

Vortrag von Margarete Udolf, Dipl. Psychologin und Fachberaterin für Psychotraumatologie gehalten am 01.07.2010 in Kiel in Kooperation mit dem Autonomen Mädchenhaus Kiel e.V.

*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 sowieso, ich wär gar nicht mehr da.“
(aus E. Spangenberg: “Dem Leben wieder trauen“)*

Definition von Suizid

„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.“ (Stengel)

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

1. Suizidideen
2. Suizidversuche
3. Suizide

Im vollendeten Suizid findet Suizidalität ihren stärksten Ausdruck. Nach dem Suizid kann die bewusste Intention oft nicht mehr festgestellt werden und die Abgrenzung zum Unfalltod gestaltet sich manchmal schwierig.

Definition von Parasuizid

Ersetzt heute zunehmend den Begriff des Suizidversuchs. Laut WHO wird Parasuizid als eine Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der eine Person absichtlich ein nicht-habituell Verhalten zeigt, das ohne Intervention durch Dritte eine Selbstschädigung bewirken würde.

Einteilung von Suizidversuchen nach Motiven der Betroffenen 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 die SuizidentIn 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.)

Suizidales Verhalten

Bei Kindern und Jugendlichen drückt suizidales Verhalten eine momentane oder auch langfristige Beziehungsstörung aus. Es werden impulsive und dranghafte Handlungen unterschieden; das suizidale Verhalten bei Jugendlichen ist durch besonders große Impulsivität gekennzeichnet (Baving, 2004). Suizidales Verhalten ist auch ein Kommunikationsversuch im Sinne eines Hilferufes, da die/der Betreffende allein nicht weiter weiß sowie die Verdeutlichung einer Lebenskrise.

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.

Traumatische Krise:

Schock - Reaktion → Bearbeitung → Neuorientierung



- Chronifizierung
- Krankheit
- Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
- Suizidales Verhalten

Veränderungskrise:

Konfrontation → Versagen → Mobilisierung → Vollbild der Krise



Bewältigung



- Rückzug / Resignation
- Chronifizierung

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.

Suizid bei Kindern und Jugendlichen in Zahlen

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. 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 202 zwischen 15 und 19 Jahren, 157 Jungen, 45 Mädchen

davon 29 unter 15 Jahren, 20 Jungen, 9 Mädchen

davon 2 Kinder unter 10 Jahren, 1 Junge, 1 Mädchen;

364 junge Erwachsene, 297 Männer, 67 Frauen

alle Altersgruppen: 9.765, 7.225 Männer, 2.540 Frauen

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

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.

Suizidales Verhalten bei Kindern

Ein umfassendes Verständnis von Tod und seiner Endgültigkeit entsteht erst ab einem Alter von 7 Jahren. Suizidalität bei Kindern ist erkennbar als eine Annäherung an den Tod als Prozess. Dabei spielen die Reaktionen der Umwelt auf die Beschäftigung mit dem Tod und erste Suizidversuche eine sehr große Rolle: suizidales Verhalten ist immer ein Kommunikationsversuch, es ist der Wunsch, bemerkt zu werden und zu zeigen, „ich weiß nicht mehr weiter!“ = Hilferuf!

Die größte Gefahr selbstzerstörerischen Verhaltens im Kindesalter ist nicht der sofortige Tod, sondern eher die Entwicklung einer selbstzerstörerischen Persönlichkeit. Zu einem späteren Zeitpunkt führt das Kind den Suizid dann tatsächlich aus. So scheint die größere Häufigkeit des Selbstmords von Jugendlichen nicht nur durch das plötzliche Auftreten unerträglicher Lebensbedingungen oder dem altersgemäßen Gefühlsaufruhr bedingt zu sein. Es ist wahrscheinlich, dass Suizid in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter auf Impulse zurückgeht, die bereits in früheren Jahren entstanden sind.

Ursachen und Dynamik von Suizidalität

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

- 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)

Viele Opfer von Gewalt verfügen über ein geringes Selbstwertgefühl und fühlen sich oft wertlos. Gewalterfahrungen können zu einem Suizid(versuch) als direkte Folge oder erst Jahre später führen. Untersuchung ergaben, dass durch Gewalt Traumatisierte nicht nur eine ausgesprochen ungesunde Lebensführung (wie erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum und vermehrter Nikotinabusus) aber auch eine 12-mal höhere Häufigkeit an Suizidversuchen aufweisen.

Das unlösbare Problem nach Orbach, 1990

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). Daher ist es notwendig, die Familie bzw. mindestens die Eltern in die Arbeit mit einzubeziehen.

Suizidgefährdete Mädchen

- Sind in der Familie ungewünscht und ungewollt, emotional verwaorlost,
- Werden abgelehnt oder überfordert,
- Wachsen in einer gespannten Familienatmosphäre auf,
- Machen Gewalterfahrungen (psychisch und/oder körperlich und sexuell),
- Müssen als Partnerersatz fungieren,
- Haben bereits mehrere Trennungen und Brüche erfahren. Diese lang andauernden Belastungsfaktoren bestimmen das Lebensgefühl der suizidgefährdeten jungen Mädchen.

Empfindungen suizidaler Mädchen

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

In der Phantasie türmt sich vor ihnen ein unüberwindlicher Berg von Problemen auf und hinter ihnen droht der Abgrund.

Suizidales Verhalten ist ebenso ein Kommunikationsversuch, es ist der Versuch, mit anderen in Kontakt zu treten, den anderen zu zeigen, „ich weiß nicht mehr weiter“, der Wunsch, bemerkt zu werden. Er wird als Hilferuf ausgesandt, der dringend einen Empfänger sucht.

Die meisten Mädchen, 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 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 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!

Signale und Alarmzeichen von Suizidalität (Hilferufe)

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

- Soziale Isolierung:
Suizidgefährdete Menschen ziehen sich häufig aus ihren bisherigen Beziehungen zurück. Bestehende Freundschaften oder Beziehungen werden vernachlässigt oder abgebrochen. Für andere ist dieses Verhalten oft nicht nachvollziehbar.
- Aggressiv abwehrendes Verhalten: Die destruktiven Gefühle eines Suizidgefährdeten führen manchmal zu aggressivem, abwehrendem Verhalten gegen die Außenwelt. Sind die Reaktionen der anderen ebenso aggressiv, verstärken sich die negativen Gefühle.
- Stimmungsschwankungen: Die Stimmungen wechseln häufig zwischen übermütig überdreht und depressiv.
- Veränderung der äußeren Erscheinung: Mimik, Gestik, Stimme wirken ausdrucksarm, die äußere Erscheinung wirkt, anders als sonst, vernachlässigt.
- Änderung des Essverhaltens mit starker Zu- oder Abnahme des Gewichts
- Weglaufen von zu Hause
- Vermehrter Alkohol, Drogenkonsum
- Selbstverletzungen (Ritzen, Schneiden, Verbrennungen)
- Vernachlässigung von bisherigen Interessen
- Leistungsabfall, Schulverweigerung
- Verbale Äußerungen: „Mir ist sowieso alles egal“, „Es wäre für alle besser, wenn es mich nicht mehr geben würde“, „ich will nur noch in Ruhe gelassen werden“...
- Schriftliche Äußerungen, Testamentarische Verfügungen, Gedichte, Schulaufsätze, die sich mit dem Thema Tod auseinandersetzen, Abschiedsbriefe
- Zeichnungen und Symbole wie: Schwarze Kreuze, Gräber, deprimierende Bilder
- Philosophische Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Suizid
- Konkrete Handlungen wie das Sammeln von Tabletten, Beschäftigung mit der Wirkung von harten Drogen, Verschenken liebgewordener Sachen oder Haustiere
- Körperliche Symptome wie Erschöpfung, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühle

Handlungsstrategien bei akuter Suizidgefährdung

- Einschätzung der Gefährdung durch sehr konkretes und kompetentes Nachfragen bei betroffenen Mädchen!
- Es sind nicht die Gefühle des Gefährdeten, sondern die eigenen, die das konkrete Nachfragen verhindern!
- Es sind nicht die Gefühle der Gefährdeten, sondern die eigenen, die das konkrete Nachfragen verhindern!
- Abklärung von Suizidgefährdung im Aufnahmegespräch und bei Verdacht
- Notfallpläne für das Team, die Einrichtung, Familie
- Kriseninterventionsmöglichkeiten und –grenzen in der ambulanten Betreuung
- Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatrie

Langfristige Stabilisierungsarbeit

- Psychoedukation der Betroffenen
- Rituale und Übungen zu Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Ressourcenliste erarbeiten
- Notfallkoffer für Krisensituationen zum Unterbrechen von suizidalen Gedanken
- Zeitweise Psychopharmaka zur Entlastung bei suizidalen Gedanken

Selbstfürsorge der Fachkräfte

Die Arbeit mit suizidalen Mädchen stellt eine hohe Belastung für die pädagogischen Fachkräfte dar. Die Anforderungen an persönliche Fähigkeiten und Professionalität in diesem Arbeitsfeld sind besonders hoch. Um hierbei eine gesunde Gelassenheit, Ruhe und Selbstsicherheit zu erhalten, braucht es neben guten Nerven vor allem hilfreiche Strategien der Stressbewältigung und Selbstfürsorge.

Stressbelastungen lassen sich durch Supervision, Fortbildungen und Übungen verringern. Ein wichtiger Aspekt zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen ist das Gefühl von Kontrolle über eigenes Tun (“mastery”) zu haben. Dazu zählen beispielsweise routinierte Handlungsabläufe wie strukturierte Vorgehensweisen und Checklisten, die professionelle Sicherheit geben.

Desweiteren wird mehr Sicherheit unter professionellen HelferInnen auch durch erprobte Teams und gute Leitung erreicht. Das Wissen über die Fähigkeiten der KollegInnen und das Vertrauen in ihre Kompetenzen helfen, Belastungen zu reduzieren und sich im Sinne der Psychohygiene und Selbstfürsorge gegenseitig stützen zu können.

Auch die Gestaltung des Alltags spielt eine große Rolle: Plakativ kann man die SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen dazu anzuregen, das zu tun, was sie den Mädchen raten! Das bedeutet konkret u.a.:

- Balance zwischen Arbeit und Freizeit
- Erlernen von persönlichen Abgrenzungstechniken
- Selbstfürsorge am Arbeitsplatz im Sinne von Ritualen und Imaginationsübungen sowie ausreichender Erholung und Urlaub

Literatur

- Breitenbach, G., Requardt, H.: Psychotherapie mit entmutigten Klienten. Therapeutische Herausforderung.
- 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