

Suizidale Handlungen bei Jugendlichen

Studien-/Hausarbeit

zur Veranstaltung Handlungskompetenz in Beratungssituationen
(Umgang mit Krisensituationen)

im Sommersemester 2001

an der Katholischen Universität Eichstätt Ingolstadt

Fakultät für Sozialwesen

vorgelegt von:

Andrea P a l z e r

<u>Gliederung:</u>	Seite
1.Einleitung	3
2.Geschichtlicher Rückblick	4
3.Begriffsbestimmungen	5
4.Epidemiologie	7
4.1.Internationale Verbreitung des Suizid	7
4.2.Methoden	8
4.3.Suizidversuche	8
4.4.Unterschiede nach Alter und Geschlecht	8
4.5.Jahresverteilung und Klimatologie	9
5.Suizidrisiko	9
6.Jugendsuizid und Suizidversuche	11
7.Präsuizidales Syndrom	12
8.Entstehungstheorien	14
8.1.Triebtheorie nach Freud	14
8.2.Narzissmustheorie nach Henseler	14
8.3.Lerntheoretische Erklärungsansätze	15
8.4.Diathese-Stress-Modell	15
8.5.Theorien zum Verhältnis von Jugendlicher und Suizid	17
9.Erkennen von Suizidalität	19
10.Krisenintervention und Therapie	20
11.Suizidprävention	21

1. Einleitung

Ein Suizid löst unterschiedliche Gefühle und Emotionen aus. Er macht betroffen, verursacht Schmerz, Zorn und ruft uns ebenso wieder die eigene Endlichkeit ins Bewusstsein.

Im Folgenden wird das Thema suizidale Handlungen bei Jugendlichen, für das Fach Handlungskompetenzen in Beratungssituationen, näher dargestellt.

In der Literatur existieren verschiedene Definitionen von Suizid. Paul Valery beschreibt Suizid folgendermaßen:

„Selbstmord ist die Abwesenheit der anderen.“

Schaut man dagegen in einem Fachlexikon unter dem Begriff Selbsttötung nach, so erhält man eine völlig andere Definition:

„Selbsttötung (Selbstmord, Freitod, Suizid) meint den durch gewollte und gezielte Handlung herbeigeführten eigenen Tod.“¹

Doch was ist eine gewollte und gezielte Handlung? Werden hier nur „schnelle“ Tötungsmethoden betrachtet? Der Zeitaspekt wird hier nicht genau definiert. Das Rauchen oder ein anderer risikoreicher Umgang mit dem Leben, haben schließlich ebenfalls den Tod zur Folge.

Viele Suizidenten kündigen ihre Selbsttötung direkt oder indirekt an. Wenn dieses Signal nicht verstanden oder nicht darauf reagiert wird, so hat es früher oder später die Selbsttötung zur Folge. Etwa 25% der Menschen, die einen Selbstmordversuch überlebt haben, wiederholen diese Handlung. Ungefähr 50% der gestorbenen Menschen an einem Suizid sind zuvor nicht an den begangenen Versuchen gestorben. Gerade für Menschen die einen Suizidversuch überlebt haben, ist eine Behandlung von enormer Bedeutung. Diese Betreuung hat unmittelbar nach dem Selbsttötungsversuch stattzufinden, da innerhalb der kurzen Zeit danach die Suizidenten und ihre Angehörigen noch zugänglich für eine Behandlung sind. Schon wenige Tage später ist der Schock vorbei und eine Behandlung würde nicht zustande kommen. Eine alleinige körperliche Versorgung der Schnittwunden oder anderen Zuständen kann die eigentlichen Störungen und Konflikte in dem Betroffenen nicht beseitigen.

„Da bei Selbsttötungshandlungen im allgemeinen psychiatrische, psychologische, soziale und weltanschauliche Faktoren miteinander verknüpft sind, müssen in der Behandlung alle beteiligten Berufsgruppen eng zusammenarbeiten.“²

¹ Böcker, F. in Fachlexikon der Sozialen Arbeit. (1997), S. 820.

² Böcker, F. in Fachlexikon der Sozialen Arbeit. (1997), S. 820.

Sozialarbeiter kommen in bestimmten Arbeitsbereichen mit Menschen in Berührung, die suizidale Handlungen unternommen haben oder anderes selbstverletzendes Verhalten aufzeigen. Zum Beispiel in psychiatrischen Anstalten, in der Obdachlosenhilfe, Suchtkrankenhilfe oder in der Jugendarbeit. In solchen Krisensituationen ist es notwendig, kompetent im Umgang mit den Klienten zu handeln. Daher ist es von enormer Bedeutung sich über das Thema Suizid Wissen zu verschaffen, um sich ein klareres, fachliches Bild über den Klienten verschaffen zu können. Das soll auch das Ziel dieser Arbeit sein. Sie soll einen Überblick über die Handlungen, vor allem junger, suizidaler Menschen, die Erklärungstheorien und die daraus aufbauenden Interventionsmöglichkeiten geben.

Zunächst werde ich einen kurzen geschichtlichen Rückblick über die Selbsttötung geben. Anschließend folgt nach einer Begriffserläuterung ein epidemiologischer Überblick. Daraus wird ersichtlich, dass bestimmte Personen eher von suizidalen Handlungen betroffen sind, als andere. Hierbei stellt sich die Frage, welche Ursachen für einen Suizid, bzw. einer suizidalen Handlung existieren. Nach Darstellung unterschiedlicher Entstehungstheorien folgen Interventionsmöglichkeiten. Letztendlich werden verschiedene Präventionsmaßnahmen erläutert.

2. Geschichtlicher Rückblick

Selbstmorde existieren schon seit jeher. Selbst in der Bibel kann man eine Reihe von Suiziden im Alten und Neuen Testament finden. Jedoch steht in der Bibel kein ausdrückliches Verbot der Selbsttötung geschrieben. Hingegen im Talmud und Koran wurde dazu deutlich Stellung genommen. Der Suizid war und ist in der geschriebenen Geschichte eine sehr umstrittene Handlung.

Überall auf der Welt sind Selbsttötungsakte vorhanden. Buddhistische Mönche erhofften sich durch das Abschneiden eines Ohres, Armes oder der Zehen eine „göttliche Belohnung“. Die Inkas begingen nach der Eroberung von Cortez in den Goldminen, in denen sie Fronarbeit leisten mussten, eine Reihe von Selbstmorden. Mütter der Indianerstämme Wahpetou und Sioux, haben sich nach dem Tod ihres Lieblingskindes erhängt. Die Witwenverbrennung in Indien und anderen afrikanischen Stämmen, stellt ebenfalls eine Selbsttötung dar. Die Jakuten und Tschukten haben alte und siechende Menschen auf deren Verlangen hin getötet. Bei den Goten, Dänen und Kelten mussten sich alte Menschen selbst töten. Sie sprangen von einem Fels, um so ohne Krankheit nach dem Tode zu Odins Göttermahl gelangen zu können. In der Antike gab es sehr differenzielle Meinungen über den Selbstmord. Aristoteles war der Ansicht, dass der Suizid etwas unsittliches darstellt. Epikur beschrieb die Selbsttötung als lächerlich. Die Stoiker lehnten den Selbstmord völlig ab und die Zyniker verfochten das Recht auf den Selbstmord. Im alten Rom wurden Selbstmorde strafrechtlich verfolgt. Im Mittelalter wurde die Selbsttötung

abgelehnt. Seit der Synode von Brage 562 (kirchlicher Einfluss) wurde der Suizid mit Exkommunikation und ehrlosem Begräbnis bestraft. Der Selbstmord wurde als etwas teuflisches angesehen. Die Folge war, dass potentielle Selbstmörder schwere Verbrechen begangen, um mit der Todesstrafe bestraft werden zu können. Damit war ihr Seelenheil wieder gerettet.³ Mit dem Zeitalter der Aufklärung wurde das ehrlose Begräbnis 1790 von Frankreich aufgehoben. Österreich und England waren die letzten europäischen Länder, die 1850 und 1961 den Selbstmord ebenfalls nicht mehr zum Mord erklärt haben. Im 19. Jahrhundert beschrieb der französische Psychiater Esquirol, dass der Suizid ein Merkmal von Geisteskrankheiten darstellen würde.

Die Begriffe Freitod und Selbstmord lassen eine deutliche Einschränkung und Bewertung der Handlung erkennen. Suizid ist hingegen ein neutraler Begriff.⁴

3. Begriffsbestimmungen

Wie in der Einleitung schon erwähnt wurde, existieren einige unterschiedliche Definitionen von Suizidalität. Hier eine Definition von Wolfersdorf:

- *„Suizidalität meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.*
- *Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma).*
- *Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, der Veränderbarkeit von Zustand, aus u.U. durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit verändertem Erleben.*
- *Motivational spielen appellative, manipulativinstrumentelle, altruistische sowie auto- und fremd aggressive Elemente eine Rolle.*
- *Suizidalität ist dabei bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt.*
- *Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen.“⁵*

³ Biener, K. in Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen. (1984)

⁴ Bronisch, T. in Der Suizid. (1995).

⁵ Wolfersdorf, M. in Begriffsbestimmung und Grundzüge der notfallpsychiatrischen Suizidprävention. (2000).

Wolfersdorf beschreibt Suizidalität mit Hilfe eines Kontinuitätsmodelles, das Entwicklungsschritte von Ruhe- und Todeswünschen über Suizidideen und erklärte Suizidabsichten, bis hin zu suizidalen Handlungen unterstellt. Eine eher passive Suizidalität entwickelt sich mit zunehmendem Handlungsdruck und Suizidrisiko zu einer aktiven Suizidalität. Impuls- und raptusartige einschließende Suizidideen, die meist nicht verhindert werden können, sind zum Beispiel von manchen schizophrenen Patienten bekannt. Hingegen haben Menschen mit einer depressiven Störung eher den Wunsch nach Ruhe. So wird zum Beispiel der Tod nach Einnahme einer zu hohen Dosis Schlaftabletten in Kauf genommen. Suiziddrohungen und Suizidankündigungen dagegen haben den Tod direkt als Ziel. Die Suizidabsicht geht schon weiter als die Suizididee. Todes- und Ruhewünsche und Suizidideen werden von dem sozialen Umfeld meist bagatellisiert. Dies stellt eine Folge des Tabuisieren dieses Themas in der Gesellschaft dar. Die bestehende Gefahr der Wiederholung einer suizidalen Handlung wird heruntergespielt. Die Folge ist ein erneuter Suizidversuch, sofern das erste Signal, der Appell, nicht verstanden wurde. Impuls- und raptusartige Suizidideen haben diesen Charakter der Ambivalenz und inneren Auseinandersetzung nicht mehr. Häufig gehen solche Suizidideen mit psychotischen Erlebnissen einher. Die Betroffenen fühlen einen enormen Handlungsdruck, wie zum Beispiel, dass sie Stimmen hören, die sie zu bestimmten Handlungen auffordern. Der Entschluss und die Handlung erfolgen innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne, wodurch sich solche Suizidhandlungen in der Regel nicht vermeiden lassen.

Alle suizidalen Handlungen stellen einen Versuch dar, sich das Leben zu nehmen. Von einem Suizidversuch redet man, wenn die Handlung nicht tödlich verlaufen ist, sondern der Suizident entweder durch Fremdeinfluss oder aufgrund einer insuffizienten Handlung überlebt hat. Der Begriff Parasuizid wird häufig als Synonym zum Suizidversuch verwendet. Bei einem Suizidversuch steht nicht der Tod im Vordergrund. Die vollzogene Handlung hat einen appellativen Charakter, die das Umfeld auf Veränderungen oder eine Hilfebedürftigkeit hinweisen möchte. Der Suizidversuch besitzt einen hohen sozialen Kommunikationswert. Es geht hier um das Verstehen des Appells und um den Inhalt der eigenen Lebensfähigkeit des Suizidenten. Parasuizide lassen sich meist durch ihre appellativ-manipulative Motivstruktur erkennen. Verläuft jedoch eine suizidale Handlung tödlich, so wird von einem Suizid gesprochen. Es existieren also drei verschiedene Formen suizidaler Verhaltensweisen. Die Suizididee, zum Beispiel das Nachdenken über den Tod, der Suizidversuch und der Suizid.

Eine Suizidhandlung kann von verschiedenen Motiven bestimmt werden:

- Parasuizidale Pause, zum Beispiel nach einer Tabletten- oder Alkoholintoxikation.
- Parasuizidale Geste. Hier steht der Appell an die Mitmenschen im Vordergrund. Der Suizident möchte hier einen speziellen Hinweis an bestimmte Personen geben, und nimmt an, dass er von diesen

Personen auch gefunden wird. „Weiche Methoden“ wie zum Beispiel eine Tablettenintoxikation werden in diesem Fall angewandt.

- Parasuizidale Handlung mit ausgesprochener Autoaggression. Die Autoaggression im Sinne eines misslungenen Suizids steht hier im Vordergrund. Der Betroffene möchte sterben und möchte nicht gefunden werden. Es werden „harte Methoden“ gewählt, wie zum Beispiel das Erschießen, Erhängen usw..

4.Epidemiologie

4.1.Internationale Verbreitung des Suizid

In den letzten Jahren stieg vor allem in den „Wohlstandsländern“ die Zahl der Selbsttötungen an. Es herrschen optimale wirtschaftliche Verhältnisse, Sozialeinrichtungen usw.. Dem Einzelnen ermöglicht sich eine enorme Vielfalt in der Problembewältigung. Auf den ersten Blick könnte man deshalb annehmen, dass es Menschen in einer solchen modernen, sozial entwickelten Gesellschaft besser ergehen müsste als vorher. Doch die Suizidzahlen sagen anderes aus. Denn Fortschritt allein macht das Leben nicht lebenswerter.

In Japan ist der Selbstmord die zweithäufigste Todesursache bei Menschen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren. In der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich, der Schweiz und Schweden war sie die dritthäufigste. Die höchsten Selbstmordzahlen haben osteuropäische Länder. Suizidreiche Länder sind: Österreich, Deutschland, Schweiz, Schweden, Dänemark, und Finnland mit steigender Suizidmortalität innerhalb der letzten 15 Jahre. Portugal, Italien und Spanien sind dagegen suizidarme Länder. Die Ursachen dafür liegen vermutlich darin, dass der Südländer eher extrovertierter ist und Probleme seinen Mitmenschen mitteilt. Der Nordländer ist jedoch eher introvertiert und versucht mit seinen Problemen alleine zurecht zu kommen.

1997 starben in Deutschland 12 201 Menschen durch Suizid. Davon waren 8 802 Männer und 3 399 Frauen. Somit waren 1,4% aller Todesfälle oder jeder 71. Todesfall im Jahr 1997 ein Suizid (Quelle: statistisches Bundesamt). Im Vergleich dazu starben 8 168 Menschen an einem Verkehrsunfall. Die offiziellen Zahlen unterschreiten jedoch die tatsächliche Zahl. Denn die Dunkelziffer ist hoch. Todesarten, wie zum Beispiel durch Verkehrsunfälle, Drogenmissbrauch oder anderen unklaren Todesursachen werden in die Suizidrate nicht miteinberechnet, sondern werden zu den Verkehrsunfällen usw. gerechnet. Die Anzahl der Selbsttötungen in Deutschland sinkt seit den achtziger Jahren. Dafür kann jedoch keine eindeutige Ursache genannt werden. Es wird vermutet, dass die demographische Entwicklung in Deutschland, die Verbesserung der Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen und die Verschiebung zu anderen Todesursachen hin, wie z.B. Drogenmissbrauch, verantwortlich

für den Rückgang der Suizidrate sind. Interessant erscheint, dass die Suizidrate in den neuen Bundesländern viel höher ist, als in den alten Bundesländern. In den alten Bundesländern war die Anzahl der Suizidenten bei 20,5 Männern und 8,0 Frauen und in den neuen Bundesländern dagegen bei 27,8 Männer und 9,6 Frauen. Allerdings ist davon abzuraten, voreilige Schlüsse daraus zu ziehen, wie die „Wende“ und die höhere Arbeitslosigkeit oder ähnliches. Denn auf dem Gebiet der ehemaligen DDR gab es schon seit jeher eine höhere Suizidrate.

4.2.Methoden

Wie schon erwähnt wurde, gibt es sogenannte „harte“ und „weiche“ Methoden einer suizidalen Handlung. Bei Selbstmordgeschehen spielen Vergiftungen eine wesentliche Rolle. In England geschehen 2/3 der Selbsttötungen mit Gas oder Pharmaka. Die Tablettenvergiftung ist dabei die häufigste Methode der Frauen. Die Männer greifen eher zu härteren Methoden. In Norwegen stellt das Erhängen die häufigste Methode dar. In den USA bezeichnet man das Erschießen als klassische Form des Suizids. Natürlich existieren noch viele weitere ausgefallene Methoden, wie zum Beispiel der Tod durch Einatmen von Auspuffgasen.

4.3.Suizidversuche

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird die Anzahl der Suizidversuche nicht statistisch ermittelt. Darum beruhen solche Angaben auf Schätzungen wissenschaftlicher Studien. Suizidversuche werden häufiger von Frauen als von Männern durchgeführt. Auf jeden Suizid eines Mannes fallen 5,5 Suizidversuche. Bei den Frauen entfallen auf jeden Suizid 18 Suizidversuche. Außerdem werden mehr Suizidversuche von jungen, als von alten Menschen unternommen. Bei den Methoden des Suizidversuchs stehen an erster Stelle Vergiftungen, gefolgt von Schnittverletzungen, Sturz und Erhängen.

Nach Ringel besteht jedoch nur ein quantitativer Unterschied zwischen einem Selbstmord und einem Versuch, kein prinzipieller. Durch Suizidversuche sind Organverstümmelungen möglich, wie zum Beispiel bei Van Gogh, der sich sein Ohr abgeschnitten hat. Selbstmörder planen in der Regel ihre Tat und perfektionieren sie.

4.4.Unterschiede nach Alter und Geschlecht

Wie schon erläutert wurde, begehen mehr Männer als Frauen einen Suizid. Betrachtet man dieses Phänomen auf nationaler Ebene, so erkennt man, dass in Norwegen die Suizidanzahl von Männern und Frauen in einem Verhältnis von 4:1, in Japan 2:1 und in den USA von 7:3 stehen. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass sich mehr Witwer als Witwen töten. Bei jungen Menschen unter 40 Jahren ist nach den Unfällen der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Jeder vierte Tod eines Menschen unter 30 Jahren ist ein Suizid. Untersuchungen von Daltons ergaben, dass Frauen innerhalb der Menstruation suizidgefährdeter sind.

4.5. Jahresverteilung und Klimatologie

Untersuchungen ergaben, dass im September in den Ländern Deutschland, Belgien, Holland und der Schweiz die Selbstmordraten höher sind. Jedoch in England ist es der Monat April und die niedrigste Anzahl im September. Im November treten gehäuft Suizide in Deutschland auf. Allgemein kann gesagt werden, dass im Frühjahr (April-Juni) und im Herbst (Oktober-November) mehr Selbstmorde unternommen werden, als in anderen Jahresabschnitten.

Klimatologisch konnte ermittelt werden, dass in Zürich bei Föhnwind und in Basel bei Warmfrontdurchgängen die Anzahl der Selbsttötungen ansteigt.

5. Suizidrisiko

Mit dem Begriff Suizidrisiko ist ein erhöhtes oder erniedrigtes Risiko einer bestimmten Personengruppe, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gemeint. Im Folgenden werden einige Risikofaktoren dargestellt:

1. Geschlecht: Männer begehen mehr Suizide, Frauen mehr Suizidversuche.

2. Alter: Suizide treten gehäuft jenseits der Altersgrenze von 50 Lebensjahren auf, Suizidversuche gehäuft im Altersabschnitt von 15 bis 34 Jahren.

3. Personenstand:

- a) Geschiedene, vor allem Männer begehen mehr Suizide und Versuche, als
- b) Verwitwete und
- c) Ledige.

4. Soziale Schicht: Mehr Suizidversuche sind in der „Unterschicht“ vorhanden, was jedoch schwer zu bestimmen ist und nicht allgemeingültig erscheint.

5. Arbeitsstand: es existiert ein sicherer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid bzw. Suizidversuchen.

6. Jahreszeitliche Schwankungen: Häufige Anzahl von suizidalen Handlungen im Frühling und Herbst.

7. Stadt-Land Unterschiede: Mehr Suizide in Städten als auf dem Land. Jedoch wurde in der Sowjetunion genau das Gegenteil festgestellt.

8. Religionszugehörigkeit: In katholischen Ländern ist die Rate deutlich niedriger als in anderen Ländern. ⁶

Suizidfördernde Umstände können neben den eben dargestellten äußeren Umständen auch innere Umstände sein. Innere Umstände stellen hier vorhandene Ängste, Gewissenszweifel, Vereinsamung, Heimweh, Lebensüberdruß, seelische Konflikte, einschneidende Erlebnisse und Traumatisierungen dar. Individuelle Konfliktsituationen, die durch einen Wechsel der Rollenverpflichtung ausgelöst werden, sind ebenfalls Risikofaktoren. Solche Situationen sind

⁶ Aus Bronisch, T. in Der Suizid. (1995).

Kindheitserlebnisse, das Schulentlassungsalter, die Pubertät, Menstruation und Schwangerschaft, Impotenz und Frigidität, Klimakterium und der Alterungsprozess.

Die Hochrisikogruppe suizidaler Handlungen stellen schwer depressiv kranke Menschen dar. Weitere Personengruppen mit erhöhtem Suizidrisiko sind Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Suchtkranke und schizophrene Menschen, oder Personen mit bereits vorliegender Suizidalität, alte, vereinsamte Menschen, Jugendliche mit Entwicklungskrisen, Drogenproblemen, familiären Problemen, Menschen in traumatischen Veränderungszuständen und mit lebeinschränkenden körperlichen Beschwerden. Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, wie zum Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung, spricht man von der „chronischen Suizidalität“. Diese „chronische Suizidalität“ als Denk- und Verhaltensmuster definiert Menschen, die konstant an suizidale Handlungen denken. Sie haben ständige Suizidideen und Absichten.

„So kann man als „Chronische Suizidalität“ rezidivierende suizidale Krisen mit Ankündigungen und/oder Suizidversuchen von kommunikativen Wert verstehen, die häufig instrumentell-manipulativ wirken, der Beziehungsgestaltung oder der Erreichung eines Zieles dienen. Suizidalität wirkt dann oft aggressiv als Mittel („instrumentell“) eingesetzt, so dass der appellative Anteil und die eigentlich dahinter stehende Not des Handelnden, anders die Beziehung nicht sichern und halten zu können, nicht mehr sichtbar werden können.“⁷

Ringel (1969) hat die besonders suizidgefährdeten Personengruppen zusammengefasst:

1. Depressive
2. Sonstige Psychotische (insbesondere Schizophrene)
3. Verfolgte aus rassistischen, religiösen, sexuellen oder politischen Gründen
4. Flüchtlinge
5. Alkoholiker und andere Süchtige
6. Menschen, die eine kriminelle Handlung begangen haben
7. Chronisch unheilbare Kranke
8. Alte
9. Personen in einer Ehekrise
10. Personen in schwerem sozialen Notstand
11. Personen nach Umzug vom Land in die Stadt
12. Personen, in deren Umgebung vorher ein Selbstmord stattgefunden hatte
13. Personen, die unmittelbar vorher in einen Autounfall verwickelt waren⁸

Jugendliche befinden sich innerhalb der Pubertät in einer Identitätskrise. Die Umwelt wird völlig anderes als vorher wahrgenommen. Jugendliche reagieren sehr explosiv und emotional auf Reize. Sie wollen nicht mehr das Kind, sondern erwachsen sein. Sie möchten sich von den Eltern lösen und streben die Autonomie an. Jedoch sind sie noch nicht so erwachsen, wie sie es gerne wären und müssen sich zuerst einmal selbst finden. Kinder die in ein

⁷ Wolfersdorf, M. in Begriffsbestimmung und Grundzüge der nitfallpsychiatrischen Suizidprävention. (2000).

⁸ Ringel, E. in Selbstmord-Appell an die anderen. (1976).

Familiensystem eingebettet sind, können mit solchen Problemen fertig werden. Ist dies nicht der Fall, greifen Jugendliche häufig zu Drogen, um ihre Probleme so in den Griff zu bekommen. Dadurch gehören Jugendliche ebenfalls, neben depressiv Kranken, zu einer hohen Risikogruppe von suizidalen Handlungen.

6. Jugendsuizid und Suizidversuche

In den USA stieg die Selbstmordanzahl in den Jahren 1974 bis 1984, von 2,4 auf 3,8 Jugendlichen je 100 000. In Deutschland sind 1,2% aller Todesfälle von Kindern zwischen 5 und 15 Jahren ein Selbstmord. Jugendliche zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr erreichen hier eine Quote von 12,2%. In dieser Altersstufe stellt der Suizid die zweithäufigste Todesursache, nach dem Unfalltod dar. Bei 60% der Fälle wird als Ursache eine sogenannte broken home Situation, Sexualenttäuschungen, Liebeskummer oder Schuldgefühle angenommen. Bei Jugendlichenselbsttötungen wird häufig von „Schülersuizid“ gesprochen. Doch diese Bezeichnung trifft die Schule meist zu Unrecht, da nicht einer alleine an einem Suizid schuldig gemacht werden kann. Denn die Ursachen sind in der Regel viel komplexer. Waage aus Basel fand heraus, dass Jugendselbstmorde häufig Erwachsenenselbstmorde vorausgingen. Bakwin stellte fest, dass soziale Isolierung, die Scheidung der Eltern und eine Verminderung des Lebensstandards zusätzliche Selbsttötungsursachen von Teenagern sind.

Jugendliche bewerten Suizide meist als „Privatsache“, die sie nichts angeht, oder sie verurteilen die Handlung und entschuldigen die Tat. In Bieners Untersuchungen wurde festgestellt, dass viele Jugendliche selber schon mal Selbsttötungsgedanken hatten. Darunter vielen 55% der 19 jährigen männlichen und 13% der 16 jährigen Jugendlichen. Suizidale Handlungen bei jungen Menschen stellen ein enormes Problem dar. Deshalb ist es von Bedeutung, dieses Problem in die moderne Gesundheitserziehung miteinzubeziehen und offen in Gesprächen zu erklären.

Suizidversuche kommen bei 55% der weiblichen und 48% der männlichen Jugendlichen vor (Biener). Auf internationaler Ebene erkannte man, dass Suizidversuche ab dem 15. Lebensjahr sprunghaft ansteigen. Ebenfalls kommen sie gehäuft in dem Altersabschnitt zwischen 20 und 21 Jahren vor. Ab dem 22. Lebensjahr treten Versuche wieder seltener auf. Selbsttötungsversuche kommen im Großen und Ganzen bei männlichen und weiblichen Teenagern gleich oft vor. Rund 18% der Suizidenten haben bereits früher einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Anhand der vorhandenen Literatur lässt sich erkennen, dass Uneinigkeit darüber besteht, ob die Menstruation als weitere Ursache für Suizidversuche anerkannt werden soll.

Biener untersuchte als weiteren Faktor die Berufsspezifität. Er kam zu dem Ergebnis, dass 46 Fälle der Suizidversuche Schüler und Studenten waren, 42 Fälle Angestellte aus dem Gastgewerbe, 28 Fälle VerkäuferInnen

und der restliche Teil sonstige Berufe. Für Biener stellt die Motivationsforschung einen erheblichen Aspekt seiner Arbeit dar, da sie wichtig für neue Präventionsansätze und Folgerungen ist. Er erkannte, dass Liebeskummer ein häufiger Anlass von Suizidversuchen bei Jugendlichen ist. Auch Tod und Verlust eines oder beider Elternteile spielen eine Rolle. Eine ungewollte Schwangerschaft kann ebenfalls Ursache einer suizidalen Handlung sein. Interessant erscheinen Bieners folgende Ergebnisse einer Untersuchung. Es stellte sich heraus, dass Krankenschwesterschüler im Gebiet von Stadt und Land Zürich, auf die Frage, was sie bei einer überraschenden Feststellung einer unerwünschten Schwangerschaft tun würden, 4% spontan die Antwort „Selbstmord“ angaben.

Insgesamt 14% der männlichen und 7% der weiblichen untersuchten Jugendlichen gaben mehr als eine Ursache für den Suizidversuch an. Keinen klaren Anlass gaben 22% der weiblichen und 20% der männlichen untersuchten Personen an. Diese prozentualen Anteile ohne genauere Ursachenangabe deuten auf depressive Störungen hin. Fazit also ist, dass junge Frauen eher eine unklare Motivation bei einem Suizidversuch haben, als junge Männer, die meist Mehrfachursachen angeben.

An erster Stelle der Methodik von Suizidversuchen, stehen vor allem bei Mädchen Tabletten. Jungen greifen eher zu härteren Mitteln wie Stiche, Schnitte, Erhängen oder Erschießen. Einige Selbstmordversuche werden mit Feuer begangen. Diese Methode zeigt eine besondere Mystik der Tat an. Bei Tablettenintoxikationen stehen an erster Stelle Beruhigungsmittel und Schlaftabletten. An zweiter Stelle stehen Analgetika. Manche Jugendliche greifen auch zu anderen Psychopharmaka und sonstigen Medikamenten.

Suizidversuche geschehen in der Regel am Abend, mit ansteigender Tendenz von 21-24 Uhr. Häufungen an Wochentagen wurden bei Mädchen nicht festgestellt. Jungs dagegen begehen oft Dienstags und selten Samstags Suizidversuche. In den Monaten Januar, Februar und Juli begehen Mädchen seltener einen Suizidversuch. Eine höhere Anzahl wurde im Monat September festgestellt.

Die Ernsthaftigkeit eines Suizidversuchs sollte niemals vergessen werden. Besonders harte und wiederholte Methoden sind sehr ernst zu nehmen. Weichere Methoden haben in der Regel einen hohen appellativen, demonstrativen Charakter.

7. Präsuizidales Syndrom

Ringel hat das präsuizidale Syndrom bei Erwachsenen beschrieben. Jedoch ist nicht gewiss, ob dieses Syndrom auch auf Jugendliche und Kinder übertragen werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass je erwachsener Jugendliche sind, das präsuizidale Syndrom gültiger werden kann. Natürlich tritt es nicht im selben Ausmaß auf, wie es bei Erwachsenen der Fall ist.

Ringel hat bei den meisten Selbsttötungen eine bestimmte Dynamik beobachten können. Sie verlaufen in drei Phasen ab, wobei diese unterschiedlich schnell durchlaufen werden können. Diese drei Phasen sind:

- 1) die Einengung,
- 2) die gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression,
- 3) die Suizidphantasien.

Die Einengung besteht aus drei verschiedenen Arten. Die situative Einengung beschreibt den seelischen Lebensbereich und das Gefühl, eingeeengt zu sein. Der Betroffene fühlt sich in einen immer enger werdenden Rahmen eingepresst. Er ist ohnmächtig, hilflos und dem Gegenüber ausgeliefert. Dieser Zeitpunkt ist jedoch von der Vorgeschichte des Betroffenen abhängig. Die Wertwelt Einengung bedeutet, dass frühere, wichtige Dinge nun keine Bedeutung mehr für den Betroffenen haben. Er kümmert sich um nichts mehr. Bereiche, die ihm vorher wichtig waren, wie zum Beispiel die Zeitung lesen oder andere Hobbys, interessieren ihn nicht mehr. Die dritte Art der Einengung ist die dynamische Einengung. Hier erfolgt ein Spontanitätsverlust und passives Verhalten ist an der Tagesordnung. Das Verhalten wird auf die Selbsterstörung hin kanalisiert. Die Gefühle sind von Depression, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit geprägt. Gegenregulationsmechanismen versagen zu diesem Zeitpunkt.

Bei der Aggressionshemmung ist die Aggression gegen sich selbst gerichtet. Die Betroffenen „fressen alles in sich hinein“. Ein Aggressionsdruck entsteht, dem sich der Betroffene nicht mehr gewachsen fühlt. Dieser Druck hat eine Explosion nach innen oder eine Implosion zur Folge. Diese Implosion entspricht einer Anklage gegen die Umwelt und Umgebung, die sich anhand der Selbsterstörung und den Rachedenken gegen Mitmenschen äußert. Diese zweite Phase wird auch als Freud'scher Baustein bezeichnet, da Freud als erster darauf hingewiesen hatte.

Die dritte Phase bezeichnet die gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Sterben und der Lebensbeendigung. Hier werden drei Stufen der Todesphantasien beschrieben:

- 1) Die Vorstellung tot zu sein. Das Resultat, der Tod, wird phantasiert.
- 2) Die Vorstellung sich etwas anzutun. Der Suizident denkt an konkrete Pläne und Ausführungen des Suizids.
- 3) Suizidmethoden werden in Einzelheiten und Details durchdacht und geplant.

Die letzte Phase sieht für Außenstehende anfänglich als selbst gewählter Mechanismus der Entlastung aus. Jedoch machen sich Suizidgedanken selbstständig. Sie drängen sich gegen den Willen zwanghaft auf und werden bis zum Suizid hin intensiver.

Das präsuizidale Syndrom kann innerhalb Wochen, Monaten oder sogar Stunden durchlaufen werden. Hat der Suizident die dritte Phase erreicht, stellt sich bei ihm eine ruhige Stimmung ein. Sie kann auch von Heiterkeit geprägt sein. Für Außenstehende kann diese Stimmungslage sehr irreführend wirken. Werden jedoch persönliche Dinge

verschenkt, so kann dies ein Zeichen für suizidales Verhalten sein. Eine Ankündigung eines Suizids kann also indirekt oder auch direkt geschehen.⁹

8. Entstehungstheorien

8.1. Triebtheorie nach Freud

Tiefenpsychologische Thesen gehen davon aus, dass libidinöse Versagensängste, frühkindliche Frustrationen und Liebesentzug eine spätere suizidale Gefährdung prädestinieren können. Freud (1916) arbeitet in „Trauer und Melancholie“ grundlegende Unterschiede heraus. Ein trauerndes Individuum versucht mit dem Verlust einer geliebten Person klar zu kommen, während das melancholische Individuum nach einem Objektverlust mit den dadurch frei werdenden Triebimpulsen versucht, sich einem Objekt zuzuwenden. Das melancholische Ich identifiziert sich narzisstisch mit dem aufgegebenen Objekt. Dieser Vorgang löst eine Entmischung der Liebes- und Hassimpulse aus, die sich als Schuldzuweisungen gegen das eigene Ich wenden. Selbstbestrafungen gegen das verlorene Ich, in das eigene Ich, führen erst zur Beruhigung. Die radikalste Selbstbestrafung ist dann der Suizid. Der Suizid wird zum Rache- und Bestrafungsakt gegen das geliebte Objekt. In „Jenseits des Lustprinzips“ beschreibt Freud (1920) die Todestriebtheorie. Hier ist er der Ansicht, dass die Energien eines selbstzerstörerischen Triebs (Thanatos), den Einzelnen so beherrschen können, dass er sich am Ende nur noch selber töten möchte. Er ergänzt seine Theorie 1923 in „das Ich und das Es“, indem er schreibt, dass bei Zurückweisungen destruktiver Aggressionen die Aggressionsbereitschaft des Über-Ichs gegen das Ich zunehmen. Werden diese beschriebenen Aggressionen nicht nach außen hin abgeleitet, so können sie sich selbstzerstörerisch gegen das eigene innere Ich wenden.

8.2. Narzissmustheorie nach Henseler

Henseler beschreibt den suizidalen Mensch als

„eine in ihrem Selbstgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit, die sich zum Schutz vor Kränkung in hohem Maße infantiler Kompensationsmechanismen bedient.“¹⁰

Unter Narzissmus versteht Henseler verschiedene Zustände des Selbstwertgefühls, der affektiven Einstellung des Menschen zu sich selbst. Eine narzisstische Störung äußert sich in übertriebenem Selbstgefühl, ebenso in einem übertriebenen Minderwertigkeitsgefühl. Narzisstische Menschen leiden unter besonderen Problembereichen. Diese

⁹ Ringel, E. in Selbstmord-Appell an die anderen. (1976), S. 15-25.

¹⁰ Henseler, H. in Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords. (1974), S. 177.

liegen in der verunsicherten Persönlichkeit, einem ambivalenten Selbsterleben, einem strengen Über-Ich und überzogenem Ich-Ideal, das an Aggressionen gekoppelt ist. Daraus ergibt sich eine hohe Konflikthanfälligkeit in ihren sozialen Beziehungsgefügen und damit einhergehend eine besondere Disposition für suizidale Gefährdungen. Narzissten versuchen durch zwischenmenschliche Beziehungen ihre eigenen Defizite auszugleichen. Dadurch entstehen Ansprüche an den Partner, die ihn völlig überfordern. Selbst unscheinbare Vorfälle führen schließlich zu Kränkungen des narzisstisch gestörten Menschen, der dann meist mit Trennung und Abwertung der anderen Person, die er eigentlich liebt, reagiert. Narzisstisch gestörte Suizidenten klagen aus diesen Gründen häufig von enttäuschten, und oft wechselnden Beziehungen. Der Suizid stellt für den Narzisst nicht nur einen Racheimpuls gegen den Partner dar. Er versucht ebenfalls damit, seine eigenen Defizite durch den Suizid zurückzuerobern, um sein eigenes Selbst zu ergänzen.

8.3.Lerntheoretische Erklärungsansätze

Skinner geht davon aus, dass Verhalten durch äußere Faktoren gesteuert und somit erlernt wird. Folgerung ist, dass suizidales Verhalten ebenfalls erlernt wird. Jedoch beeinflussen frühere Erfahrungen und Umweltfaktoren den Lernprozess. Das Nachahmen von Suiziden nach Vorbildern ist seit jeher bekannt, wie es zum Beispiel nach dem Erscheinen von Goethes „Leiden des jungen Werther“ (1774) der Fall war. Seligman (1979) entwickelte die These, dass depressives und hilfloses Verhalten erlernt werden kann. Hilfloses Verhalten entwickelt sich dann, wenn eine Situation als nicht beeinflussbar erlebt wird. Der entscheidende Faktor an dieser Tatsache ist jedoch, dass diese und andere vergleichbare Situationen in ferner Zukunft, ebenfalls als nicht beeinflussbar erlebt werden. So eine erlernte Hilflosigkeit kann schon in der frühen Kindheit geschehen. Wie zum Beispiel das Erleben eines Verlustes einer Bezugsperson, die nicht durch eigene Aktivitäten zurückgewonnen werden kann. Die Aktivitäten, die eine Änderung der Situation bewirken sollen, werden im Laufe des Lebens deutlich geringer und die Motivation etwas dagegen zu tun, schwindet. Durch einen solchen Prozess erlernen depressive Menschen ihre Hilflosigkeit. Sie haben im Laufe ihres Lebens nicht gelernt, dass durch Handeln bestimmte Situationen verändert werden können. Erleben diese Menschen weitere Verluste, wie zum Beispiel den Verlust ihrer Partners oder ihrer Arbeitsstelle, so ist eine Entwicklung zu depressiven Verhalten begünstigt und Voraussetzungen zu suizidalem Verhalten erfüllt. Menschen, die Erfahrungen der Hilflosigkeit machen mussten, sind als suizidgefährdet anzusehen.¹¹

8.4.Diathese-Stress-Modell

Das Diathese-Stress-Modell geht davon aus, dass Stress mit einer erhöhten Verletzlichkeit und Empfindlichkeit zusammen hängt und beide Faktoren Auswirkungen auf die Handlungsebene einer Person haben. Die Vulnerabilität

¹¹ Gappmayer, A. in Adoleszenz und Selbsttötung. (1987).

einer Person ist individuell. Denn jeder Einzelne gestaltet sein Selbstkonzept sehr unterschiedlich. Erlebte Erfahrungen werden von jedem anders verarbeitet. So wirkt sich die Summe aller Erfahrungen dem Selbst gegenüber auf der kognitiven, somatischen, Verhaltens- und Affektebene unterschiedlich auf den Einzelnen aus. Die erlebte und momentane Beziehungsgestaltung, Traumata und erlernte Bewältigungsmöglichkeiten sind Faktoren der Vulnerabilität. Besteht eine erhöhte Verletzlichkeit, so können Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und eine klinische Vorbelastung die Folge sein.

Wie schon erwähnt wurde, hängen nun beide Faktoren, also Vulnerabilität und Stress, in Bezug zur Entstehung einer Suizidhandlung zusammen. Beim Faktor Stress verhält es sich folgendermaßen. Es existieren hier verschiedene Auslöser, die Stress verursachen. Solche Auslöser, egal ob sie positiv, oder negativ bewertet werden, stellen verschiedene Situationen dar, die unterschiedlich stark ausgeprägten Stress verursachen. Diese Auslöser werden auch als Life-Event Belastungen bezeichnet. T.H. Holmes und R.H. Rahe haben 43 lebensverändernde Ereignisse in einer Werte Skala von 100-11 bewertet:

<i>1.Tod des Ehepartners</i>	<i>100</i>
<i>2.Scheidung</i>	<i>73</i>
...	
<i>4.Gefängnisstrafe</i>	<i>63</i>
<i>5.Tod eines nahen Angehörigen</i>	<i>63</i>
...	
<i>7.Eheschließung</i>	<i>50</i>
<i>8.Verlust des Arbeitsplatzes</i>	<i>47</i>
<i>9.Versöhnung mit dem Ehepartner</i>	<i>45</i>
...	
<i>12.Schwangerschaft</i>	<i>40</i>
<i>13.Sexuelle Schwierigkeiten</i>	<i>39</i>
<i>14.Hinzukommen eines neuen Familienmitgliedes</i>	<i>39</i>
...	
<i>15.Geschäftliche Veränderungen</i>	<i>39</i>
...	
<i>20.Hypothek über 10 000 Dollar</i>	<i>31</i>
...	
<i>23.Sohn oder Tochter verlässt das Haus</i>	<i>29</i>
...	
<i>27.Schulbeginn oder -abschluss</i>	<i>26</i>
...	
<i>30.Ärger mit dem Vorgesetzten</i>	<i>23</i>
...	
<i>32.Wohnungswechsel</i>	<i>20</i>
...	
<i>40.Änderung der Essgewohnheiten</i>	<i>15</i>
<i>41.Urlaub</i>	<i>13</i>

42. Weihnachten	12
43. Geringfügige Gesetzesübertretungen	11 ¹²

Kommt es nun zu einer hohen Life-Event Belastung durch einen Stressauslöser bei einer Person mit einer hohen Vulnerabilität, so kann es zu einer suizidalen Handlung kommen. Hierbei ist jedoch die Exposition nicht zu vernachlässigen. Denn in der Regel bestehen bei den suizidgefährdeten Personen, bzw. Personen, die eine suizidale Handlung unternommen haben, schon eine längere Zeit Stressfaktoren und eine hohe Verletzlichkeit.

8.5. Theorien zum Verhältnis Jugendlicher und Suizid

Jugendliche in der Adoleszenz durchleben eine schwierige Phase. Sie versuchen ihre Identität zu finden, wodurch sie aus ihrer Sicht viele Probleme sehen und erleben müssen. Diese Phase ist sehr emotional geprägt. Denkt man selber an diese Phase zurück, so weiß man vielleicht noch, dass man sich oft, wegen heute als belanglos anzusehende Themen, nächtelang Gedanken machte und versucht hat, anders als die anderen zu sein. Jugendliche fühlen sich in dieser Phase verunsichert. Sie leiden unter Selbstwertmangel, isolieren sich, sind traurig und mit ihrem eigenen Körper unzufrieden. Dadurch entstehen begünstigende Faktoren einer suizidalen Handlung.

Gappmayer hat drei wesentliche Aufgaben der Adoleszenz dargestellt:

1. *Ablösungsprozesse von elterlicher Autorität und Aufbau eigener, neuer sozialer Bezüge.*
2. *Identitätsfindung unter Berücksichtigung der eigenen Unabhängigkeitsbestrebungen, der veränderten Erwartungen der Umwelt und der veränderten Sexualität.*
3. *Integration der Sexualität in das Verhaltensrepertoire.*¹³

Gappmayer erläutert, dass die Ablösungsmöglichkeiten von den erlernten sozialen Fähigkeiten und den Reaktionen der Umwelt abhängig sind. Eltern sind meist nur dann in der Lage, diese Phase ihres Kindes zu unterstützen, wenn es Verhaltensmerkmale ihres eigenen Status übernimmt. Doch ist gerade die Adoleszenzphase davon geprägt, sich nicht an elterliche Normen anzupassen. Misslingt dem Jugendlichen jedoch auch die Anpassung an subkulturelle Normen der Jugendkultur und wird ihm die Anerkennung dieser peer group versagt, so fühlt er sich als narzisstisch gekränkt. Er erfährt dann Versagensängste.

*„Kumulieren Versagensängste mit der gleichzeitig in den Ablösungsprozessen zu leistenden Trauerarbeit, können Fluchtreaktionen als Versuch interpretiert werden, sich diesen einengenden Zwängen zu entziehen. In besonders extremen Zuspitzungen kann eine suizidale Handlung zum Flucht-Äquivalent werden.“*¹⁴

¹² T.H. Holmes und R.H. Rahe, The social Readjustment Rating Scale. In: Journal of Psychosomatic Research 11 (1967), S. 213-218.

¹³ Gappmayer, A. in Adoleszenz und Selbsttötung. (1987), S. 72.

¹⁴ Gappmayer, A. in Adoleszenz und Selbsttötung. (1987), S. 73.

Viele Adoleszente erleben den Umbruch zum Erwachsenenalter, durch ihr noch nicht stabiles Selbstwertgefühl, als einsam und mit dem Gefühl einer inneren Leere.

„Die Frustrationstoleranz verhindert, dass der gegen die eigene Person sich entwickelnde Hass abgewehrt werden kann. Passivität, Mutlosigkeit, Lebensüberdruß und instabile Kontakte werden als typische Verhaltensweisen diese Entwicklungsphase beschrieben.“¹⁵

Jugendliche wollen zwar selbstständig handeln, jedoch stehen diese Bestrebungen im Widerspruch zu den erwartenden Forderungen der Umwelt, wie zum Beispiel nach Gehorsam, Fleiß und Leistungsbereitschaft. Solche Forderungen zu verinnerlichen steht widersprüchlich zur eigenen Identität. Die Folgen davon sind aggressive Reaktionen.

Die verändernde Sexualität in der Adoleszenz stellt für den Betroffenen eine weitere Herausforderung dar, sich in der „Erwachsenenwelt“ zurechtzufinden. Triebbedürfnisse und Masturbation werden als sündhaft erlebt. Gleichzeitig wird die bestehende Unsicherheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht als Zeichen der Schwäche nicht zugegeben. Entstehen in dieser Phase Störungen im sexuellen Verhalten, so können diese als suizidogene Faktoren bezeichnet werden.

Insgesamt kann die Adoleszenz als die spannungsreichste und entwicklungsintensivste Lebensphase beschrieben werden.

„Sie sollte mit ihren besonderen, persönlichkeitsabhängigen Konfliktsituationen nicht als ein Gebrechen, sondern als eine normative Krise im Sinne einer normalen Lebensphase mit spezifischer Konfliktverstärkung verstanden werden.“¹⁶

Auf den Zusammenhang der broken-home Problematik und der Suizidgefährdung wird in der Literatur immer wieder hingewiesen. Viele Publizisten definieren die broken-home Problematik eher unterschiedlich. Jedoch kann zusammenfassend gesagt werden, dass in solchen gestörten Familien Situationen, wie Scheidung, uneheliche Kinder, Konflikte, psychische Krankheit, Alkoholismus, dissoziales Verhalten und Arbeitslosigkeit vorherrschen. Die Kinder wachsen in verwaorlosten Verhältnissen auf. Diese Problematik führt bereits schon im frühkindlichen Alter zu traumatischen Erlebnissen, die später eine weitere Ursache für suizidales Handeln sein können. Studien von Baader (1955), Zumpfe (1959) und Otto (1964) ergaben, dass bei etwa 75% der jugendlichen Suizidenten Störungen in der frühkindlichen Entwicklung vorliegen, die Folge von gestörten Familienverhältnissen sind. Häufig wird den erst- oder letztgeborenen Kindern die Rolle des Sündenbocks zugewiesen. Sie werden als Belastung empfunden. Diese

¹⁵ Gappmayer, A. in Adoleszenz und Selbsttö tung. (1987), S. 73.

¹⁶ Gappmayer, A. in Adoleszenz und Selbsttö tung. (1987), S. 74.

Kinder versuchen mit dem Suizid familiäre Konflikte zu lösen, um das Gleichgewicht in der Familie wieder herzustellen.

Gappmayer (1987) beschreibt, dass die broken-home Problematik nicht als Prädisposition einer suizidalen Handlung gesehen werden darf, sondern als einen „prozesshaften Verlust von Liebe, gegenseitiger Nähe, Unbefangenheit und Verbundenheit.“ Durch das Fehlen positiver Erfahrungen schreiten diese Defizite in unbefriedigenden Interaktionsformen fort. Sie manifestieren sich und die Jugendlichen reagieren mit Ungehorsam, Rückzug und einem Weglaufen aus der Situation. Der Suizid kann demnach als Endpunkt einer seelischen Erschöpfung verstanden werden, da keine anderen Lösungsmöglichkeiten dem Betroffenen zur Verfügung stehen.

Die Schule ist neben der Familie für die Jugendlichen ein bedeutender Lebensraum geworden. In der Familie wird die Zuständigkeit der primären Sozialisation von den Eltern übernommen. Die Lehrer übernehmen hierbei die sekundäre Sozialisation. Die Jugendlichen haben in der Schule nicht mehr die Rolle des Kindes, wie in der Familie. Sie bekommen die Rolle des Schülers zugeschrieben. Suizide in dem Altersabschnitt von 10 bis 15 Jahren werden als sogenannte Schülersuizide bezeichnet. Jedoch kann die Schule nicht für suizidale Handlungen beschuldigt werden. Gappmayer (1987) beschreibt verschiedene Faktoren, die suizidale Handlungen bestärken können, wie zum Beispiel die Größe der Schule und der Klassen, unübersichtliche Schul- und Unterrichtsorganisation, rigide Leistungsanforderungen und unpädagogisch handelnde Lehrer. Doch diese Faktoren dürfen nicht als Ursachen gesehen werden. Sie sind allenfalls Motive. Die Suizidalität bei Schülern wird vielmehr als ungünstige Gesamtentwicklung verstanden. Hierzu zählen Konflikte in der Schule und der Familie, Störungen in der frühkindlichen Entwicklung und andere soziale und gesellschaftliche Lebensbedingungen.

9. Erkennen von Suizidalität

Insgesamt werden 28% aller Selbstmordversuche angekündigt. Dies geschieht in Form von Abschiedsbriefen oder anderen mündlichen Aussagen. Haenel erwähnt¹⁷, dass viele Personen vor einer suizidalen Handlung eine Beratungsstelle aufsuchen. Es ist wichtig, dass die Suizidalität rechtzeitig erkannt und richtig eingeschätzt wird, um eventuelle Schutzmaßnahmen für den Suizidenten zu ergreifen. Dazu benötigt man geeignete Methoden. Hierzu eignen sich testpsychologische Methoden, psychiatrisch-psychologisch-soziologische Methoden und somatische Untersuchungsmethoden. Es ist jedoch zu beachten, dass eine Methode allein nicht geeignet ist eine ausreichende Diagnose einer suizidalen Handlung zu stellen. Es sollten stets mehrere Methoden angewandt werden, wie zum

¹⁷ Haenel, T., in Suizidhandlungen. Neue Aspekte der Suizidologie. (1989).

Beispiel Selbsteinschätzungsbögen, Fragen zur Zukunftseinschätzung oder vorherigen suizidalen Handlungen und Gesprächen, die es ebenfalls zulassen, auch „zwischen den Zeilen lesen zu können“.

Für eine akute Suizidalität können verschieden Indikatoren beschrieben werden:

- *Patient distanziert sich nicht von Suizidideen bzw. Suizidversuch, auch nicht nach ausführlichem Gespräch.*
- *Patient erlebt dringende Suizidgedanken.*
- *Patient wirkt ausgesprochen hoffnungslos.*
- *Patient hat keine Zukunftsperspektive.*
- *Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen.*
- *Patient hat Konflikt, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, nicht gelöst.*
- *Patient reagiert ausgesprochen gereizt/aggressiv oder ist agitiert, ein tragfähiger Gesprächsrapport kommt nicht zustande.*
- *Patient hat schwere depressive Verstimmung, evtl. mit depressiven Wahnideen.*
- *Patient hat eine Suchterkrankung.*
- *Patient befindet sich in einer akuten psychotischen Episode.*
- *Patient hat einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte.*
- *Patient hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht.*
- *Patient unternahm einen Suizidversuch mit harter Methode oder hat Suizidgedanken mit harter Methode.*
- *Patient zeigt mangelnde Impulskontrolle.*¹⁸

Suizidale Handlungen sind zwar nicht zu vermeiden, jedoch muss die Diagnostik, wenn es möglich ist noch eine zu erstellen, von guter Qualität sein, um eine Gefährdung des Patienten abwenden zu können.

10. Krisenintervention und Therapie

„Krisen sind Ereignisse und Erlebnisse, die von den Betroffenen nicht mehr sinnvoll verarbeitet und bewältigt werden können und damit eine Gefahr einer pathologischen Entwicklung in sich tragen.“¹⁹

Krisen können auch als eine „Überforderungssituation“ bezeichnet werden. Diese muss jedoch einen Zeitraum von sechs Wochen überschreiten. Die akute Therapie umfasst die aktuelle psychotherapeutische Krisenintervention. Das bedeutet Gespräch, Entlastung, Sicherung und Management, mit erkennen der aktuellen Psychopathologie und Psychodynamik. Jedes Gespräch das von Suizidalität handelt, wird zum „Notfall-Gespräch“. Dabei müssen

¹⁸ Mirus, G., Indikatoren für akute Suizidalität. Tischvorlagen zum Seminar im Studienschwerpunkt Resozialisierung, Vorlesungsverzeichnis-Nr. 8090 im Sommersemester 2001.

¹⁹ Haenel, T., in Suizidhandlungen. Neue Aspekte der Suizidologie. (1989), S. 47.

Suizidgedanken offen und direkt angesprochen und ernst genommen werden, sowie ebenfalls ohne Verharmlosung oder Dramatisierung als Ausdruck seelischer Not erfragt werden. Im Gespräch ist es wichtig, soziale Bindungen, die jeder Mensch besitzt, als positive Faktoren anzusprechen. Dabei liegt die Verantwortung stets beim Arzt/Therapeuten. Ein Gespräch kann für den Suizidenten entlastenden Charakter haben, da es für ihn deutlich wird, dass es noch jemanden gibt, der offene Ohren für seine Probleme hat. Wird im Gespräch erkenntlich, dass eine akute, nicht verantwortbare Eigengefährdung besteht, so ist eine rasche Handlung notwendig, die auch gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden kann. Diese Handlung darf jedoch nicht als „Rettung mit Gewalt“ verstanden und durchgeführt werden. Denn sie hat mit höchstem Respekt gegenüber seelischer Not und geringsten freiheitseinschränkenden Maßnahmen zu erfolgen. Die Therapie, in Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken, sollte stationär durchgeführt werden, solange eine akute Suizidgefahr besteht. Das Gesamtkonzept der Behandlung besteht aus verschiedenen Aspekten, wie die Sozialarbeit, die medikamentöse antidepressive Therapie und psychotherapeutische Bemühungen. Bei Jugendlichen spielt dabei, mehr als bei Erwachsenen, das gesamte soziale Umfeld eine Rolle. Deshalb sollte ebenfalls die Familie in die Therapie miteinbezogen werden. Für die Psychotherapie eignen sich verschiedene Methoden, die hier nicht näher erläutert werden. Sie finden jedoch in der Regel als Einzeltherapie statt und häufig mit einer zeitlich begrenzten Unterstützung von Psychopharmaka.

11. Suizidprävention

Todesfälle sind nicht vermeidbar. Deshalb sollte sich die Hilfe demnach ausrichten, zu einem früheren Zeitpunkt eine gesunde Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes zu fördern. Biener (1984) ist darauf bedacht, mit seinen Studien neue Folgerungen für die Präventionsarbeit zu erlangen. Für ihn beginnt Selbstmordverhütung da, wo sich zwei Menschen begegnen. Er ist der Meinung, dass die Präventionsarbeit sowohl in der Familie, als auch außerhalb der Familie und durch Institutionen geschehen muss. Innerhalb der Familie müssen die Eltern lernen, die Sprache ihrer Kinder zu verstehen, sie ernst nehmen und Zeit mit ihnen verbringen. Die Kinder müssen die Möglichkeit haben in der Familie zu lernen, wie man Konflikte lösen kann. Die Eltern sollen hier in Konfliktlösemechanismen geschult werden, damit sie ohne Gewalt ablaufen können. Sie sollen sich einander akzeptieren, keine Züchtigung betreiben und keine Angst erzeugen.

Dabei ist nicht außer Acht zu lassen, dass Kinder außerhalb der Familie Bezugspersonen wie zum Beispiel Lehrer, Erzieher und Freunde brauchen. Für Jugendliche sind Freundschaften von enormer Bedeutung, wie auch die erste Liebe. Die Schule spielt eine ebenfalls wichtige Rolle in dem Leben von Jugendlichen. Der schulpsychiatrische Dienst

sollte hierbei psychologisch auffällige Kinder untersuchen und eventuell betreuen, um spätere Störungen und Folgeerscheinungen vermeiden zu können.

Institutionen, wie zum Beispiel psychologische Beratungsstellen können ebenfalls Präventionsarbeit leisten. Sie bieten Beratungsdienste für Angehörige, Bekannte und Ratsuchende an.

Die Prävention im Suizidbereich lässt sich in Primär- und Sekundärprävention einteilen. Die Primärprävention bedeutet die Verhütung von erstmaligen Suizidversuchen und Suiziden. Bronisch (1995)²⁰ teilt die Primärprävention in zwei Bereiche auf. Die strukturellen und kommunikativen Maßnahmen. Zu den strukturellen Maßnahmen zählen allgemeine Maßnahmen, die die von der Gesellschaft geförderten Suizidendenzen ausschalten sollen. Hier steht an erster Stelle die Verbesserung der psychologisch-psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung. Ein suizidpräventiver Faktor kann auch eine veränderte Grundeinstellung zu verschiedenen Lebenssituationen sein, wie zum Beispiel eine uneheliche Schwangerschaft oder Leistungsversagen bei Schülern. Die Eindämmung von Suiziden verspricht jedoch mehr Erfolg, wenn man verschiedene Methoden erschwert, wie es zum Beispiel in England in den 60er Jahren bei der Entgiftung des Hausgases der Fall war. Kommunikative Maßnahmen stellen hier die Erhöhung des Widerstands des Individuums gegenüber suizidalen Tendenzen dar. Diese Stärkung des Widerstands kann durch eine verbesserte Aufklärung durch Fachleute erreicht werden. Denn das Thema Suizid wird heute immer noch tabuisiert. Über Hintergründe, Ursachen, dem Erkennen von Suizidalität und den Umgang mit suizidalen Menschen weiß die Bevölkerung noch wenig.

Die Sekundärprävention bedeutet die Verhinderung von Suiziden bei Personen mit vorausgegangenem suizidalem Verhalten. Institutionen die Sekundärprävention betreiben, sind Telefondienste, Samaritans und Suizid-Präventions-Zentren.

„Der Suizid ist keine Krankheit, aber oft Abschluss einer krankhaften Entwicklung; in jedem Fall Ausdruck einer äußeren oder inneren Not. Zur Beseitigung dieser Not sollte der Versuch einer Hilfe, einer Suizidprävention, unternommen werden.“²¹

Leider können die vorherrschenden Behandlungsstrategien momentan keine Erfolgsquoten empirisch nachweisen. Von den Personen, die einen Suizidversuch begangen haben, begeht jeder dritte mindestens einen weiteren und jeder zehnte stirbt durch einen Suizid. Die klinische Forschung blendet die Suizidalität aus. Zum Beispiel wird sie im ICD-10 nur als Begleitsymptom depressiver Episoden, der posttraumatischen Belastungsstörung und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erwähnt. Meines Erachtens nach, stellt daher Primärprävention eine wichtige Aufgabe und Herausforderung in der „Suizidarbeit“ dar. Nur so kann man versuchen, Kinder in ihrer Persönlichkeit

²⁰ Bronisch, T., in Der Suizid. (1995).

²¹ Heinrich, M., in Allgemeine Hinweise. (1996).

zu stärken und Störungen in ihrer Entwicklung zu vermeiden, damit sie nicht nur die adoleszente Phase gut überstehen können.

Literatur:

- Biener, K. (1984). Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen/Verbreitung und Verhütung. Zürich: Pro Juventute Verlag.
- Böcker, F., Hrsg.: Scheid, W., Weitbrecht, H.-J., Wieck, H.-H. (1973). Suizide und Suizidversuche. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bronisch, T. (1995). Der Suizid. München: Beck.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (1997). Fachlexikon der Sozialen Arbeit. (4.vollständig überarbeitete Aufl.), Frankfurt am Main: Eigenverlag.
- Gappmayer, A./Pohlmeier, H. (Hrsg.) (1987), Beiträge zur erforschung selbstdestruktiven Verhaltens. Bd. 6 Adoleszenz und Selbsttötung: Schüler zeichnen aktuelle Suizidgedanken. Regensburg: Roderer.
- Haenel, T. (1989). Suizidhandlungen. Neue Aspekte der Suizidologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Hägele, A. (2001). Erst Musik, dann das Messer. Zeitschrift DER SPIEGEL 5/2001.
- Henseler, H. (1974). Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Holmes, T.h., Rahe, R.H. The Social Readjustment Rating Scale, in Journal of Psychosomatic Research 11 (1967).
- Mirus, G. (2001). Tischvorlage zum Seminar im Studienschwerpunkt Resozialisierung, Vorlesungsverzeichnis-Nr. 8090 im Sommersemester 2001.
- Ringel, E. (1976). Selbstmord-Apell an die anderen. (2. Aufl.), München/Mainz: Kaisers/Grünwald Verlag.
- Schmitz, G., Untersuchung zur Motivstruktur bei jugendlichen Suizidenten-Eine literaturistische empirische Studie. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Erziehungswissenschaften an der Universität Dortmund.
- Wolfersdorf, M. (2000). Suizidalität-Begriffsbestimmung und Grundzüge der notfallpsychiatrischen Suizidprävention. Zeitschrift *psycho* 26 Nr. 6.
- Zumpe, L./ Zwingmann, Ch. (Hrsg.). Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift *Psychotherapie med. Psychol.* 9, Jahrgang, 1959.

Internetquellen:

–Heinrich, M. (1996).

Unsystematische Sammlung einiger Hinweise, die sich aus den Theorien zur Suizidalität ergeben. URL: [http://www.suizidprophylaxe.de/Infos ueber Suizid/Allgemeine Hinweise.htm](http://www.suizidprophylaxe.de/Infos_ueber_Suizid/Allgemeine_Hinweise.htm). (Stand 23.07.01), 3 Seiten.

–Übersicht-Suizide und Suizidversuche in Deutschland. URL: http://www.uke.uni-hamburg.de/Clinics/P.../daten/germany/suizide_brd_text2_d.html. (Stand 23.07.01), 3 Seiten.

–Therapiezentrum für Suizidgefährdete. Theorie. URL: <http://www.uke.uni-hamburg.de/Clinics/P.../suizidalitaet/informatiun/theorie.html>. (Stand 23.07.01), 7 Seiten.