

Zwischen Selbstzerstörung

Hinweise für die Suizidprävention
bei jungen Menschen

und Lebensfreude

zerstörung
Lebensfreude

Gerth Döring – Silke Grégorie – Anette Joos-Körtje – Sigrid Meurer

Im Auftrag der „Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS)“
und in Kooperation mit der „AG Suizidprävention für Kinder und Jugendliche“
im „Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSpro)“

ZWISCHEN SELBSTZERSTÖRUNG UND LEBENSFREUDE

HINWEISE FÜR DIE SUIZIDPRÄVENTION BEI JUNGEN MENSCHEN

Gerth Döring, *Aufwärts* – Psychotherapeutische Praxis an der Steige,
Kirchentellinsfurt

Silke Grégorie, michael-franke-stiftung, Beratungsangebot der
Telefonseelsorge Bonn/Rhein-Sieg e. V. für junge Menschen in Krisen

Anette Joos-Körtje, Praxis für Coaching und Supervision, Hildesheim

Sigrid Meurer, Neuhland e.V., Berlin

Impressum

Bestelladresse: Arbeitskreise Leben in Baden-Württemberg

Bezugsadressen: siehe Seite 44

Auflage: 3.000

aktualisiert 2013

Finanziert durch die Albert-Maier-Stiftung

Gestaltung: Marion Lidolt

Druck: Druckerei Hertle, Kirchheim u. T.

Fotos:

Seite 12, 13, 14, 17, 18, 22, 23, 25, 28, 29, 35 Marion Lidolt;

Seite 2, 4, 8, 19, 20, 24, 30, 32, 34 Jana Lidolt (entstanden im
Kunstunterricht der Robert-Bosch-Gesamtschule unter der
Leitung von Elisabeth Mokosch).

Die abgebildeten Personen dienen lediglich zur Illustration der
betroffenen Altersgruppe und stehen in keinen weiteren
inhaltlichen Zusammenhang zum Thema dieser Broschüre.

Illustrationen:

Seite 36, 38, 42, 45 Sepp Buchegger.



Impressum	2
Editorial zur 2. Auflage	4
Anmerkungen zur überarbeiteten 2. Auflage	5
DGS-Geleitwort zur 1. Auflage	6

Kapitel 1

Wissenswertes über Suizidalität für Betroffene und Angehörige

Zu den Begriffen „Selbstmord“, „Freitod“, „Suizid“ und „Selbsttötung“	9
Hinweise zur Häufigkeit von Selbsttötungen	9
Vorurteile zum Thema Suizidalität	11
Beweggründe suizidalen Verhaltens	12
Suizidales Verhalten entsteht aus dem Zusammenwirken verschiedener Einflüsse	12
Suizidgefährdung und psychische Störungen bei jungen Menschen	13
Signale von Suizidgefährdeten und was sie bei anderen auslösen	14
Hinweise auf Gefährdung	15
Häufige Denkmuster suizidaler Menschen	16
Eigene Hilflosigkeitsgefühle und Angst vor Verantwortung	17
Wenn ich nicht mehr weiter weiß ...	18
Innere Einstellungen	19
Suizidprävention in der Schule	19

Kapitel 2

Nach einem Suizid oder Suizidversuch

Ansprechen von Suizidalität? Heißt das nicht schlafende Hunde wecken?	21
Schuld und Verantwortung	22

Die Situation der Angehörigen	22
Trauer und Bewältigungsversuche	23
Die Nöte der hinterbliebenen Geschwisterkinder	25

Kapitel 3

Vertiefende Informationen

Welche fachlichen Hilfsangebote gibt es?	27
Hinweise zu „Krise“	28
Posttraumatische Belastungsstörung	29
Suizidalität und Familie	30
Psychische Widerstandskraft als Schutz vor Suizidalität	30
Gesellschaftliche Rahmenaspekte, die suizidales Verhalten Jüngerer beeinflussen können	31
Zur rechtlichen Einschätzung einer Selbsttötung	33

Kapitel 4

Service-Teil

Literatur	37
Visuelle Medien	39
Musik-Stücke aus der Popmusik für die Suizidprävention mit jungen Menschen	42
Internet-Kontakte	43

EDITORIAL zur 2. Auflage

4

Die erste Auflage der vorliegenden Broschüre ist im Oktober 2002 in einer Auflagenhöhe von 15.000 Exemplaren gedruckt worden. Sie ist von Interessierten sehr gut angenommen worden und hat offenbar eine fachliche Lücke füllen können. Deshalb hat sich die AutorInnengruppe zu einer Neuauflage entschlossen. Finanziell unterstützt wird die zweite Auflage vom „Bundesministerium für Gesundheit“.

In den vergangenen sieben Jahren ist erfreulicherweise die Gesamtzahl der Selbsttötungen in Deutschland - orientiert an den offiziellen statistischen Zahlen - etwas zurückgegangen.

Dennoch ist bei 15 - 20 jährigen jungen Männern in Deutschland der Tod durch die eigene Hand nach wie vor die zweithäufigste Todesursache. Die geschätzten Suizidversuchszahlen bei jungen Menschen - vor allem bei jungen Frauen - sind jedoch in diesem Zeitraum eher noch gestiegen.

Selbsttötungsversuche und Suizide in jungen Jahren sind Indikatoren für dramatisch zugespitzte, scheinbare Ausweglosigkeit, für großes psychisches Leid und die Einengung auf unumkehrbare „Lösungsversuche“. Meist handelt es sich um komplexe Notsituationen, die sich allerdings auch lebensbejahender verarbeiten ließen, die jedoch die Betroffenen in der aktuellen Lebenssituation total überfordert.

Im Bereich der Suizidprävention gibt es - im Vergleich beispielsweise zur Drogenprävention - staatlicherseits bisher keine ähnlich ernsthaften Bemühungen für eine wirkungsvolle Präventionsarbeit, obgleich es viel mehr Suizidtote als Drogentote gibt. Ein nationales Programm, wie z.B. in Schweden, den USA, Dänemark, Finnland oder Kanada, war in Deutschland lange Jahre nicht in Sicht. Im November 2002 hat sich jedoch aus der „Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e.V.“ heraus eine Initiative formiert, die seither an einem „Nationalen Suizidpräventions-Programm für Deutschland (NaSpro)“ in vielfältigen thematischen Gruppierungen kontinuierlich arbeitet.

Seit dem Erscheinen der Broschüre „Schluss. Selbstmord bei Jugendlichen. Vorbeugung und Hilfe“ der „Bundesarbeitsgemeinschaft Aktion Jugendschutz - BAJ“, die in den 80-iger Jahren in hoher Auflage Verbreitung fand, gab und gibt es seither nichts Vergleichbares, um sowohl betroffene junge Menschen als auch Fachpersonen, die mit Jugendlichen intensiv zu tun haben oder Angehörige von suizidgefährdeten jungen Menschen verständlich und kurz in den Themenbereich einzuführen.

Die AutorInnen der vorliegenden Broschüre arbeiten seit Jahren an speziellen Fachberatungsdiensten, die Hilfen für junge suizidale Menschen anbieten. Sie wissen um die enormen Schwierigkeiten, die Betroffene, deren Angehörige und Freunde durchmachen. Die „Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e.V.“ hat - in

Verbindung mit der „AG Suizidprävention für Kinder und Jugendliche“ im „Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSpro) - dankenswerterweise die Erstellung der vorliegenden Broschüre unterstützt. Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung, ohne die eine Zweitaufgabe nicht möglich gewesen wäre. Unser besonderer Dank richtet sich aber vor allem an jene betroffenen jungen Menschen und deren Angehörige, die mit ihrer Offenheit die Inhalte dieser Broschüre erst möglich machten.

Die VerfasserInnen der hier zusammengestellten Texte möchten allen Interessierten mit der vorliegenden Broschüre Informationen, direkten Zugang zu bewährten Fachdiensten und Hinweise auf anregende Medien an die Hand geben. Wir hoffen, dass damit erste Schritte eingeleitet werden können, die zu einer tendenziellen Befriedung von vorhandenen psychischen Notsituationen beitragen können.

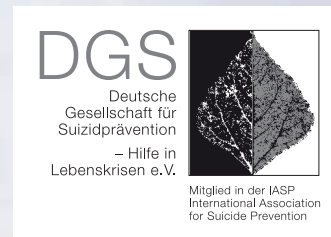
Dr. Gerth Döring, für die AutorInnen, 30.11.2009

ANMERKUNGEN zur überarbeiteten 2.Auflage

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeitskeise Leben in Baden-Württemberg hat im Kontext ihrer Präventionsarbeit die Broschüre eingesetzt. Eine Wiederauflage wurde daher als sinnvoll angesehen und eine Spende hat den jetzt vorliegenden Nachdruck möglich gemacht. Die 2. Auflage von 2009 wurde leicht überarbeitet, insbesondere wurden die Zahlen aktualisiert und die Zugänge zu Hilfen (Adressen, Links etc.) angepasst.

Die LAG dankt der Albert-Maier Stiftung herzlich für die Unterstützung!

Dezember 2013



GELEITWORT der DGS zur 1. Auflage

Junge Menschen sind der Fundus einer Gesellschaft; mit ihnen und für sie tätig zu sein, ist eine Investition in die Zukunft. Um so mehr verdienen unterstützende Kraft diejenigen, welche sich um die Menschen mit Risiken hinsichtlich jugendlicher Zukunftsorientiertheit sorgen, ihnen und ihren Angehörigen, Erziehern und Freunden Wege aufzeigen, wie Risiken zu begegnen ist. Jede Aktivität verdient höchste Aufmerksamkeit und Unterstützung, die die soziale Paradoxie und humane Katastrophe „Jugendlichkeit und Suizidalität“ wirksam mindern hilft.

Diesem Ziel widmen sich in dankenswerter Weise Dr. Gert H. Döring, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, sowie Silke Gregori, Anette Joos-Körtje, Sigrid Meurer, Nada Sobania in der vorliegenden Schrift „Zwischen Selbstzerstörung und Lebensfreude – Hinweise für die Suizidprävention bei jungen Menschen“. Den Autoren ist es gelungen, wichtige Informationen zur Suizidalität zusammenzutragen, mit Vorurteilen aufzuräumen und den behutsamen Weg zur Hilfe aufzuzeigen. Die Eingrenzung auf die jungen Menschen beinhaltet gleichzeitig die Erweiterung von Jugend auf Kindheit und junge Erwachsene. Ihr Anliegen konzentriert sich also zielorientiert auf einen aus pragmatischen Gründen sinnvoll gewählten Lebensabschnitt der Entfaltung, womit sich schon die Hauptintention abzeichnet: Hilfe durch Be-

ratung und Ver-Sorgung einer Klientel, die sich nicht durch gesetzliche Definition an Kindheit und Jugend festmachen lässt. Auch Angehörige und Helfer finden Rat zu Verantwortungsübernahme und Hinweise auf mögliche juristische Komplikationen.

Möge die Broschüre im Kreis der Krisenhelfer weite Verbreitung und gute Aufnahme finden in Zeiten, die das soziale Klima eher kühler werden lassen.

Prof. Dr. Werner Felber
DGS-Vorsitzender

Dipl.-Soz. Michael Witte
Geschäftsführer der DGS

WIE GUT, DASS ES SIE, DIE LESER UND LESERINNEN GIBT!



Wer diese Broschüre zur Hand nimmt, hat mit jungen Menschen zu tun und möglicherweise, oftmals auch verständlicherweise, Schwierigkeiten, deren vielschichtige Signale zu deuten. Wann ist der Punkt gekommen, an dem Äußerungen in einer Krisensituation auf Suizidgefahr hindeuten? Welche Hinweise müssen ernst genommen werden und wie kann eine angemessene Reaktion aussehen? Wie umgehen mit den eigenen Ängsten, auch Versagensängsten in Situationen, in denen man sich nicht zu bewegen weiß? Sich diese Fragen zu stellen ist schon ein großer Schritt in die richtige Richtung.

Sie sind aufmerksam genug, erste Anzeichen zu bemerken. Es ist nicht hoch genug zu bewerten, dass Sie da sind und sich mit den Problemen einer Krisensituation beschäftigen. Diese Broschüre soll Anhaltspunkte bei der Beantwortung Ihrer Fragen geben. Sie soll auch aufzeigen, wo die Grenzen Ihrer Möglichkeiten sind und Ihnen damit ein wenig Sicherheit in schwierigen Situationen geben.





WISSENSWERTES ÜBER SUIZIDALITÄT FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE

Zu den Begriffen „Selbstmord“, „Freitod“, „Suizid“ und „Selbsttötung“

Der am meisten verbreitete Begriff ist nach wie vor „Selbstmord“. In diesem Begriff wirken allerdings die Jahrhunderte alte Verdammung von Selbsttötung und Diskriminierung der Angehörigen von Suizidenten durch die Obrigkeit und durch die Kirchen nach.

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

Der Begriff „Freitod“ ist ebenfalls nicht hilfreich, da er den Sachverhalt eher beschönigt. Dabei wird zu einseitig unterstellt, daß Selbsttötung frei gewähltes Verhalten sei, un-

terschlagen wird jedoch die in der Regel vorhandene Einengung und existentielle Not, aus der heraus sich ein Mensch das Leben nimmt.

Suizidales Verhalten ist immer auch gewalttätiges Verhalten gegen sich selbst. Wir möchten eine einseitig moralisierende oder beschönigende Begriffsbesetzung vermeiden. Ein Beitrag zur Enttabuisierung, ist die Verwendung von „Suizid“ und „Selbsttötung“ als neutralere Begriffe, gerade auch im Hinblick auf Angehörige.

Hinweise zur Häufigkeit von Selbsttötungen

In der Bundesrepublik Deutschland sterben jährlich offiziellen Zahlen zufolge noch immer ca. 10 000 Menschen durch die eigene Hand. Fachleute weisen jedoch darauf hin, dass nicht alle Suizidopfer als solche erkannt und erfasst werden, dass der Tod in manchen Fällen einer anderen Ursache zugeschrieben wurde und es somit eine Dunkelziffer gibt, deren Ausmaß jedoch nicht genau ermittelt werden kann.

Es folgen vier Zahlengruppen, um die Selbsttötungszahlen mit den in den Medien häufig genannten Zahlen zu tödlichen Unfällen im Straßenverkehr und der Zahl von Drogentoten vergleichen zu können:

Selbsttötungen Bundesrepublik (2012):

Männer	7 287
Frauen	2 603
Zusammen	9 890

Davon Suizide junger Menschen (5 bis 29 Jahre) in 2012:

Männer	786
Frauen	220
Zusammen	1 006

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tote im Straßenverkehr:

2011	4 009
2012	3 606

Tote durch illegale Drogen:

2011	986
2012	944

Bei Toten durch „harte Drogen“ wird davon ausgegangen, dass es sich bei mindestens 20% der Fälle eindeutig um Selbsttötungen handelt. Eine ähnliche Zahlenrelation ergibt sich bei jungen, männlichen Autofahrern, die tödlich verunglücken.

Die nüchternen Zahlen der Suizidstatistik informieren lediglich über einen Teil der tatsächlichen Todesfälle durch Suizid. Die **Dunkelziffer** von Todesfällen, die in der Statistik nicht erfasst wird, bezieht sich in besonderem Maße auf junge Menschen.

Was allerdings statistisch **gar nicht erfasst** wird, sind jene Menschen, die eine Selbsttötung, mehr oder minder offen oder getarnt, versuchen.

Geschätzte Zahlen von Selbsttötungsversuchen

Die **Zahl der Selbsttötungsversuche** (Parasuizide) kann nur geschätzt werden, wobei die Einschätzungen der Fachleute z.T. voneinander stark abweichen. Am häufigsten finden sich Schätzungen, die von dem 7–20fachen der vollendeten Suizide ausgehen. Andere Schätzungen gehen bis zum 100fachen der Suizidzahlen. Fachleute schätzen die Zahl der in deutschen Kliniken behandelten Patienten oder Patientinnen wegen Suizidversuch auf jährlich 250 000.

Gemessen an der Zahl von registrierten Selbsttötungen heißt das, wenn wir von einem **10fachen als Mittelwert** ausgehen, dass es sich gegenwärtig jährlich **im Bereich Jüngere** noch zusätzlich um **ca. 10 000** junge Menschen handelt, die aus psychischer Not ihrem Leben selbst ein Ende setzen wollen. Das Tragische daran ist, dass sehr viele dieser Suizidversuche nicht erkannt werden und der damit verbundene Ruf nach Hilfe ungehört verhallt. **Schuld- und Schamgefühle** versperren sehr häufig einen Zugang zu Hilfsangeboten.

Ergänzende Bemerkungen zu den Zahlen

- Insgesamt ist die registrierte Zahl an Suiziden im Verlauf der vergangenen 20–30 Jahre etwas zurückgegangen und hat sich bei ca. 10 000 eingependelt.
- Eine Zunahme, gerade bei den Suizidversuchen, wird bei der Gruppe der Jüngeren geschätzt. Bei den älteren Menschen nehmen dagegen die Selbsttötungen zu.
- Suizidversuche bei jungen Frauen kommen mehr als

dreimal so häufig vor wie bei jungen Männern. Bei den Suiziden verhält es sich umgekehrt. Auf drei tote Männer entfällt eine tote Frau durch Selbsttötung.

- Bei jungen Männern zwischen 15 und 20 Jahren sind Selbsttötungen nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache.
- **In unserer Gesellschaft gibt es immer mehr ältere Menschen, gleichzeitig nimmt die Zahl der Jüngeren ab. Dadurch, dass zwar die Zahl der jungen Menschen weniger wird, die Zahl der Suizide aber nicht und die Zahl an Suizidversuchen sogar steigt, erscheint diese Entwicklung bei jungen Menschen geradezu alarmierend.**

Vorurteile zum Thema Suizidalität

Wie die Zahlen nahelegen, haben viele Menschen Erfahrungen mit Suizidalität. Dennoch halten sich Vorurteile:

„Wer von Selbsttötung spricht, macht das doch nicht wirklich ...“

Diese weit verbreitete Einstellung kann fatale Folgen haben. Die Erfahrung zeigt: Die meisten Suizide und Suizidversuche wurden vorher angekündigt. Auf verschiedene Weise wurden Hinweise gegeben, Signale ausgesendet (z. B. durch versteckte oder offene Äußerungen, Malen von Bildern, schriftliche Hinweise).

„Wer Suizidgedanken hat, ist verrückt ...“

Viele Jugendliche kennen Suizidgedanken. Gedanken über den Tod und den Sinn des Lebens gehören im Jugendalter zum Entwicklungsprozess. Sie haben in der Regel nichts mit einer krankhaften Entwicklung zu tun. Für tatsächlich

suizidgefährdete junge Menschen kann es hilfreich sein zu erfahren, dass sie mit ihren Gedanken an Selbsttötung nicht alleine sind. Das Problem liegt nicht in den Gedanken, sondern in der Tabuisierung des Themas. Es darf nicht verboten sein, über Suizidgedanken zu sprechen.

„Wenn ich nach Suizidgedanken frage, bringe ich den andern möglicherweise erst auf die Idee, sich umzubringen ...“

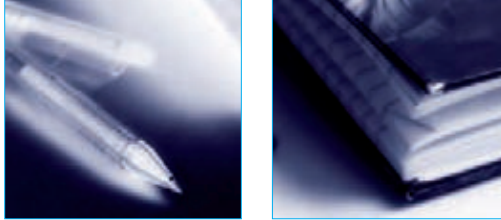
Wer bisher keine Suizidgedanken hatte, wird durch Fragen nach solchen Gedanken auch keine entwickeln. Für gefährdete junge Menschen kann es eine Chance sein, direkt angesprochen zu werden. Sie fühlen sich entlastet, wenn sie ihre Suizidgedanken oder -phantasien aussprechen dürfen.

„Das liegt in der Familie ...“

Suizidalität ist nicht erblich. Es gibt aber Familien, in denen sich Suizide oder Suizidversuche über mehrere Generationen häufen. Suizidales Verhalten wird in diesen Familien als „Problemlösungsstrategie“ weitergegeben. Wenn Eltern beispielsweise in Konfliktsituationen mit Suizid drohen oder einen Suizidversuch unternehmen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass auch die Kinder dieses Verhalten übernehmen und später auf ähnliche Weise versuchen, ihre Probleme zu lösen.

„Das ist doch nur Erpressung ...“

Suizidale Äußerungen oder Suizidversuche wirken manchmal tatsächlich erpresserisch. Junge Menschen, die damit drohen, sich das Leben zu nehmen oder einen Suizidversuch unternehmen, wollen auf sich aufmerksam machen, die anderen in Bewegung bringen, vielleicht unter Druck



setzen. Gleichzeitig haben suizidale Äußerungen oder Handlungen meistens auch einen ernsthaften Hintergrund. Wer suizidal reagiert, hat in der Regel schon andere erfolglose Lösungsstrategien ausprobiert. Untersuchungen zeigen, dass die Gefahr einer tatsächlichen Selbsttötung mit der Anzahl der Suizidversuche steigt. Wenn nach einem erfolgten Suizidversuch Hilfsangebote ausbleiben, kann das fatale Folgen haben. Suizidhandlungen sind als Appelle in jedem Falle ernst zu nehmen.

„Das ist doch kein Grund sich umzubringen ...“

Probleme sind etwas sehr Subjektives. Was der eine als großes, unüberwindliches Hindernis empfindet, kann für den anderen ein gar nicht ernstzunehmendes Problem sein.

Beweggründe suizidalen Verhaltens

Wenn sich verzweifelte junge Menschen „das Leben nehmen“ wollen, können sehr unterschiedliche Beweggründe z.T. unbewusst eine Rolle spielen.

Einige Beispiele:

- Es gibt jene, die sich, wenn sie sich suizidal verhalten, endlich beachtet fühlen.
- Es gibt jene, die sich durch suizidales Verhalten Hilfe erhoffen.
- Es gibt jene, die sich mit suizidalem Verhalten für etwas rächen wollen.
- Es gibt jene, die mit der Vorstellung von der Möglichkeit sich zu töten, tatsächlich überleben können und deshalb immer wieder Selbsttötungsversuche unternehmen.
- Es gibt jene, die andere mit ihrem suizidalen Verhalten

unter Druck setzen wollen.

- Es gibt jene, die sich buchstäblich hinrichten und sich damit bestrafen.
- Es gibt jene, die mit Ihrer Vision von „Weiterleben nach dem Tod“ sich, und damit wenigstens ihre Vorstellung von eigener Würde „retten“ wollen.
- Es gibt jene, die ihre Selbsttötung so perfekt getarnt durchführten, daß keinem etwas auffiel.
- Es gibt vielfältige Kombinationen.
- Und es gibt andere ...

Suizidales Verhalten entsteht aus dem Zusammenwirken verschiedener Einflüsse

Der Entschluss zu einer suizidalen Handlung entsteht im Wesentlichen aus dem Zusammenwirken mehrerer Einflüsse:

Zum einen sind es ganz **persönlich erlebte Ursachen** aus der eigenen Biographie. Dazu gehören z.B. traumatische Erlebnisse, massive Kränkungen, Trennungen oder Ver-lusterlebnisse, Gewalterfahrungen, körperlicher bzw. psychischer Missbrauch, mangelhaften Selbstwert bewirkendes Umfeld.

Des weiteren kommen **aktuelle auslösende Faktoren** hinzu, wie z.B. Einsamkeits- oder Verlassenheitsgefühle, familiäre Konflikte, Trennung, Scheidung, unerwünschte Schwangerschaft, Schul- und Berufsprobleme, Arbeitslosigkeit, Liebeskummer, Konflikte mit Freund oder Freundin, Versagensängste.

Außerdem beinhaltet suizidales Verhalten ein **handlungs-leitendes Motiv**, nämlich den Wunsch nach Veränderung,

z. B. die Suche nach Ruhe, die Hoffnung auf Rettung durch andere, die Sehnsucht nach Befreiung von Belastungen.

Oft stehen aber auch nicht erkannte bzw. nicht ausreichend behandelte psychische Erkrankungen hinter einer suizidalen Handlungsentscheidung.

Suizidgefährdung und psychische Störungen bei jungen Menschen

Die Entwicklung oder das Ausbrechen einer psychischen Störung kann zu Suizidgedanken oder Suizidhandlungen führen. Manchmal sind diese dann sowohl für die betroffenen jungen Menschen als auch für das Umfeld schwer zu verstehen.

Nach Ergebnissen der BELLA-Studie (Zusatzuntersuchung im Rahmen der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; 2003-2006) zeigen ca. 22% der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten.

Zu solchen ernsthaften Störungen gehören:

- **Depressionen**, die auch schon im Kindesalter in ausgeprägter Form auftreten können und häufig im Zusammenhang mit suizidalen Handlungen stehen
- **Schizophrene Störungen**, die im Kindes- oder Jugend-

alter beginnen können

• **Angst- und Zwangsstörungen**, z. B. in Form von Schulphobien. Für die Angehörigen und die Lehrer sind die Verhaltensweisen der Schüler zunächst oft nur schwer nachvollziehbar

• **Störungen des Sozialverhaltens, Leistungseinbrüche, Alkohol-/Drogenmissbrauch** können die Vorstufe für eine beginnende psychische Störung sein

• **Persönlichkeitsstörungen** mit Tendenz zur Selbstverletzung (z. B. Borderlinestörung)

• **Posttraumatische Belastungsstörungen** als Folge von lebensbedrohlichen Ereignissen oder langfristigen Bedrohungen der körperlichen und/oder seelischen Unversehrtheit z. B. physische oder psychische Gewalt

Ob eine Problematik als Ausdruck einer ernsthaften Störung zu verstehen ist, hängt immer auch vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen ab. Beispielsweise sind gelegentliche Alpträume im Vorschulalter ebenso normal wie Ängste und Unsicherheit in der frühen Pubertät. Zur Störung wird eine Problematik dann, wenn sie über das im entsprechenden Entwicklungsstadium Normale deutlich hinausgeht und zu länger anhaltendem Leiden führt.

Um eine mögliche psychische Störung, die das Leben des jungen Menschen und der Familie langfristig sehr belasten kann, zu diagnostizieren, ist es notwendig, fachliche Hilfe zu suchen (Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, spezialisierte Beratungsstellen).





Eine Diagnose dient dazu, eine wirkungsvolle Hilfe für die Betroffenen und das Umfeld aufzubauen, sie sollte keine Zuschreibung, keine Stigmatisierung sein.

Infos unter:

www.bella-studie.de

www.degpt.de Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

www.dgkjp.de Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

www.bkjpp.de Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. [BKJPP]

(Weitere Infos Seite 43: Homepages)

Signale von Suizidgefährdeten und was sie bei anderen auslösen

Suizidgefährdung ist auf den ersten Blick nicht ohne weiteres zu erkennen. Verschiedene Signale und Alarmzeichen können Hinweise auf eine mögliche Gefährdung geben.

- **Soziale Isolierung**

Suizidgefährdete Menschen ziehen sich häufig aus ihren bisherigen Beziehungen zurück. Sie haben das Gefühl, nicht geschätzt, geliebt, beachtet zu werden. Ihr

Selbstbewusstsein bröckelt. Bestehende Freundschaften oder Beziehungen werden vernachlässigt oder abgebrochen. Aus familiären Unternehmungen, wie Urlaubsplänen, Festen, ziehen sie sich zurück. Auffällig sind die schwindende Gesprächsbereitschaft und Unzugänglichkeit. Für die anderen ist dieses Verhalten nicht nachvollziehbar.

- **Aggressiv abwehrendes Verhalten**

Die destruktiven Gefühle eines suizidgefährdeten Menschen führen zu aggressivem, abwehrendem Verhalten gegen die Außenwelt. Die anderen fühlen sich dann „wie vor den Kopf gestoßen“, reagieren ärgerlich und ziehen sich ihrerseits zurück.

- **Stimmungsschwankungen**

Suizidale Menschen zeigen sich nicht durchgehend depressiv. Starke Stimmungsschwankungen („himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“) treten häufig auf. Wenn jemand längere Zeit deprimiert und pessimistisch war und nun plötzlich gelöst und ruhig wirkt, kann gerade das bedeuten, dass er sich sehr konkret mit der Möglichkeit des Suizides beschäftigt oder bereits einen Entschluss zur Selbsttötung gefasst hat.

- **Veränderung der äußerlichen Erscheinung**

Die äußere Erscheinung wird, anders als sonst, vernachlässigt. Mimik und Gestik wirken ausdrucksarm.

- **Weitere Veränderungen:**

Änderung des Essverhaltens mit starker Zu- oder Abnahme des Gewichts, Weglaufen von zu Hause, Drogen-, Alkoholkonsum, Häufung von Unfällen („Er ist eben ein Tollpatsch“), Nachlassen der Schulleistungen, Schulverweigerung, Fehlen im Beruf, Aufgabe von Hobbys und Interesselosigkeit.

- **Konkrete Handlungen:**

Sammeln von Tabletten, immer greifbare Rasierklingen,

Beschäftigung mit der Wirkung von harten Drogen, Selbstverletzungen (Ritzen, Schneiden, Verbrennungen). Verschenken von geliebten Dingen, wie z.B. die CD-Sammlung oder das Haustier.

• **Körperliche Symptome:**

Erschöpfung, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühle.

• **Verbale Äußerungen:**

Mehr oder weniger konkrete Andeutungen: „Mir ist sowieso alles egal“, „Ich will am liebsten von allem meine Ruhe haben“, „Am liebsten würde ich mit allem Schluss machen“, „Es wäre für alle besser, wenn es mich nicht geben würde, mir weint sowieso niemand eine Träne nach“.

• **Schriftliche Äußerungen:**

„Testamentarische“ Äußerungen (Wer soll welche Sachen bekommen?), Gedichte und Schulaufsätze, die sich mit dem Thema Tod auseinandersetzen, Abschiedsbriefe als sichtbare, alarmierende Hinweise.

• **Zeichnungen und Symbole:**

Häufig wiederkehrende Zeichnungen von schwarzen Kreuzen, Gräbern, schwarze, deprimierende Bilder, tragen von entsprechenden Symbolen, wie schwarze Kleidung, Kreuze, weiße Schminke, wie „Totenbleiche“.

• **Philosophische Auseinandersetzung mit dem Thema Tod:**

Diskussionen über den Sinn des Lebens, das Recht auf Selbstbestimmung über Leben und Tod, juristische Erörterungen.

Das Auftreten von einzelnen der genannten Signale und Alarmzeichen muss noch kein Hinweis auf eine Suizid-gefährdung sein. Es können Hinweise sein, besonders, wenn eine Häufung wahrgenommen wird. Sprüche kön-

nen beispielsweise nur so dahingeworfen sein, genauso aber auch einen ernsten Hintergrund haben. Düstere Zeichnungen können Ausdruck einer momentanen Stimmung, aber auch einer tiefen Krise sein. Ob tatsächlich eine Gefährdung vorliegt, kann ich nur erfahren, wenn ich das Gespräch suche, wenn ich Mut habe, konkret nach Suizidgedanken zu fragen. Hilfreich kann es sein, mir vorher Rat einzuholen. Ansprechbar sind die angegebenen Beratungsstellen. Das ist auch anonym möglich.

Die Regel gilt: Je konkreter die Suizidgedanken sind, desto größer ist die Gefahr, desto mehr Handlungsbedarf besteht.

Zusammenfassung: Hinweise auf eine Gefährdung

Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche senden in der Regel Signale aus. Sie wünschen sich, dass jemand darauf reagiert.

Alarmzeichen können u.a. sein:

- Sozialer Rückzug
- Traurige, gedrückte Stimmung
- Stimmungsschwankungen
- Veränderung der äußeren Erscheinung
- Körperliche Symptome
- Schriftliche oder verbale suizidale Äußerungen
- Konkrete Handlungen zur Vorbereitung einer suizidalen Handlung
- suizidandeutende Zeichnungen und Symbole
- aggressiv abwehrendes Verhalten

Es gilt die Regel, je konkreter die Suizidgedanken sind, desto größer ist die Gefahr, desto mehr Handlungsbedarf besteht. Bei einer Häufung von Faktoren ist ebenfalls dringend Hilfe erforderlich.

Häufige Denkmuster suizidaler Menschen

„*Hat doch sowieso alles keinen Sinn mehr*“. Dieser Satz ist typisch für Menschen, die in eine Situation geraten sind, in der sie für ihr eigenes Empfinden keine Lösung mehr sehen, um die bestehenden Umstände so zu ändern, dass diese für sie annehmbar sind. Tatsache ist auch, dass der größte Teil der Auseinandersetzung mit Problemen in der inneren Gedankenwelt stattfindet.

Das Gefühl der Ausweglosigkeit, das bei Suizidgefährdeten sehr häufig vorherrscht, scheint sich immer wieder beim „Durchkauen“ der Problemsituation zu bestätigen. Eigene Ziele, Erwartungen, die die Situation wieder geradebiegen sollen, stehen dabei oft in keinem Verhältnis zu den realen Gegebenheiten und sind deshalb zusätzliche Quelle für Misserfolg und Frustration.

Hier einige Gedanken, die oft anzutreffen sind:

- **Zu starkes Verallgemeinern**

Es werden zu große Sinnzusammenhänge hergestellt, die das reale Bild verzerren und damit situationsunangemessen sind, z.B.:

„Mir passiert sowas immer.“

„Keiner liebt mich.“

„Ich krieg nie was gut hin.“

- **Sich nur mit Werten von Außen vergleichen**

Es gibt keinen eigenen Maßstab, keinen Vergleich an eigenen Leistungskurven. Dies führt häufig zur Übernahme von fremden Urteilen, die vollständig unangemessen sein können, z.B.:

„Mein Vater sagt auch, dass ich zu blöd bin.“

„Erfolg ist bei mir Glückssache.“

- **Unverhältnismässig hohe Ziele vor Augen haben, ohne an die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten zu denken.**

Die gewählten Ziele sollen eigentlich als Rettungsanker dienen, werden durch ihre zu hohe Schwierigkeit aber zum „Klotz am Bein“. Ein solches Ziel liegt z.B. in dem Gedanken:

„Jetzt hab ich eine Fünf, aber in der nächsten Arbeit gleiche ich das mit einer Eins aus.“

„Wenn ich erst den ... gekauft habe, finden mich alle toll.“

„Nach dem Abi such ich mir eine Marktlücke und werde Millionär.“

- **Häufig wiederkehrende Gedankengänge**

In solche Überlegungen gehen oft vorweggenommene Folgen mit ein, die nicht tatsächlich überprüft worden sind. Diese erdachten Folgen entsprechen somit den eigenen Erwartungen aber nicht unbedingt der Wirklichkeit. Werden solche Gedankengänge oft wiederholt, kann es so empfunden werden, als seien sie zwingend und unabänderbar. Neue oder andere Lösungen rücken in weite Ferne, das Denken ist eingeschränkt. Die Botschaft, die aus solchen Gedankengängen erwächst, könnte z.B. sein:

„Ich kann machen, was ich will, mir kann keiner helfen.“

„Weil ich nichts ändern kann, mach ich lieber Schluss.“

„Egal was ich tue, es macht alles nur noch schlimmer.“

Im Kontakt mit Freunden oder in beratenden Gesprächen können diese beengenden Überlegungen ausgesprochen, erkannt und bearbeitet werden.

Eigene Hilflosigkeitsgefühle und Angst vor Verantwortung

Das Notsignal „Ich weiß nicht mehr weiter“ oder „So kann ich nicht mehr weiterleben“ sucht dringend einen Empfänger. Bei dem möglichen Empfänger, dem anderen, lösen solche Signale meistens vielschichtige Gefühle aus. Eigene Ängste, Unsicherheiten, Abwehr oder Aggressionen verhindern, dass die Signale aufgegriffen werden. Fragen drängen sich mehr oder weniger bewusst auf:

Was passiert, wenn der möglicherweise Gefährdete sich mir anvertraut, habe ich dann die ganze Verantwortung? Kann ich die überhaupt tragen?

Wenn dann wirklich etwas passiert, kann ich dann nicht verantwortlich gemacht werden? Trage ich dann Mitschuld?

Muss ich solche Äußerungen überhaupt ernst nehmen, macht er sich vielleicht nur wichtig oder will mich unter Druck setzen? Ist es nicht besser, solche Andeutungen zu ignorieren?

Solche oder ähnliche Gedanken oder Gefühle kennen viele, die mit suizidgefährdeten Menschen konfrontiert sind.

„Wie sind eigentlich meine Gefühle?“

„Kann und darf ich denn selbst etwas tun?“

Folgende Anregungen sollen eine Hilfe für Gespräche mit einem möglicherweise suizidalen Menschen sein.

Vor einem möglichen „Krisengespräch“ ist es sinnvoll, sich mit seinen eigenen Gefühlen zum Thema Suizid auseinanderzusetzen, eigene Ängste, Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Ärger, Wut und mögliche Schuldgefühle wahrzunehmen. Während des Gesprächs ist es wichtig, mit diesen Gefühlen in „Kontakt“ zu bleiben und sie auszusprechen, die empfundene Angst um den anderen auch zu äußern.

Es gibt keine allgemeingültigen Mittel oder Rezepte für den Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, jede Krise wird individuell erlebt und durchlebt.

Aber es gibt hilfreiche Leitlinien:

Was zu vermeiden ist:

- mit dem gefährdeten Jugendlichen über den Sinn oder die Legitimation von Suizid zu diskutieren
- dem anderen seine Gefühle auszureden („du hast das ganze Leben doch noch vor dir“, „das Leben kann so schön sein“). Einsicht wird womöglich nur aus Anpassung heraus gezeigt, um möglichst schnell wegzukommen
- moralische Vorhaltungen zu machen
- Schuldgefühle vermitteln
- den anderen abzuwerten
- dem anderen die eigenen Vorstellungen vom Leben aufzudrängen und konkrete Lösungsvorschläge zu machen
- sich Befugnisse anzumaßen oder Verantwortung für den anderen übernehmen. Das würde seine Selbständig-



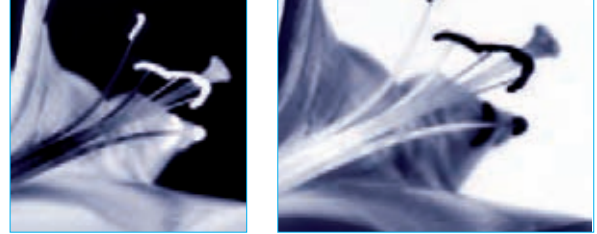
keit nur einschränken und seine Möglichkeiten zur Selbsthilfe erschweren

- Angebote zu machen, die nicht eingehalten werden können
- sich in Schweigeversprechungen einbinden zu lassen
- Aus Angst in Panik und Aktionismus zu verfallen
- Sich selbst „herunterziehen“ zu lassen
- Sich unter Druck setzen zu lassen

Was hilfreich ist:

- dem anderen ruhig zuhören, aufmerksam sein
- Geduld und Verständnis zeigen
- konkret nach Suizidgedanken fragen (Gibt es schon konkrete Vorstellungen – Wie, Wo, Wann?)
- die Phantasien zulassen und dem anderen zeigen, „ich bin belastbar genug, lasse mich nicht mit in den Sog ziehen.“
- die eigenen Ängste und das eigene Abwehrverhalten wahrnehmen
- Entscheiden, welche meiner Gefühle ich mitteilen will, denn eigene Betroffenheit einbringen kann hilfreich sein, um den anderen aus seiner Isolation zu holen
- Weitere (aber begrenzte) Gesprächsangebote machen
- Über weitere Schritte in Ruhe nachdenken
- Eventuell Kontakt zu einer Beratungsstelle oder anderen professionellen Helfern vermitteln und zum Gespräch begleiten

Suizidgefährdete schämen sich häufig für ihre Gedanken und Gefühle. Für sie kann es hilfreich sein, wenn ein vertrauter Mensch sie zu einer Beratung begleitet.



Wenn ich nicht mehr weiter weiß ...

Auf die Grenzen achten bedeutet auch, wahrzunehmen, wann ich mich überfordert fühle. Überforderungsgefühle können sich unterschiedlich äußern. Hinweise darauf können sein:

- Ich reagiere selbst stark psychosomatisch (beispielsweise mit Kopf- oder Magenschmerzen).
- Ich bekomme große Angst, dass der andere seine Suizidgedanken umzusetzen plant.
- Ich habe das Gefühl, dass im Gespräch kein wirklicher Kontakt entsteht, der andere gar nicht erreichbar ist.
- Der andere wirkt so, als bewege er sich in einer ganz eigenen Welt.

Wenn Helfer so empfinden, ist es erforderlich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sollte der Suizidgefährdete selbst sich nicht auf ein Hilfeangebot einlassen, kann ich mir auch erstmal alleine Rat holen. Beratungsstellen bieten nicht nur Hilfe für die unmittelbar Betroffenen an, sondern auch für alle, die mit dem Thema konfrontiert sind.

Suizidalität kann auch im Rahmen einer *psychischen Erkrankung* auftreten. Beispielsweise bei Psychosen (Hinweise darauf können sein: Wahnideen, Stimmen hören, Halluzinationen), Depressionen oder Suchterkrankungen. Hierbei ist unbedingt professionelle Hilfe angezeigt. Medikamentöse Hilfe kann dann lebensnotwendig sein.

Innere Einstellungen

Je früher ich in der Krisenbegleitung meine eigene Hilfsbedürftigkeit wahrnehme und mich um die Hilfe durch andere bemühe, desto unmittelbarer werde ich mich an den Bedürfnissen der Menschen orientieren können, deren innere Not sie an ihrem Leben verzweifeln lässt. Je genauer ich meine eigene Einstellung zu Suizid, Sterben und Tod kenne, desto hilfreicher werde ich Menschen in Krisen begleiten können.

Je klarer ich mir meinen eigenen Sinn für mein Leben vorstellen kann, desto wirkungsvoller werde ich Verzweifelte auf der Suche nach ihrem Sinn begleiten können.

Ich bin für dich da, aber nicht immer und zu jeder Zeit ...

Da es bei suizidgefährdeten jungen Menschen vor allem um Störungen in den Beziehungen geht, die Gedanken nicht unabhängig von anderen Menschen zu verstehen sind, ist *In-Beziehung-Gehen* das wichtigste und hilfreichste Mittel im Gespräch. Die eigenen *Grenzen* dabei zu wahren, nur begrenzte und wirklich einlösbare Beziehungs- und Hilfsangebote zu machen, ist von entscheidender Bedeutung. Viele suizidgefährdete Jugendliche haben bereits Beziehungsabbrüche erfahren, sind den anderen, denen sie vertraut haben, an die sie um-

fassende Wünsche gerichtet haben, zu viel geworden und haben dann Ablehnung und Aggressionen erlebt.

Oftmals wird ein gut gemeintes Angebot gemacht („*Ich bin immer für dich da*“, „*du kannst mich jederzeit anrufen*“). Dieses weitreichende Angebot kann häufig nicht eingehalten werden. Es wird zwangsläufig zu Enttäuschungen führen. Suizidgefährdete, die sich anvertraut haben, übertragen häufig alle ihre Wünsche und Sehnsüchte auf einen anderen Menschen, wünschen sich, dass der andere immer verfügbar ist. Da diese Wünsche nicht zu erfüllen sind, ist es wichtig, sich genau zu überlegen welches Angebot realistisch und einhaltbar ist.

Die Regel gilt:

Lieber begrenzte, zuverlässige Angebote machen als Versprechungen, die zu Enttäuschungen führen.

Suizidprävention in der Schule

Die Schule hat in den Erfahrungsbereichen von Kindern und Jugendlichen einen hohen Stellenwert. Suizidgefährdete Schülerinnen und Schüler senden ihre Signale häufig im Rahmen des Schulalltags aus und richten diese an Mitschülerinnen und Mitschüler, Freunde, Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter. Zunächst ziehen die betroffenen Kinder oder Jugendlichen sehr oft Gleichaltrige ins Vertrauen. Da diese mit der Problematik meistens überfordert sind, sollten Schülerinnen und Schüler wissen, an wen sie sich im Schulbereich vertrauensvoll wenden können.

Droht eine Schülerin oder ein Schüler an einer akuten Lebenskrise zu scheitern und findet eventuell keine Un-



terstützung bei Eltern oder anderen Erwachsenen, so kann diese Lebenskrise in eine suizidale Krise übergehen. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen Ansprechpartner zu sein und Hilfe einzuleiten, ist eine wichtige Aufgabe, der sich die Schule stellen sollte. Das bedeutet nicht, dass z. B. Lehrkräfte auch noch die Aufgabe von Therapeuten übernehmen sollen, aber sie können entscheidende Multiplikatoren sein. Lehrkräfte sollten über die Thematik Krise und Suizidalität informiert sein und wissen, welche Hilfeangebote in ihrer Region existieren. Jede Schule sollte über einen Notfallplan verfügen, der auch den Umgang mit akut gefährdeten Kindern und Jugendlichen und das Vorgehen nach einem erfolgten Suizid mit einbezieht. Das ermöglicht im Ernstfall ein sicheres und ruhiges Vorgehen. Krisen, die im Leben vorkommen können, der Umgang mit psychisch kranken Menschen, die Förderung der psychischen Gesundheit und Hilfemöglichkeiten sollten selbstverständliche Unterrichtsinhalte sein, die von gut informierten Lehrkräften eingeführt werden können.

Infos unter:

www.bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbs/schule/pit/pit_brandenburg_pdf/Gesundheit/2_suizid.pdf

Hintergrundinformationen und praktische Hinweise für den Schulalltag im Präventionsfeld Suizidalität

www.mindmatters-schule.de

Themenheft Lifematters – Leitfaden zum Umgang mit Suizidalität und Selbstverletzung im Schulbereich

Weitere Informationen Seite 43



2

NACH EINEM SUIZID ODER SUIZIDVERSUCH

Ansprechen von Suizidalität? Heißt das nicht schlafende Hunde wecken?

In der Suizidverhütung wird immer wieder die Frage diskutiert, ob das Sprechen, das Schreiben oder das Zeigen von Filmen zum Phänomen Selbstmord, den Suizid nicht erst herbeiführt. Auch nach einem erfolgten Suizid, etwa der Klassenlehrerin, des Trainers oder eines Schülers wird die Frage aufgeworfen, ob über diese Tatsache informiert werden sollte oder ob Schweigen nicht besser sei?

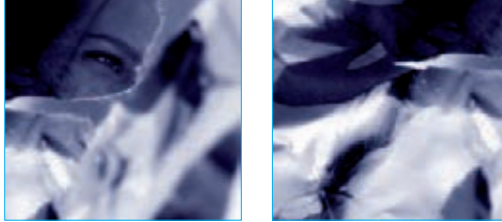
Diesem Effekt ist mittlerweile in einigen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgegangen worden. Die Ergebnisse sind unterschiedlich. Während bei vorwiegend sachlichen Darstellungen keine Zunahme suizidaler Handlungen festgestellt werden konnte, zeigte sich nach Filmen mit stark suggestiver Wirkung durchaus ein Nachahmungseffekt.

Allgemein lässt sich sagen, dass gesunde, lebensbejahende Menschen durch die Beschäftigung mit dem Thema keinesfalls gefährdet sind. Wenn man jedoch Menschen, die merken, dass sie nicht mehr weiter können, die möglicherweise schon Suizidgedanken hegen, den Ausweg des Suizids „schmackhaft“ macht, so kann dies tödlich enden.

Ein Nachahmungseffekt wird um so stärker sein, je mehr der Suizid als leichte Sache oder als Erleichterung verkauft wird, oder wenn er eine Erhöhung des eigenen Selbstwertes verspricht. Daher sollte man bei der Behandlung des Themas im Unterricht, bei der Auswahl von Medien, beim Informieren einer Gruppe über ein konkretes Suizidgeschehen oder bei Presseberichten einige Punkte vermeiden.

Zu vermeiden ist:

- den Suizid als *unverständlich, geheimnisumwoben* darzustellen und ihn somit erst *interessant* zu machen („Wo er doch alles hatte, was das Leben so zu bieten hat.“)
- romantisierende Motive bzw. Ziele zu unterstellen („Ewig vereint sein“, „Er war zu gut, zu sensibel für diese Welt.“)
- zu schlichte und einfache Gründe anzubieten („Die Mutter hat Schuld“, „Selbstmord wegen Ungenügend“)
- die Haltung und Handlung des Suizidanten als heroisch, bewundernswert, billigend darzustellen („In dieser Situation war es nur allzu verständlich, dass ...“. „Einer musste der Gesellschaft einmal zeigen was wirklich los ist!“).



Ein „Folgeeffekt“ wird um so geringer ausfallen, je

- klarer wird, dass hier jemand seine Probleme nicht lösen konnte
- deutlicher Alternativen aufgezeigt werden, z.B. wo Hilfe erhältlich ist
- eher Berichte folgen, in denen Bewältigungen aufgezeigt werden.
- mehr Hintergrundinformationen über Suizidgefährdung und ein mögliches Vorgehen gegeben werden

Als Regel gilt: Nicht abschrecken lassen und Kontaktangebote immer wieder erneuern

Schuld und Verantwortung

Für alle, die im Kontakt zu dem Menschen waren, der sich das Leben genommen hat, stellt sich die Schuldfrage. Eigene Schuldgefühle werden wachgerufen, den anderen wird die Verantwortung gegeben.

Nach einem Suizid eines Schülers beispielsweise fragen die Lehrer: „... haben denn die Eltern nichts gemerkt? Die Familie ist doch zuständig für die Probleme der Kinder.“, „... und die Mitschüler sind doch viel dichter dran als wir Lehrer.“ Die Eltern fragen sich: „... ist denn in der Schule nichts aufgefallen? Das Kind war doch mehr in der Schule als zu Hause!“, „... und die Freunde, mit denen hat es doch eher gesprochen als mit uns.“ Die Mitschüler und Freunde fragen sich: „... warum haben denn die Erwachsenen nichts gemerkt, die müssten doch reagieren und helfen!“

Aus dem verständlichen Wunsch heraus, sich von den eigenen Schuldgefühlen zu entlasten, wird die Verantwortung für den Suizid von einem zum anderen geschoben. Die Schuldfrage stellt sich natürlich zunächst immer. Sie führt aber nicht zu einer Lösung. Niemand weiß im Nachhinein wirklich genau, warum sich jemand das Leben genommen hat, welche Erfahrungen, Probleme und Nöte dazu geführt haben. Die anderen werden Fehler gemacht haben, die Eltern, die Lehrer, die Mitschüler, die Freunde.

Hinweise, Signale, Hilferufe sind nicht gehört worden, wollten vielleicht nicht wahrgenommen werden. Die Schuld für den Suizid trägt aber letztendlich niemand. Alle Beteiligten müssen mit der Tatsache des Suizides leben, ihren Weg der Verarbeitung finden. Besonders betroffen sind immer die Eltern, sie haben in der Regel die stärksten Schuldgefühle. Sie sind diejenigen, die am meisten der Hilfe bedürfen.

Die Situation der Angehörigen

Alle Hinterbliebenen, ob Eltern, Geschwister oder sonstige Angehörige, Freunde, Lehrer oder professionelle Helfer, empfinden den Freitod eines Jugendlichen als besonders erschütterndes Ereignis. Ein Leben ist zu Ende, das doch gerade erst richtig beginnen sollte, und es geht um einen jungen Menschen, für den man sich verantwortlich gefühlt hat.

Insbesondere für Familienangehörige ist der Suizid ein dramatisches Ereignis, das die Zukunft einschneidend verändert. Nicht selten geraten Angehörige in schwere

psychische Krisen, die sie alleine nicht angemessen bewältigen können.

Zerbrochene Lebensperspektive

Eheleute, denen der Partner verstorben ist, werden Witwe, Witwer genannt. Kinder, die ihre Eltern verloren haben, werden Waisen genannt. Für Eltern, denen ihr Kind gestorben ist, gibt es in keiner Kultur einen Begriff. Das Überleben der eigenen Kinder ist unnatürlich. Im deutschsprachigen Raum hat man den Begriff „verwaiste Eltern“ für diese Sonderstellung gefunden.

Der Tod des eigenen Kindes bedeutet für die Eltern nicht nur den Verlust eines geliebten Menschen, sondern eines Menschen, den sie gezeugt, empfangen, geboren haben und der somit ein Teil von ihnen selbst ist. Sie verlieren jemanden, den sie unter Mühen aufgezogen haben, in dem sie selbst „weiterleben“ wollten. Neben den Gefühlen der Trauer, der Verzweiflung und des Schmerzes bewirkt der Tod des Kindes bei den meisten Eltern ein Zerbrechen des eigenen Lebensgefühls, des Sinns und der eigenen Lebensperspektive. Sie geraten selber nicht selten in eine existentielle Lebenskrise.

Gefühle von Schuld und Scham

Nach dem Abklingen der ersten Schockphase steht die Frage nach der Verantwortung für den Suizid des Jugendlichen im Raum: „Warum hat er, warum hat sie das gemacht?“ Die Gefühle und Gedanken des Toten stehen lange Zeit im Vordergrund. Eltern erleben aber auch Gefühle von Schuld und Scham über das eigene ‚Versagen‘: „Es ist uns nicht gelungen, Lebensfreude und Lebensperspektiven zu vermitteln.“ „Wir hätten doch was merken müssen!“ Sehr häufig kommen Selbsttötungen in ambivalenten oder belasteten Beziehungen vor. Das Wissen um ungelöste Probleme, die durch den Tod nun auch nicht mehr geklärt werden können, führt zu quälenden Selbstvorwürfen: „Wir sind Schuld, wir waren zu sehr mit unseren eigenen Dingen beschäftigt.“

Die Frage nach den eigenen „schuldhaften Anteilen“ stellt hohe Anforderungen an die Eltern. Mit dem Prozess dieser Auseinandersetzung sind Eltern häufig überfordert. Insbesondere, wenn gegenseitige Schuldzuweisungen, offen oder verdeckt, die Beziehung der Eltern belasten. Tragisch, dass der Satz „geteiltes Leid ist halbes Leid“ der Realität so wenig entspricht: Ein erheblicher Teil aller Ehen verwaister Eltern scheitern innerhalb von zwei Jahren nach dem Ereignis, mit verheerenden sozialen Folgen, etwa für weitere Kinder.

Trauer und Bewältigungsversuche

Aggressionen gehören zu jedem Trauerprozess. Sie sind Teil der Auflehnung gegen das als hart und ungerecht empfundene Schicksal: „Warum gerade wir?“. Nach Suiziden





stellen sie sich in besonderer Weise ein: „Warum hast du mir das angetan?“, „Egoistisch, sich so davonzustehlen!“, „Was hast du mit uns gemacht!“ Zorn und Ärger auf geliebte, zumal tote Menschen dürfen häufig nicht geäußert werden, sie unterliegen einem gesellschaftlichen Tabu. Doch diese Denk- und Redeverbote isolieren die Betroffenen.

Nicht selten sind auch heute noch Familien, in denen sich jemand das Leben genommen hat, gesellschaftlicher Ausgrenzung, Verfolgung und Häme ausgesetzt: „Da sieht man es wieder, außen hui und innen pfui!“ Solche Reaktionen können als Angstabwehr gedeutet werden. Sie führen jedoch dazu, dass die Todesart Suizid verschleiert, getarnt, verschwiegen wird, mit der Folge, dass die Möglichkeiten positiver Trauerarbeit erschwert werden.

Außer Wut und Ärger gehören Angst und Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeitsvorstellungen und depressive Verstimmungen bis hin zu eigenen Suizidgedanken zu den ganz normalen Trauerreaktionen. Sie können von körperlichen Reaktionen, wie Schlaf- und Konzentrationsstörungen oder Appetitlosigkeit, begleitet sein.

Auch kinestetische Sinneseindrücke, wie den oder die Verstorbene gesehen, gehört, gerochen zu haben, sind in den ersten Monaten nach dem Verlust ganz normal, auch

wenn manche Eltern sich ängstigen „verrückt“ zu werden.

Die Begleitumstände, unter denen der oder die Verstorbene aufgefunden wird und die in der Regel eingeleitete kriminaltechnische Untersuchung können zusätzlich traumatisieren und die Trauerphasen bestimmen.

Dieser enormen Belastung, die zunehmend als unerträglich empfunden wird, zu begegnen, um dieser bedrohlichen Lebenskrise etwas entgegenzusetzen, kann es zu unterschiedlichen unbewussten Ausweichstrategien kommen.

Einige Bewältigungsstrategien seien hier erwähnt. Sie dokumentieren vor allem die große Not der betroffenen Angehörigen:

Eine psychische Krankheit, Suchtprobleme oder andere reduzierte Lebensumstände werden verantwortlich gemacht, die vermeintlich ursächlich zu der Selbsttötung des Kindes geführt haben sollen.

Eine zweite Gruppe von Eltern gerät in Aktivitäten, wobei die betroffenen Eltern nicht müde zu werden scheinen, die Umstände und ihre damit einhergehenden Einschätzungen über den Tod ihres Kindes immer wieder zu erzählen.

Eine dritte Strategievariante beinhaltet, dass der geliebte Mensch nach seiner Selbsttötung idealisiert wird und damit letztlich auf etwas reduziert wird oder zu etwas gemacht wird, was er oder sie nie war.

Andere Eltern wiederum reden fast nie über den Tod des Kindes. Falls sich ein Kommentar nicht vermeiden lassen sollte, vermitteln sie die Einschätzung, dass es sich um einen Unfall gehandelt habe oder dass es z.B. ganz eindeutig „Herzversagen“ war (als eine Form von Verdrängung).

Eine weitere Reaktion mündet in eine lediglich scheinbare Bewältigung mit der Hilfe von Psychopharmaka, Sedativa, übermäßigem Alkoholkonsum oder durch „Zudecken“ mit Arbeit.

Krankheit als Folge der immensen psychischen Belastungen ist eine weitere unbewusste Strategie, wobei Depressionen und psychosomatische Leiden besonders häufig vorkommen.

Schließlich denken die meisten betroffenen Eltern ebenfalls eine Zeitlang intensiv über die Möglichkeit nach, sich zu töten. Einige tun es auch.

„Wann nimmt das ein Ende?“ fragen insbesondere ungeduldige Angehörige, aber auch die direkt Betroffenen fragen: „Wie lange dauert die Trauer?“ Ebenso könnte man fragen „Wie hoch ist oben?“ Die Narbe des Verlustes wird immer bleiben, man kann jedoch in etwa angeben, dass bei den meisten Menschen nach ca. zwei Jahren die intensiven Gefühle sich allmählich beruhigen und eine Einstellung zum Leben ohne den Verstorbenen gefunden wird.

Die Nöte der hinterbliebenen Geschwisterkinder

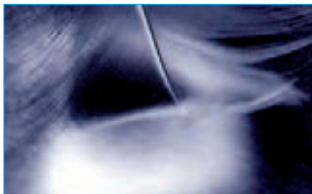
Eltern brauchen nach dem Suizid ihres Kindes häufig ihre gesamte Energie für ihre eigene Trauerbewältigung, so dass sie als Bezugspersonen für ihre weiteren Kinder längerfristig ausfallen. Diese Geschwisterkinder treten manchmal erst wieder in den Blickpunkt, wenn sie selber auffällig geworden sind. Deshalb sei hier darauf hingewiesen, dass natürlich auch die Geschwister unter der Dramatik des Suizidgeschehens leiden.

Wie die Eltern können auch sie reale als auch phantasierte Schuldgefühle entwickeln. Selbstverletzendes Verhalten, wie Schnippeln oder das Eingehen besonderer Risiken, etwa im Straßenverkehr, aber auch die Provokation von Bestrafung kann als „Sühne“ für Verfehlungen inszeniert werden.

Jugendliche können ihre Impulse noch nicht so gut steuern wie Erwachsene. Die zur Trauerreaktion gehörenden Aggressionen werden daher schnell zum Problem, besonders, wenn sie sich in Vandalismus und Schlägereien ausdrücken. Sozial unangepasstes Verhalten kann hier auch die Funktion haben, die Aufmerksamkeit zu erhalten, die ihnen im Elternhaus aus den oben genannten Gründen entgeht.

Diese Aufmerksamkeit bekommen Jugendliche oft nicht, deren Reaktionen sozial „pflegeleichter“ erscheinen und die gerade deshalb gefährdeter sind, weil man ihre Not nicht wahrnimmt. Es sind vor allem die Jugendlichen, die auf das Suizidgeschehen mit innerem Rückzug, Wortkargheit, Selbstunsicherheit und depressiver Verstimmtheit reagieren.

Jüngere Kinder zeigen nach einem Suizidgeschehen eher ungewöhnliche Ängstlichkeit, Nervosität und Unruhe. Sie leiden unter Alpträumen und fallen auf frühere Entwicklungsstufen zurück. Sie können z.B. wieder einnässen, einkoten oder Nägel kauen.



Auffälliges Verhalten von Kindern, die immer wieder in merkwürdige Unfälle verwickelt sind, sollte unter dem Aspekt Suizidalität mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In diesem Zusammenhang ist interessant, dass viele der Jugendlichen, die einen eigenen Suizidversuch unternommen haben, bereits mit suizidalem Verhalten anderer Menschen gefühlsmäßig intensiver zu tun hatten. Oft handelte es sich um Verwandte und enge Freunde, häufig sogar um Vater oder Mutter, die auf unterschiedliche Weise Suizidalität als vermeintliche Problemlösungsstrategie vorgelebt haben.

Fazit:

Nach einer Selbsttötung sollten Angehörige möglichst bald psychologischen Beistand erhalten. Entsprechende Beratungsstellen, oder Krisentelefone sind heute in fast allen Städten vorhanden. Trauergesprächskreise nach Suizid und Selbsthilfegruppen haben sich hier ebenfalls sehr bewährt.





VERTIEFENDE INFORMATIONEN

Welche fachlichen Hilfeangebote gibt es?

Ambulante Hilfen

Heute gibt es fast überall eine Palette verschiedenster Hilfeangebote. Es stehen die Deutschland weit vorhandenen über 1200 Praxen und ca. 150 Institutsambulanzen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) genauso wie die in großer Zahl niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Praxen der Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung.

Für den Altersbereich junge Volljährige sind des Weiteren die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die psychiatrischen Institutsambulanzen an den Psychiatrischen Kliniken (PP) und die für Erwachsene tätigen niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten hilfreich.

Wohlfahrtsverbände, Kommunen, Kirchen und freie Träger unterhalten ein beachtliches Netz an psychologischen Beratungsstellen. Die Landkreise unterhalten zudem

Sozialpsychiatrische Dienste. Ambulante Krisendienste, Telefonseelsorgen und Krisentelefone beraten und geben Auskunft zu Stellen in Ihrer Region. Die entsprechenden Nummern finden Sie auch in jedem Telefonbuch und im Internet.

Aufnahme in eine Fachklinik

In manchen Situationen kann zur fachlichen Abklärung einer akuten suizidalen Krise die Aufnahme des Betroffenen in eine Fachklinik für Kinder und Jugendliche (KJPP) oder Erwachsene (PP) erforderlich werden. Das ist in der Regel dann der Fall, wenn ambulante Maßnahmen als nicht ausreichend erscheinen, um den Betroffenen in der akuten suizidalen Lebenskrise weiterhelfen zu können.

Wenn eine solche Maßnahme bei einem jungen Menschen, der seine eigene Lebenssituation nicht mehr zu überblicken vermag, unter Beachtung der bestehenden rechtlichen Bestimmungen auch gegen dessen Willen einzuleiten ist, muss neben der Zustimmung der Personensorgeberechtigten und ggf. aufgrund deren Initiative eine Genehmigung des Familiengerichtes hierzu bzw. eine Entscheidung auf der Rechtsgrundlage der in den Bundesländern geltenden Bestimmungen nach den Unterbringungsgesetzen eingeholt werden.

Eine solche Genehmigung kann stets nur dann erteilt werden, wenn „eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit und das Leben der betroffenen Person“ vorliegt und nicht durch eine andere weniger eingreifende Maßnahme abgewendet werden kann. (Für das Handeln der KJPP in Deutschland ist die UN-Kinderrechts-

konvention aus dem Jahr 1989 eine maßgebliche Orientierung.)

Hinweise zu „Krise“

Krisen sind Zeiten des Übergangs und des Umbruchs im persönlichen Lebenslauf. Sie machen besondere und vor allem rasche Hilfe erforderlich.

Krise nennt man den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht lösen kann, weil sie seine bisher erworbenen Fähigkeiten zur Bewältigung seiner jetzigen krisenhaften Lebenssituation überfordern.

Persönliche Lebenskrisen werden häufig von Angst, Panik und Depressivität begleitet. Gefühle der Überforderung, Verzweiflung und Ohnmacht münden nicht selten in ein elementares Bedürfnis, den als unerträglich empfundenen Zustand möglichst rasch zu verändern.

Es lassen sich einige verallgemeinerbare Merkmale von Krisen feststellen:

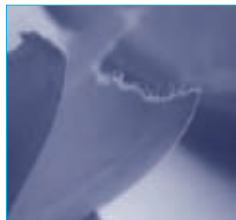
- Krisen können sich innerhalb von wenigen Tagen entwickeln.
- Einer Krise kann ein längerer Prozess oder ein Leiden vorausgehen.
- Krisenverläufe lassen häufig verschiedene Phasen erkennen. Nach einem schwerwiegenden Erlebnis folgt oft

eine Phase, in der gefühlsmäßig heftig reagiert wird.

- Krisen entwickeln sich nicht selten aus chronischen Problemzusammenhängen, bei denen es zu einer Zuspitzung der als bedrohlich empfundenen Lebenssituation kommen kann.
- Krisen enthalten grundsätzlich die Möglichkeit, dass sie den einzelnen überfordern und er an ihnen zu scheitern droht. Sie mobilisieren aber auch häufig – sowohl bei Betroffenen als auch bei Helfenden – ganz besondere Kräfte, die zu ungeahnten kreativ-konstruktiven Veränderungen beitragen können.

Verschiedene Arten von Krisen lassen sich voneinander unterscheiden:

- psychosoziale Lebenskrisen, die sich als Entwicklungs- bzw. Reifungskrisen im Lebenslauf ereignen (z. B. Pubertät und Adoleszenz)
- psychosoziale Lebenskrisen, die sich als Folge von unvorhersehbaren Ereignissen in Form von Reaktionskrisen konstellieren, z. B. unerwartet auftretende Krankheiten, Verlust des Arbeitsplatzes, Fehlgeburt, Tod eines Angehörigen oder des Partners, traumatische Erlebnisse wie eine Vergewaltigung, eine Katastrophe, Unfälle
- Krisen als zeitlich verzögerte Folge früherer massiver Belastungen, z. B. durch Gewalterfahrungen oder sexuellem Missbrauch. Sie sind Reaktionskrisen vergleichbar, doch treten sie oft sehr viel später erst als Krise in Erscheinung (posttraumatische Belastungsreaktion)



- Suizidale Krisen können als Sonderform einer Krise verstanden werden, wobei aus existentieller Einengung und autoaggressiver Selbstschädigung Suizidphantasien entstehen, die hin zu Suizidversuchen oder zu Selbsttötung eskalieren können.

Posttraumatische Belastungsstörung

Zur Frage nach den Ursachen oder Gründen für suizidales Verhalten Jugendlicher, sei hier auf die Folgen einer ganz speziellen Krisensituation hingewiesen, die Fachleute mit dem Begriff *posttraumatische Belastungsstörung* bezeichnen. Mit *posttraumatischen Belastungsstörungen* bezeichnet man ein Bündel von bestimmten Störungen, die nach einem Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß auftreten. Die Betroffenen waren einer Situation ausgesetzt, die den drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung und Gefahr für die körperliche Unversehrtheit beinhaltet. Sie erlebten diese Situation selbst (Terroranschlag, Geiselnahme, Vergewaltigung, schwere Misshandlung, Folter) oder sie mussten sie beobachten (Mord, Massenunfall mit Verbrannten, Katastrophen).

Solche Situationen lösen bei jedem tiefgreifende Ver-zweiflung aus, dies um so mehr, je länger sie andauerten und als je passiver das Opfer sich erleben musste. Sie



führen zu anhaltenden Erinnerungen oder Wiederbelebungen der Belastung durch aufdringliche Nachhall-erinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen und sich wiederholende Träume. Ein- und Durchschlafstörungen sind nach solchen Belastungen die Regel. Kleinste Alltagserlebnisse, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, können als außerordentlich bedrückend erlebt werden. Sie werden deshalb tatsächlich oder möglichst vermieden. Solch eine Vermeidungsstrategie kann sich auch in Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, bis hin zur Amnesie äußern.

Die erlebte Angst, die Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit wirkt noch lange nach und hinterlässt gravierende Spuren, mit zukünftiger Schreckhaftigkeit und übermäßiger Besorgnis. Die empfundene psychische Erregung wird als unangemessene Überaktivität weitergeführt oder kann sich in Reizbarkeit und Wutausbrüchen äußern. Besonders Jugendliche reagieren die erlebte Hilflosigkeit aggressiv aus. Dahinter steht der Wunsch, wieder Kontrolle über das eigene Schicksal zu gewinnen.

Häufig wird das anschließende *normale* Leben als *läppisch* empfunden. Die Unmöglichkeit, das Erlebte auszudrücken, veranlasst das Opfer, sich unverstanden von seiner Umgebung zurückzuziehen. Ein erheblicher Prozentsatz reagiert suizidal. Notfall- und Katastrophenhelfer sind besonders gefährdet.



Suizidalität und Familie

Menschen haben verständlicherweise das Bedürfnis, Gründe für das Entstehen von Suizidalität zu finden, damit diese für sie nachvollziehbar und auch aushaltbar wird (vgl. S. 12). Ein Erklärungsversuch kann darin bestehen, diese Gründe allein in der psychischen Problematik des einzelnen Betroffenen zu suchen. Eine andere Sichtweise betont stärker die Beziehungen des einzelnen zu wichtigen Personen seiner Familie und seines weiteren sozialen Umfeldes. Beide Sichtweisen schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich.

Folgende Zusammenhänge zwischen Suizidalität junger Menschen und ihrer Familie können bestehen:

- Junge Menschen werden vermehrt in Familien suizidal, die durch die Bewältigung schwerer Krankheiten (z. B. auch die psychische Erkrankung eines Elternteils) erschöpft oder überlastet sind. Oft konnte der Verlust von Familienmitgliedern durch Trennung oder Tod nicht ausreichend betrauert werden. Kinder und Jugendliche übernehmen teilweise die Rolle von abwesenden Erwachsenen, sind jedoch damit überfordert.
- Zentrales Thema in der Familie ist Schuld, welches besonders junge Menschen überfordert.
- Die Bedürfnisse nach Zuwendung von Kindern und Jugendlichen werden unter Umständen nicht ausreichend wahrgenommen, oft mit der Folge mangelnder Selbstachtung.

- Starre Einstellungen erzeugen eine Entweder-Oder-Lebensweise, die sich möglichen Sowohl-als-auch-Lösungswegen verschließen.

- Selbsttötungen, die in Familien als Familiengeheimnisse gehandhabt werden, können eine besondere Nachahmungs- oder Anziehungskraft ausüben.

- In der Familie vorgelebte Selbsttötungen werden später unter Umständen als mögliche Lösungswege übernommen.

Durch diese familiären Belastungen kann sich die Lebenssituation junger Menschen lebensbedrohlich zuspitzen. Andererseits lassen sich aber auch Faktoren benennen, die psychisch widerstandsfähig machen können.

Psychische Widerstandskraft als Schutz vor Suizidalität

Manche Kinder und Jugendliche scheinen – trotz sehr hoher Belastungen – unter bestimmten Umständen über besondere psychische Widerstandskräfte zu verfügen. Entgegen ungünstiger Vorhersagen entwickeln sich manche zu psychisch gesunden und verhaltensunauffälligen Menschen, dagegen andere – mit vergleichbaren Belastungen – werden suizidal.

Welche Faktoren wirken dabei mit?

Widerstandsfähige Personen erleben in ihrer Kindheit:

- eine stabile emotionale Beziehung zu einem Erwachsenen

- Menschen, die ihnen als soziales Vorbild dienten und ihnen zeigten, wie Probleme konstruktiv gelöst werden können
- frühe Leistungsanforderungen, die sie bewältigten, wie Sorge für kleinere Geschwister, oder Aufgaben oder Ämter in Schule oder Verein

Unterschiede bei suizidalen bzw. widerstandsfähigen jungen Menschen scheinen feststellbar zu sein bei:

- der Wahrnehmung von Belastungen
- der Nutzung sozialer Ressourcen
- der Wahl des Bewältigungsverhaltens (Coping-Strategie)

Merkmale von widerstandsfähigen jungen Menschen:

- Sie akzeptieren eine Krise, und die damit verbundenen Gefühle.
- Sie suchen selbst nach Lösungen.
- Sie lösen ihre Probleme nicht allein.
- Sie fühlen sich nicht als Opfer.
- Sie bewahren sich einen gewissen Optimismus.
- Sie geben sich nicht selbst die Schuld.
- Sie planen voraus.

Gesellschaftliche Rahmenaspekte, die suizidales Verhalten Jüngerer beeinflussen können

Kulturelle und gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen die Entwicklung junger Menschen erheblich. Hier seien einige Bedingungen genannt, die Suizidalität fördern können:

- Eine sich schneller als früher verändernde **Wertestruktur**, die weniger einen Verlust an Werten als eine Wertevielfalt kennzeichnet, bewirkt gerade bei jungen Menschen nicht selten eine Wertekollision oder gar eine Werteverwirrung.

(„Du mußt ein Schwein sein!“ Die Prinzen)

- Der **Rückgang religiöser Orientierung** geht einher mit der Abnahme weltanschaulicher Verwurzelung und hinterlässt nicht nur bei jungen Menschen ein weltanschauliches Vakuum sowie Orientierungsdiffusion.

- Eine **Pluralisierung der Lebenswelten** beinhaltet eine Vielfalt von möglichen Lebensentwürfen, geht aber gleichzeitig einher mit erheblicher Beliebigkeit, Oberflächlichkeit und Bluff, was vorhandene Verunsicherung gerade bei jungen Menschen noch verschärft. Fast alles erscheint machbar, aber zu welchen psychischen Kosten?

- Unsere **Medienwirklichkeit** befördert die Infragestellung von Werten besonders im Bereich der Gewaltberichterstattung. Infolge der entstandenen Symbiose von Gewalthandlungen und ihrer an Sensationen orientierten Vermarktung durch die Medien, haben sich in Sachen „Gewalt“ die Akzente z.T. zu „Gunsten“ von Gewaltdarstellungen gerade für Jüngere verhaltensbildend verschoben.

- Die **Verfügbarkeit über Gewaltmittel**, im Sinne von Mittel gegen andere und gegen sich selbst, hat sich erhöht, da der Zugang zu Waffen und Medikamenten vor allem eine Frage ihres Marktwertes zu sein scheint. Es wird auch immer an ihnen verdient.





- Die allgegenwärtige **Leistungsorientierung** erzeugt eine hohe Leistungserwartung an andere, aber auch an sich selbst. Nicht jeder hält diesem Leistungsdruck gleich gut stand oder wird ihm gar gerecht. Eine sich daraus ergebende überzogene Konkurrenz isoliert und lässt solidarische Erfahrungen nur selten zu. Bei den Erwartungen an sich selbst kann es zu verhängnisvollen Einbrüchen kommen. Versagensängste sind eine schwierige Folge davon.
- Wachsende **Individualisierung** ermöglicht ein hohes Maß individueller Freiheit, befördert aber auch zunehmende Vereinzelung, Rücksichtslosigkeit, Teilnahmslosigkeit und schwindende Verantwortungsbereitschaft für die Belange des Gemeinwesens (Tote werden erst nach Wochen in ihrer Wohnung aufgefunden.)
- Eine feststellbare zunehmende **Ökonomisierung** aller Lebensbereiche, von Modetrends der Subkulturen bis hin zu zwischenmenschlichen Beziehungen, wird gerade auch im Umgang mit Jüngeren sichtbar (Geld für Schulnoten, Geschenke statt Zuwendung, „Sein durch Haben“). Von den Jüngeren wird diese Lebensweise zwar angenommen und kopiert, doch schafft sie auch den Nährboden für psychische Verarmung.
- Wir, als Teile der Natur, verhalten uns so, als ob der ganze Rest unserem Konsum dient, d.h. unerschöpflich und grenzenlos reproduzierbar ist. Unsere konsequente **Verwertungsrationalität** stellt unsere ökologischen Reserven zur Disposition und damit auch die Zukunft unserer Kinder (Ängstel). Häufig sind wir Vorbilder, die von Jüngeren zu recht abgelehnt werden.

- Mit **delegierter Mitmenschlichkeit** ist eine Entwicklung gemeint, die Hilfe, Sorgfalt und Verantwortungsgefühl für Hilfsbedürftige und Schwache an staatliche Einrichtungen und professionelle Dienste überantwortet. Auf der Strecke bleiben unser eigenes Verantwortungsgefühl, unser Mitgefühl und unsere Hilfsbereitschaft. Zuständig sind andere. Dafür gibt es Profis. Das Diktat der Privatheit als oberste Prämisse bewirkt eine Abwendung von mitmenschlicher Zuständigkeit, da ich mich nicht als zuständig erkläre. Persönliches Einmischen und Zivilcourage bleiben auf der Strecke.

- **Unhinterfragter Fortschrittsglaube** ohne eine legitime Infragestellung der Zielvorstellungen von Fortschritt und Wachstum, ohne umfassende Kostenrechnung, in die ökologische Kosten mit einfließen; Machbarkeitsfixierung, unter dem vorrangigen Verdikt der Verwertbarkeit: Dies und anderes sind, wie bereits angedeutet, gesellschaftliche Versatzstücke, die junge Menschen von uns angeboten bekommen.

Wir bedauern einzelne Komponenten dieser Phänomene, wirken aber auch gleichzeitig an ihnen mit. Auch im Negativen sind wir Vorbilder, ohne uns das immer bewusst zu machen oder es wahrhaben zu wollen. Veränderung fängt bei uns selbst an.

Junge Menschen sind feinfühlicher und reagieren empfindsamer als Ältere.

Zur rechtlichen Einschätzung einer Selbsttötung

Den äußeren Rahmen für die rechtliche Bewertung einer Selbsttötung bildet das *Grundgesetz*. Unveränderbare Richtschnur hierfür ist die *Unantastbarkeit der Menschenwürde* nach Art. 1 GG. Geschützt ist sie nach heutiger Auffassung in der Gestalt, wie der einzelne Mensch sich in seiner Individualität begreift und sich seiner selbst bewusst wird. Hieraus wird abgeleitet, die Unantastbarkeit der Menschenwürde schütze den Einzelnen auch davor, zum Objekt von Menschenwürdedefinitionen anderer zu werden. Ihre Konkretisierung erfährt die Unantastbarkeit der Menschenwürde insbesondere im *Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit*, soweit diese nicht Rechte anderer verletzt oder gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt (Art. 2 GG).

A) Tatherrschaft

Nach deutschem Recht ist eine Selbsttötung, die aus freiem Willen durchgeführt wird, nicht strafbar. Entscheidend dabei ist, dass die *Tatherrschaft* beim Suizidenten liegt und es sich somit nicht um die Tötung eines anderen Menschen handelt.

Dem Grundsatz der Tatherrschaft steht eine *Verhinderungs- oder Rettungspflicht* gegenüber. Sie bezieht sich vor allem auf Situationen, bei denen nicht klar beurteilt werden kann, ob die freie Verantwortlichkeit des Suizidenten eingeschränkt oder aufgehoben ist, ob also eine frei verantwortliche Selbsttötung vorliegt.

Juristisch wird jeder Suizid als „*Unglücksfall*“ eingestuft, der allerdings selbst dann abgewehrt werden muss, wenn der Betroffene frei verantwortlich handelt.

Jeder, der (auch nur zufällig) Zeuge einer solchen Situation wird, ist zu jeder ihm möglichen und zumutbaren Hilfe verpflichtet, einen drohenden Suizid zu verhindern. Es ist jedoch *nicht erforderlich*, sich selbst in Gefahr zu begeben.

Eine bewusste Missachtung dieser Verhinderungs- bzw. Rettungspflicht kann als unterlassene Hilfeleistung bestraft werden (§ 323c StGB).

B) Garantenpflicht

Professionelle Helfer gelten als Personen mit „*Garantenpflicht*“ gegenüber einem Menschen, der Selbsttötung beabsichtigt.

Diese professionellen Helfer, die einem Suizidenten durch vertragliche Übernahme von Schutz- und Beistandspflichten besonders verpflichtet sind, können bei Nichtverhinderung eines Suizides sogar wegen Tötung durch Unterlassung (§§ 212, 213 StGB) bzw. Körperverletzung durch Unterlassung (§§ 223, 13 StGB) strafrechtlich verantwortlich gemacht werden. Allerdings erst dann, wenn die suizidale Handlung nachweislich (durch posthume Gutachten) in einem Zustand erfolgt ist, in dem die freie Willensbestimmung des gefährdeten Menschen beeinträchtigt oder völlig aufgehoben war.

Sollten nachweisbare Behandlungsfehler vorliegen, können KlientInnen oder Angehörige zivilrechtlich Schadensersatz oder Schmerzensgeld beanspruchen. Beispielsweise wenn ohne die erforderliche Sorgfalt gehandelt wurde, etwa bei der Wahrnehmung und Beurteilung von bestimmten Äußerungen oder Verhaltensweisen von Suizidgefährdeten.

C) Ungereimtheiten

Wirklich hilfreich ist diese *widersprüchliche Rechtslage* im Alltag nicht. Denn es befindet sich die *Achtung der Menschenwürde* und damit auch die Respektierung von suizidalen Entscheidungen und Handlungen in einem Spannungsverhältnis zum generellen *Schutz des Lebens*. Doch auch die Beurteilung der *Willensfreiheit* kann ausgesprochen schwierig sein, da Menschen – zwar in unterschiedlichem Ausmaß – immer auch fremdbestimmten Einflüssen unterliegen.

Somit kann beispielsweise das Strafrecht einen allenfalls sehr bescheidenen Beitrag zur Suizidprophylaxe leisten. Entscheidend für die suizidpräventive Behandlungssicherheit und den Behandlungserfolg - z.B. bei offener Unterbringung in einer Klinik - ist eine umfassende Aufklärung des betroffenen Patienten und gegebenenfalls seiner Angehörigen oder seines gesetzlichen Vertreters über mögliche Behandlungsrisiken.

Willigt der Patient auf Grund entsprechender Informationen und einem dementsprechend vertrauensvollen Behandlungsklima in die Behandlungsplanung ein, ist für den Erfolg der Behandlung viel erreicht. Dadurch wird der Ermessensbereich für die Behandlung erweitert und es wird mehr zur Stabilisierung des Betroffenen beigetragen



als durch Einschließung und rigide Überwachung.

D) Zuwendung als Chance

Gerade *bei jungen Menschen*, die allen therapeutischen Bemühungen in der Regel sehr skeptisch begegnen, ist es wichtig, Angebote zu machen, die nicht durch juristische Komplikationen den Zugang zusätzlich erschweren. Erwiesenermaßen haben Gleichaltrige untereinander oft einen lebensweltlich unmittelbaren Zugang als Erwachsene.

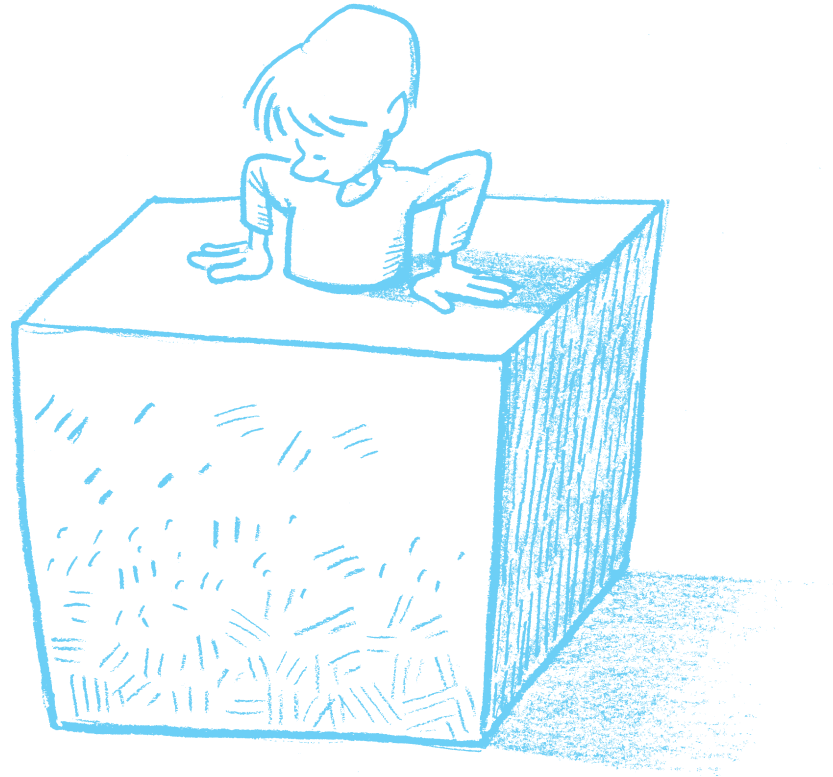
Bei der suizidalen Krise eines nahe stehenden Menschen, eines Freundes oder einer Freundin, kommt ein Hilfeangebot erfahrungsgemäß dann gut an, wenn Interesse und engagierte Beteiligung vom Betroffenen erlebbar sind. Fühlt sich der Gefährdete in seiner schweren Krise ernst genommen, wird es auch eher möglich sein, den vorhandenen vertrauensvollen Kontakt zu stabilisieren und auszubauen.

Allein schon die Tatsache, dass suizidale Gedanken oder erwogene Suizidpläne einem anderen anvertraut werden, bietet die große Chance, mit dem Betroffenen nach Alternativen zu suchen, und dabei die Tragfähigkeit der Beziehung zu festigen.

E) Fazit

*Aus der Sicht der Suizidprophylaxe, aus allgemein ethischer Sicht und aus der Sicht der AutorInnen dieser Broschüre ist jeder Mensch, der von der Suizidabsicht eines anderen erfährt oder Zeuge von Suizidhandlungen wird, in der Pflicht und daher aufgefordert, **alles ihm Mögliche zu tun, um eine Selbsttötung abzuwenden.***





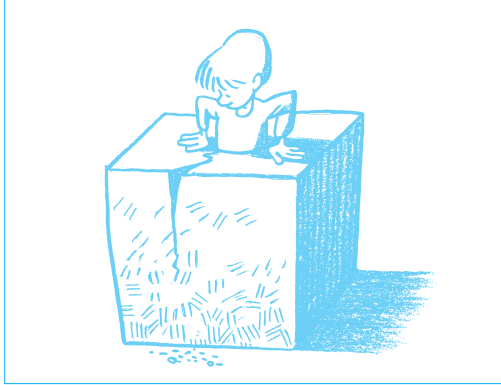
4

SERVICE-TEIL

Literatur

1. Fachbücher

- Born, M.:** Selbstmord @ Internet. Beiträge und Hintergründe. Jugendliche melden sich zu Wort. Eschborn 2005
- Bronisch, Th. & Sulz, S. (Hrsg.):** Krisenintervention und Notfall in Psychotherapie und Psychiatrie. München 2009
- Bründel, H.:** Jugendsuizidalität und Salutogenese: Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche. Stuttgart 2004
- Bründel, H.:** Tatort Schule. Gewaltprävention und Krisenmanagement an Schulen. Schulmanagement konkret. Köln 2009
- Dickhaut, H. H.:** Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für helfende Berufe und Eltern. Weinheim 1995
- Diekstra, R.:** Pflaster für die Seele. Wie man mit Alltagsdepressionen fertig wird. Hamburg 1991
- Döring, G.H.:** Stieffamilien und Suizidgefährdung. In: Suizidprophylaxe 31 (2004), Heft 3
- Dormann, W.:** Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbststötungsabsichten. Stuttgart 2009
- Eink, M. und Haltenhof, H.:** Basiswissen. Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Basiswissen 8. Bonn 2006, ³2009
- Fiedler, G. & Lindner, R. (Hrsg.):** So hab ich was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens. Göttingen 1999
- Giernalczyk, Th.:** Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. Tübingen 2003 (Praxisnah und konkret werden verschiedene Krisen und Suizidgefährdungen behandelt und die Belastungen von Helfenden angesprochen.)
- Götze, P. & Richter, M. (Hrsg.):** Aber mein Inneres überlässt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten. Göttingen 2000
- Henseler, H.:** Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Wiesbaden 2000
- Junglas, J. (Hg.):** Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. Beiträge zur allgemeinen PSYCHOtherapie 5, Bonn 2007
- Kaiser-Asmodi, K.:** Suizidprävention bei Adoleszenten. Ein familienpsychologischer Ansatz auf der Grundlage der Familienresstheorie. Frankfurt/M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien 1997
- Käsler, H. & Nikodem, B.:** Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen. München 2001
- Kind, J.:** Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen 2005
- Klosinski, G.:** Wenn Kinder Hand an sich legen. Selbsterstörerisches Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. München 1999
- Mahnkopf, A.:** Basiswissen. Umgang mit depressiven Patienten. Basiswissen 10. Bonn 2007, ²2009
- Mess, A.:** Wenn die Hoffnung stirbt. Selbstmord – Hilfen für Angehörige und Mitbetroffene. Moers 2003
- Meurer, S.:** in: Müller W, & Scheuermann, U. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe. Stuttgart 2004
- Mosebach von, K.:** Depressionen und Suizid im Kindes- und Jugendalter - Präventive Maßnahmen und Hilfen für Angehörige und Hinterbliebene. 2008
- Orbach, I.:** Kinder, die nicht leben wollen. Göttingen 1997
- Ringel, E.:** Selbstmord. Appell an die anderen. München 1989
- Rupp, M.:** Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart 2. Aufl. 2003
- Sachsse, U.:** Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und die therapeutische Bewältigung. Göttingen 2008
- Schwalm, P.:** Suizidalität von Jugendlichen. Perspektiven sozialpädagogischen Handelns. Marburg 2005 (Eine Auseinandersetzung mit den Themen: Jugend als Lebensphase, Suizidhandlungen im Jugendalter, Suizidtheorien, Wahrnehmung des Suizidgeschehens von Jugendlichen und Suizidprävention)
- Schütz, J.:** Ihr habt mein Weinen nicht gehört. Hilfen für suizidgefährdete Jugendliche. Frankfurt a. M. 1994



Wedler, H. et al. (Hrsg.): Therapie bei Suizidgefährdung – Ein Handbuch. Regensburg 1992

Wenglein, E. et al.: Selbstvernichtung, Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten. Göttingen 1996

2. Praxisorientierte Texte

Bründel, H.: Suizidpräventionsprogramme in der Schule. Informationen für Schulpsychologen. Heft 39. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, Soest 1994

Bründel, H.: Suizidpräventionsprogramme in der Schule. Eine Unterrichtseinheit zur Krisenintervention und Prävention für Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe 1 und 2. Informationen zur Schulberatung Heft 20. Soest 1994, s. auch: http://www.learn-line.nrw.de/angebote/schulberatung/main/downloads/bl_h20_bruendel.pdf

Ewerhart, M. & Scheven, C. & Schlegel, M.: Wenn die Seele überläuft. Junge Menschen erleben psychische Krisen: Angst, Ess-Störungen, Suizid. Lehrerbegleitband mit CD für Sek. I und II, Bonn 2001

Herrmann, M., Meurer, S., Witte, M.: Suizid und Suizidprävention in der Schule, in: Lehrer – Schüler – Unterricht, Stuttgart 1997

Hömmen, C.: Mal sehen, ob ihr mich vermisst. Menschen in Lebensgefahr. Reinbek 1993

Knapp, A.: Der Suizid – Selbstmord und Selbstmordversuch. Fünf Unterrichtseinheiten. Frankfurt a. M. 1996

Knopp, M. - L. & Heubach, B. (Hrsg.): Irrwege, eigene Wege. Junge Menschen erzählen von ihrem Leben nach der Psychiatrie. Bonn 1999

Knopp, M. - L. & Napp, K. (Hrsg.): Wenn die Seele überläuft. Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie. Bonn 42000

Knopp, M. - L. & Ott, G. (Hrsg.): Total durchgeknallt. Hilfen für Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen. Bonn 2002

Pöhls, V.: Suizid in der Popmusik. Suizidprophylaxe. Theorie und Praxis. Roderer Verlag, Heft 2, 1997, S. 79–93

3. Trauerbewältigung

Basler, S., Schins, M.-Th. (Hrsg.): „Warum gerade mein Bruder?“ Trauer um Geschwister Reinbeck 1992 (rororo Sachbuch 9176)

Böhle, S.: „Damit die Trauer Worte findet“. Gespräche mit Hinterbliebenen nach einem Suizid. Bern, München, Wien 1992

Brockmann, E. & Paul, Ch.: Trauer nach Suizid bei Kindern und Jugendlichen. 2007

Dioda, K. & Gomez, T.: Warum konnten wir dich nicht halten: Wenn ein Mensch, den man liebt, Suizid begangen hat. Stuttgart 2006

Andres, P.: Wir wollen leben. Suizid in der Familie bewältigen. Bonn 2009

Hartmann von, R.: Therapeutische und beratende Arbeit mit Eltern suizidierter Kinder. Einbeck 2004

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

Jauch-Hesse, F.: Und fehlen wirst du uns immer ... für meinen Sohn Nils, der mit 19 Jahren nicht mehr leben wollte. Hamburg 2004

Johanson, K.: „Als ob ich Luft wäre“. Kinderbuch: Tod des Vaters, Todesgedanken der Tochter. Heidelberg 1983

Lang, B.: Leben ohne dich. Wenn geliebte Menschen in den Tod gehen. Berlin 2006

Lorbach, I. E.: Sehnsucht nach meiner Schwester: Leben nach dem Tod eines geliebten Menschen. 2009

Meixner-Wülke, E.: Wege aus der Dunkelheit. Angehörige um Suizid (AGUS) 2008

Mend, H.: Ein letzter Brief zum Abschied - Mein Weiterleben nach dem Suizid meines Sohnes. 2007

Mess von Brendow, A. Ch.: Wenn ich das geahnt hätte: Suizid - Hilfe für Angehörige und Mitbetroffene 2009

Ozelburger, M.: Suizid: Das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege. München 2002

Paul, Ch.: Warum hast du uns das angetan? Ein Begeitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat. Gütersloh 2006

Pachaly, A. & Schell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter/Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Heft 2005/54,6

4. Suizidalität und Recht

- Pohlmeier, H., Schöch, H. & Venzlaff, U.** (Hrsg.): Suizid zwischen Medizin und Recht. Stuttgart 1996
- Pohlmeier, H. & Venzlaff, U.:** Psychiatrische Begutachtung von Suizidhandlungen, in: Foerster, K. & Venzlaff, U. (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München 2000
- Rahn, E. & Mahnkopf, A.:** Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Psychiatrie Verlag 2000, S. 559 f.
- Weber, M. M.:** Rechtsprobleme der Behandlung suizidaler Patienten. In: Psychotherapeut 4, 1999, S. 91-98

5. Belletristik

- Asher, J.:** Tote Mädchen lügen nicht. München 2009, aus dem Amerikanischen: Thirteen reasons why, New York 2007 (Clay Jensen findet ein Päckchen mit 13 Kassetten von einer ehemaligen Mitschülerin Hannah Baker, die sich vor zwei Wochen umgebracht hat, eine für jeden der dreizehn Personen, die ihre Entscheidung zum Suizid mit auslösten. Clay ist einer davon.)
- Boie, K.:** Mit Kindern redet ja keiner. Frankfurt 2005 (Kinderbuch: Selbsttötungsversuch der depressiven Mutter)
- Diekmann, M.:** Die Prinzessin von Zweelo. Recklinghausen 1983 (Junges Mädchen rätselt über den Tod des Bruders.)
- Hesse, H.:** Unterm Rad. Frankfurt/M. 1993
- Goethe, J.W.:** Die Leiden des jungen Werther. Stuttgart 1993
- Green, H.:** „Ich habe Dir nie einen Rosengarten versprochen – Bericht einer Heilung“. Reinbeck 2000
- Hornby, N.:** A Long Way Down. Köln 2006 (Vier lebensmüde Menschen treffen zufällig in der Silvesternacht auf einem Hochhaus aufeinander. Sie setzen den Sprung in den Tod aus und lernen sich bei weiteren Treffen kennen.)
- Korschunow, I.:** Die Sache mit Christoph. München 2003 (Martin setzt sich damit auseinander, ob der Fahrradunfall seines Freundes Christoph ein Suizid war)
- Kruse, M.:** Der Schattenbruder. München 1994 (Hetja muss sich mit den subtilen Angriffen seines Schattenbruders auseinandersetzen, bevor er die väterliche Burg zurückerobern kann)
- Kuhn, Krystyna:** Aschenputtelfluch. Würzburg 2009 (Jule, neu auf dem Internat, sucht die Hintergründe für den Suizid einer Mitschülerin aufzuklären

und gerät selber in ein suizidales Geschehen hinein.)

- Marchetta, M.:** Josy sucht Josy. Ravensburg 1997 (Ein Mädchen findet zu sich und wird vom Suizid eines Freundes überrascht.)
- Momochi, R.:** Confidential Confessions Band 1, Tokyopop 2004 (Dieser Band der Mangareihe Confidential Confessions setzt sich in der Kurzgeschichte „Die Tür“ mit dem Thema Suizid auseinander)
- Morgenstern, Sandra:** ... eigentlich will ich leben! Erzählung über zwei 16-jährige Mädchen in einer jugendpsychiatrischen Klinik. Dörenhagen 2006
- Musil, R.:** Die Verwirrungen des Zöglings Törless. Reinbek 1993 (Subtile Pubertätsstudie)
- Pressler, M.:** Stolperschritte. Ravensburg 2008
- Plenzdorf, U.:** Die neuen Leiden des jungen W. Frankfurt 1976
- Salinger, J.D.:** Der Fänger im Roggen. Reinbek 1971 (Kritische Lebensphase eines Jugendlichen.)
- Torberg, F.:** Der Schüler Gerber. München 1990 (Die Tragödie eines ungleichen Kampfes, geprägt von Selbstherrlichkeit und Machtmissbrauch)
- Twain, M.:** Die Abenteuer des Tom Sawyer.
- Wedekind, F.:** Frühlings Erwachen. Ditzingen 2000
- Willemsen, R. (Hrsg.):** Der Selbstmord in Berichten, Briefen, Manifesten, Dokumenten und literarischen Texten. München 2006
- Yumoto, K.:** Eine Schublade voller Briefe. Japan 1997, aus dem Englischen von Gabriele Haefs, Düsseldorf 2003 (Nach dem Tod des Vaters ziehen Chiaki und ihre Mutter in ein neues Haus. Chiaki beginnt Briefe an ihren Vater zu schreiben, als sie von der alten Vermieterin erfährt, dass diese bei ihrer Beerdigung Briefe für Verstorbene mitnehmen wird.)
- Zanger, J. de:** Warum haben wir nichts gesagt? Weinheim 2009 (Hintergründe zum Suizid eines Klassenkameraden)
- Zanger, J. de:** Pupu und die gelben Briefe. Kevelaer 1988 (Unfalltod oder Suizid der Großmutter)

Suizidalität bei jungen Menschen in Filmen

TV-Filme: Suizidalität bei jungen Menschen

- „Heute bin ich froh, daß ich lebe“, 42 M., ZDF, Doppelpunkt vor Ort, 3. 1. 1990
- „Ich bin ja nur eine Last für Euch“ – Wenn Kinder sterben wollen, 42 M., Berliner Klinik „Wiesengrund“, NDR 1993.
- Es werden Kinder und Jugendliche dargestellt, die entweder durch eigene Hand starben, oder aber einen Selbsttötungsversuch überlebt haben. Eine dichte und einfühlsame Darstellung der Suizidthematik.

„Tod eines Schülers“, 1–6, je 60 M., 1981, ZDF

Sechstelliger Film – mit suizidpräventiver Zielsetzung – um den Tod eines 19-jährigen Schülers. In jedem der sechs Einzelfilme wird die Selbsttötung des Schülers aus einer anderen Perspektive nachgezeichnet (aus der Sicht der Eltern, der Lehrer, der Mitschüler, der Polizei, der Freundin und aus seiner eigenen Perspektive). Ein gelungenes Gesamtwerk jedoch mit z.T. verhängnisvoller Wirkung infolge eines sehr suggestiven Filmvorspannes, der anscheinend eine besondere Wirkung hatte.

„Hand an sich legen“. Freitod in Deutschland. Gespräche mit Menschen, die versuchten, sich das Leben zu nehmen – über Umstände, Motive, die zu diesem Schritt führten. 30 M., 1994, ZDF.

„Ich will wieder leben.“ Junge Menschen nach einem Selbsttötungsversuch, WDR 1990, 28 M.

„Ich kann nicht mehr.“ (über Suizidversuche ...), 29 M., 1995, Landesfilmfest Bayern

„Tagebuch eines Selbstmörders.“ Ein Film von Christian Liffers. 30 M., 2001, ZDF. Bert S. führt Tagebuch über die letzten vier Jahre seines Lebens in Balingen. Von der Volkstanzgruppe zum Techno, über Drogen-erfahrungen zu psychotischen Zuständen; schließlich Selbsttötung auf einem Bahngleis. Fachlicher Kommentar von Rainer Thomasius und persönliche Schilderungen von Familienangehörigen und Freunden.

Suizidalität in Filmen

Für Präventionsarbeit in Teilen oder ganz geeignet:

„Niemand sagte: Tu's nicht!“ von J. Wiederemann u.a., BRD '97, 13 Min.

Ein Schüler erlebt in seinen wichtigsten Lebensbereichen – Familie, Freundschaft/Partnerschaft, Schule – Konflikte, die sich für ihn verhängnisvoll zuspitzen. Zunehmend überlegt er sich, ob er sein Leben selbst beenden soll.

„Ein kurzer Film über die Liebe“ von K. Kieslowski, Polen '88, 88 Min.

Ein junger Mann beobachtet eine schöne Nachbarin mit dem Fernrohr. Er verliebt sich in sie und nähert sich ihr an. Sie weist ihn ab. Er versucht sich das Leben zu nehmen ...

„Kill me later“ von M. Ripoll, USA '93, 9 Min.

Irgendwo in einer amerikanischen Großstadt auf dem Dach eines Hochhauses begegnen sich zwei Menschen, einander wild fremd, gefangen jeweils in ihrer ausweglosen Situation: eine junge Frau, die sich selbst töten möchte, und ein Bankräuber auf der Flucht. Not und Zufall machen

sie für kurze Zeit zu Schicksalsgefährten. *Kill me later* ist ein tragischer Film über Leben und Tod, aber auch über das Aufkeimen von Liebe und Hoffnung.

„Harold und Maud“ von H. Ashby, USA '71, 91 Min.

Mit fingierten Selbsttötungsversuchen versucht Harold seine Mutter zu beeindrucken, bis er die achtzigjährige Maude kennenlernt. Die beiden freunden sich an, doch die Beziehung wird durch den Freitod von Maude beendet.

„Stirb später, Liebling“, 2000, 105 Min.

„Hallo Jule, ich lebe noch“, 2009, WDR, von H. und B. Umbreit, 43 Min.

Die WDR-Autoren Heidi und Bernd Umbreit dokumentieren den Kontakt von Jule und Anna über viele Monate hinweg. Der Film schildert in sensiblen Bildern und Gesprächen die schwierige und gleichzeitig hoffnungsvolle Beziehung beider junger Frauen. Und er erzählt von Julian und Alexandra, die damit leben müssen, den Freund, die Schwester durch Suizid verloren zu haben. endet.

„Der Ketchup-Effekt“, 2004, Schweden, 90 Min., von T. Fabik

Coming of Age Drama über eine 13-jährige Schülerin, die sich an ihrer neuen Schule gegen Unterstellungen und Ausgrenzung durchsetzen muss.

Für Präventionsarbeit mit Einschränkungen geeignet:

„Der Klub der toten Dichter“ von P. Weir, USA '88, 123 Min.

Die bedingungslose Disziplin, die u.a. an einem Traditionsinternat von einem neuen Lehrer ideenreich und überzeugend in Frage gestellt wird, führt einen der Schüler in Opposition zu den Berufsplänen seines Vaters. Der angedrohten „Strafversetzung“ an eine Militärakademie entzieht sich Neil Perry, indem er sich tötet.

„Der Teufel, möglicherweise“ von R. Bresson, Frank. '77, 92 Min.

Vier junge Menschen in Paris. Alle vier versuchen, gegen die heutige Industrie- und Konsumgesellschaft zu rebellieren. Sie lieben sich, und sie lassen einander leiden. Bressons Film handelt von der universellen Zerstörung der Welt im Namen des Fortschritts. Er wendet sich kompromisslos gegen das Bündnis aller Ordnungsmächte mit dem Ziel, den Menschen im Sinne einer Akzeptierung des Übels zu beeinflussen.

Die Regierungen, die Wissenschaften und die Kirchen haben versagt. Die einsame Selbsttötung des Anti-Helden Charles, der sich jedem Engagement verweigert und dessen Krankheit darin besteht, dass er klar sieht, erscheint als Vorwegnahme eines millionenfachen Mordes.

„Die Überlebenden“ von A. Veiel, BRD '95, 90 Min.

Drei ehemalige Mitschüler fehlen bei einem Klassentreffen. Andres Veiel zeichnet halbdokumentarisch, anhand von Berichten von Freunden, Verwandten und Bekannten, die Lebenswege seiner drei Mitschüler bis zu ihrem selbst gewählten Tod nach.

„Le Jeune Werther“, Frank. '92, 100 Min.

Die Selbsttötung eines 14jährigen schreckt seine MitschülerInnen auf: Hatten die Eltern schuld, die Lehrer, oder gar er selbst? Ismael, der beste Freund des Toten, versucht dessen unglückliche Liebe zu einem Mädchen auf den Grund zu gehen und erlebt am eigenen Leib Leidenschaft, Hoffnung und Enttäuschung. Blendend gespielte, sensible Studie der Gefühlswelt Heranwachsender, die sich grundsätzlichen Fragen von Leben und Tod, Liebe und Freundschaft stellen. Trotz mitunter stark stillisierter Dialoge glaubwürdig und fesselnd.

„Bittere Tränen“ von Y. Grimm, BRD '98/99, 67 Min.

Der Dokumentarfilm erzählt, ohne Kommentar und Voyerismus, von drei Suizidschicksalen und macht das Tabu „Selbsttötung“ zum Thema.

„Charly macht Schluß“ von H. Kopetzky, U. Schmitz, BRD '80, 36 Min.

Am Beispiel der fiktiven Figur des Jugendlichen „Charly“ wird der Ablauf eines Prozesses aufgezeigt, an dessen Ende die Selbsttötung als letzte Konsequenz erscheint.

„Der letzte Ausweg für Thomas?“ BRD '79, 37 Min.

Thomas, ein 16jähriger Schüler, fühlt sich isoliert und den täglichen Anforderungen von Schule und Elternhaus nicht mehr gewachsen. Bei seinen Eltern findet er kaum Verständnis, und seine Freundin hat sich einem anderen Jungen zugewandt. Sein Schulabschluß ist durch schlechte Noten gefährdet.

„Die letzten Jahre der Kindheit“,

Ein Vierzehnjähriger kommt immer wieder in Konflikt mit den Behörden und nimmt sich schließlich in der U-Haft das Leben. Er ist einer authentischen Begebenheit nachgezeichnet.

„Jimmy's Tod – Und was kam danach?“, USA, 96, 100 Min.

Eine Familie zerbricht an der Selbsttötung des 18-jährigen Sohnes.

Filme, in denen Suizidalität thematisiert wird

[Zur Information und/oder zur Unterhaltung, für Präventionsarbeit nur z.T. geeignet]

„I hired a contract killer“, von A. Kaurismäki, Finn. '90, 75 Min.

Ein Mann kommt nichtklar mit seinem Leben und heuert einen Berufs-

killer an, um ihn gegen Bezahlung umzubringen, nachdem er selbst es nicht geschafft hat. Allerdings verliebt er sich unmittelbar danach in eine junge Frau und möchte nicht mehr sterben. Nun hat er ein Problem mit seinem Auftragskiller.

„Die Filzlaus“, von E. Molinaro, Frank./Ital. 71, 80 Min.

Ein Mann möchte sich umbringen, doch stört er mit seinen Versuchen einen Profikiller. Gut gespielt und amüsant inszenierte Geschichte, die allerdings die psychodynamische Komponente und die mögliche Verzweiflung des potentiellen Selbsttötters nicht zu transportieren vermag. Amüsanter und unterhaltsamer Klamauk.

„Das Irrlicht“, von L. Malle, Frank. '63, 108 Min.

Nach einer Entziehungskur erlebt ein junger Mann seine Isolation in einem sozialen Umfeld, das er als beziehungsarm erlebt. Im Verlauf eines Tages trifft er frühere Freunde, die ihn spüren lassen, dass er zu einem Außenseiter geworden ist. Er beendet sein Leben.

„Innenleben“, von W. Allen, USA '78, 91 Min.

Ein wohlsituiertes Familienvater verlässt seine Frau und seine drei erwachsenen Töchter. Die bürgerliche Idylle zerbricht.

„Gloomy Sunday“, von R. Schübel, BRD '99.

Eine Dreiecksbeziehung in Budapest vor und während des zweiten Weltkriegs bildet die Grundlage für die Filmhandlung. Eine Selbsttötung zu Beginn des Films misslingt, was Jahre später zu dramatischen Ereignissen führt.

„Ist das Leben nicht schön?“, von F. Capra, USA '46.

Ein verzweifelter Familienvater wird von seinem Schutzengel vor seiner Selbsttötung bewahrt. In Rückblenden führt der ihn durch sein zurückliegendes Leben und zeigt ihm dabei, was aus seiner Welt ohne ihm hätte werden können.

„Nacht Mutter“, von T. Moore, USA '86, 92 Min.

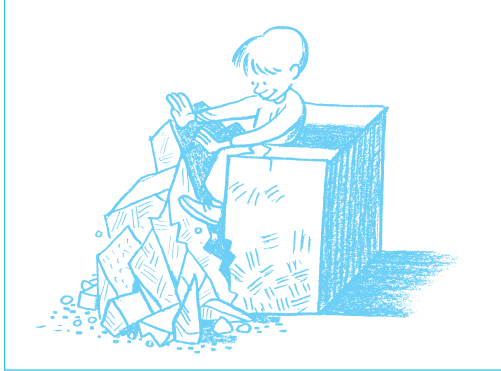
Eine junge Frau verkündet ihrer Mutter, dass sie sich umbringen wird. Das führt zu einem dramatischen Wortgefecht.

„The Virgin Suicides“, von S. Coppola, USA 2000,

Ein engherzige, religiöse Mutter hält ihre lebenshungrigen Töchter von allen Gleichaltrigen und deren Erfahrungswelt fern. Sie schottet sie in häuslicher Isolationshaft von der Welt da draußen unbarmherzig ab und provoziert dadurch eine Serie von Selbsttötungen.

„Der Siebente Kontinent“, von M. Haneke, Öster. 1989, 111 Min.

Drei Personen, eine Kleinfamilie, ertragen die Enge ihrer Existenz nicht mehr. Sie wählen den schleichenden Gifttod, als Reise in den ‚siebenten Kontinent‘.



„**Wilbur wants to kill himself**“, v. L. Scherfig, D/GB/S/F, 2002, 100 Min.

„Ein Film, der dem Themenkomplex um Leben, Liebe, Tod, Glück und Unglück mit einem Schuss englischen Humors auf den Grund zu gehen versucht, wobei er formal zu neuen Ufern aufbricht. Unterstützt von einem starken Schauspieler-Ensemble, verdichtet sich die bittersüße Tragikomödie zur humorvoll-nachdenklichen Studie über die „erträgliche Schwere des Seins“.“

Musik-Stücke aus der Popmusik für die Suizidprävention mit jungen Menschen

Die hier exemplarisch erwähnten Musikstücke verdanken wir zu wesentlichen Teilen den Ausführungen von Volker Pöhls (‘Suizid in der Popmusik’, Suizidprophylaxe 91 [1997], Heft 2, 79 ff.).

Auch die von uns verwendete Einteilung der Stücke nimmt Bezug auf dessen Kategorisierung. Wir haben allerdings seine sechs Kategorien stark vereinfacht und uns im Folgenden auf eine Zweiteilung beschränkt.

So finden sich in der einen Gruppierung Lieder, die eine diffuse, spezielle oder suizidale Krise beziehungsweise einen vollendeten Suizid thematisieren. In der zweiten Gruppe finden sich dagegen Lieder, die darüber hinaus einen Mut machenden Aspekt enthalten, wie u.U. mit schwierigen Lebenslagen umgegangen werden kann, oder wie Krisen zum Positiven gewendet werden könnten.

Musik-Stücke, die Krise und Suizidalität behandeln:

Robert Long (1981): „**Jos**“
 Bobby Gentry (1967, 1985): „**Ode to Billy Joe**“
 Simon & Garfunkel (1992, 1995): „**Richard Cory**“
 PUR (1993): „**Noch ein Leben**“
 Paul Simon (1992, 1995): „**A Most Peculiar Man**“
 Die Ärzte (1995): „**Die traurige Ballade von Susi Spakowski**“
 Heinz-Rudolf Kunze (1982): „**Das Ultimatum**“

Georg Danzer (1983/84): „**Menschliche Wärme**“
 Die Ärzte (1995): „**Trick 17 m. S.**“
 Georg Danzer (1981): „**Monika**“
 Fools Garden (1994): „**Lemon Tree**“
 Chris Christofferson: „**Freedom’s Just Another Word**“
 Hermann van Veen: „**Der Mann, der so gerne nicht mehr leben wollte**“
 Clowns & Helden: „**Die Beerdigung**“
 Ossi Osborne: „**Suicide Solution**“

Musik-Stücke, die Mut machen und eine positive Konnotation enthalten

R.E.M. (1994): „**Everybody Hurts**“
 Peter Gabriel & Kate Bush (1986): „**Don’t Give Up**“
 Peter Maffay: „**Auf dem Weg zu mir**“
 Johnny Nash: „**I Can See Clearly Now**“
 Elton John: „**Sad Songs**“
 Gilbert O’Sullivan: „**Where Peaceful Waters Flow**“
 Bob Marley: „**Three Little Birds**“
 M People: „**Search for the Hero**“
 R. Kelly: „**I Believe I Can Fly**“
 Savage Garden: „**Crash and Burn**“
 James Taylor/Carol King: „**You’ve Got a Friend**“
 Mike and the Mechanics: „**All the Light I Need**“
 Don McLean: „**American Pie**“
 The Weather Girls: „**It’s Rainin’ Man**“
 Eric Clapton: „**Tears in Heaven**“
 PUR: „**Solang ich noch am Leben bin**“
 Simon & Garfunkel: „**I Am a Rock**“
 Gloria Gaynor: „**I Will Survive**“

Die Auswahl soll lediglich Anregungen bieten, um selbst im eigenen Archiv fündig zu werden, da der persönliche Geschmack am besten gewährleistet, dass die ausgewählten Lieder die anvisierte Zielgruppe wirklich authentisch erreichen.

Weitere bekannte Lieder zur Auswahl unter www.bardeswelt.de

Internet-Kontakte

Internet-Fachanschriften zur Hilfe und Information bei Suizidalität, Psychotherapie und Beratung

Hinweise zu Suizidprävention und bundesweite Krisendienste

Internetseite der „Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS)“
www.suizidprophylaxe.de

Internetseite des „Nationalen Suizidpräventionsprogrammes für Deutschland (NaSpro)“ eine Initiative der DGS
www.suizidpraevention-deutschland.de

Angebote für betroffene und Angehörige

Homepage der Beratungsstelle NEUmland, Berlin
www.neuhland.de

Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen
www.die-arche.de

Homepage des „Hamburger Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS)“
www.uke.uni-hamburg.de/Clinics/Psych/TZS/

BundesArbeitsGemeinschaft Kinder- und Jugendtelefon e. V. (BAG)
www.kinderundjugendtelefon.de

E-Mail-Beratung für junge Menschen in Lebenskrisen durch gleichaltrige PeerberaterInnen
www.u25-freiburg.de

E-Mail-Beratung durch PeerberaterInnen des Tübinger Online-Projekts mit Chat-Angebot
www.youth-life-line.de

Hompages der Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeitskreise Leben
www.ak-leben.de

Forum der Angehörigen um Suizid e. V. (AGUS)
www.agus-selbsthilfe.de

Homepage von W. Dormann, Bamberg
www.krisen-intervention.de/suizinfo.html

Angebote von konfessionellen Trägern

Seelsorge und Beratung per Mail und Chat durch MitarbeiterInnen der Telefonseelsorge.
www.telefonseelsorge.de

Onlineberatung von Caritas und Diakonie
www.beratung-caritas.de und www.evangelische-beratung.info

Arbeitsgemeinschaft christliche Onlineberatung
www.christliche-onlineberatung.de

Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung
www.evangelische-beratung.info

Kath. Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung
www.katholische-eheberatung.de

Weitere Angebote durch konfessionell freie Träger

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V. (DAJEB)
www.dajeb.de

Bundesweite Onlineberatung eines konfessionell freien Trägers
www.das-beratungsnetz.de

Selbsthilfeangebote

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
www.nakos.de

Hilfe zur Selbsthilfe und Beratung
www.selbstmordforum.de

Christlich orientierte Internetseelsorge-, Beratungs- und Selbsthilfeplattform auch für Kinder und Jugendliche
www.kummernetz.de

Hinweise auf Berufs- und Fachverbände

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
www.bkjpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

www.dgkjp.de

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

www.degpt.de

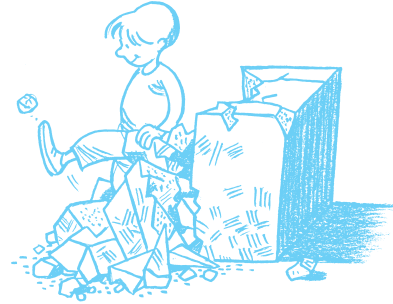
Hinweise zu Psychotherapie und Therapiesuche

Information zu Psychotherapie

www.psychotherapie.org

Informationen zur Suche nach Psychotherapeutinnen

www.psychotherapiesuche.de



ADRESSEN DES AKL IN BADEN – WÜRTTEMBERG

LANDESGEMEINSCHAFT DER ARBEITSKREISE LEBEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG HILFE IN LEBENSKRISEN UND BEI SELBSTTÖTUNGSGEFAHR

AKL Tübingen
Österbergstr. 4
72074 Tübingen
Krisenberatung
Tel: 07071/19298
Geschäftsstelle:
Tel: 07071/92210

AKL Leonberg e.V.
Im Klinikum Leonberg
Rutesheimer Str. 50
71229 Leonberg
Tel.: 07156/405745

AKL Nürtingen
Bahnhofstr. 2/1
72622 Nürtingen
Krisenberatung
Tel: 07022/19298
Geschäftsstelle:
Tel: 07022/39112

AKL Reutlingen
Karlstr. 28
72764 Reutlingen
Krisenberatung
Tel: 07121/19298
Geschäftsstelle:
Tel: 07121/44412

AKL Freiburg
Oberau 23
79102 Freiburg
Tel: 0761/33388

AKL Heilbronn
Bahnhofstr. 13
Heinrich Fries Haus
74072 Heilbronn
Tel: 07131/164251

AKL Sindelfingen
Birkenstr. 3b
71116 Gärtringen
Tel: 07031/3049259

AKL Stuttgart
Römerstr. 32
70180 Stuttgart
Tel: 0711/600620

AKL Karlsruhe
Hirschstr. 87
76137 Karlsruhe
Tel: 0721/8200667

AKL Kirchheim
Alleenstr. 92
73230 Kirchheim u. T.
Tel: 07021/75002

www.ak-leben.de



Selbst
Lebens