von Stress und dass die Reaktionen von Menschen auf Stressfaktoren individuell geprägt sind. Des Weiteren findet sich eine Übereinstimmung mit der Theorie derselben Autorinnen in Bezug auf soziografische Faktoren wie beispielsweise die Berufserfahrung (Illes et al., vergl. Kapitel 5.3.5). Einen weiteren interessanten Hinweis zu den fehlenden Nennungen von körperlichen Stressreaktionen zeigt sich in der Methode der Achtsamkeit nach Wendt (vergl. Kapitel 5.6.2) und der sensiblen Selbstwahrnehmung in schwierigen Situationen. Weitere Gründe für die fehlenden Nennungen können in den beschriebenen Nachteilen der Forschungsmethode zu finden sein, wie Steinert und Thiele (vergl. Kapitel 7.1.2) sie darlegen.

Die genannten **Stressreaktionen auf Verhaltensebene** decken sich mit der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8). Die beschriebenen Hektik des Team bei suizidalen Krisen von Betreuten kann den kurzfristigen Stressreaktionen zugeschrieben werden. Mittel- oder langfristige Folgen von Stressreaktionen auf Verhaltensebene wurden keine genannt. Hier können sich die von Steinert und Thiele (vergl. Kapitel 7.1.2) beschriebenen Nachteile der Forschungsmethode ebenfalls bestätigen.

Eine befragte Person konnte das Verhalten eines Arbeitskollegen schildern, welches sich mit den **persönlichkeitsspezifischen Faktoren einer Belastungsreaktion** nach Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.5) übereinstimmen. Da die Schilderung aber eine Drittperson betrifft, die nicht direkt befragt werden konnte, kann hier keine weitere Analyse vorgenommen werden.

Als **persönliches Fazit** zu den fehlenden Nennungen von körperlichen Stress-Symptomen kann ich festhalten, dass die langjährige Berufserfahrung Stress-Symptome vermindern kann. Da die Wahrnehmung von Stress komplexen Faktoren unterliegt, können die Gründe für das Fehlen von körperlichen Stressreaktionen hier nicht abschliessend geklärt werden. Aus meiner Sicht wäre es auch möglich, dass das Bewusstsein für Belastungsstress auf körperlicher Ebene wenig ausgebildet ist, dass die Befragten sich nicht mehr erinnern können oder die Symptome aus Gründen der sozialen Erwünschtheit verschwiegen werden. Dieselbe Vermutung kann auch für die mittel- oder langfristigen Folgen von Stressreaktionen auf Verhaltensebene zutreffen. Ohne das konkrete Nachfragen würde wahrscheinlich niemand zugeben, dass der Konsum von Suchtmitteln, ein Interessenverlust, Zynismus oder erhöhte Fehleranfälligkeit, wie Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8) beschreiben, im professionellen Kontext als Stressreaktion beobachtet wurden.

Generell zeigte sich in der Analyse von Hypothese 1, dass Fachpersonen der Sozialpädagogik in der Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigung auf Wohngruppen grossem Belastungsstress ausgesetzt sind. Ein vollzogener Suizid von Betreuten führt zusätzlich zu ausgeprägten emotionalen Stressreaktionen.

Aus der Analyse von Hypothese 1 stellt sich die Frage nach Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungsstress. In der Hypothese 2 sollen darauf Antworten gegeben werden können.

8.3 Analyse und Synthese zu Hypothese 2

Die individuell angeeigneten Kenntnisse über den Verlauf suizidaler Krisen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen verhelfen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, eigene Strategien im Umgang mit Belastungsstress zu entwickeln.

Bei der Auswertung zur Hypothese 2 zeigt sich, dass die befragten Personen in der Regel auf bewährte Strategien zurückgreifen. Die individuell angeeigneten Kenntnisse über den Verlauf suizidaler Krisen basieren hauptsächlich auf **Erfahrungswissen**. Als wesentlicher Bestandteil der individuellen Bewältigung von Belastungsstress erhält die **persönliche Haltung zum Thema Suizidalität** jedoch eine grosse Bedeutung. Der **Rückhalt im Team** und die **Unterstützung der Institution** werden generell als sehr wertvoll bezeichnet. Das **kollektive Trauern** als Massnahme zur Trauerbewältigung nimmt innerhalb einer Wohngruppe eine wichtige Stellung ein.

Strategien aneignen über Aus- und Weiterbildung

Alle befragten Personen halten fest, dass sie während der Ausbildung das Thema Tod und Suizidalität im Unterricht gestreift, aber nicht tiefgreifender erarbeitet haben. Alle sind bereits in ihrem Praktikum mit Suizidalität in Kontakt gekommen. Eine Person besuchte gezielt eine Weiterbildung, eine andere besuchte Vorträge.

I3 55: „... eine Ausbildung in dem Sinne nicht.“

I3 61-62: „ich habe teilweise auch Vorträge besucht, wo das... das auch Thema war.“

I2 59-60: „Dann war es sicher in der Ausbildung: Tod und Abschied... und so... Das ist ein Thema... die psychischen Erkrankungen, da ist es ein Thema.“

I1 17-19: „... ich habe eine Weiterbildung gemacht zu Fachkurs Psychiatrie... genau... für mich, also..., da hier alles so... vor allem so... psychiatrielastig ist, fühle ich mich jetzt auch ein bisschen seit dann ... ein bisschen... wie soll ich sagen... kompetenter.“

I1 53-55: „Als Praktikantin war ich auf das Thema eigentlich, ich möchte nicht sagen... auf das Thema nicht vorbereitet gewesen so.“

Individuelle Strategien aneignen durch Berufserfahrung

Zwei befragte Personen beschreiben, dass die Suizidalität von Betreuten **ausserhalb der Tagesroutine** liegt und dass suizidale Krisen sich **schnell aufbauen** können. Sie halten fest, dass es für die Betreuung von Menschen mit suizidalem Verhalten **keine allgemeingültigen Regeln** gibt, weil suizidales Verhalten individuell geprägt ist. Der Umgang mit Suizidalität sollte deshalb innerhalb der Institutionen regelmässig thematisiert werden.

I3 348-349: „Man ist so im Tagesgeschäft drin, und erst wenn etwas passiert, dann wird es zum Thema.“

I3 275-278: „diese Intervention, klar... mit den Bewohnern und so weiter, das geht alles relativ schnell und es wäre gut, wenn man halt regelmässig mal thematisiert, damit man weiss, wenn etwas passiert, was man zu tun hat. Das geht beim Thema Suizid etwas unter, man denkt gleich wie die Brandschutzvorrichtungen und alles, ja... aber bei einem Suizid, da reagiert jeder anders“

I2 68-69: „ich glaube... für mich... es ist einfach die Routine,... man bekommt keine Routine mit diesen Sachen, aber man lernt einen Umgang... und dann ist aber jede Person wieder anders“

Die **empathische Beziehungsgestaltung** der Sozialpädagogen zu den Betreuten verhilft ihnen zu einem guten Gespür für deren Befindlichkeit. Dieses Gespür unterstützt sie bei der Einschätzung des Suizidrisikos.

I3 31-33 „man hat das Gespür... man kennt die Leute auch, da war schon irgendwas im Busch und das war dann wirklich ganz eng für uns. „

I2 44: „da ist ja das Bauchgefühl...

I2 71 -73 „Es hat auch ganz viel damit zu tun, wenn ich... wenn ein neuer Klient zu uns kommt, und der Suizidgedanken äussert, dann gehe ich damit natürlich ganz anders um als wenn ich den Klienten schon ein bisschen kenne und weiss, wie ich ihn abholen kann.

In einer Institution versichern sich Sozialpädagoginnen mittels **Absprachen oder mündlicher Non-Suizid-Verträge** über das Verhalten von betreuten Bewohnerinnen. In Krisensituationen zeigen sie Gesprächsbereitschaft und bieten Reserve-Medikamente an. Sie müssen damit rechnen, dass sie im Pikettdienst oder während des Nachdiensts **Interventionsmassnahmen** treffen müssen. Diese Interventionen stehen **ausserhalb der beruflichen Routine** und bergen Stresspotential. Wenn die Sicherheit nicht mehr gewährleistet ist werden Massnahmen der Krisenintervention getroffen.

I2 73-75 „Für mich ist es so, immer wenn die Leute mir versprechen, dass sie... sie sich nichts antun, das ist wie... das ist etwas, was funktioniert,... „

I1 146-149 „Diese Absprache müssen wir wie einfordern. Und wenn aber jemand sagt „doch, ich halte das aus und.. „ und wir dann sagen können „kommen sie, wenn's nicht geht, kommen sie Reserve holen und Gespräch und so“, das ist so das, wo ich dann am Abend, wenn ich Pikett habe, denke, ja... ich muss ans Telefon, ich muss in der Nacht irgendwie intervenieren...“.

I1 143-144 „also wenn jemand sagt „suizidal, ich kann nicht garantieren dass...“ dann gibt's eine Klinikeinweisung, Punkt. Das ist mal das, was wir tun können.“

Psychische Störungen wie beispielsweise die **Borderline-Störung** sind in der Einschätzung der Suizidalität eine grosse Herausforderung, da diese mit der Androhung eines Suizids **Betreuungspersonen instrumentalisieren** wollen, wenn die Umstände nicht ihren Vorstellungen entsprechen. Diese Androhung setzt Fachpersonen der Sozialpädagogik unter Druck. Oftmals verbirgt sich hinter diesem Verhalten ein anderes Problem.

I2 44-47: „....da ist aber auch ein Teil von Instrumentalisierung, Suizidalität ist auch irgendwie... vor allem bei Menschen mit einer Borderline-Störung... ist schwierig, weil es immer wieder ein Thema ist, ist dann... ja... sehr... auch schwierig... es ist nicht so einfach... weil wenn dann die Sachen nicht so einfach sind... dann die Suizidgedanken sehr schnell da sind“.

I3 244-247: „es gibt einfach Klienten, wo du ständig... die kündigen dann das auch immer an.... Ich springe dann von der Brücke... das kannst du dann fast nicht mehr hören... es ist dann eher ein Ausdruck von etwas anderem... ist manchmal aber auch mehr erpressen... ja... ganz klar... „

I3 250: „...auf Suizid springt jeder Fachmann auf“

Durch ihre Berufserfahrung in der Begleitung Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in suizidalen Krisen kommt eine befragte Person zu der Überzeugung, dass jeder Suizid **traumatisierte Angehörige** hinterlässt, die dann wiederum selber suizidgefährdet sind.

I1 93 – 95: „Dass es nochmals... dass ihr Mammi sich umgebracht hat, dass sie sich umgebracht hat, dass es einfach so in dieser Generation weitergeht, ich habe mir Gedanken und Sorgen um ihren Sohn gemacht, dass... wie es dem jetzt wohl geht...“.

Abgrenzung als individuelle Strategie zur Bewältigung von Belastungsstress

In der Befragung äussern sich die Personen zur Abgrenzung zwischen Privatem und Beruflichem unterschiedlich. Eine Person hält fest, dass sie durch die langjährige Berufserfahrung **gelassener** geworden ist und gelernt hat, sich **gut abzugrenzen**. Trotzdem schwingt die **Besorgnis** mit, erneut von einem Suizidversuch oder einem vollzogenen Suizid betroffen zu sein.

I3 67-68: „Also ich kann... ich kann es glaub ich mittlerweile recht gut... ehmm... mich abgrenzen zwischen Privatem und Beruflichem“

I3: 71-73: „...aus beruflicher Sicht... hatten wir ja auch eine gewisse Distanz... man muss damit rechnen, dass so was passieren kann... das kann jeder in unserer Branche, sag ich mal... ehmm... der weiss, es kann irgendwann passieren... und jeder hofft, dass es nicht bei ihm passiert.“

I3 328-329: „Also ich bin viel gelassener. Ich kann... ich kann mich ... ich glaube, das ist eine Fähigkeit, die ich entwickelt habe. Ich kann mich wirklich gut abgrenzen.“

Eine Person nennt die Beziehungsarbeit als **professionellen Auftrag**, dem sie sich nicht entziehen kann. Sie bleibt in ihrer Aussage zur Abgrenzung als individuelle Strategie unklar.

I2 375-376: „Und ich glaube, das ist es ja. Unsere Arbeit zu diesem Thema ist Beziehung. Also, und wenn es uns nichts angehen würde, das Thema... dann würden wir unsere Arbeit nicht richtig machen...“

Persönliche Haltung zu suizidalem Verhalten

Eine befragte Person findet es wichtig, dass Fachpersonen der Sozialpädagogik sich mit dem Thema Suizid auseinandersetzen, damit sie belastende Situationen besser bewältigen können. Sie nimmt die Haltung ein, dass ein Suizid einen **Akt der Selbstbestimmung** darstellt. Eine andere Person schildert ihre Haltung gegenüber Suiziden mit **Demut und Gelassenheit**. Sie kann verstehen, dass Menschen sich aus einer grossen Not heraus für einen Suizid entscheiden. Trotzdem stehen die befragten Personen für den Erhalt des Lebens ein. Es ist Teil ihrer **beruflichen Identität**.

I3 210-215: „es ist für uns halt ein Thema, es gehört in unserem Job halt einfach dazu. Man setzt sich damit anders auseinander, in dem man sich einfach sagt: „Okay, was ist unsere fachliche Möglichkeit, die Person zu unterstützen?“ Und, ich habe schon mal gesagt, wenn man alles getan hat oder meint, alles getan zu haben, und auch mit sich im Reinen ist und sagt: „Okay, mehr konnten wir aus unserer Sicht nicht mehr machen“, dann kann ich auch sagen: „Okay... dann war das... dann hab ich auch kein schlechtes Gewissen... okay, dann war das seine Entscheidung“

I2 288-290: „Das ist, glaube ich, so meine Haltung. Ich bin da fürs Leben, Leben.... ehmm... ja, fürs Leben. Ich will es erhalten und dort... das ist Teil von meiner Profession und von meiner Arbeit... damit identifiziere ich mich.“

I1 208-212: (Denkt lange nach)... „Ich würde sagen, es ist eine gewisse Gelassenheit da... also dass ich finde, doch, Suizid ist... ist eine Möglichkeit, aus dem Leben zu gehen, so wie Exit, oder? Es ist eine Möglichkeit, man kann... Ich habe das Gefühl, das muss jeder Mensch wie für sich selber entscheiden, und dann kann ich wie nur demütig daneben stehen und finden, ja, die haben sich jetzt für das entschieden.“

I1 46-47: „... und ich kann sie verstehen, ein Stückweit kann ich verstehen, dass so jemand, der schon so lange gekämpft hat, ja nicht mehr mag.“

Keine der befragten Personen nannte **religiöse oder andere Überzeugungen**, welche das Thema Suizidalität tabuisieren oder ablehnen würde. Eine Person hält dazu fest:

I3 220-221: „Ich bin katholisch erzogen und da ist es... da ist ja Suizid eigentlich eine Todsünde, ja... da stehe ich aber ganz anders dazu.“

Teamarbeit und Team-Supervision

Der Umgang mit Suizidalität von Betreuten wurde im Team und in Team-Supervisionen immer wieder besprochen. Eine Person konnte sich im Austausch mit einer Therapiefachperson Wissen zu suizidalem Verhalten aneignen.

I3 55-56: „... Es wird natürlich dann immer wieder in Supervisionen thematisiert.“

I2 60-62: „Und dann finde ich halt auch das Gespräch, im Team besprechen, miteinander in den Prozess gehen... Supervisionen darüber zu haben, mit den Therapeuten auch stark im Austausch sein... sich dort Wissen aneignen.“

I3 196-198: „wir haben Teamsupervision gehabt, und die damalige Supervisorin hat aber jedem Teammitglied noch angeboten, einzeln Supervision zu machen oder ihn auch weiterzuvermitteln.“

Fachliteratur

Keine der befragten Personen hat sich selbstständig Wissen über Suizidalität durch das Studium von Fachliteratur angeeignet.

I2 62-63: „Dann Fachliteratur... ich bin jetzt nicht jemand, der sich dort ganz viel herausholen konnte.“

Strategie der Teamarbeit

Der Rückhalt durch das Team wird von allen Befragten als grosse Stütze erlebt. Der Austausch mit Teammitgliedern und die **Reflexion der schwierigen Situation** wirken unterstützend auf die Bewältigung von Belastungsstress.

I3 172-174: „...war ein gutes Team, wir haben gut zusammen gearbeitet, auch erfahrene Leute, was man immer merkt, und das hört sich jetzt ein bisschen gemein an, aber in Krisen- oder Notsituationen, da trennt sich die Spreu vom Weizen... da sieht man dann, wer Profi ist oder nicht.“

I3 190-191: „Aber die Zeit, das war dann wirklich, dass hat dann das Team auch zusammengehalten. Das war eine sehr wichtige Erfahrung.“

I1 180-182: „das Motto von unserem Team ist: wenn du etwas brauchst, dann... dann meldest du dich und kommst es sagen. Es ist vor allem im Gespräch, wo du so... dass man irgendwie über diese Frau gesprochen hat...“

I2 184-187: „Es gibt schon auch einen Teil vom Team... wo auch Schuldzuweisung passiert, so quasi, die Klinik hat nicht geschaut... die Klinik hat nicht richtig gearbeitet, wie die haben das nicht ernst genommen... denkt lange nach hmm... Ich denke, ein grosser Teil ist einfach diese Ohnmacht... „

Eine befragte Person schildert eine akute Notfallsituation in der Betreuung eines suizidalen Bewohners einer Wohngruppe. Die akute suizidale Krise versetzt das **Team in Alarmbereitschaft** und die suizidale Person wird engmaschig betreut. Während dieser Phase ist die Anspannung im Team sehr gross. Die Einweisung in die Psychiatrie stellt für das gesamte Team eine grosse Erleichterung dar. Erfahrungsgemäss kann ein Suizid aber auch in der Klinik nicht immer verhindert werden.

I3 25-29: „ Wir haben dann mittags auch den Notfallpsychiater kommen lassen, dass der ihn einweisen kann, und bis der dann kam, das war ein bisschen ein turbulenter Mittag ehmm... haben wir zu dritt... ehmm... den jungen Mann ganz eng begleitet, weil er vorher ganz demonstrativ an den Bahngleisen hin und her gelaufen ist.... Das war also schon sehr eindrücklich, ehmm... das heisst, da waren wir alle ziemlich unter Anspannung. Da waren wir dann froh, als er endlich in der Klinik war. Da ist dann zum Glück nichts passiert... denn auch in der Klinik kann so was passieren.“

Unterstützung durch die Institution und die übergeordneten Vorgesetzten

Alle befragten Personen nennen eine **rasche Unterstützung in Notfällen** durch die übergeordneten Vorgesetzten und die Institution. Eine Person fühlte sich unterstützt durch die Übernahme von administrativen Arbeiten seitens der Bereichsleitung wie der Gestaltung der Todesanzeige. In einer Institution steht der befragten Person ein **Leitfaden** zur Verfügung. Sie kann bei Notfällen auch beim Zentrumsleiter oder der Direktion Unterstützung einholen. Eine befragte Person findet es bemerkenswert, dass **ausserordentliche Supervisionen** zur Verfügung gestellt werden, da diese ja Geld kosten.

I1 234-236 : „Also, die T.(Direktion, Anmerkung TS), die war dabei, als wir an dem Nachmittag, als wir das bekannt gegeben haben, ich denke die hat, also die Institution hat sicher diese Extra-Supervision bewilligt, das kostet ja alles Geld und das muss gutgesprochen werden“

I1 245-246: „Ja, da hab ich mich unterstützt gefühlt, dass sie die Todesanzeige übernommen hat, mit ein paar Worten.“

I2 234-234: „sie (Direktion, Anmerkung TS) war ja dann an diesem Tag, dann auch... ich habe sie angerufen... und sie ist dann, sie hat dann gefragt, was ich brauche... “

I2 259-260: „Die Bereichsleitung ist auch sofort herüber gekommen. Von der Arbeit. Und hat mit mir das Gespräch gesucht und gefragt, was sie machen kann“.

I3 198-200: „die Firma war da sehr kulant und hat gesagt: „Wir bezahlen jegliche Supervision oder Therapiestunden, wenn ihr das braucht“. Also, da war die Firma wirklich gut. Da hatten wir die volle Unterstützung“.

I3 260-264: „wir haben ja auch einen Leitfaden und solche Sachen... da wird dann die Geschäftsleitung auch... S.P. und so... gleich... ich hätte jetzt zum Beispiel kein Problem, wenn ich jetzt meine Teamchefin nicht erreicht oder die Kollegin irgendwie nicht erreichen kann, dann rufe ich unseren Zentrumsleiter T.B. an, der ist dann auch den Direktor S.P. und so weiter...“

Kollektive Trauerarbeit

Eine befragte Person schildert den Prozess des **kollektiven Trauerns**, welcher unmittelbar an die Überbringung der Todesnachricht mit den Betreuten und dem Teammitgliedern in den Räumen der Wohngruppe durchgeführt wurde als wertvolle Erfahrung, die viel Entlastung gebracht hat.

I1 101-108: „... in dieser grossen Gruppe, es sind wirklich glaube ich alle dabei gewesen, wo einfach so die Nachricht vom Tod von dieser Frau, wie einzelne Leute reagiert haben, ehmm wie wir geweint haben, wie wir Sachen erzählt haben von ihr, es war so ein kollektives Trauern. [...] die, die sich zurückziehen wollten haben dies können, wir haben... haben einen Gang in die Kirche angeboten oder einen Spaziergang nach N... und dann einen Kaffee trinken, oder, und dann ein gemeinsames Nachtessen.“

I1 111-115: „Das habe ich extrem schön gefunden. Und dann auch die Erinnerungen, die die Leute so gesagt haben, ein paar wollten dann schon, haben sich die Frage gestellt, so ein Abschieds.... Wir haben so ein Abschiedsplakat... angefangen zu gestalten, wo jede, so jeder seine Erinnerung oder Worte, oder so einfach zum Abschied noch mitgeben wollte, und das war... war ein ganz... ganz ein schöner Nachmittag, dieses kollektive Abschiednehmen.“

I1 160-162: „Ich habe das Gefühl, das hat viel Entlastung gebracht und auch ich denke, die, die an diesem Nachmittag dabei gewesen sind, das ist, jedenfalls für mich, sehr entlastend gewesen. Es hat mich sehr abgeholt...“

Einbezug von Angehörigen

Alle Befragten halten fest, dass sie **keine aktive Zusammenarbeit** mit den Angehörigen pflegen, gelegentlich nehmen sie bei akuten Krisen an **Helfernetz-Sitzungen** teil. Da es sich in allen Institutionen um erwachsene Betreute handelt entscheiden diese selber, wie eng sie ihre Angehörigen in die suizidale Krise einbeziehen wollen. Eine Person sieht den Grund für fehlende Kontakte von Betreuten zu ihren Angehörigen in den oftmals schwierigen Familienverhältnissen. Von einer der befragten Personen wurde die **Schweigepflicht** genannt. In den untersuchten Institutionen scheint es keine Kultur der Angehörigenarbeit zu geben. Angehörige werden jedoch einbezogen, wenn diese oder die Betreuten das wünschen.

I3 111: (Denkt lange nach). „Also mit Angehörigen habe ich noch nie zusammengearbeitet.“

I3 123-125: „Also bei vielen ist, dass die Familienverhältnisse einfach doch recht schwierig sind... und auch gestört sind, da also gar kein Kontakt ist, aber zu den Angehörigen, die das möchten haben wir eigentlich einen guten Draht.“

I2 86-90: „... hier ist es so, dass wir nicht ausgesprochene Angehörigenarbeit leisten, weil die Leute ja erwachsen sind, und weil sie selber entscheiden, wie gross und wie nahe ist die Zusammenarbeit. Wenn jetzt... wenn eine Schweigepflicht-Entbindung vorliegt und wir wissen, ein Klient ist bei den Eltern, und dann wird schon miteinander gesprochen, das ist aber schon sehr individuell und kommt sehr auf den Klienten drauf an“.

Alle Befragten haben es noch nie erlebt, dass Angehörige gegen ihre Institution Vorwürfe erhoben haben nach einem Suizid.

Persönliches Wachstum

Alle befragten Personen zeigen sich überzeugt, dass sie durch ihre Berufserfahrung in der Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen auch persönliches Wachstum erfahren haben.

I2 366-367: „... und gleichzeitig ist es auch eine grosse... wie soll ich sagen... wie eine Ehrfurcht vor dem Leben... und auch vor dem Tod... es ist ein grosses Thema, das man mit jemandem anschauen darf“.

I1 286-287 „... dass es eine Erweiterung ist vom Horizont. Grundsätzlich denke ich so. Ich bin dankbar, dass ich einigermassen gesund geblieben bin.“

I1 300-302: „ ... das hat mich ins Jetzt gesetzt. Ich denke, zuerst ist mein Pappi gestorben, mein Mami ist gestorben, es sind einige Leute gestorben, die ich kenne, oder? Und das macht mich einfach so... wie kostbar das Leben ist, wie kostbar der Moment sein kann, wenn du genug aufmerksam bist...“

I3 315-317: „es hat mich viel, viel stärker gemacht (wirkt etwas emotional). Denn mit diesem Thema, also so Sterben und Tod, das ist ja auch... sich mit dem Thema wirklich auseinander zu setzen ist die beste Möglichkeit, sich dann auch... in so einer Situation sich dann auch zu orientieren. „

8.3.1 Synthese zu Hypothese 2

Die Aussagen der befragten Personen zu Strategien im Umgang mit Belastungsstress in der sozialpädagogischen Betreuung von suizidalen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen zeigt nur bedingt ein homogenes Bild. Belastungsstress hängt von vielen Faktoren ab. Das Erleben von schwierigen Situationen im beruflichen Umfeld ist geprägt von personenspezifischen Eigenheiten der befragten Personen, ebenso von Faktoren wie Berufserfahrung und Einflüssen aus dem sozialen Umfeld. Besonders tragische Lebensschicksale von Betreuten lösen auch bei erfahrenen Fachpersonen der Sozialpädagogik **Betroffenheit** und **Trauer** aus. Die **professionelle Abgrenzung** erweist sich nach einem vollzogenen Suizid als schwierig. In einer Institution liegt der vollzogene Suizid sechs Monate zurück. Er hat durch seine **Tragik** die Aussagen von zwei Personen im Interview massgeblich beeinflusst.

Strategien aneignen über Aus- und Weiterbildung

Keine der befragten Personen kann konkrete Strategien zum Umgang mit suizidalen Krisen von Betreuten aus seiner **Aus- oder Weiterbildung** nennen, die in der beruflichen Praxis Hilfestellung bieten. Die persönliche Wissensaneignung über Fachliteratur konnte bei den Befragten ebenfalls nicht festgestellt werden. Diese Aussagen überraschen angesichts der empirischen Befundlage von Ajdacic-Gross (vergl. Kapitel 5.2.2 und 5.2.3), die mit eindrücklichen Zahlen das erhöhte Suizidrisiko von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen belegt. Zudem zeigt das Konzept der organisatorischen Moderatorvariablen nach Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.6) auf, dass eine unzureichende persönliche Aus- und Weiterbildung Belastungsstress begünstigt.

Individuelle Strategien aneignen durch Berufserfahrung

Bei Strategien, die die befragten Personen sich über Berufserfahrung angeeignet haben, steht die **professionelle Beziehungsgestaltung** zu den Betreuten im Vordergrund. Die Aussagen aus den Interviews decken sich mit den Befunden von Poulsen (vergl. Kapitel 5.2.10) zum professionellen Nähe-Distanz-Verhältnis. Gleichzeitig belegen die Aussagen die empirischen Befunde der Studie von Daniels (vergl. Kapitel 5.3.2) und deren Aussagen zur Problematik von ausgeprägter Empathie-Fähigkeit.

Als **Strategie zur Verhinderung von Suiziden** arbeitet eine Institution mit **Non-Suizid-Verträgen**. Diese Massnahme entspricht nur teilweise der Theorie von Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.2.12), die für einen verantwortungsvollen Umgang mit diesen Absprachen plädieren und darauf hinweisen, dass diese **keine absolute Sicherheit** bieten.

Eine befragte Person schildert, dass in der Betreuung von suizidgefährdeten Menschen keine Routine entwickeln werden kann, dass ein Umgang mit Suizidalität aber erlernt werden kann, ohne näher zu benennen, was sie damit meint. Diese Aussagen lassen sich mit der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.1) vereinbaren, die besagt, dass besondere Massnahmen **ausserhalb der Arbeitsroutine** ein **erhöhtes Stresspotential** aufweisen. Gleichzeitig verweist die positive Wirkungsweise von Berufserfahrung in der Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen auf das Konzept der **Resilienz**, wie Poulsen (vergl. Kapitel 5.6.3) und Ungar (vergl. Kapitel 5.6.3) es darlegen. Die Aussage zum erlernten Umgang mit Suizidalität kann in diesem Zusammenhang als eine **seelische Widerstandskraft** nach Poulsen (vergl. Kapitel 5.6.3) interpretiert werden, die Fachpersonen der Sozialpädagogik in der Einschätzung der Suizidalität, insbesondere auch von Menschen mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Störung, unterstützt.

Durch den intensiven Beziehungsaufbau sammeln Sozialpädagogen Erfahrungswissen über **besondere Suizid-Risikogruppen**. Die Kenntnisse über **psychische Störungen**, die bei Problemen besonders rasch mit Suizid-Androhung reagieren, verhelfen den Fachpersonen der Sozialpädagogik zu mehr Sicherheit in der Risiko-Einschätzung. Es kann hier eine Übereinstimmung mit den empirischen Befunden von Ajdacic-Gross (vergl. Kapitel 5.2.2 und 5.2.3) in Bezug auf Risikofaktoren und Suizidtypologien festgehalten werden. Eine befragte Person äussert sich besorgt über den Sohn, der seine Mutter und seine Grossmutter durch Suizid verloren hat. Dieses Erfahrungswissen deckt sich mit den empirischen Befunden von Ajdacic-Gross (vergl. Kapitel 5.2.2) zu den Suizid Risikogruppen. Der genannte Sohn kann durch den Suizid seiner Mutter der **Risikogruppe der Survivors** zugeordnet werden, der auch schon seine Mutter angehörte. Es scheint hier ein kumuliertes Suizid-Risiko zu bestehen, welches seine Ausprägung jedoch durch die Beziehungsqualität erhält, wie die empirischen Befunde von Ajdacic-Gross (vergl. Kapitel 5.2.2) belegen. Die These des kumulierten Suizid-Risikos bleibt hier jedoch hypothetisch, da zur Beziehungsqualität zwischen Mutter und Sohn, beziehungsweise Mutter und Tochter in der Befragung keinerlei Aussagen gemacht wurden.

Aus dem angeeigneten **Erfahrungswissen** können Fachpersonen der Sozialpädagogik wertvolle Strategien ableiten, die ihnen im beruflichen Alltag Sicherheit vermitteln. Alle Befragten sprechen von einem **Bauchgefühl oder von einem Gespür**, das durch die Berufserfahrung für Suizidrisiko entwickelt wird. Hier zeigt sich eine Übereinstimmung mit dem von Wendt (vergl. Kapitel 5.6.2) dargelegten Konzept der **Achtsamkeit** und dem „sensiblen Schauen auf sich selbst“, welches sich hier auf emotionaler Ebene bestätigt.

Von allen interviewten Personen werden Fragen zu Hinweisen auf Suizidalität und zu Suizidabsichten von Bewohnerinnen offen angesprochen. Es finden sich hier keine Hinweise auf eine Hemmung, **Suizidalität anzusprechen**, wie Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.2) sie darlegen.

Nur eine befragte Person konnte das Thema **professionelle Abgrenzung** deutlich vermitteln. Dies kann mit der langjährigen Berufserfahrung begründet werden und zeigt eine Übereinstimmung mit den **soziografischen Faktoren** der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.5). Gleichzeitig beinhaltet die Nennung derselben Person zur professionellen Abgrenzung auch das **respektieren der eigenen Grenzen** in der professionellen Arbeit, wie die Befunde von Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.5) aufzeigen. Ebenso verweisen die obgenannten Aussagen auf den **Selbsterkenntnisprozess in Bezug auf die eigenen Grenzen** im professionellen Handeln, wie Poulsen (vergl. Kapitel 5.2.10) darlegt.

Zwei befragte Personen zeigen sich durch die Betroffenheit angesichts des tragischen Suizids der jungen Mutter noch stark vereinnahmt. Diese Reaktion gibt einen Hinweis auf die bestehende Gefahr von **Überidentifikation und Grenzverlust**, wie sie Maercker (vergl. Kapitel 5.2.10) in der Grafik der Empathie-Vermeidungswippe anschaulich darstellt. Ebenso lassen sich hier Parallelen feststellen zur Studie der Sekundärtraumatisierung nach Daniels (vergl. Kapitel 5.3.2), welche eine **gesteigerte Empathie-Fähigkeit** als Erklärungsmodell für Entgrenzung beschreibt.

Die **Zusammenarbeit mit Angehörigen** von suizidalen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist nach Aussagen aller Befragten marginal und nimmt keinen Einfluss auf die individuelle Strategie in der Bearbeitung von Belastungsstress. Damit widersprechen die Aussagen der Theorie von Bull und Bitoni (vergl. Kapitel 5.2.9).

Trauern

Während der Durchführung der Interviews konnte bei zwei befragten Personen deutliche **Reaktionen des Trauerprozesses** beobachtet werden. Sie wirkten sehr traurig, teilweise versuchten sie, die Tränen zurückzuhalten. Eine Person beschäftigte sich mit Fragen nach Schuldigen für den Suizid der Frau. Der ausserhalb der Institution vollzogene Suizid lag 6 Monate zurück. Das Durchleben dieser eindeutigen Trauerreaktionen mehrere Monate nach dem Ereignis widerspricht einerseits der Theorie der kurzfristigen emotionalen Stressreaktionen nach Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.8) Gleichzeitig stimmt sie mit den Phasen im Verlauf einer Belastungsreaktion und dem Trauerprozess überein, wie Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.9) sie innerhalb dieses Prozesses in der **Phase des Suchens und sich Trennens** und des **neuen Welt und Selbstbezugs** darlegen.

Persönliche Haltung zu suizidalem Verhalten

Die Ergebnisse aus der Befragung in Bezug auf **Tabuisierung von Suizidalität** aus religiösen Gründen widersprechen der Theorie von Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.2). Keine der befragten Personen nannte persönliche religiöse Überzeugungen, die Suizidalität tabuisieren würden. In der professionellen Haltung gegenüber Betreuten in suizidalen Krisen stimmen alle Aussagen mit dem Leitbild des Berufskodex der Sozialen Arbeit (vergl. Kapitel 4.2.3) überein. Alle Befragten bestätigen mit ihren Aussagen ihre **respektvolle Grundhaltung** gegenüber Sinnfragen, Selbstzweifeln und Suizidgedanken und zeigen somit auch mit der Theorie von Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.5) eine eindeutige Übereinstimmung. Eine befragte Person beschreibt, dass Fachpersonen der Sozialpädagogik an die Grenzen ihres eigenen Handelns stossen, wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind und belegt damit die Theorie von Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.5) die besagt, dass nicht jeder Suizid zu verhindern ist. Ein vollzogener Suizid wird von allen Befragten aus der persönlichen Haltung heraus respektvoll als ein **Akt der Selbstbestimmung oder der freien Entscheidung** bezeichnet, wie Eink und Haltenhof (vergl. Kapitel 5.5) ebenfalls darlegen, obwohl sie in der professionellen Perspektive für den Erhalt des Lebens eintreten. Eine befragte Person nennt eine **Haltung der Demut und der Gelassenheit** gegenüber vollzogenen Suiziden. Damit bestätigt die Aussage die positive innere Haltung, welche Fachpersonen der Sozialpädagogik bei Stressbelastung entscheidend den Rücken stärken kann, wie Poulsen (vergl. Kapitel 5.6.3) darlegt.

Unterstützung durch die Institutionen und übergeordnete Vorgesetzte

Der institutionellen Unterstützung von übergeordneten Führungspersonen wird nach Aussagen aller Befragten eine grosse Bedeutung zugemessen. In den Interviews wurden die angebotenen Massnahmen, mit Ausnahme der **Bereitstellung von unterstützenden Angeboten** wie Supervisionen und der Erreichbarkeit in Krisensituationen jedoch nicht näher benannt. Trotzdem lassen sich die Aussagen gut mit den Befunden von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.6 und 5.6.1) zusammenbringen.

Kollektive Verarbeitungsstrategien

Die Analyse der Befragungen zeigt auf, dass neben den individuellen Strategien im Umgang mit Belastungsstress die kollektiven Verarbeitungsstrategien eine weit wichtigere Rolle einnehmen. In der Regel greifen Teams und Institutionen dabei auf bewährten Methoden zur Reflexion von Kommunikations- und Beziehungsprozessen zurück.

Reflexion von Kommunikations- und Beziehungsprozessen

Alle Befragten nennen Supervision als Massnahme der Teamarbeit zur Reflexion von Belastungsstress in der Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung. Die **Team-Supervision** nach der Theorie von Wendt (vergl. Kapitel 5.6.2) geniesst als wissenschaftlich fundiertes Konzept für die Praxis eine **hohe Akzeptanz** in den Institutionen der befragten Personen. In der Teamsupervision bekommt das Team den nötigen Raum, um schwierige Berufssituationen ausserhalb der beruflichen Routine zu besprechen. Dieses Vorgehen zeigt eine deutliche Übereinstimmung mit der Theorie von Illes et al. (Kapitel 5.6.1) zum **Prozess der Teambildung** und der **Rückendeckung durch die Vorgesetzten**.

Die Bedeutung der Teamarbeit

Ein auffallendes Merkmal für die Bewältigung von Belastungsstress im Kontext von Suizidalität ist die **Bearbeitung im Kollektiv**. Alle Befragten haben aufgezeigt, dass die fordernden und überfordernden Momente neben hoher Anspannung im Team auch das Gefühl von Zusammenhalt und **gegenseitiger Unterstützung** stärken. Die schwierigen Situationen konnten gemeinsam gemeistert werden und beinhalten nicht nur einen **höheren Stresspegel**, sondern auch ein **gesteigertes Leistungspotential** innerhalb der Teamarbeit. Es werden hier wertvolle Fachkompetenzen in der Teamarbeit und durch die Teamarbeit ausgebildet. Dies zeigt damit Übereinstimmung mit der Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.7 und 5.6.1). Über **Feedbacks aus dem Team** erkennen Fachpersonen der Sozialpädagogik, wenn Belastungsstress problematisch wird und mithilfe **externer Fachkräfte** vertieft bearbeitet werden muss. Dies lässt sich gut mit den Befunden zur Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.7) und deren Aussagen zur Dauer von Stressreaktionen vergleichen.

Kollektives Trauern

Ein weiterer Bestandteil von **kollektiver Verarbeitung** stellt das gemeinsame Trauern dar. In einer Institution wurde ein **Trauerritual** durchgeführt. Dieses kollektive Trauern wurde als kraftvoller Moment analog früherer kultureller Riten bezeichnet. Durch die kreative Gestaltung des Trauerrituals konnten nicht nur die betroffenen Mitbewohnerinnen, sondern auch das Betreuungsteam über verschiedene Zugänge in seinen persönlichen Fragen abgeholt werden. Dieses Vorgehen zeigt **neue und wertvolle Aspekte in der Trauerbewältigung** und ergänzt damit die Theorie von Illes et al. (vergl. Kapitel 5.3.9).

Persönliches Wachstum

Alle befragten Personen bestätigen, dass sie durch die Auseinandersetzung mit der Suizidalität von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung innerlich gereift sind und Stärke entwickeln konnten. Die Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen wird als **Erweiterung des persönlichen Horizonts** beschrieben, die uns die kostbaren Momente des Lebens bewusst werden lässt. Dieses persönliche Wachstum fördert nicht nur die **positive Lebenseinstellung**, es verhilft auch zu einer besseren Orientierung innerhalb dieses grossen Lebensthemas und führt bei den Fachpersonen der Sozialpädagogik zu einer **positiven Gelassenheit** gegenüber den Lebensnöten von den Menschen, die sie betreuen und begleiten. Diese Aussagen weisen eine eindeutige Übereinstimmung mit den empirischen Befunden von Poulsen (vergl. Kapitel 5.6.3) auf.

Persönliches Fazit

Als persönliche Bilanz zur Hypothese 2 kann ich feststellen, dass die **kollektiven Strategien** in der Bewältigung von Belastungsstress die individuellen deutlich überwiegen.

Da die **Reflexion der Beziehungs- und Kommunikationsprozesse** hauptsächlich im kollektiven Rahmen stattfindet, sei es durch die Teamarbeit oder durch Supervisionssitzungen, kann damit jedoch auch ein **Bewusstsein für die Funktion der individuellen Strategien** erreicht werden. Die individuellen und die kollektiven Strategien ergänzen sich nach meiner Einschätzung somit gegenseitig und in sinnvoller Weise. Diese Erkenntnis generiert für mich persönlich **neues Wissen** und stellt für mich im Rahmen dieser Arbeit einen grossen Gewinn dar.

Eine wichtige Rolle fällt dabei der **Verarbeitung innerhalb des Betreuungsteams** zu. Aus eigener Erfahrung weiss ich, wie wichtig es ist, persönliche Fragen und oder auftretende Schwierigkeiten innerhalb eines Teams reflektieren zu können. Im **gegenseitigen Austausch** kann beispielsweise die Einschätzung vom Grad der Suizidalität oder von der Wirksamkeit von getroffenen Massnahmen differenziert vorgenommen werden. Innerhalb dieses Prozesses kann ich meine **eigene Einschätzung überdenken** und meine persönlichen Strategien anpassen. Die aus den Gesprächen gewonnene Einsicht, dass die Situation für alle Teammitglieder schwierig ist oder dass individuelle Strategien von Teamkolleginnen sich als hilfreich erweisen erweitert den Handlungsspielraum von Fachpersonen der Sozialpädagogik und öffnet sie für **neue Lösungsmöglichkeiten**. Gleichzeitig bieten diese Gespräche Entlastung in schwierigen Situationen und helfen, den sich aufbauenden Druck zu reduzieren und sich in der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen neu zu orientieren.

Da die Wahrnehmung von **Belastungsstress individuell geprägt** ist und ein angekündigter Suizidversuch oder ein Suizid nicht alle Teammitglieder gleich stark belastet besteht die Möglichkeit, dass Teammitglieder sich **innerhalb eines Teams Entlastung bieten** können. So ist es möglich, dass Teammitglieder schwierige Gespräche oder Sitzungen zu zweit führen oder dass Aufgaben gegenseitig übernommen werden, damit die von Belastungsstress betroffene Fachperson der Sozialpädagogik entlastet werden kann. Gleichzeitig kann ein Team oder ein Arbeitskollege wichtige Hinweise geben, wenn eine Person über längere Zeit Belastungsreaktionen zeigt. Dies bietet die Möglichkeit, professionelle Hilfe beizuziehen. Erfahrungsgemäss sind Teams gute Gradmesser und sie können durch die Aussenperspektive oftmals besser erkennen, wann eine Person Hilfe braucht. Neben Einzelsitzungen kann auch eine Supervision belasteten Personen das Gefühl vermitteln, dass sie „getragen“ werden und dass sie **kollektive Unterstützung** erhalten. Dies zeigt als weiteres Beispiel auf, wie kollektive Strategien die individuellen Strategien von Sozialpädagogen stärken können.

Die **individuellen Strategien** treten hauptsächlich in der **Beziehungsgestaltung** in Erscheinung. Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass suizidgefährdete Bewohner von Wohngruppen in Krisen auf eine intensive und verbindliche Betreuung angewiesen sind. Der Beziehung zur suizidalen Person muss dabei ein grosser Stellenwert zugemessen werden. Von den Fachpersonen der Sozialpädagogik wird in diesen Phasen nicht nur besonders viel Fingerspitzengefühl verlangt. Sie müssen auch die eigene Gesundheit im Auge behalten und sehr aufmerksam sein, dass sie sich vom Leid und den Nöten der betreuten Person nicht allzu stark vereinnahmen lassen. Ein gutes Bewusstsein für das **professionelle Nähe-Distanz-Verhältnis** schützt Sozialpädagoginnen davor, sich nicht mehr abgrenzen zu können. Dieses tönt in der Theorie einfach, in der Praxis erweist sich die **professionelle Beziehungsgestaltung** in Krisensituationen erfahrungsgemäss oftmals als Herausforderung. Fachpersonen der Sozialpädagogik sollten meiner Ansicht nach grundsätzlich auf den Umgang mit Belastungsstress geschult werden, damit sie verstehen, dass schwierige persönliche oder berufliche Umstände das Erleben von Belastungsreaktionen zusätzlich begünstigen können.

Nach einem vollzogenen Suizid von Betreuten, zu denen eine enge Bindung bestand, brauchen Fachpersonen der Sozialpädagogik meiner Ansicht nach Raum, um die intensive **Trauer verarbeiten** zu können. Dies ist ein weiterer Aspekt aus der vorliegenden Arbeit, in dem ich mein Fachwissen zu Belastungsstress in der Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen auf Wohngruppen vertiefen konnte. Wie aus den Schilderungen der Befragten zu entnehmen war, können wir uns der Trauer und dem Schock, den ein vollzogener Suizid auslöst, auch als Professionelle nicht entziehen. Da Trauer eine kurzfristige Belastungsreaktion auf emotionaler Ebene darstellt und oftmals gekoppelt ist an Gefühle von **Schuld, Hilflosigkeit und Wut**, kann diese nur bewältigt werden, wenn neben der intensiven Reflexion im Team auch Hilfsangebote zur Verfügung gestellt werden, damit eine **gelingende Verarbeitung** eingeleitet werden kann. Die Interviewpartnerin aus der vorliegenden Arbeit, die eindrücklich schildert, wie lange sie die Gefühle von Trauer und Ohnmacht mit sich getragen hat und wie diese auch ihr Privatleben beeinflusst haben, hat mich sehr beeindruckt. Dieses zeigt mir auf, dass sich auch bestens ausgebildete Fachpersonen der Sozialpädagogik mit langjähriger Berufserfahrung des auf sie einwirkenden Belastungsstress zu wenig bewusst sind.

Der Einfluss der **persönlichen Haltung zum Thema Suizid** in der Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im begleiteten Wohnen ist aus professioneller Sicht unbestritten und wurde auch von allen Befragten bestätigt. Ich war allerdings überrascht, wie deutlich alle Befragten betonten, dass ihre religiösen oder andere Überzeugungen keinerlei Einfluss auf ihre Haltung gegenüber Menschen in suizidalen Krisen haben. Ich denke, dass dies einerseits mit der langjährigen Berufserfahrung, andererseits aber auch mit den Erfahrungen im Umgang mit vollzogenen Suiziden im professionellen Kontext zu erklären ist. Aus den vorliegenden Erfahrungsberichten entnehme ich, dass **eine klare und geklärte persönliche Haltung** gegenüber suizidalem Verhalten zu mehr **Offenheit und Verständnis**, aber auch zu mehr **Demut und Gelassenheit** führen kann im Wissen, dass wir nicht jeden Suizid verhindern können. Sozialpädagogen sollten innerhalb einer Institution in einer Veranstaltung die Möglichkeit erhalten, vertieft die eigene Haltung zu Tod und Suizidalität zu überdenken.

Fachwissen und Bildung erachte ich als einen wesentlichen Faktor, der Belastungsstress in Bezug auf Suizidalität entgegenwirken kann. Bei der Durchführung der Interviews wurde deutlich, dass diesem Aspekt bis anhin zu wenig Beachtung geschenkt wird. Meiner Ansicht nach gehört es in den **Aufgabenbereich der Fachhochschulen**, dass sie das Thema Suizidalität in den Grundzügen vermitteln. Eine vertiefende und meiner Ansicht nach auch **praxisbezogene Weiterbildung** können die Institutionen bieten, wenn sie Suizidalität und den Umgang mit Belastungsstress in internen Weiterbildungen thematisieren. Sie leisten damit meines Erachtens einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit von Fachpersonen der Sozialpädagogik und können sie so nachhaltig vor den Folgen von Belastungsstress schützen.

Wie die Studie zur Sekundären Traumatisierung von Daniels (vergl. Kapitel 5.3.2) darlegt, fördert eine **ausgeprägte Empathiefähigkeit** das Erleben von Belastungsstress. Diese Empathiefähigkeit ist in der professionellen Beziehungsgestaltung wesentlich. Wenn das professionelle sich-Abgrenzen jedoch nicht gelingt, müssen Anzeichen von Belastungsstress ernst genommen werden. Im beiliegenden **Merkblatt zu Belastungsstress** (siehe Anhang B) konnte ich aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit ein Frageraster zusammenstellen, das Professionellen der Sozialpädagogik in belastenden Situationen eine Hilfestellung bietet, um Belastungsstress zu erkennen und Hilfsangebote zu nutzen.

Bemerkenswert erscheint mir trotz allem, dass wir in diesem fordernden und herausfordernden Arbeitsfeld **persönliches Wachstum und innere Stärke** entwickeln können. So sehr uns die Lebensschicksale von Betreuten betroffen machen, so sehr fordern sie und auf, uns offen den grossen Fragen des Lebens zu stellen.

9 Bilanz des Lernprozesses

Die Bilanz des Lernprozesses wird auf drei Ebenen dargestellt, der methodischen, der fachlichen und der persönlichen. In der Bilanz auf methodischer Ebene werden Aspekte der Forschungsmethode beschrieben und reflektiert. In der Bilanz auf fachlicher Ebene findet eine Auswertung der Lernziele statt. Zudem werden die wesentlichen Resultate der Forschungsarbeit zusammenfassend wiedergegeben. In der Bilanz auf persönlicher Ebene werden persönliche Erfahrungen und Lernprozesse beschrieben, welche sich im Rahmen der Erarbeitung dieser Bachelorarbeit ergeben haben.

Bilanz auf methodischer Ebene

Die vorliegende Arbeit beinhaltet im Theorieteil thematisch **zwei Schwerpunkte**. Sie zeigt einerseits die verschiedenen **Aspekte von Suizidalität** auf, wie sie für die sozialpädagogische Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen wesentlich sind. Zum anderen legt sie inhaltliche Schwerpunkte von **Belastungsstress** dar. Damit der formelle Rahmen der Arbeit eingehalten werden konnte, wurde auf eine allzu ausführliche Darstellung des Theorieteils verzichtet. Die **wesentlichen thematischen Aspekte** wurden jedoch dargestellt. Das **Fazit für die Praxis** wurde in der Regel jeweils bei den thematischen Kapiteln angefügt.

Der Theorieteil musste nach einer ersten Fassung stark gekürzt werden. Vor allem das Thema **Tod in der Philosophie der Gegenwart** als Auseinandersetzung mit einem der grössten Lebensthemen musste ich weglassen, da es den Rahmen der Arbeit gesprengt und zu einer ausgeweiteten Sicht auf die Thematik geführt hätte.

In den Interviews wurde ich stark an meine **eigene Betroffenheit** erinnert, da ich in professionellen Kontext ebenfalls mit einem vollzogenen Suizid konfrontiert war. Es stellt sich mir am Anschluss an die Arbeit die Frage, wie weit ich unvoreingenommen in die Interviews einsteigen konnte. Aus Gründen der Pietät liess ich den interviewten Personen Raum für ihre Gedanken und Gefühle mit dem Nachteil, dass ich einige Male **zu wenig konkret nachgefragt** habe. **Die Vorteile der Forschungsmethode des qualitativen Leitfaden-Interviews** zeigten sich in der strukturierten Vorgehensweise während der Durchführung der Befragungen. Die Fragen führten die Interviewten thematisch durch die verschiedenen Schwerpunkte der vorliegenden Arbeit, gewährten ihnen aber innerhalb dieser Fragen die Freiheit, frei von ihren Erfahrungen zu erzählen. Bei Bedarf konnte nachgefragt werden. Dabei entpuppten sich die geschlossenen Fragen gelegentlich als Stolpersteine, die durch erneutes Nachfragen in offenen Fragen aus dem Weg geräumt werden konnten.

Die **Nachteile der Forschungsmethode des qualitativen Leitfaden-Interviews**, wie sie unter Kapitel 7.1.2 dargestellt werden, haben sich nach meiner Einschätzung teilweise bestätigt. Hauptsächlich bei den Fragen zu Belastungsstress auf Verhaltensebene wurden Antworten gegeben, die das professionelle Umfeld betrafen, die persönlichen Aspekte wurden ausgeblendet.

Im Verlauf der Arbeit kontaktierte ich mehrere Fachstellen und Fachpersonen. Beispielsweise gelang ich über das Nachfragen zur Empathie-Vermeidungs-Wippe zu **Prof. Dr. Maercker** und ans **Psychologische Institut der Universität Zürich**. Dieser zeigte sich erstaunt über meine Anfrage, da er diese Wippe nur in Weiterbildungen, nie aber in seiner Literatur veröffentlicht hatte. Er erteilte mir nach Einsicht des Skripts die Erlaubnis, die Empathie-Vermeidungs-Wippe in meiner Arbeit zu veröffentlichen.

Einen weiteren Kontakt konnte ich zu **Dr. Vladeta Ajdacic-Gross, Suizidforscher an der Klinik für soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie der Universität Zürich** herstellen. Meine Anfrage zur erhöhten Suizidalität von Fachpersonen der Psychiatrie oder von psychosozialen Einrichtungen konnte er zwar bestätigen, fügte jedoch bei, dass bis anhin keinerlei Statistiken vorliegen würden. Aus diesem Grund habe ich diesen Aspekt im Rahmen dieser Arbeit nicht weiterverfolgt.

Bilanz auf fachlicher Ebene

Die **theoretischen Lernziele** (vergl. Kapitel 3.2.1) konnte ich, wie der Theorieteil der vorliegenden Arbeit zeigt, durch die Darstellung der Suizidalität auf Wohngruppen einerseits und von Hintergrundwissen zu Belastungsstress in der Betreuung von Bewohnern mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen andererseits aus der angegebenen Literatur darstellen. Die Formulierung der Lernziele erwies sich als angemessen und realistisch. Es zeigten sich allerdings einige Schwierigkeiten, **Literatur zur Nähe-Distanz-Regulation** in der professionellen Beziehungsgestaltung zu finden.

Die Ziele für die Theorie und die **Umsetzung in die Praxis** (vergl. Kapitel 3.2.2) konnte ich in den jeweils auf den thematischen Theorieteil folgenden „**Fazit für die Praxis**“ darlegen. In dem Schwerpunkts-Themen Suizidalität von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und Belastungsstress in der Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen zeigten sich während der Erarbeiten wertvolle Erkenntnisse, die Fachpersonen der Sozialpädagogik wichtiges Hintergrundwissen vermitteln. Diese Erkenntnisse stehen in direktem Bezug zu den obenerwähnten Lernzielen. In der Bearbeitung des Themas Belastungsstress gehen sie darüber hinaus, da der Theorieteil nicht nur darstellt, wie Belastungsstress entsteht, sondern auch Ressourcen zur Bewältigung von Belastungsstress aufzeigt (vergl. Kapitel 5.6).

Zu den **Forschungszielen** und den **Zielen für die Umsetzung in die Praxis** (vergl. Kapitel 3.2.2 und 3.2.3) konnte der Zusammenhang von Suizidalität auf Wohngruppen und Belastungsstress von Sozialpädagoginnen in den Interviews erfragt und in der Analyse zu Hypothese 1 (vergl. Kapitel 8.2) und der Synthese zu Hypothese 1 (vergl. Kapitel 8.2.1) sowie in der Analyse zu Hypothese 2 (vergl. Kapitel 8.3) und der Synthese zu Hypothese 2 (vergl. Kapitel 8.3.1) ausgewertet und präsentiert werden. Der Zusammenhang von Suizidalität auf Wohngruppen und Belastungsstress in der Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen konnte belegt werden. Das Forschungsziel zum Einbezug von Angehörigen (vergl. Kapitel 3.2.2) erhielt in den Interviews allerdings keine Zustimmung von den Befragten. Der Einbezug von Angehörigen kann in den besuchten Institutionen nach Aussagen der Befragten als marginal bezeichnet werden und bildet nur bedingt Teil der individuellen Strategien von Fachpersonen der Sozialpädagogik im Umgang mit Belastungsstress (vergl. Kapitel 8.3.1).

Auf fachlicher Ebene lässt sich **zusammenfassend** festhalten, dass bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko besteht und dass die Betreuung von Menschen in suizidalen Krisen für Fachpersonen der Sozialpädagogik zu den grössten Herausforderungen der professionellen Arbeit gehört. Das vermittelte Fachwissen in Aus- und Weiterbildung zu suizidalen Krisen im beschriebenen Kontext schafft nicht nur erhöhte Fachkompetenz, es stellt auch einen wesentlichen Faktor dar, um Sozialpädagoginnen vor Belastungsstress zu schützen. Ein nicht zu unterschätzender Aspekt stellt dabei die achtsame Selbstwahrnehmung der eigenen Gefühle, Gedanken, der körperlichen Verfassung und des Verhaltens dar.

Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt auf, dass die kollektiven Verarbeitungsprozesse wie Teamarbeit, Supervision oder das allen zur Verfügung gestellte Trauer- und Abschiedsritual wesentlich zur Verarbeitung von Belastungsstress nach suizidalen Krisen, Suizidversuchen oder vollzogenen Suiziden beitragen. Hier stehen die Institutionen in der Pflicht, mit einer wertschätzenden Haltung die nötigen unterstützenden Massnahmen anzubieten und bereitzustellen. Die vorliegende Arbeit zeigt abschliessend auf, dass Fachpersonen durch die Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen in suizidalen Krisen nicht nur Belastungsstress, sondern auch persönliches Wachstum und innere Reife erlangen.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema ergeben sich **weitere Forschungsfragen**, die eine weitere Untersuchung rechtfertigen und die Thematik wertvoll ergänzen würden. Die folgenden Fragen sollen dazu genannt werden:

Aus der vorliegenden Arbeit kann der Schluss gezogen werden, dass **Abschied nehmen und der Trauerprozess** nach einem vollzogenen Suizid ein wichtiger Teil der Verarbeitung einer Notfallreaktion im professionellen Kontext darstellt. Weiterführende Forschungsarbeit zu diesem Thema würde die vorliegende Arbeit thematisch wertvoll ergänzen.

Ein weiterer interessanter Aspekt zum Umgang mit Belastungsstress in der sozialpädagogischen Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen mit psychischer Beeinträchtigung auf Wohngruppen stellt die Frage nach der **Aus- und Weiterbildung** von Fachpersonen der Sozialpädagogik dar.

Ist es eine Tatsache, dass Menschen mit einer **Borderline-Störung** aus Gründen der Manipulation und Instrumentalisierung von Betreuungspersonal Suizide ankünden? Die Überprüfung dieser Interview-Aussage hätte eine eingehendere Untersuchung verdient und würde diesen schwierigen und belastenden Aspekt in der Beurteilung des Suizidrisikos klären.

Aus den fehlenden Nennungen zu **körperlichen Stressreaktionen** ergibt sich die Fragestellung, wie achtsam Fachpersonen der Sozialpädagogik in belastenden Situationen ihren Körper wahrnehmen und welche unterstützenden Massnahmen diesbezüglich geboten werden könnten.

Die Ausformulierung der Forschungsfragen zeigt gleichzeitig die **Grenzen der vorliegenden Forschungsarbeit** auf. Sie ist in der Lage, aus den Aussagen von drei befragten Personen situationstypische, aber nicht unbedingt allgemeingültige Aussagen zu generieren. Durch die Fragestellung sollte erreicht werden, dass die befragten Personen ihre persönlichen Aspekte zum Thema darlegen konnten. Das übermässige Nachfragen zu den obgenannten weiteren Forschungsfragen hätte den narrativen Charakter des qualitativen Leitfaden-Interviews gestört und das Forschungsergebnis verfälscht.

Bilanz auf persönlicher Ebene

Beim Erarbeiten meines Bachelorthemas bin ich mir bewusst geworden, wie wesentlich eine gute **Selbstfürsorge** in einem belastenden Arbeitsumfeld ist. Während des Schreib- und Forschungsprozesses konnte ich auf persönlicher Ebene reflektieren, wie ich meine Selbstfürsorge gestalte und in welchen Situationen ich besonders auf eine gesunde Nähe-Distanz-Regulation achten muss.

Die vorliegende Arbeit hat mein **Wissen zu suizidalem Verhalten** vertieft und meine Wahrnehmung in der Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung verfeinert. Die konsequente Fokussierung auf die Ressourcen von Betreuten verhilft ihnen, die eigenen Kompetenzen wahrzunehmen und die Eigenverantwortung zu stärken. Diesen Aspekt konnte ich auch in der Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf der Wohngruppe umsetzen, denn die eigenen Ressourcen können sie in suizidalen Krisen entscheidend stützen.

Als positiven Effekt meiner persönlichen Erfahrung während der Forschungsarbeit zeigte sich die Wahrnehmung meiner Empathie-Fähigkeit, welche die Grenzen des Fragens zu sehr persönlichen Themen respektiert. Ich konnte den **würdevollen Umgang** mit diesem schwierigen Thema gewährleisten.

Durch die Fülle an Fachwissen, die ich im Theorieteil gesammelt habe und die ebenso grosse Fülle an Erfahrungswissen, welche sich in den Interviews zeigte, war die Strukturierung und die Verarbeitung des Stoffes eine grosse Herausforderung. In der vorliegenden Arbeit konnte ich die **strukturierte Herangehensweise** in der Erarbeitung des Fachwissens, aber auch in der Verarbeitung des erfragten Wissens in der Analyse und der Synthese vertiefen und verbessern.

Das Thema **Tod in der Philosophie der Gegenwart** als Auseinandersetzung mit einem der grössten Lebensthemen musste ich weglassen, da es den Rahmen der Arbeit gesprengt und zu einer ausgeweiteten Sicht auf die Thematik geführt hätte. Die bereits erarbeiteten Inhalte erweiterten jedoch meinen Horizont in Bezug auf die sozialpädagogische Betreuung und stellen für mich **persönlich einen Gewinn** dar, auch wenn sie in der Arbeit nun nicht erscheinen.

Letztendlich ist die **Frage nach dem Tod** jedoch eines der grössten Lebensthemen der Menschheit überhaupt. Die Betreuung von suizidalen Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen auf Wohngruppen rückt uns Professionelle in die Nähe eines der grössten **Geheimnisse des Lebens** und bietet uns die Möglichkeit, unseren eigenen Erfahrungsschatz zu erweitern und uns mit den grossen Fragen des Leben auseinanderzusetzen.

10 Literaturangabe

Ajdacic-Gross, Vladeta. Suizidprävention. In: Rössler, Wulf. Kawohl, Wolfram (Hrsg.). *Soziale Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 19ff

Avenirsocial. Soziale Arbeit Schweiz. Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. [online] Bern: 2010.

URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf. (7.2.2017)

Bundesamt für Gesundheit BAG. Suizid und Suizidversuche, 28.04.2015 [online]. Bern: URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/?lang=de> (27.10.2016).

Baumann, Ursula. *Vom Recht auf den eigenen Tod*. Weimar: Verlag Herrmann Böhlhaus, 2001.

Bull, Nadine. Bitoni, Giovanni. Umgang mit Suizidalität. In: Bull, Nadine. Poppe, Christine. *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie*. Köln, Psychiatrie-Verlag, 2015, S. 188ff.

Daniels, Judith. „Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen“. In: *Psychotherapeut* 53(2), S. 100 ff. (2008). [online]. URL: http://sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/Artikel_Psychotherapeut.pdf (28.03.2016).

Das Schweizerische Zivilgesetzbuch ZGB. *Dritte Abteilung: ¹⁶ Der Erwachsenenschutz. Dritter Unterabschnitt: Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen. Art. 382 – Art. 386*. Bern: Das Portal der Schweizer Regierung, Systematische Rechtssammlung, Stand 1. Januar 2017. [online]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#akesr> (2.05.2017).

Das Schweizerische Zivilgesetzbuch ZGB. *Elfter Titel: Die behördlichen Massnahmen. Art. 388 A, Zweck*. Bern: Das Portal der Schweizer Regierung, Systematische Rechtssammlung, Stand 1. Januar 2017. [online]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#akesr> (2.05.2017).

Dorrmann, Wolfram. *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten* 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2012., S. 153 – 154.

Eink, Michael. Haltenhof, Horst. *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH, 4. Aufl., 2012.

Gahleitner, Silke Birgitta. Hinterwallner, Heidemarie. Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel problemzentrierter Interviews. In: Gahleitner, Silke Birgitta. Schmitt, Rudolf. Gerlich, Katharina. (Hrsg.). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden – für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Coburg: ZKS-Verlag, 2014.

Gahleitner, Silke Birgitta. Ortiz-Müller, Wolf. Scheuermann, Ulrike. Lebenskrisen und Lebensübergänge managen – von der Theorie zur Praxis. In: Gahleitner, Silke Birgitta. Hahn, Gernot. *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2012. S. 80ff.

Hanswille, Reinert. Kissenbeck, Annette. *Systemische Traumatherapie*. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2014. 3. Aufl.

Horn, Philipp. „Person droht zu springen. Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten“. In: *Notfall + Rettungsmedizin. Elektronischer Sonderdruck für P. Horn* [online]. 6/2011. S. 494 – 496. URL: <http://www.i-pbm.com/images/stories/pdf/leitfaden%20zur%20verhandlung%20mit%20suizidanten.pdf> (18.2.2017).

Hossiep, Rüdiger. „Dorsch Lexikon der Psychologie. Die soziale Erwünschtheit“. [online]. URL: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/soziale-erwuenschtheit/> (2.5.2017).

Illes, Franziska. Jendreichak, Jasmine. Armgart, Carina. Juckel, Georg. *Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Schattauer, 2015.

Johnson S. et al. The European Service Mapping Schedule- Brief Version. 2006. In: Kallert, W. Thomas. Formen des betreuten und begleiteten Wohnens – Datenlage und praktische Aspekte. In: Rössler, Wulf. Kawohl, Wolfram (Hrsg). *Soziale Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2013,

Kallert, W. Thomas. Formen des betreuten und begleiteten Wohnens – Datenlage und praktische Aspekte. In: Rössler, Wulf. Kawohl, Wolfram (Hrsg). *Soziale Psychiatrie- das Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 182ff.

Lexikon online. Online Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik. *.Moderatorvariable*. [online]. URL: <http://lexikon.stangl.eu/3472/moderatorvariable/> (17.10.2016).

Maercker, Andreas. *Die Empathie-Vermeidungswippe*. Maercker©, Professor für Psychologie an der Universität Zürich, unveröffentlichtes Weiterbildungsmaterial, 1996.

Merkel. Rolf. Psychotipps.com. *Midlife Crises. Chancen und Risiken in der Lebensmitte*. [online]. Mannheim: 2015. URL: <http://www.psychotipps.com/midlife-crisis.html> (02.08.2016)

Ortiz-Müller, Wolf. Theorie für die Praxis – vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In : Gahleitner, Silke Birgitta. Hahn, Gernot. *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2012. S 83.

Poulsen, Irmhild. *Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit – Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009.

Pro infirmis. Fachorganisation für behinderte Menschen. [online] Zürich. URL: <http://www.proinfirmis.ch/de/subseiten/behindert-was-tun/inhaltsverzeichnis/wohnen/wohnen-im-heim.html?noMobile=1&cHash=6debfe491f56dbbfd18d37294e342991> (7.2.2017)

Stimmer, Franz. *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. 3, völlig überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Verlag Kohlhammer, 2012.

Ungar, Michael. „Kontextuelle und kulturelle Aspekte von Resilienz – Jugendhilfe mit menschlichem Antlitz“. In: Zander, Margherita. *Handbuch Resilienz-Förderung*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. S. 133ff.

Wendt, Peter-Ulrich. *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit*. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2017. S 400ff.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Ausbildung von Suizidalität

Illes, Franziska. Jendreichak, Jasmine. Armgart, Carina. Juckel, Georg. *Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Schattauer, 2015, S.35.

Abbildung 2 und Abbildung 3 : Die Empathie-Vermeidungswippe

Maercker, Andreas. *Die Empathie-Vermeidungswippe*. Maercker©, Professor für Psychologie an der Universität Zürich, unveröffentlichtes Weiterbildungsmaterial, 1996.

12 Anhang-Verzeichnis

Anhang A Leitfadeninterview

Anhang B Merkblatt zu Belastungsstress

Anhang C Fragen für den Umgang mit Suizidalität nach Dorrman
Dorrman, Wolfram. *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten* 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2012. Anhang F, S. 153 – 154.

Anhang D Fragebogen Judith Daniels zur Sekundären Traumatisierung©
Daniels Judith. Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung©. [online]. Hamburg.
URL: http://www.sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html (9.5.2017).

Anhang E Fragebögen Illes et al. zu Suizide im beruflichen Kontext
Illes, Franziska. Jendreichak, Jasmine. Armgart, Carina. Juckel, Georg. *Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Zusatzmaterial*. [online]. Stuttgart: Schattauer, 2015.
URL:<http://www.schattauer.de/book/unser-service/fuer-leser/zusatzmaterial/3089-illes.html> (9.5.2017).

Anhang A: Leitfaden-Interview

Einleitung: Ich danke Ihnen, dass Sie sich für eine Befragung zur Verfügung stellen. Ich versichere Ihnen, dass dieses Interview vertraulich behandelt wird und dass ich Ihre Privatsphäre und die Richtlinien des Datenschutzes respektieren werde.

Bitte **stellen Sie sich vor** und nennen sie dabei ihre Funktion und ihren beruflichen Werdegang.

Bei Bedarf nachfragen: Wie lange sind Sie schon im Beruf und wie lange arbeiten Sie bereits für diese Institution?

Hauptteil: Schwerpunkte der Forschungsfragen

1. Wie haben Sie persönlich die **Betreuung von suizidalen Bewohnerinnen oder Bewohnern** erlebt?
 - Wie haben sie sich Wissen zum Verlauf von suizidalen Krisen angeeignet?
 - Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen erlebt?
 - Wie zeigte sich Belastungsstress körperlich und emotional?
 - Hat es in ihrem Leben zu diesem Zeitpunkt andere belastende Elemente gegeben?
2. Wie haben Sie das Team in dieser belastenden Situation erlebt?
 - Welche Hilfsmittel hatten Sie? (Fallbesprechung, Supervision)
 - Wie haben die Teammitglieder sich gegenseitig geholfen?
3. Welchen Einfluss hatte Ihre **persönliche Haltung** in der professionellen Begleitung?
 - Wie hat ihre religiöse Haltung die prof. Betreuung beeinflusst?
 - Wie erleben sie das Thema Selbstbestimmung in Bezug auf Suizidalität?
4. Nun zur Institution: Wie haben Sie ihre **Vorgesetzten** in dieser schweren Zeit erlebt?
 - Wie haben Sie die Erreichbarkeit wahrgenommen?
 - Wie und welche Feedbacks haben Sie erhalten?
 - Welche Hilfsmittel wie Leitfaden standen Ihnen zur Verfügung?
5. Mit welchem **Gefühl** schauen Sie heute zurück?
 - Was hat sich in Ihrem Leben verändert? Was hat sich konkret in Ihrer professionellen Betreuung geändert?
 - Wie erleben Sie heute Belastungsstress
6. Wie erleben sie **ihre Kompetenz / ihr Selbstvertrauen**?

Abschluss:

7. Wie war es für Sie, diese **Fragen** zu beantworten und welche Fragen wären noch wichtig gewesen?

Ich danke Ihnen für das sehr persönliche Gespräch. Ich versichere Ihnen, dass dieses Interview vertraulich behandelt wird und dass ich Ihre Privatsphäre und die Richtlinien des Datenschutzes respektieren werde. Ich wünsche Ihnen für Ihre berufliche Zukunft alles Gute.

Anhang B: Merkblatt zu Belastungsstress

für Fachpersonen der Sozialpädagogik im begleiteten Wohnen, die mit Suizidalität konfrontiert sind

Wann bist du am stärksten gefährdet?

- ❖ Wenn du wenig Berufserfahrung hast
- ❖ Wenn du müde und überlastet bist
- ❖ Wenn du sehr jung oder bereits etwas älter bist
- ❖ Wenn du in deinem persönlichen Umfeld bereits schwierige Situationen zu meistern hast
- ❖ Wenn du umgezogen bist und dort noch kein tragendes soziales Netz hast
- ❖ Wenn du einen lieben Menschen durch Suizid verloren hast
- ❖ Wenn deine eigenen früheren Suizidgedanken dich drängen
- ❖ Wenn du am Arbeitsplatz nicht zufrieden bist

Wie zeigt sich Belastungsstress?

- ❖ Wenn du dich nicht mehr konzentrieren kannst
- ❖ Wenn du dich fühlst wie gelähmt
- ❖ Wenn deine Gedanken ständig um den Suizid oder den Suizidversuch kreisen
- ❖ Wenn du körperliche Stressreaktionen wahrnimmst wie Verspannungen, Herzrasen...
- ❖ Wenn du nicht mehr gut schlafen und dich nicht erholen kannst
- ❖ Wenn du Schuldgefühle hast
- ❖ Wenn du Orte, Gerüche oder Geräusche nicht mehr erträgst, die mit dem Suizid zu tun haben
- ❖ Wenn du ständig wachsam bist und Angst hast, dass es wieder passieren könnte
- ❖ Wenn du eine erhöhte Fehleranfälligkeit bei dir wahrnimmst
- ❖ Wenn du dich über längere Zeit zurückziehst, traurig und interesselos bist
- ❖ Wenn du vermehrt Lust auf Alkohol, Nikotin oder Drogen hast, damit du ruhiger wirst und besser schlafen kannst

Was kannst du tun?

Reflektiere deine Gedanken, Gefühle, körperlichen Symptome, dein Verhalten

- ❖ Mit einer Vertrauensperson im Team
- ❖ In der Teamsitzung
- ❖ Mit der Teamleitung
- ❖ Besuche ein Coaching oder eine Intervention nach Absprache mit den Vorgesetzten
- ❖ Schlage dem Team eine Teamsupervision vor
- ❖ Delegiere kurzfristige Aufgaben, die dich zu sehr belasten
- ❖ Sprich darüber und nimm deine Reaktionen ernst
- ❖ Warte nicht zu lange, kurzfristige Belastungsreaktionen sollten nach 2 Wochen abklingen
- ❖ Nimm Hilfe an
- ❖ Suche bewusst die Entspannung beim Malen, Wandern, Schwimmen

Wichtig zu wissen

- ❖ Kurzfristiger Belastungsstress erhöht deine Leistungsfähigkeit und macht dich stärker
- ❖ Länger andauernder Belastungsstress macht dich krank
- ❖ Nimm Reaktionen von Belastungsstress ernst
- ❖ Beobachte dich selber aufmerksam – nimm Hilfe an

Anhang C

Fragebogen zu den Ängsten von Psychotherapeuten bei Ihrer Arbeit mit suizidalen Patienten:

Schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie die folgenden Ängste Ihren suizidalen Patienten gegenüber erleben.

A. Persönlichkeitsspezifische Ängste:	
1. Grundsätzliche Angst vor den Themen "Tod" und "Sterben"	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
2. Vermeidung des Themas wegen möglicher eigener Suizidalität bei ähnlichen Lebenssituationen (Angst vor dem eigenen Zustimmen)	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
3. Angst vor den möglichen intensiven Gefühlen des Klienten	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
4. Scheu, den Kl. mit seinem bisherigen "Versagen" im Leben zu konfrontieren	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
5. Eigene religiöse/eth. Unsicherheiten oder Festgelegtheit bzgl. des Themas	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
6. Angst vor der Verantwortung	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
7. Angst vor den Konsequenzen eines Patientensuizids	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
8. Angst vor möglichen aggressiven Impulsen des Patienten	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
9. Angst, den eigenen Lebenssinn hinterfragen zu müssen	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
B. Ängste, bezogen auf die therapeutischen Kompetenzen:	
10. Angst vor Fehleinschätzung und den damit verbundenen Konsequenzen	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
11. Angst, den Patienten durch das Ansprechen „erst auf die Idee zu bringen“	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
12. Angst vor dem Manipuliert werden durch den Patienten	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0

Anhang C

13. Angst vor mangelndem eigenem Einfühlungsvermögen	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
14. Angst, die dem Thema angemessene Sprache nicht zu finden	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0
15. Angst, keine Interventionsmöglichkeiten zu bieten zu haben	5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1 --- 0

Quelle: Dormmann, Wolfram. *Suizid*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2012. Anhang C, S. 153 – 154.

Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung

Diplompsychologin Dr. Judith Daniels

Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung©

Denken Sie bitte an die Belastungsphase. Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der letzten Woche dazu gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

1. Ich habe über das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, nachgegrübelt.
 - ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
2. Ich habe unwillentlich an das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, gedacht.
 - ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
3. Mir haben sich visuelle oder körperliche Vorstellungen aufgedrängt, von dem, was mit erzählt wurde.
 - ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
4. Es war, als ob ich die Erlebnisse der Klientin/des Klienten nacherleben würde.
 - ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
5. Ich hatte Angst, mir selbst könnte so etwas zustoßen.
 - ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft

Anhang D

6. Ich hatte belastende Träume, die mit dem Gehörten in Zusammenhang standen.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
7. Ich habe das, was der Klienten/dem Klienten passiert ist, im Traum beobachtet.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
8. Ich habe das, was der Klienten/dem Klienten passiert ist, so geträumt, als ob es mir passieren würde.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
9. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mich psychisch belastet gefühlt.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
10. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mit körperlicher Erregung und Anspannung reagiert.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
11. Ich habe versucht, nicht an das Gehörte zu denken.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft

Anhang D

12. Ich habe Dinge, Orte oder Aktivitäten vermieden, die mich an das Gehörte erinnerten.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

13. Ich habe mich von anderen Menschen entfremdet gefühlt.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

14. Ich habe mich von anderen Menschen zurückgezogen oder war weniger aktiv als sonst.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

15. Meine Gefühle waren weniger intensiv als sonst.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

16. Dinge, die mir gewöhnlich Freude bereiten, haben mich nicht mehr so interessiert.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

17. Ich habe stärker auf meine eigene Sicherheit geachtet.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

Anhang D

18. Ich habe zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen zu meiner eigenen Sicherheit ergriffen.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

19. Ich habe mich bedroht oder verfolgt gefühlt.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

20. Ich hatte Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

21. Ich war schreckhaft.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

22. Ich hatte Probleme, mich zu konzentrieren.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

23. Ich war gereizt.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

Anhang D

24. In meinem Team gab es Konflikte und Auseinandersetzungen.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
25. Ich hatte weniger Lust auf, oder Freude an Sexualität.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
26. Ich habe auf Grund der beruflichen Belastung Alkohol getrunken oder Medikamente eingenommen.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
27. Mir haben sich Gedanken oder visuelle Vorstellungen von Übergriffen auf mich oder Menschen, die mir nahe stehen, aufgedrängt.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
28. Ich war gesundheitlich beeinträchtigt, z.B. durch Kopfschmerzen, Übelkeit, Infekte.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft
29. Ich habe häufiger als sonst an meine eigene traumatische Geschichte gedacht oder davon geträumt.
- ☐ Nie
 - ☐ Selten
 - ☐ Manchmal
 - ☐ Oft
 - ☐ Sehr oft

Anhang D

30. Ich habe mich als depressiv erlebt.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

31. Ich habe über Suizid nachgedacht.

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Sehr oft

32. Wie lange halten diese Reaktionen bereits an?

- ☐ Ich erlebte keine der oben beschriebenen Reaktionen.
- ☐ Sie halten weniger als 4 Wochen an.
- ☐ Sie halten bereits zwischen 4 und 12 Wochen an.
- ☐ Sie halten bereits zwischen 3 und 6 Monaten an.
- ☐ Sie halten bereits länger als 6 Monate an.

Quelle: Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung, Diplompsychologin
Dr. Judith Daniels: *Fragebogen zur sekundären Traumatisierung*. [online].
Hamburg. URL:
http://www.sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html
(4.4.2017).

Arbeitsblätter von Illes, Jendreschak, Juckel und Armgar, 2015.

Arbeitsblatt 1: Konfrontation mit Suiziden im eigenen beruflichen Alltag

Für einen besseren Umgang mit psychisch belastenden Ereignissen und Suiziden im beruflichen Kontext ist es hilfreich, sich bereits im Vorfeld bewusst zu machen, inwiefern man damit im eigenen Arbeitsbereich konfrontiert werden kann und welche Erfahrungen man diesbezüglich bereits in der Vergangenheit gemacht hat.

1. Welche psychisch belastenden Ereignisse gibt es in Ihrem beruflichen Alltag?

2. Inwiefern wurden Sie bislang in Ihrem beruflichen Alltag mit Suizidalität konfrontiert?

3. Welche Relevanz hat es für Sie, sich mit dem Thema Suizid auseinanderzusetzen?

4. Inwiefern unterscheiden sich für Sie im beruflichen Kontext erlebte Suizide von anderen psychisch belastenden Ereignissen?

5. Was hat Sie bei einem erlebten Suizid im beruflichen Kontext gedanklich und gefühlsmäßig am meisten beschäftigt?

Arbeitsblatt 2: Wissen über Suizidalität

Im Folgenden sind einige Aussagen zum Thema Suizidalität aufgeführt. Halten Sie diese Aussagen für richtig oder für falsch? Wie begründen Sie Ihre Einschätzung? (Fakten zu den einzelnen Aussagen finden Sie auf der nächsten Seite).

1. Wer von Suizid spricht, tut es nicht.

Einschätzung: ☐ richtig ☐ falsch

Begründung: _____

2. Spricht man Suizidalität an, erhöht man die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung.

Einschätzung: ☐ richtig ☐ falsch

Begründung: _____

3. Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.

Einschätzung: ☐ richtig ☐ falsch

Begründung: _____

4. Wer einmal einen Suizidversuch begeht, wird es immer wieder tun.

Einschätzung: ☐ richtig ☐ falsch

Begründung: _____

5. Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.

Einschätzung: ☐ richtig ☐ falsch

Begründung: _____

6. Suizidgedanken zu haben, ist nicht normal.

Einschätzung: ☐ richtig ☐ falsch

Begründung: _____

Im Folgenden finden Sie Fakten zu den einzelnen Aussagen über Suizidalität.

1. Wer von Suizid spricht, tut es nicht.

Fakt: Die Aussage ist falsch. Die meisten Menschen, die einen Suizid begehen, kündigen diesen vorher an.

2. Spricht man Suizidalität an, erhöht das die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung.

Fakt: Die Aussage ist falsch. Über Suizidgedanken sprechen zu können, ist für Betroffene häufig entlastend.

3. Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.

Fakt: Die Aussage ist falsch. Suizide erfolgen meist in Krisensituationen, die mit professioneller Hilfe überwunden werden können.

4. Wer einmal einen Suizidversuch macht, wird es immer wieder tun.

Fakt: Die Aussage ist falsch. Ein vorhergehender Suizidversuch ist ein Risiko für einen weiteren, aber die meisten Menschen haben nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten.

5. Ein Suizidversuch ist nur Erpressung.

Fakt: Die Aussage ist falsch. Ein Suizidversuch ist ein Notsignal. Die subjektive Not sollte ernst genommen und mit professioneller Hilfe bearbeitet werden.

6. Suizidgedanken zu haben, ist nicht normal.

Fakt: Die Aussage ist falsch. Die meisten Menschen haben schon mal an Suizid gedacht. Gedanken über Leben und Tod sind normal.

Arbeitsblatt 3: Umgang mit suizidalen Personen

Der Kontakt mit suizidalen Personen ist für viele professionelle Helfer eine Herausforderung. Daher kann es hilfreich sein, sich bereits im Vorfeld damit auseinanderzusetzen. Überlegen Sie sich zunächst anhand der nachfolgenden Fragen, wie Sie ein Gespräch mit einer suizidalen Person gestalten würden. Versuchen Sie anschließend, dies in einem Rollenspiel umzusetzen.

1. Wie würden Sie versuchen, Nähe zu einer akut suizidalen Person aufzubauen?

2. Wie würden Sie versuchen, sich ein Bild von der Situation der suizidalen Person zu machen?

3. Wie würden Sie versuchen, die Ambivalenz bezüglich des Suizides zu stärken?

4. Wie würden Sie versuchen, eine Hoffnung auf Veränderbarkeit aufzubauen?

5. Was würden Sie im Gespräch mit einer suizidalen Person nicht machen

Arbeitsblatt 4: Reflexion der Einstellung zu Suizidalität

In der Arbeit mit suizidalen Personen und als kollegialer Unterstützer für Mitarbeiter, die den Suizid einer anderen Person erlebt haben, ist es hilfreich, sich seiner eigenen Einstellung und der Einstellung anderer Teammitglieder zu dieser Thematik bewusst zu werden. Dies kann dazu beitragen, die Reaktionen von Kollegen besser einordnen und adäquate Unterstützungsangebote formulieren zu können.

1. Welche Einstellungen zu dem Thema Suizidalität habe ich?

2. Welche Erfahrungen habe ich bereits zu dem Thema Suizidalität gemacht?

3. Was sind meine persönlichen Stärken und Schwächen im Umgang mit der Thematik?

4. Welche Gründe könnten aus meiner Sicht einen Menschen in einer Krisensituation dazu bringen, sich suizidieren zu wollen?

5. Welche Gründe könnten aus meiner Sicht einen Menschen in einer Krisensituation davon abhalten, sich zu suizidieren?

6. Was wird von mir im Umgang mit suizidalen Personen erwartet?

7. Welche Einstellungen zum Thema Suizidalität sind in meinem Team (Betrieb) üblich?

8. Welche Unterstützungsmaßnahmen gibt es in meinem Team (Betrieb) für Kollegen?

9. Welche Reaktionen werden im Team (Betrieb) nicht toleriert?

10. Welche Unterstützung würde ich mir von Kollegen wünschen bzw. wie sollten sich Kollegen auf keinen Fall verhalten?

Arbeitsblatt 5: Reaktionen auf psychisch belastende Ereignisse

Um sich als kollegialer Unterstützer in betroffene Personen einfühlen zu können, ist es hilfreich, sich an eigene Reaktionen in ähnlichen Situationen zu erinnern und nützliche Strategien im Umgang mit den Reaktionen zu reflektieren.

Erinnern Sie sich an ein psychisch belastendes Ereignis in ihrem beruflichen Alltag. Welche **kurzfristigen** Reaktionen traten bei Ihnen auf? Welche Strategien haben Ihnen im Umgang mit der Symptomatik geholfen bzw. was könnten Sie sich als hilfreich vorstellen?

Körperliche Reaktionen:

- ☐ Erhöhter Puls, Blutdruck
- ☐ Schweißausbrüche
- ☐ Schwindelgefühle
- ☐ Durchfall oder Verstopfung
- ☐ Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen
- ☐ Erschöpfung
- ☐ Nervosität
- ☐ Sonstiges: _____

Hilfreiche Strategien: _____ **Gedankliche**

Reaktionen:

- ☐ „Das schaffe ich nicht“
- ☐ „Gefahr“
- ☐ Konzentrationsschwierigkeiten
- ☐ Nicht abschalten können
- ☐ Ein Durcheinander an Gedanken
- ☐ Sonstiges: _____

Hilfreiche Strategien:

Emotionale Reaktionen:

- ☐ Angst
- ☐ Ärger
- ☐ Hilflosigkeit
- ☐ Niedergeschlagenheit
- ☐ Entspannung

☐ Sonstiges: _____

Hilfreiche Strategien: _____ **Reaktionen im**

Verhalten:

- ☐ Hektik
- ☐ Unkoordiniertes Verhalten
- ☐ Flucht aus Situation
- ☐ Situation ruhig angehen
- ☐ „Funktionieren“

☐ Sonstiges: _____

Hilfreiche Strategien: _____

Arbeitsblatt 6: Suizid und Trauer

Professionelle Helfer, die Kontakt zu Mitbetroffenen nach einem Suizid haben, können mit verschiedenen emotionalen Reaktionen konfrontiert werden. Häufig tritt das Gefühl der Trauer auf. Um eine adäquate Unterstützung leisten zu können, ist es empfehlenswert, den eigenen Umgang damit zu reflektieren.

1. Wie häufig geschieht es in Ihrem Arbeitsumfeld, dass ein Mensch stirbt? Welche Todesursachen kommen in Ihrem Arbeitsumfeld vor?

2. Wie häufig kommt es vor, dass jemand durch Suizid stirbt?

3. Worin unterscheidet sich für Sie die Situation nach einem Tod durch Suizid von der Situation nach anderen Todesfällen?

4. Welche Trauerrituale kennen Sie?

5. Welche Strategien oder Rituale haben Ihnen geholfen, um besser mit einem Todesfall umgehen zu können?

Arbeitsblatt 7: Ressourcenaktivierung

Unter den Ressourcen einer Person versteht man Fähigkeiten, Eigenschaften, Strategien, äußere Bedingungen oder soziale Beziehungen, die einer Person zur Verfügung stehen, um eine Situation zu beeinflussen und unangenehme Einflüsse zu reduzieren. Machen Sie sich Ihre eigenen Ressourcen bewusst.

1. Was hilft Ihnen üblicherweise, besser mit schwierigen Situationen umgehen zu können?

2. Was machen Sie üblicherweise, um sich zu entspannen bzw. zu beruhigen?

3. Welche Personen sind für Sie eine gute Unterstützung in belastenden Situationen?

4. Was tun Sie üblicherweise, um sich kleine angenehme Erlebnisse zu schaffen und auf andere Gedanken zu kommen?

Arbeitsblatt 8: Kommunikation

Stellen Sie sich vor, in Ihrem Arbeitsumfeld hätte sich ein Suizid ereignet. In einer Teambesprechung sagt ein Kollege: „Das hätte nicht passieren dürfen!“ und blickt in die Runde.

Wie kann diese Aussage auf den vier unterschiedlichen Ebenen der Kommunikation gedeutet werden (vgl. Schulz von Thun 1981)?

1. Ebene des Sachinhalts (worüber informiert wird)

2. Ebene des Appells (was erreicht werden soll)

3. Ebene der Beziehung (wie Sender und Empfänger zueinander stehen)

4. Ebene der Selbstoffenbarung (was Sender und Empfänger voneinander)

Arbeitsblatt 9: Führungsverhalten

Für Mitarbeiter ist das Verhalten von Führungskräften in Krisensituationen von besonderer Relevanz. Man sollte sich der Aufgaben einer Führungskraft und seiner eigenen Erwartungen an diese bewusst sein und überlegen, wie diese realistisch umsetzbar sind.

1. Welche Aufgaben muss eine Führungskraft in Ihrem Unternehmen im Falle einer Krisensituation (eines Suizides) erfüllen?

2. Wie sollte sich eine Führungskraft in einer Krisensituation (nach einem Suizid) verhalten?

3. Wie sollte sich eine Führungskraft in einer Krisensituation (nach einem Suizid) **nicht** verhalten?

4. Gibt es konkrete Veränderungen, die Sie sich von Ihrer Führungskraft wünschen würden?

5. Was müsste (z. B. in den Abläufen oder Strukturen) geändert werden, damit Ihre Erwartungen erfüllt werden können?

6. Was können Sie dazu beitragen, damit es zu einer entsprechenden Änderung kommen kann?

Arbeitsblatt 10: Kollegiale Unterstützungsangebote

Gibt es in Ihrem Unternehmen bereits Strukturen für ein kollegiales Unterstützungsangebot oder welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden?

1. Gibt es ein Unterstützerteam bzw. Ansprechpartner? Wer ist dies/könnte dies sein?

2. Wurden die Unterstützer ausreichend geschult? Welche Schulungen sind notwendig?

3. Wie können alle Mitarbeiter über das Unterstützungsangebot informiert werden?

4. Wie können die kollegialen Unterstützer bei Bedarf erreicht werden (Telefon, E-Mail)?

5. Gibt es einen Raum für Gespräche? Was wird an Ausstattung benötigt?

6. Wie können kollegiale Unterstützer in der Zeit, in der Sie in dieser Funktion tätig sind, von anderen Dienstaufgaben freigestellt werden?

7. Können Kosten für bestimmte Hilfen (z. B. Taxi) vom Unternehmen übernommen werden?

8. Wer könnte die Supervision für die kollegialen Helfer übernehmen?

9. Sonstiges:

Arbeitsblatt 11: Mitbetroffene nach Suizid

Bitte überlegen Sie, mit welchen Mitbetroffenen nach einem Suizid Sie in Ihrem Arbeitsumfeld zu tun haben und wie Sie diese unterstützen könnten.

Mit welchen Mitbetroffenen von Suiziden (z. B. Angehörigen, Mitpatienten, Kollegen) haben Sie in Ihrem Arbeitsumfeld zu tun?

In welchem zeitlichen Abstand haben Sie üblicherweise Kontakt zu Suizidmitbetroffenen? Welche Unterstützungsangebote sind zu dem Zeitpunkt adäquat?

Welche Unterstützungsangebote können Sie Suizidmitbetroffenen machen?

Welche Reaktionen kennen Sie von Suizidmitbetroffenen?

Gibt es etwas, was Sie im Kontakt mit Suizidmitbetroffenen befürchten?

Quelle: Illes, Franziska. Jendreyschak, Jasmine. Armgar, Carina. Juckel, Georg. *Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Zusatzmaterial*. [online]. Stuttgart: Schattauer, 2015.

URL:<http://www.schattauer.de/book/unser-service/fuer-leser/zusatzmaterial/3089-illes.html> (9.5.2017).