

19.06.2014

Lebensbedrohlich – und was dann?

Suizidales Verhalten von Jugendlichen

Ein Vortrag für die Wilhelm-Wisser-Schule, Eutin

Referentinnen: Regina Sanger & Margarete Udolf
Dipl. Psychologinnen

Psychologische Praxis

für Beratung und Traumapädagogik

Fortbildung und Fachberatung für
die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
Regina Sanger und Margarete Udolf

Telefon 0421/20 67 862
Hollerstraße 9, 28203 Bremen

kontakt@traumapaedagogik-bremen.de
www.traumapaedagogik-bremen.de



Definition und Ursachen von Suizidalität

„Mit mir muss ja etwas verkehrt sein, sonst wär mir das alles nicht passiert. Ich hab das ja verdient. Und ein besseres Leben habe ich auch nicht verdient. Am besten wär so-wieso, ich wär gar nicht mehr da.“ (aus Spangenberg: „Dem Leben wieder trauen“)

Definition von Suizidalität

1. „Selbsttötung ist eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung mit tödlichem Ausgang. Es ist nicht entscheidend, ob der Tod beabsichtigt wurde oder nicht“ (nach W. Dormann, 2002).
2. „Eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung, von der der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen konnte, ob er/sie sie überleben wird oder nicht.“ (Selbsttötungsabsichten nach Stengel, 1970)

In dem Suizid sind drei verschiedene Formen suizidalen Erlebens und Verhaltens subsumiert:

1. Suizidideen
2. Suizidversuche / Parasuizide
3. Suizide

Einteilung von Suizidversuchen nach Motiven der Klientin und Ernsthaftigkeit ihrer Intention:

1. Parasuizidale Pause (mittels Tabletten “abschalten wollen”)
 2. Parasuizidale Geste (Appel an die Mitmenschen im Vordergrund, auf die Not aufmerksam machen)
 3. Parasuizidale Handlung (Autoaggression im Vordergrund im Sinne eines missglückten Suizides)
- Suizidarrangement: sorgt der Suizident dafür, dass er/sie nach dem erfolgten Suizidversuch schnell gefunden wird?

Suizidmethode:

1. “weich” (Einnahme von Drogen und Medikamenten)
2. “hart” (sich erhängen, sich erschießen, sich ertränken, vor ein Auto oder Zug springen, von einem hohen Gebäude springen etc.)

Akute Suizidgefahr

Psychosoziale Krise bedeutet den Verlust seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er von den Ereignissen und Lebensumständen überfordert ist und sie nicht bewältigen kann. Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für Krisen! In der Adoleszenz können Identitäts-, Autoritäts-, Selbstwert-, Depersonalisations-, narzisstische und depressive Krisen können die Grenze zum Notfall überschreiten.

Statistik zu Suizid bei Kindern und Jugendlichen

Suizid bei Kindern und Jugendlichen ist statistisch schwer zu erfassen. Gerade bei jüngeren Kindern wird ein Suizid oft für einen Unfall gehalten, weil Kinder keinen Abschiedsbrief hinterlassen, wie es ältere Jugendliche und Erwachsene tun. Die Todesumstände haben oft etwas Zufälliges: Verkehrsunfälle, Stürze aus großer Höhe, Ertrinken, Erhängen, tödliche Verletzungen durch Gewehre oder Pistolen. Bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren ist Suizid die 2.-3. häufigste Todesursache, davon 2/3 Jungen und 1/3 Mädchen.

Kriminalstatistik in Deutschland: ca. 200 - 300 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre jährlich, diese Zahl ist seit Jahren relativ konstant:

1999: 321 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, davon 35 unter 15 Jahren, 26 Jungen, 9 Mädchen

2006: 231 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, davon 31 unter 15 Jahren, 21 Jungen, 10 Mädchen

2012: 204 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre

davon 184 zwischen 15 und 19 Jahren, 139 Jungen, 45 Mädchen

davon 20 unter 15 Jahren, 11 Jungen, 9 Mädchen

davon 0 Kinder unter 10 Jahren;

376 junge Erwachsene unter 25 Jahren, 300 Männer, 76 Frauen

alle Altersgruppen: 9.890, 7.287 männlich, 2.603 weiblich (mehr als alle Verkehrs-, Drogen- und Aids-Tote zusammen)

Die Dunkelziffer unerkannter Suizide (Verkehrsunfälle, Drogentote) ist um einiges höher.

Quelle: Kriminalstatistik BRD 2012, Statistisches Bundesamt

Suizidversuche

Über Suizidversuche gibt es keine Statistik, die geschätzte Zahl ist über alle Altersklassen hinweg ca. 10 mal , bei Jugendlichen ca. 20 - 30 mal so hoch wie die der Suizide. Suizidversuche werden zu 2/3 von Frauen und Mädchen begangen. Versteht man Suizidversuche auch als einen Schrei nach Hilfe, so kann man davon ausgehen, dass Frauen eher als Männer auch in zugespitzten Situationen in der Lage sind, nach Hilfe zu rufen. Männer scheinen demgegenüber ihrer klassischen Rolle zu erliegen und seltener Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie kommen auch deutlich weniger in Beratungseinrichtungen.

Ursachen von Suizidalität

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Ursachen für die Entstehung von Suizidalität bei Mädchen und Jungen in den seltensten Fällen in ihrer Persönlichkeit liegen, sondern vielmehr Folgen traumatischer Erlebnisse und Verluste, unaushaltbarer Familienzustände und sog. für das Kind / Jugendlichen unlösbarer Probleme:

- Verlust einer wichtigen Bezugsperson durch Tod, Trennung oder Scheidung
- Loyalitätskonflikte, Schuldgefühle bei Trennung oder Scheidung der Eltern
- Depression und Suizid eines Elternteils, der Eltern
- Misshandlung und Vernachlässigung
- Gewalt innerhalb der Familie und im familiären Umfeld
- Familienkrisen (Krankheit, Kämpfe, Alkoholismus, Arbeitslosigkeit)
- Leistungsdruck und Schulversagen (und die dahinter verborgenen Konflikte)

Keiner der genannten Faktoren führt per se zu suizidalem Verhalten. Es braucht eine ganz besondere Dynamik, die selbstzerstörerisches Verhalten der Kinder fördert, für Verzweiflung sorgt, sich als Problem zeigt, dem das Kind nicht entgehen kann, dessen Lösung aber nicht in seiner Macht liegt, ein unlösbares Problem, eine Situation ohne Ausweg.

Das unlösbare Problem nach Israel Orbach

Das unlösbare Problem bezieht sich auf eine psychische Situation des Kindes, in der es sich gefangen und ohnmächtig erlebt. Das Kind entwickelt die Einschätzung, dass eine Lösung seines Leids nicht in Aussicht ist und dass kein Verhalten diesen Umstand ändern kann. Diese Wahrnehmung kann leicht zu Depressionen führen, zum Gefühl, abgelehnt zu werden und schließlich zum Suizid.

Das unlösbare Problem ist wichtig für Beurteilung einer suizidalen Entwicklung und hat seinen Ursprung in Familienkonflikten bzw. Elternkonflikten, deren Lösung außerhalb der kindlichen Einflussmöglichkeiten liegt. Dem Kind wird untergründig die Verantwortung für das Problem zugeschoben (Sündenbock-Position).

Spezifische Familiendynamik suizidgefährdeter Jugendlicher

Wie bei dem einzelnen trifft es auch auf die ganze Familie zu, dass in Krisenzeiten bisher verdeckte Spannungen und Konflikte, insbesondere Probleme in den Beziehungen untereinander, plötzlich und massiv an die Oberfläche kommen. Nicht nur die Jugendlichen, sondern die ganze Familie durchlebt eine Krise.

Ein Selbstmordversuch und auch die Selbstmordgefährdung zeigen, dass die Familie ihre Konflikte nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann. Häufig ist in den Familien eine schon lange vorher entstandene Beziehungs- und Kommunikationsstörung festzustellen.

Dies kann sich z.B. so auswirken, dass Probleme und Konflikte nicht mehr miteinander ausgetragen, sondern "totgeschwiegen" und "unter den Teppich gekehrt" werden. Oder in der Familie bestimmen Unsicherheit, Unverständnis oder auch Respektlosigkeit den Umgang miteinander. Unterschwellige Vorwürfe und Enttäuschung, unausgesprochener Ärger und Wut haben sich angesammelt und "vergiften" die Atmosphäre.

Betrachtet man die Familiengeschichten, kann man eine gewisse Häufung von Bedingungen feststellen, die zu einem Selbstmordversuch führen können, aber nicht zwangsläufig müssen. Sie können sich auch in anderen selbstzerstörerischen Verhaltensweisen wie Drogenkonsum, Essstörungen oder psychosomatischen Krankheiten einen Ausdruck verschaffen:

- Die Familiengeschichte ist von plötzlichen Trennungen, Tod oder Selbstmord eines Verwandten bestimmt. Die schmerzliche Auseinandersetzung mit diesen Ereignissen und den Gefühlen ist nicht gelungen, das Geschehen zu einem Tabu geworden
- Eine Trennung ist nicht real vollzogen, aber ein Beziehungspartner, oft der Vater, ist nicht wirklich anwesend oder nicht "greifbar". Zum anderen Elternteil, der Mutter, kann eine sehr intensive, andere ausschließende Beziehung entstehen. Unerfüllte Wünsche, Enttäuschungen, Lebensängste der Mutter können dann die Bedürfnisse insbesondere von Mädchen an den Rand drängen. Wachsen die Mädchen heran und wollen selbständig werden, sich lösen, müssen sie den "Lebensinhalt" der Mutter massiv in Frage stellen. Die Beziehung der Eltern muss dann zum Thema werden.
- Konflikte zwischen den Eltern werden über die Jugendlichen ausgetragen, sie müssen Partei ergreifen und sind hin- und hergerissen. Plötzlich sind sich die Eltern wieder einig, die Rollen, die die Jugendlichen einnehmen müssen, wechseln ständig. Sie müssen sich ständig den Bedürfnissen der Eltern anpassen, alles ist verwirrend, undurchschaubar. Die Jugendlichen werden ausgenutzt und überfordert. Sie können sich nie "richtig" verhalten, da sie sich immer gegen ein Elternteil wenden müssen.
- Konflikte werden nicht geklärt, sondern durch Verschweigen oder durch das "Recht des Stärkeren" entschieden. Die Jugendlichen erleben Spannungen, "Explosives" im Untergrund und lernen nicht, sich auszudrücken.
- Alle Erfahrungen von Gewalt in der Familie, offene oder unterschwellige Feindseligkeit und Hass, psychische, körperliche und sexuelle Misshandlungen, bestimmen das Selbstwertgefühl. Gewalt durch die Eltern erfahren zu müssen, kann die Schwelle, sich selbst Gewalt anzutun,

erheblich verringern. Dazu kommt, dass Gewalterlebnisse in der Familie, besonders sexuelle Gewalt, in Peinlichkeit und Scham versteckt und verschwiegen, zu einem Familiengeheimnis werden. So kann das Kind sich darüber nicht äußern, muss alles in sich verbergen und gerät so noch mehr in ein Gefühl der Aussichtslosigkeit und Resignation.

- Auch psychische Gewalt kann zerstören. Dazu gehören z.B. Erniedrigungen, Verspotten, Entwertungen, übermäßige Kontrolle und Einengung und auch Aussagen wie: "Man hätte dich besser abgetrieben" oder "wenn ich gewusst hätte, wie du bist, hätte ich dich nicht geboren."

Trauma und Suizidalität

Wenn Jugendliche Misshandlungen ausgesetzt waren, entwickeln sie oft starke Zweifel an ihrer Existenzberechtigung. Sie bilden oft Glaubenssätze über ihre eigene Person, um den traumatisierenden Erlebnissen einen Sinn zu geben: „Ich bin wertlos und habe es nicht besser verdient“. Sie neigen zu einer Schematisierung der Wahrnehmung von Geborgenheit, Risiko, Verlust, Verletzung, Schutz und helfendem Eingreifen: "Die Welt ist schlecht", "Das alles hat keinen Sinn", "Mir kann man nicht helfen", "Ich habe keine Zukunft", „Es ist sowieso zu spät“ usw. Viele misshandelte Mädchen und Jungen verfügen auch über ein geringes Selbstwertgefühl bis hin zu Wertlosigkeit.

Ein Suizid(versuch) kann sowohl als direkte Folge von Gewalterfahrungen oder erst Jahre nach den traumatisierenden Erlebnissen passieren. Untersuchungen ergaben, dass durch Gewalt Traumatisierte nicht nur eine ausgesprochen ungesunde Lebensführung (wie erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum und vermehrter Nikotinabusus) sondern auch eine 12-mal höhere Häufigkeit an Suizidversuchen aufweisen. Bei traumatisierten Jugendlichen kann suizidales Handeln auch Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Wut ausdrücken und nicht vom tatsächlichen Wunsch, sterben zu wollen, motiviert sein.

Anzeichen von Suizidalität (Hilferufe) bei Jugendlichen

- soziale Isolierung
- aggressiv-abwehrendes Verhalten
- Stimmungsschwankungen
- Veränderung der äußeren Erscheinung, auch eingeschränkte Mimik und Gestik
- auffällige Verhaltensweisen, z.B. Essstörungen, vermehrter Drogen-, Alkoholkonsum, Leistungsveränderung in der Schule, Schulverweigerung, Aufgabe von Hobbys, Interesselosigkeit
- vermehrte Unfallneigung (vor allem bei kleineren Kindern)
- konkrete Handlungen, z.B. Sammeln von Tabletten, Gegenständen zur Selbstverletzung, Waffen, immer intensiver werdendes SVV allgemein, Verschenken von geliebten Dingen
- vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum
- anhaltende körperliche/psychosomatische Symptome, z.B. Erschöpfung, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühle
- Leistungsabfall, Schulvermeidung
- Vernachlässigung bisheriger Interessen
- verbale Äußerungen, die auf eigene Wertlosigkeitsgefühle, Belastungen oder Planungen hinweisen
- schriftliche Äußerungen, z.B. Andeutungen von Suizidgedanken oder testamentarische Verfügungen, Zeichnungen und Symbole (schwarze Kreuze, Gräber, deprimierende Bilder)
- Zeichnungen und Symbole
- philosophische Auseinandersetzung mit Tod und Suizid

Funktion suizidalen Verhaltens

Suizidales Verhalten ist auch der **Ausdruck einer gestörten Beziehung**: Suizidgedanken entstehen in Verbindung mit anderen Menschen. Negative Erfahrungen und Erlebnisse verdichten sich bei suizidalen Jugendlichen zu einem Gefühl der Wertlosigkeit, sie fühlen sich oft ungeliebt, überfordert, hilflos, eingengt. Sie empfinden ihre Probleme als unlösbar.

Suizidales Verhalten ist ebenso ein **Kommunikationsversuch**, es ist der Versuch, mit anderen in Kontakt zu treten, zu zeigen, „ich weiß nicht mehr weiter“, der Wunsch, bemerkt zu werden. Er wird als Hilferuf ausgesandt, der dringend einen Empfänger sucht. Die meisten Jugendlichen und auch jungen Erwachsenen, die einen Suizidversuch unternehmen, wollen nicht wirklich tot sein. Sie wollen ihre Ruhe haben, alle Probleme los sein.

„Ich will eigentlich leben, aber so wie jetzt kann ich nicht mehr“, ist ein häufiger Ausspruch. Oft nehmen sie dennoch das Risiko, an einem Suizidversuch zu sterben, in Kauf.

Jeder Suizidversuch sollte ernst genommen werden, auch wenn er nicht zu einer tatsächlichen Lebensbedrohung geführt hat. Die Erfahrung zeigt: wenn auf einen Suizidversuch kein Hilfsangebot folgt, wächst die Gefahr erneuter, lebensbedrohlicherer Versuche.

Suizidalität ist (genetisch betrachtet) nicht erblich. Es gibt aber Familien, in denen sich Suizide oder Suizidversuche über mehrere Generationen hinweg häufen. Suizidales Verhalten wird in diesen Familien als "Problemlösungsstrategie" weitergegeben.

Ein Suizidversuch ist in den meisten Fällen kein Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung, sondern einer gravierenden Lebenskrise. Die Abgrenzung von dem Vorliegen eines psychiatrischen Notfalls z.B. bei akuten Psychosen, ist aber in der Praxis sehr wichtig. Beratungsstellen und Kriseneinrichtungen, die auf das Thema Suizidalität spezialisiert sind, können um Rat gefragt werden!

Dynamik und Entwicklungsmuster von Suizidversuchen

- suizidales Verhalten als vernünftige Lösung einer unerträglichen Lebenssituation = einmalige, momentane Lösung, ein Auswischen der Vergangenheit in einem Versuch, neu zu beginnen
- Einengung der Vorstellungswelt und Wertewelt, Situation wird als ausweglos erlebt, Hoffnungslosigkeit
- Suizidversuch wird oft begleitet von Gefühlen großer Ruhe und wohltuender Entspannung nach extremer Anspannung
- Trotz Angst, Scham- und Schuldgefühlen wird der Selbstmordversuch zum Ventil für inneren Druck (Angst z.B. vor drastischen, auch positiven Veränderungen in der nahen Zukunft).

Einschätzung der Suizidgefahr

- direkte oder indirekte Andeutungen von Selbstmord: „so nicht mehr leben wollen“, „Schluss machen“, „das Leben nicht mehr ertragen oder aushalten können“
- frühere Suizidversuche oder Suizidankündigungen
- Veränderungen in Verhalten oder Einstellung, v.a. Rückzugsverhalten
- Depressive oder psychotische Entwicklung
- erkennbare akute Krise
- auffälliges Bemühen um Klärung gestörter Beziehungen zu anderen Menschen oder um Versöhnung
- Gefühlsschwankungen, Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit, Schmerzunempfindlichkeit
- Depression, Schlafstörungen, Hoffnungslosigkeit, Grübeln

- Vorbereitungen wie für eine große Reise – ohne dass eine solche geplant ist
- Testamenterstellung, Abschiedsbriefe
- Verschenken von Besitz und besonders lieb gewordenen Dingen
- Einengung der Wertewelt
- Suizidgedanken (aktiv und passiv = drängen sich auf)

Kriterien zur professionellen Beurteilung der Suizidgefahr

1. Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe

- Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit
- Depressive Episoden
- Psychotische Episoden
- Suizidankündigung in der Vergangenheit
- Suizidversuch in der Vergangenheit

2. Akute Krise?

3. Suizidale Entwicklung

- Erwägung (Suizid als Möglichkeit)
- Abwägung (dafür und dagegen)
- Entschluss (ja für Suizid)

4. Präsuizidales Syndrom

- Dynamische und affektive Einengung
- Suizidgedanken (aktiv und passiv)
- Einengung der Wertewelt

Handlungsleitfaden bei Suizidalem Verhalten für die Schule

1. Einschätzung der Gefährdung

Ob eine tatsächliche Gefährdung vorliegt, muss und kann bei Jugendlichen sehr konkret nachgefragt werden!

Suizidales Verhalten ist ein Kommunikationsversuch, es ist der Wunsch, bemerkt zu werden und zu zeigen, ich weiß nicht mehr weiter. Das Motiv für einen Suizidversuch ist für die meisten jungen Menschen nicht der Wunsch, tot zu sein. Sie wollen vielmehr ihre Ruhe haben, ihre Probleme loswerden = Ausdruck einer gravierenden Lebenskrise. Bei Jugendlichen führen konkrete Lösungsvorschläge meist zu Zurückweisung als undurchführbar. Mehr Sinn macht es, Ressourcen zu stärken, denn Lösungsideen können letztendlich nur selbst entwickelt werden.

2. KollegInnen, Beratungs- / VertrauenslehrerIn und Schulleitung hinzuziehen

Bei Verdacht auf Suizidalität bei Jugendlichen ist es wichtig, mit den Sorgen nicht alleine zu bleiben, sondern zunächst im Rahmen der Schule Unterstützung für sich und für den / die Jugendliche zu suchen. Es ist wichtig mit den Betroffenen abzuklären, wer informiert werden soll und wie z.B. die Eltern informiert werden können. Dabei können weitere externe ExpertInnen helfen:

3. Externe ExpertInnen hinzuziehen

Es ist immer hilfreich für sich und oder für den betroffenen Jugendlichen ExpertInnen hinzuzuziehen, z.B. eine Beratungsstelle für Jugendliche, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, das Jugendamt, der / die Hausärztin etc.

ExpertInnen arbeiten dann häufig mit folgenden **Kriseninterventionsstrategien**:

- Aufbau / Festigung einer tragfähigen Beziehung (Gesprächsfokus auf aktueller Lebenssituation)
- Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
- Verstehen der Bedeutung und der subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
- Suizidalität abklären (offen ansprechen, nicht dagegen anreden)
- Problemanalyse (Krisenauslöser, Krisenhintergrund, Ressourcen, Lebensgeschichte)
- Containing von Gefühlen und Leid (Ermutigung, negative Gefühle wie Trauer, Schmerz, Schuld, Aggression zuzulassen und zu zeigen, Anteilnahme)
- Stellvertretende Hoffnung (keine falsche Tröstung, aber aus der Perspektive des Helfers vorstellbare positive Entwicklung anbieten)
- Stützen in der Konfrontation mit der Realität (Verleugnungstendenzen und Realitätsverzerrungen entgegenwirken, Konfrontation mit der Realitätssicht des Helfers)
- Ermutigung zur Wiederherstellung der wichtigsten Beziehungen zu Angehörigen und Freunden
- Kontaktangebote als Hilfe zur Selbsthilfe
- Hilfskräfte im Sinne des Ichs unterstützen (Positive Pausenwünsche fördern, evtl. kurze Zeit Medikamente, Krankschreibung)
- Schädlicher Regression entgegenwirken (Alkohol, Drogen, Medikamente, Krankenhauseinweisung, soziale Isolation u.a.)
- Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen
- Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen auch für künftige Krisen, Coping-Behaviour

Wichtig: Es geht darum, Zeit zu gewinnen, Suizid und die belastenden Probleme offen und nicht wertend anzusprechen, Verabredungen zu treffen (z.B. Anti-Suizid-Vertrag), transparent zu handeln.

4. Anlässe für eine Klinikeinweisung:

- erhebliche Selbstgefährdung (durch ambulante Krisenintervention nicht verändert)
- erhebliche Fremdgefährdung (z.B. Aggression, selbstgefährdendes Verhalten, erweiterte Suiziddrohung)
- nach Suizidversuch (medizinische Abklärung, weiterbestehende Suizidalität)
- psychopathologischer Befund (schwere Depressivität, wahnhaft, agitiert, desorientiert) und kein ausreichender Gesprächskontakt herstellbar
- kein ausreichendes ambulantes Betreuungs-/Therapieangebot möglich
- Soziale Situation: keine Hilfsressourcen vorhanden, soziales Umfeld überfordert und erschöpft, Herausnahme aus dem sozialen Krisenfeld angezeigt
- Arzt, Notarzt, Polizei, Sozialpsychiatrischen Dienst hinzuziehen

Fallstricke und Gefahren im Umgang mit Suizidgefährdeten

Das Thema Suizidalität ist immer noch ein Tabuthema, das zahlreiche Emotionen weckt.

Vor einem möglichen "Krisengespräch" ist es sinnvoll, sich mit seinen eigenen Gefühlen zum Thema Suizid auseinander zu setzen. Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Ärger, Wut oder Schuldgefühle werden natürlicherweise in demjenigen ausgelöst, der mit einem suizidalen Menschen konfrontiert ist. Sie sind es wert, wahrgenommen und ernst genommen zu werden. Während des Gesprächs ist es für uns selbst wichtig, mit diesen Gefühlen "in Kontakt" zu bleiben, die empfundene Angst um den anderen auch zu äußern, die eigenen Grenzen zu spüren. Allgemeingültige Rezepte für den Umgang mit suizidgefährdeten Menschen gibt es nicht, aber es gibt hilfreiche Leitlinien.

Es sind nicht die Gefühle des Gefährdeten, sondern die eigenen, die das konkrete Nachfragen verhindern!

Vermieden werden sollte:

- Mit dem suizidalen Menschen über den Sinn oder die Legitimation zu diskutieren
- Sich in Schweigeversprechen einbinden zu lassen
- Angebote zu machen, die nicht eingehalten werden können
- Sich unter Druck setzen zu lassen
- Vorschnelle Tröstung
- Ermahnungen
- Verallgemeinerung
- Ratschläge
- Belehrungen
- Herunterspielen des Problems (ggf. des Suizidversuchs!)
- Beurteilen und Kommentieren
- Nachforschen, ausfragen, analysieren
- Vorschnelle Aktivitäten entwickeln
- Gegenübertragungsfällen (narzisstische Ansprüche und Enttäuschung)
- eigene depressive Tendenzen und Todeswünsche bzw. deren Verleugnung
- Trennungsgänge übersehen
- Provokation persönlich nehmen
- Einseitige Betonung der Aggressionsproblematik
- Übersehen der Beziehungsproblematik
- Bagatelisierungstendenzen des Betroffenen mitmachen
- Mangelnde Exploration der jetzigen und ev. früheren Umstände, die zu Suizidalität geführt haben
- Zu schnelle Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten
- Überhöhte Ansprüche an die eigene Kompetenz, Omnipotenzgefühl

Literaturempfehlung

Fachliteratur

- Bering, R.: Suizidalität und Trauma. Diagnostik und Intervention zur Vorbeugung suizidaler Erlebniszustände
- Birnbacher D.: Selbstmord und Selbstmordvorsorge aus ethischer Sicht. in: Leist A. (Hrsg.): Um Leben und Tod.
- Doerner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie
- Dormann, W.: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten
- Fischer, G.: Neue Wege aus dem Trauma
- Huber, M.: Trauma und die Folgen
- Huber, M.: Wege der Traumabehandlung
- Kunz, S., Scheuermann, U., Schürmann, I. (2004): Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung
- Meurer, S.: „Wenn ich das machen würde ... wäre ich ja wirklich tot.“ – Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen, in: Müller, W. & Scheuermann, U. (Hrsg.), 2004: Praxis Krisenintervention
- Orbach, Israel (1990): Kinder, die nicht mehr leben wollen
- Sonneck, G.: (Hrsg.): Krisenintervention und Suizidverhütung
- Spangenberg, E.: Dem Leben wieder trauen. Traumaheilung nach sexueller Gewalt. Patmos, 2008
- Winkel, S.: Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Universität Bremen
- Wolfslast, G., Schmidt, K.: Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag

Kriminalstatistik BRD 2012, Statistisches Bundesamt Wiesbaden

Selbsthilfe-Handbücher für Betroffene

- Reddemann, L.: Eine Reise von 1.000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Herder, 2007
- Reddemann, L., Dehner-Rau, C.: Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Trias, 2006