

Zeitschrift: Schweizer Schule
Herausgeber: Christlicher Lehrer- und Erzieherverein der Schweiz
Band: 80 (1993)
Heft: 10: Suizid bei Kindern und Jugendlichen

Artikel: Suizid und Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen
Autor: Rost, Barbara
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-531512>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 09.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Suizid und Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen

In den letzten Jahren ist in der Schweiz die Zahl der Suizide von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erheblich angestiegen. Entgegen der landläufigen Meinung, dass wer von Selbsttötung spricht, dies nicht ausführe, sind Suizidhandlungen meistens vorher angekündigt worden. Dies stellt die Frage nach der Erkennbarkeit der Suizidgefährdung und weiter nach Möglichkeiten der Prävention. Barbara Rost gibt dazu Hinweise.

Über die Häufigkeit von Suizidalität, Suizidversuchen und Suiziden bei Kindern und Jugendlichen

1990 wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in Basel sieben Jugendliche unmittelbar nach einem Suizidversuch gesehen (sechs Mädchen und ein Knabe), bei einer Gesamtzahl von Patientinnen und Patienten von 716. Zwei Jugendliche starben 1990 durch Suizid. 1991 wurden zwölf Jugendliche nach Suizidversuch gesehen (acht Mädchen und vier Knaben; Gesamtzahl der Patienten: 775). Ein vollendeter Suizid wurde registriert. 1992 waren es vierzehn Jugendliche nach Suizidversuchen (dreizehn Mädchen und ein Knabe; Gesamtzahl der Patienten 789). Zu einem vollendeten Suizid kam es bei keinem der Patienten der Klinik.

Was besagen solche Zahlen?

Sie sind zu vereinbaren mit Ergebnissen epidemiologischer Untersuchungen zur Häufigkeit und Geschlechtsverteilung von Suizidversuchen/Suiziden bei Kindern und Jugendlichen, sie sagen aber gar nichts aus über Ausmass und Häufigkeit von Todessehnsucht, Selbstmordgedanken und -impulsen sowie von Selbstmordgefährdung, die als solche nicht erkannt oder in Statistiken nicht speziell codiert wird, und sich z.B. in Unfällen, deliktischem Verhalten, Drogenkonsum, Intoxikationen, Depressionen, Essstörungen usw. verbergen kann.

In bezug auf die Suizidrate liegt die Schweiz im internationalen Vergleich im oberen Mittelfeld. Jährlich sterben in der Schweiz etwa 1500 Menschen durch Suizid: Dies bedeutet, dass täglich mindestens vier Menschen durch eigene Hand ihr Leben beenden (Haenel, 1992). Frauen unternehmen zwei- bis dreimal häufiger Suizidversuche als Männer, bei Männern ist der vollzogene Suizid etwa zwei bis dreimal häufiger als bei Frauen. In der Altersgruppe der 25- bis 34jährigen Männer stellt der Suizid in der Schweiz mit 29% die wichtigste Todesursache dar. Seit 1970 ist in der Schweiz ein Anstieg der Suizide für beide Geschlechter zu verzeichnen. Bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Zunahme besonders ausgeprägt. Suizide vor dem 14. Lebensjahr sind selten (Frey, 1990). Aber dennoch: In den neun Jahren von 1979 bis 1987 haben sich insgesamt

Jährlich sterben in der Schweiz 1500 Menschen durch Suizid – jeden Tag vier.

Das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch für Jugendliche wird auf etwa 1:50 geschätzt.

60 Kinder (bis 14 Jahre) in der Schweiz suizidiert (11 Mädchen und 49 Knaben). Im Alter von 15 bis 25 Jahren erfährt die Suizidquote einen erheblichen Anstieg. Das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch für Jugendliche wird auf etwa 1:50 geschätzt. Nur Schätzungen sind möglich, weil die Zahl der Suizidversuche nie genau erfasst werden kann. «Bis zu 80% derjenigen, die eine Suizidhandlung in der Anamnese aufweisen, hatten zuvor auf irgendeine Weise, durch Andeutungen, Bemerkungen oder Briefe, ihre Handlung vorausgesagt bzw. angekündigt. Dieses Faktum steht im Gegensatz zur Volksmeinung, wonach jemand, der von Selbsttötung spricht, diese nicht ausführen wird» (Haenel, 1992). In dem Wissen um solche Untersuchungsergebnisse stellt sich uns die drängende Frage:

Gibt es Zeichen, an denen wir die Suizidgefährdung eines Kindes oder eines Jugendlichen erkennen können?

Viele Forscher sind dieser Frage nachgegangen. Schon bei Erwachsenen ist es für ihnen vertraute, nahestehende Menschen oft ungeheuer schwierig, eine Suizidgefährdung rechtzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Bei Kindern und Jugendlichen ist diese Aufgabe um vieles komplizierter und schwieriger und zwar u.a. aus den folgenden Gründen:

1. Bei Kindern bilden sich konkrete Vorstellungen vom Wesen und von der Endgültigkeit des Todes frühestens im Alter von 7 bis 8 Jahren. Sie sind auch dann noch oft von einer ausgeprägten Unschärfe. Erst im 12./13. Lebensjahr ist eine zuverlässige Einsicht darüber zu erwarten, dass der Tod ein unwiderrufliches Ende des Lebens bedeutet. Das heisst, suizidale Handlungen bei Kindern sind nicht selten eine Art unvermittelter Flucht vor einem Hindernis, ohne Rücksicht resp. in Unkenntnis der Gefährlichkeit der Folgen. In solchem Zusammenhang können Weglaufimpulse in unerträglichen Situationen in Suizidversuchen münden, wie auch Suizidversuche zum vollzogenen Suizid «verunfallen» (Haenel, 1992).
2. Subdepressive und hypomanische Stimmungsausschläge gehören zu jeder normalen Pubertätsentwicklung, während der nicht selten abrupte Wechsel von tiefer Niedergeschlagenheit bis zu Hochgestimmtheit auftreten können. In solchen depressiven Verstimmungszuständen erlebt der Jugendliche qualitativ das Endlose der bestehenden traurigen Verstimmtheit viel intensiver, weil er noch über keine ausreichenden und ihn über das Stimmungstief hinwegtragenden Erfahrungen über die Begrenztheit und Endlichkeit trauriger und depressiver Vorstellungen verfügt. Er kann deshalb in solchen Verzweiflungssituationen zu abrupten Entscheidungen neigen und zu radikalen Lösungen greifen.

Erst mit 12/13 Jahren ist eine zuverlässige Einsicht darüber zu erwarten, dass der Tod ein unwiderrufliches Ende des Lebens bedeutet.

1955 hat Ringel für erwachsene Patienten das präsuizidale Syndrom benannt und die folgenden drei Merkmale des seelischen Zustands eines Menschen in einer suizidalen Krise beschrieben:

1. die zunehmende Einengung im Wahrnehmen und Erleben,
2. die destruktive Aggressivität/Autoaggressivität
3. Todes- und Suizidphantasien.

Die Einengung wird vom Gefühl der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins getragen. Alles erscheint unveränderbar, hoffnungs- und ausweglos. Entscheidend ist eine definitive Hoffnungslosigkeit. Der präsuizidale Mensch beginnt über den Selbstmord, als einzigen möglichen Ausweg, zu phantasieren, was dann der erste Schritt zu seiner Realisierung sein kann. Auch bei Kindern und Jugendlichen ist man der Frage nachgegangen, ob ein solches präsuizidales Syndrom erkenn- und beschreibbar ist und dann allenfalls wegweisend sein könnte bei der Früherkennung von Suizidalität bei Kindern. Bei einer Untersuchung an der Heidelberger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie fand man die folgenden Merkmale der Befindlichkeit des Jugendlichen vor dem Suizidversuch (Löchel, 1984): Es fanden sich konkrete Vorstellungen über die Durchführung eines Suizidversuches sowie Suizidgedanken in der Vorgeschichte. Im Vorfeld der Suizidhandlungen bestanden oft depressiv/dysphorische Verstimmungszustände und es traten häufig psychosomatische Symptome auf, wie Schlafstörungen, Veränderungen im Essverhalten, Müdigkeit sowie Konzentrationsstörungen.

Im Zustand einer definitiven Hoffnungslosigkeit beginnt der präsuizidale Mensch über den Selbstmord als einzigen möglichen Ausweg zu phantasieren.

Tabelle:
Präsuizidales Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (nach Löchel, 1984)

Hauptmerkmale

- Suizidgedanken, welche zunehmend vertrauter werden
- schon früh konkrete Vorstellungen über die Durchführung eines Suizidversuches
- Dysphorische Verstimmungen
- psychosomatische Symptome

Nebenmerkmale

- Gefühle, nicht geliebt zu sein (subj.)
- Gefühle der Einsamkeit
- Gefühle der Ausweglosigkeit
- Ängste
- Grübelzwänge
- Lustlosigkeit
- «Ausschlafen-Wollen»
- Leistungsabfall in der Schule
- Weglaufen
- Denken über das »Danach«

Aus: C. Frey, «Suizidalität in der Adoleszenz», Schweiz. Ärzte-Zeitung, 1990

Das heisst Andeutungen von Suizidideen, «Gerede» von Selbstmord, gezielte oder ungezielte Suiziddrohungen eines Kindes oder Jugendlichen sind immer als Alarmzeichen zu werten und erfordern dringend ein Gespräch mit dem Jugendlichen, insbesondere auch darüber, ob

konkrete Vorstellungen über die Durchführung eines Suizides, die Wahl oder die Beschaffung von Suizidmitteln usw. vorliegen. Gehäuftes Vorkommen von Suiziden oder Suizidversuchen in der Familie oder eigene frühere Suizidversuche sind selbstverständlich als zusätzliche Risiko- resp. Belastungsfaktoren zu werten.

Wie können wir, wenn überhaupt, den Erlebnishintergrund des Kindes begreifen?

Wichtig scheint mir der Hinweis darauf, dass nicht alle Suizidhandlungen «begreifbar» sind, u.a. deswegen, weil sie auch im Verlauf von psychiatrischen Erkrankungen auftreten, wie z.B. bei schizophrenen Psychosen oder psychotischen Depressionen, bei denen, wie man aus Verlaufsuntersuchungen weiss, die Suizidrate erhöht ist. Allerdings sind es nicht die Menschen, die an Affektpsychosen oder Schizophrenien leiden, die am häufigsten einen Suizid vollenden. Vielmehr sind es Menschen mit langanhaltenden Belastungen – zumeist emotionaler Art – traumatisiert durch eine ganze Reihe von unbewältigten Ereignissen. Auch für Kinder und Jugendliche gilt, dass Selbstmordhandlungen nur sehr selten Psychosen, hirnrorganische oder körperliche Erkrankungen zugrunde liegen, sondern meist langanhaltende psychosoziale Belastungen und chronisch-neurotische Fehlentwicklungen.

Das innere Erleben von Suizidgefährdeten ist in der Regel beherrscht von Gefühlen der Wert- und Bedeutungslosigkeit.

Jede einzelne suizidale Krise eines Kindes oder Jugendlichen hat ihre einmalige und einzigartige Dynamik und Erscheinungsform und erfordert unsere behutsamen und taktvollen Versuche, sie zu begreifen: Bewusste Motive zum Suizidversuch bei Jugendlichen stehen am häufigsten im Zusammenhang mit familiären Konflikten und Belastungen, an zweiter Stelle stehen Partnerschafts- oder Freundschaftskonflikte und Liebesenttäuschungen und an dritter Stelle die Schulprobleme. Das innere Erleben ist in der Regel beherrscht von Gefühlen der Wert- und Bedeutungslosigkeit. Der folgende, wörtlich zitierte Auszug aus dem Protokoll eines Gespräches mit Markus, 13jährig, soll als ein Beispiel eine solche Dynamik erhellen. Das Gespräch findet statt, ein Jahr nach einer langdauernden, schweren suizidalen Krise, die Markus zusammen mit seiner Ärztin im Rückblick noch einmal durchgeht und beschreibt.

«Was denkst Du, Markus, kann Kinder zu Selbstmordgedanken bringen?»

Markus: «Ja – wenn sie zu hohe Anforderungen an sich stellen und sagen – ich muss das packen, sonst bin ich nicht gut, für mich, und ich glaub wichtiger ist noch, nicht gut für meine Eltern; für alles Drum und Dran; wenn man überhaupt nicht zufrieden mit sich ist und denkt – ich bin hier so überflüssig auf der Welt, ich bereite nur Sorgen, dann – glaub ich – dann sieht man das als den besten Weg an zu sagen – ich hör auf mit Leben.»

«Glaubst Du, Markus, dass in solch einem Augenblick das Kind wirklich wünscht, tot zu sein?»

Markus: «Also – ich kenne das ja von mir selber – wünschen und denken – ist ganz gut; das kann vorkommen – da überlegt man sich schon viel – wie wär jetzt die Lösung? Und wie wär das? Ob das jetzt gut wär? Und es kommt dann auch vor, dass man dann losläuft – und einfach vor sich, praktisch vor sich, vor seiner Umgebung wegläuft, aber der Schritt dann zum Endgültigen, – ach – ich weiss nicht – sagen wir mal – jetzt schmeiss ich mich auf die Geleise – oder jetzt spring ich in das kalte Wasser rein – oder ich stoss mir jetzt das Messer zwischen die Rippen –, das ist in meinen Augen noch irgendwie was Höheres, also noch was viel Schwereeres. Es kann – und es ist dann natürlich immer die Gefahr da, dass das dann, jetzt aus – manchmal sogar aus Versehen dann passiert – wenn das Kind oben am Dachfirst steht und es schaut runter und dann entschliesst es sich anders – nur dann – kippt es halt. Das kommt vor – oder dass es – von mir aus – ins Wasser reinspringt, ist drin und will zurück – aber es geht dann nicht mehr. Aber ich glaube, die Phase, bis man wirklich den Schritt macht, ist nochmals 'ne Phase für sich.

«Ich weiss, Markus, dass Du im letzten Jahr oft so verzweifelt warst und zu Hause weggelaufen bist und gesagt hast, ich gehe weg und auch, ich bringe mich um. In welchen Augenblicken war denn Deine Verzweiflung so heftig, dass Du gedacht hast, so ist es unerträglich?»

Markus: «Da gab es verschiedene Situationen – es lief immer aufs Gleiche raus. Ich muss Leistung bringen, ich muss gut drauf sein, ich muss andere glücklich machen, ich muss alles im Griff haben. Alles häufte sich so auf – Schule – ich muss – ich muss Schule – ich muss gut sein – Schule, Sport, du brauchst Sport, du musst Sport machen – auch wenn ich schon so fertig war, dass ich Angst hatte, zusammenzubrechen. Alle möglichen Sachen kamen zusammen, wie auch mit Weihnachten. Das ist Fest – das ist schöne Zeit – aber Weihnachten ist auch Besorgungen machen – für mich war das alles – machst Du es jetzt richtig? Wie? Wieso? Warum? Da bin ich eigentlich immer, hab ich mich so reingesteigert – da hab ich nur noch Berge vor mir gesehen – war es jetzt 'ne Arbeit, war es jetzt 'ne Aufführung mit 'ner Gruppe, oder war es Sport – so hab ich mich reingeritten – Schule, noch 'ne Arbeit – vor allem war ich so getrieben – wollte ich einfach abhauen. Vielleicht einfach zu Oma und Opa – da war ich früher – so locker – so einfach – dort war Land, Erde, da ist keine Schule und so was alles. Ich dachte, dass ich es einfach nicht mehr packe, dass ich es nicht mehr schaffe – statt pfeiff doch drauf – ich hab auch Sachen, die man macht zum Spass, Sport, Klavier, das macht doch Spass – ich hab gedacht, die sehen mich als Versager – aber das war bestimmt nicht der Wunsch von meinem Vater – und dann hab ich gedacht, meine Eltern sind mich dann los, die haben dann das Problem los; ich hab ja gesehen, wie die auch verzweifelt waren, wie ich. Ich hab mir vorgestellt, meine Geschwister haben dann mehr Zeit für meine Eltern und meine Eltern für sie und einer ist weniger am Tisch und die haben dann auch mehr Geld. Daran habe ich auch gedacht, aber dass die traurig sind, dass die mich wirklich mögen, das habe ich ja gar nicht gedacht. Und ich habe mir zurechtgelegt – ich würde das Leben empfangen – ich sah da oben immer

«Ich muss Leistung bringen, ich muss gut drauf sein, ich muss andere glücklich machen...»

«... ich hab gedacht, die sehen mich als Versager...»

meine Oma und meinen Opa; den Opa, der mich mochte, so wie ich bin; der mir aus der Bibel vorgelesen hat; der war so stolz auf mich, auf den kleinen Ersten – eigentlich wollte ich zu dem hin...»

Markus spricht vom Gut-sein-Müssen, vom drohenden Versagen und indirekt damit von der drohenden Beschämung – vom dauernden Bemühen, gut genug zu sein, um nicht als Versager dazustehen. Von der Ohnmacht und Ausweglosigkeit, weil es nicht gelingt, das drohende Versagen abzuwenden. Und von den Hoffnungen auf das «Danach» (siehe Nebenmerkmale «Präsuizidales Syndrom», Tabelle S. 5, oben), auf Erlösung und Angenommen-Sein und den Stolz in den Augen des Grossvaters sehen. Markus wächst in einer intakten Familie bei sehr engagierten, liebenden und feinfühligem Eltern auf.

Gibt es Möglichkeiten der Prävention?

- Um vorbeugend wirken zu können, müssen wir die Ursachen von Selbstmordgefährdung und Selbstmordimpulsen bei Kindern und Jugendlichen kennen. Entsprechende wissenschaftliche Studien zeigen,
- dass es ein gehäuftes familiäres Vorkommen von Suizidhandlungen gibt,
 - dass psychische Störungen und Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen darstellen,
 - dass es Verbindungen von Suizidhandlungen mit Broken-Home-Faktoren gibt (Angabe solcher Faktoren in der Vorgeschichte jugendlicher Suizidanten, je nach Stichprobe zwischen 11 und 70%); gleichzeitig zeigen sie,
 - dass nur eine Minorität von Kindern aus sehr ungünstigen familiären Verhältnissen mit multiplen psychosozialen Belastungen in persönlichen Krisen mit Suizidhandlungen reagiert.

Es gibt keine einfachen Kausalitäten in seelischen Prozessen – also auch kein Rezept um suizidgefährdete Kinder und Jugendliche zu erkennen.

Das heisst: Es gibt keine einfachen Kausalitäten in seelischen Prozessen. Wir können uns weder an Ursachenkatalogen noch an Symptomlisten sicher orientieren, um suizidgefährdete Kinder und Jugendliche zu erkennen; wir müssen uns hingegen auf unsere Beobachtung, Wahrnehmung und eigene Gefühlsreaktionen stützen und wissen, welche Erlebnisqualitäten im selbstmordgefährdeten Kind oder Jugendlichen vorherrschen und welche Kinder wegen eines solchen Erlebens besonders gefährdet sind.

Wie wir gesehen haben, geht es um

- Gefühle, den eigenen Erwartungen und den tatsächlichen und/oder vermeintlichen Erwartungen bedeutungsvoller anderer nicht zu genügen,
- Schamgefühle wegen des Ungenügens,
- Gefühle der Ohnmacht in Anbetracht der Ausweglosigkeit und Unveränderbarkeit der eigenen Lebenssituation, und schliesslich
- Gefühle von Schmerz und ohnmächtiger Wut, wenn man von dem Menschen, von dem man endlich Anerkennung und Wertschätzung erhofft hatte, zurückgewiesen und fallengelassen wird.

Das Risiko für suizidale Handlungen steigt, wenn das Gefühl einer unerträglichen Realität vorherrschend bleibt trotz der Versuche, sie zu verändern, z.B. durch

- Lügen, Stehlen, Tagträumen, Schuleschwänzen und Weglaufen,
- durch Streunen, Untertauchen in Randgruppen, Drogen- und Alkoholkonsum, oder durch
- Isolation, Rückzug, zunehmende Zwanghaftigkeit und extremen Leistungsehrgeiz u.ä.

Die suizidale Handlung dient dann schliesslich dem Versuch,

- dem vollständigen Zusammenbruch des Selbstgefühls zuvorzukommen,
- den letzten Rest Selbstachtung und Würde zu bewahren und der eigenen Ohnmacht zu entkommen.

Für die Prävention von Suizidalität und suizidalen Handlungen bei Kindern und Jugendlichen heisst das:

1. Bedingungen, die das Risiko für die Entwicklung von Suizidalität erhöhen, müssen verändert werden und, weil das nie ausreichend gelingt, Anzeichen eines sich ankündigenden Suizidversuches früh und rasch erkannt und mit Sorge und Dialogbereitschaft beantwortet werden (primäre Prävention).
2. Suizidale Handlungen bei Kindern und Jugendlichen aus Risikogruppen müssen durch die Einrichtung unbürokratischer, rasch und rund um die Uhr erreichbarer Hilfen, eines Sorgentelefon, Jugendtreffpunkten usw. verhindert werden. Diese müssen vernetzt sein mit Beratungsstellen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten u.ä., d.h. den professionellen Helfern mit einer breiten Ausbildung und Erfahrung in Kriseninterventionen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen im engeren Sinne (sekundäre Prävention).
3. Begleitung und Beratung der Familie, psychosoziale Hilfen, Psychotherapie der Familie und/oder des einzelnen Kindes oder Jugendlichen und Psychopharmakotherapie bei schwerer Depressivität sollen erneute Suizidalität und Suizidhandlungen nach einem vorangegangenen Suizidversuch verhindern helfen. Studien bei erwachsenen Patienten nach Suizidversuchen haben gezeigt, dass die Prognose bezüglich weiterer Suizidversuche sehr viel schlechter ist bei den Patienten, die nach der ersten Notfallbehandlung keine weitere Hilfe in Anspruch nahmen (tertiäre Prävention).

Prävention in drei Richtungen: 1. Sorge und Hilfsbereitschaft, 2. erreichbare Hilfe in Krisen, 3. Beratung und Therapieangebote bei schwerer Depressivität.

Was können wir tun, als Lehrpersonen, als Therapierende, wenn wir die Suizidalität eines Kindes erkennen – und was müssen wir tun, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher sich das Leben genommen hat?

Die Herstellung eines guten und vertrauensvollen Kontaktes ist der erste, wesentliche Baustein im Hilfsangebot für das Kind oder den Jugendlichen in der akuten Krise. In den Worten von 1991 von F. Walder nach einem Suizidversuch befragten Jugendlichen: «Irgendein Mensch sein, der die Ausweglosigkeit versteht und aushält und doch seine Hoffnung nicht aufgibt – das hilft. Irgendein Mensch, der Gespräch wieder

Unaufdringliche Hilfe und Partnerschaft wird von suizidgefährdeten Jugendlichen als stützend und heilend erlebt.

möglich macht.» Es muss versucht werden, den Jugendlichen aus seiner ausweglos erscheinenden Vereinsamung und Verzweiflung herauszulösen und brachliegende zwischenmenschliche Aktivitäten zu geliebten Beziehungspersonen zu reaktivieren. Eine unaufdringliche Hilfe und Partnerschaft – das wird von suizidgefährdeten und depressiven Jugendlichen als stützend und heilend erlebt. «Irgendein Mensch» – das kann die Lehrerin oder der Lehrer sein, der als erster ins Vertrauen gezogen wird und von den Abgründen der Hoffnungslosigkeit erfährt, der den Dialog mit dem Freund wieder in Gang bringen helfen, der das Gespräch zwischen Kind und Eltern anknüpfen und der eventuell den Kontakt zum Schulpsychologischen Dienst, zum Jugendamt, zum Kinderpsychiatrischen Dienst ermöglichen muss. Und hier gilt es, eins nie zu vergessen: Ein junger Mensch, der sich endlich erstmals seit Wochen und Monaten ausgesprochen und verstanden gefühlt hat, wird eine Überweisung an eine Beratungsstelle nicht akzeptieren. Er wird sich ausschliesslich an den Menschen klammern, der hören und aufnehmen konnte, und, wenn er weiter nicht zur Verfügung steht, seinen Rückzug als erneutes Versagen eines bedeutungsvollen Beziehungspartners interpretieren, wodurch sich seine Hoffnungslosigkeit wiederum verstärkt. Eine Überweisung wird für den Jugendlichen viel eher dann zu akzeptieren sein, wenn das Gespräch im Beisein und auf ausdrücklichen Wunsch der vom Jugendlichen gewählten und zuerst involvierten Vertrauensperson, im Einverständnis mit den Eltern, stattfindet. Eine angemessene Hilfe für Kinder und Jugendliche in Krisen erfordert daher ein Höchstmass an Flexibilität und Kreativität im notwendigerweise interdisziplinären Kriseninterventionsangebot.

Auch nach einem vollendeten Suizid ist es eine zentrale Aufgabe von Helfenden, das Gespräch darüber zu ermöglichen: für Eltern, Geschwister, Kameradinnen und Kameraden.

Wenn es uns nicht gelingt, die Signale des Kindes rechtzeitig wahrzunehmen, und wenn ein Kind oder ein Jugendlicher an der Suizidhandlung stirbt, darf der Dialog mit Eltern und Geschwistern, wenn er zustande kam, nicht abbrechen – muss er aufgebaut werden, wo er gefehlt hat, und muss er in Gang kommen mit Klassenkameradinnen und -kameraden, Schulkolleginnen und -kollegen. Das Gespräch zu ermöglichen, auch nach einem vollendeten Suizid, für Eltern, Geschwister und Kameradinnen und Kameraden ist eine zentrale Aufgabe für die Helfenden (z.B. auch Hinweis auf Selbsthilfegruppen z.B. Regebogen Schweiz, Selbsthilfevereinigung von Eltern, die um ein verstorbenes Kind trauern, Gruppe Suizid Zürich, Römerstrasse 9, 5400 Baden).

Suizid als Versuch, Ohnmacht und Würdelosigkeit zu überwinden – Auszug aus dem Abschiedsbrief einer jungen Frau:

«Denn was ist Schmerz? Was ist Leiden? Doch nur das, was ich als Schmerz oder Leiden empfinde. Wenn ich aber weiss, dass der Schmerz notwendig ist, um etwas anderes hervorzubringen, so kann ich ihn nicht mehr nur als Schmerz empfinden. Er ist bereits mit der Erwartung seines Endes verknüpft. Wo dieser Moment der Erwartung, der Erlösung vom Schmerz fehlt, wo es nur noch Schmerz und Leiden gibt und kein Ende, da ist der Mensch wahrhaft unglücklich. Dann bleibt ihm nur noch das Glück Jenseits.

(...) Es hat nichts mit Euch zu tun, dass meine Lebenskraft langsam schwindet, immer weniger und weniger von dem übrig ist, was ich einmal als mein Ich empfand. So Weniges konnte ich in letzter Zeit noch bewusst selber entscheiden, ich erhalte meine Selbstachtung, indem ich diesen letzten Schritt entscheide.»

Ein Abschiedsbrief, der uns alle zu spät erreichte –, der tödliche Ausgang einer schweren Krise eines jungen Menschen, der uns zurücklässt mit unserer Fassungslosigkeit, unserer Empörung und unserem Schmerz. Ein Brief, den die Patientin wohl schrieb in der für das Leben so gefährlichen Phantasie, mit dem definitiven Schritt zur Selbsttötung Selbstachtung und Würde zu bewahren.

Die Selbstachtung der uns anvertrauten Kinder zu stärken, die Würde wiederaufbauen helfen, da, wo sie verloren ging – das ist die Herausforderung an uns, um das Selbstmordrisiko bei Kindern und Jugendlichen in seelischen Krisen zu senken.

Die Selbstachtung der Kinder und Jugendlichen zu stärken – die Herausforderung!

Literatur

- Frey, C.: Suizidalität in der Adoleszenz, Schweizerische Ärztezeitung, Heft 41, 1990
Haenel, Th.: Suizidhandlungen im Kindesalter. In: Battegay, R., Rauchfleisch, U.: Das Kind in seiner Welt, Vandenhoeck und Ruprecht, 1991
Ringel, E., et al.: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 1955
Walder, F.: Untersuchung zum Verhältnis zwischen suizidalen Jugendlichen und ihren ärztlich-psychotherapeutischen Betreuern, Med. Diss., Basel, 1991