

suizidalen
betroffenen
Jugendlichen
Suizidversuch
fragen
nehmen
Gedanken
häufig
kinder-
Kinder
Situation
sollten
Suizid
betroffene
Menschen
suizidale
Kindern
Jugendliche
Auslöser



**Regionale Schulberatungsstelle
des Kreises Steinfurt**

Münsterstraße 55
48431 Rheine
Telefon 05971 / 9144880
Telefax 05971 / 91448846

E-Mail: regionale-schulberatungsstelle@kreis-steinfurt.de
Internet: www.kreis-steinfurt.de

Herausgegeben von
Kreis Steinfurt | Der Landrat | Regionale Schulberatungsstelle

Quelle: © Schulpsychologische Beratungsstelle
der Landeshauptstadt Düsseldorf

Fotos: www.bajstock.com
imagebase.davidniblack.com

Umgang mit Suizidalität

bei Kindern und Jugendlichen

Regionale Schulberatungsstelle
des Kreises Steinfurt



Umgang mit suizidalen Gedanken oder Absichten und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen

Suizidale Gedanken – Suizidversuch – Suizid: Was ist damit genau gemeint?

„Suizidale Gedanken“ nennt man im Allgemeinen, wenn jemand nicht mehr leben möchte bzw. sich mit dem Gedanken beschäftigt, sich selbst etwas anzutun oder nicht mehr leben zu wollen. Es handelt sich hierbei zunächst um eine gedankliche Beschäftigung mit dem Thema Tod oder dem Wunsch sterben zu wollen.

Wenn eine Betroffene/ein Betroffener dazu übergeht, konkrete Schritte zu planen, die als Ziel haben, ihrem/seinem Leben ein Ende zu setzen, bezeichnet man dies als „suizidale Absichten“. Hierzu zählen z.B. die Beschaffung von Tabletten oder einer Waffe, die Planung des Ortes, der Zeit oder der genauen Umstände des Suizidversuchs.

Von einem „Suizidversuch“ spricht man, wenn jemand nicht nur die Absicht hat, sich selbst zu töten, sondern wenn diese Person bereits etwas unternommen hat, um das eigene Leben zu beenden, z.B. die Einnahme von Tabletten o.ä.

„Suizid“ dahingegen ist ein anderes Wort für „Selbsttötung“ oder „Freitod“ und gibt an, dass eine Betroffene/ein Betroffener ihrem/seinem Leben tatsächlich ein Ende gesetzt hat.

Als sogenannte „parasuizidale Handlungen“ bezeichnet man beispielsweise Selbstverletzungen wie Ritzen, Verbrennungen etc. der Haut oder anderes selbstschädigendes Verhalten, wie exzessiver Drogen- oder Alkoholmissbrauch. Diese Verhaltensweisen sind häufig als frühes Anzeichen für spätere suizidale Handlungen zu sehen (siehe dazu auch unsere Informationen zum Themenschwerpunkt „Selbstverletzendes Verhalten“).

Suizidale Gedanken und Absichten, parasuizidale Handlungen, Suizidversuche und letztendlich der Suizid sind keine Krankheit an sich, stellen aber oft den Abschluss einer krankhaften oder krisenhaften Entwicklung dar. In jedem Fall sind sie Ausdruck einer äußeren oder inneren Not und sollten deshalb als ein ernst zu nehmendes Anzeichen einer akuten Krise gesehen werden.

Welche Menschen sind vom Suizid betroffen?

Suizid zählt in den westlichen Ländern zu den 10 Haupttodesursachen. In den jüngeren Altersgruppen stellt der Suizid nach dem Verkehrstod sogar die zweithäufigste nicht-natürliche Todesursache dar. In Deutschland sterben zurzeit

täglich drei Kinder oder Jugendliche durch Suizid. Die Anzahl der Suizidversuche ohne tödlichen Ausgang wird mindestens zehnfach so hoch geschätzt, wobei hier von einer hohen, nicht erfassten Dunkelziffer auszugehen ist. In konkreten Zahlen bedeutet dies, dass zusätzlich weitere 20 bis 40 Kinder bzw. Jugendliche jeden Tag versuchen, sich das Leben zu nehmen.

Statistisch gesehen wollen sich Mädchen dreimal so oft das Leben nehmen wie Jungen. Dagegen führen bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als beim weiblichen Geschlecht, da sie häufiger die sogenannten *harten* Suizidmethoden anwenden, wie z.B. Erhängen oder den Sprung vor den Zug oder aus der Höhe. Mädchen und junge Frauen hingegen nehmen häufiger Tabletten ein oder verletzen sich die Pulsadern.

Wenn aus einem Gefühl der Aussichts- oder Hoffnungslosigkeit heraus einmal der Entschluss gefasst wurde, das eigene Leben beenden zu wollen, bleibt es häufig nicht bei einem Suizidversuch.

Innerhalb eines Jahres nach dem ersten Suizidversuch begehen 10 bis 20% und innerhalb von zwei Jahren bis zu 35% der Personen einen weiteren Suizidversuch. Deshalb ist es besonders wichtig an den zugrundeliegenden Ursachen für die ursprüngliche Entscheidung gegen das Weiterleben etwas zu verändern, sodass der/die Betroffene eine neue Zukunftsperspektive entwickeln kann.

Allgemein muss festgehalten werden, dass die Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben sicher nicht außergewöhnlich oder selten ist. Zwischen 40% und 80% der Bevölkerung hat sich irgendwann im Leben zumindest thematisch schon einmal mit Suizidvorstellungen beschäftigt.

Auslöser für einen Suizidversuch

Warum begehen Kinder und Jugendliche Selbstmord? Diese Frage bleibt in den meisten Fällen unbeantwortet. Nur wenige Jugendliche hinterlassen einen Abschiedsbrief.

Zu unterscheiden ist in jedem Fall zwischen Auslöser und Ursache. Auslöser ist oftmals eine krisenhafte Situation: Alltägliche Probleme, die sich wie ein unüberwindbarer Berg auf türmen. In der eigenen Einschätzung der Kinder/Jugendlichen werden diese Schwierigkeiten in der Regel unrealistisch negativ gesehen. Mobbing in der Schule, eine beendete Liebesbeziehung, ein Konflikt mit dem besten Freund oder der besten Freundin, familiäre

Probleme, soziale Isolation, Schulversagen – all diese Beispiele u.v.m. können unter Umständen Auslöser für einen Suizidversuch darstellen.

Die Bewältigung neuer Entwicklungsphasen kann bei Jugendlichen zu einer sogenannten „Adoleszentenkrise“ (entwicklungsbedingte Krisen in der Jugendzeit) führen, welche ebenfalls als Auslöser für suizidale Gedanken oder Handlungen gesehen werden können.

Die Ursache liegt aber in der Regel tiefer und stammt aus früheren Entwicklungs- und Lebensphasen. Nur die wenigsten Suizide können letzten Endes ursächlich auf gravierende Ereignisse in der Gegenwart zurückgeführt werden. Vielmehr sind die Ursachen ein komplexes Zusammenspiel aus den bisherigen Lebenserfahrungen, dem sozialen Umfeld, der individuellen Persönlichkeitsstruktur und psychischen Situation sowie der familiären und schulischen Erlebniswelt der Betroffenen.

Grundsätzlich spielen Depressionen oder depressive Verstimmungen bei Kindern und Jugendlichen eine große Rolle für eine Suizidgefährdung, ebenso große Bedeutung haben Gewalterfahrungen in der Familie und sexueller Missbrauch.

Suizide kündigen sich an

Etwa 75% der Suizidversuche und Suizide werden direkt oder indirekt, z.B. über Verhaltensveränderungen (z.B. das Weggeben von geliebten Dingen oder Andenken) oder Anspielungen wie „Bald habe ich das alles hinter mir“ angekündigt. Spontane Suizide ohne jegliche Veränderungen im Vorfeld sind dementsprechend selten.

Der eigentliche Vollzug des Suizids ist aber in den meisten Fällen trotzdem als spontane Handlung und Reaktion auf eine scheinbar nicht mehr zu bewältigende Situation anzusehen: Der Betroffene fühlt sich außerstande in der bisherigen Art und Weise weiterzuleben und hat die Hoffnung verloren, dass sich die Situation doch noch einmal zum Guten wenden könnte.

Bemerkt man als Bezugsperson eines Kindes oder Jugendlichen Anzeichen von Lebensmüdigkeit, dass sich das Kind/der Jugendliche immer intensiver mit dem Thema Tod auseinandersetzt (z.B. Konsum von entsprechenden Internetseiten) und/oder nach und nach soziale Kontakte abbricht, dann gilt es, genau hinzusehen und zu hören und das Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen zu suchen.

Empfehlungen

Erwachsene, insbesondere Eltern, die unsicher sind, wie das Verhalten ihres Kindes oder Jugendlichen zu bewerten ist und die sich Sorgen um die betroffenen Kinder oder Jugendlichen machen, sollten sich möglichst Rat und Hilfe bei den entsprechenden Beratungsstellen holen.

Der Umgang mit suizidalen Gedanken, Absichten oder einem Suizidversuch

Wenn jemand davon spricht oder sich dazu entschließt, sich selbst etwas anzutun, ist diese Tatsache häufig für das soziale Umfeld nur sehr schwer zu akzeptieren. Unabhängig davon, ob eine betroffene Person das Thema Suizid „nur“ anspricht oder aber bereits einen Versuch, sich das Leben zu nehmen, unternommen hat, werden unterschiedliche Gefühle ausgelöst. Wut, Entsetzen, Trauer, Schuld, Schockiertheit, Hilflosigkeit oder Verzweiflung können bei Familie, Freunden und anderen Personen aus dem näheren Umfeld des Betroffenen geweckt werden. Fragen, wie „Hätten wir etwas tun können?“, „Haben wir etwas falsch gemacht?“, „Warum hat er/sie bloß nicht mit uns geredet, wir hätten doch alles getan um ihm/ihr zu helfen?“ beschäftigen Menschen aus dem sozialen Umfeld eines suizidalen Menschen häufig nachhaltig.

Die eigene Betroffenheit und individuellen Ängsten bei diesem Thema macht es vielen Menschen schwer mit dem oben beschriebenen „Gefühlschaos“ angemessen umzugehen und behindern damit die Konzentration auf das Wesentliche:

- ▶ Stehen Sie als Ansprechpartner für Betroffene zur Verfügung.
- ▶ Nehmen Sie die Person in ihrer/seiner Krise ernst.
- ▶ Bemühen Sie sich, den Betroffenen Alternativen zum Suizid aufzuzeigen.
- ▶ Reagieren Sie bei einer ernst zu nehmenden Eigengefährdung gegenüber der betroffenen Person nicht kopflos oder mit Unverständnis bzw. Vorwürfen. „Erstarren“ Sie auch nicht: Dies führt sonst häufig dazu, dass nichts unternommen wird. Reagieren Sie stattdessen ruhig und wohl überlegt.
- ▶ Holen Sie sich möglichst schnell professionelle Unterstützung.

Empfehlungen im Umgang mit suizidalen Gedanken bei Kindern und Jugendlichen zu Hause und in der Schule

- ▶ Zunächst einmal: Bewahren Sie Ruhe.
- ▶ Reagieren Sie nicht mit Panik, Vorwürfen oder Drohungen.
- ▶ Vermutlich werden Sie sich hilflos und überfordert fühlen – das ist ganz normal. **Deshalb sollten Sie möglichst als erstes ein Gespräch mit Fachleuten führen und sich beraten lassen, wie die Situation am besten angegangen werden sollte.**
- ▶ Professionelle Hilfe in akuten Krisensituationen finden Sie zum Beispiel bei dem Team der Krisenintervention der Schulpsychologischen Beratungsstelle, in Erziehungsberatungsstellen oder bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/Innen bzw. bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern/Innen oder aber in der für Ihren Wohnort zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik.
- ▶ Verlassen Sie sich nicht darauf, dass die Probleme „nur“ pubertätsbedingt sind (z.B. schlechte Laune, Melancholie, „Weltschmerz“), diese sich von alleine lösen und dann von selbst verschwinden.
- ▶ Die Haltung „bloß nicht daran rühren, sonst stoße ich womöglich etwas an“ ist ebenso falsch wie die weit verbreitete Auffassung, dass, wer über Selbstmord spricht, sich schon nichts antun wird. Sprechen Sie die Betroffenen direkt an, fragen Sie nach. Nehmen Sie dabei eine möglichst neutrale, wertfreie Haltung ein.
- ▶ Nehmen Sie die Äußerungen der betroffenen Kinder/Jugendlichen ernst und gehen Sie nicht davon aus, dass der/die Betroffene „nur Aufmerksamkeit will.“
- ▶ Teilen Sie dem Kind sehr deutlich die eigenen Sorgen und Befürchtungen mit, sprechen Sie die Angst vor einer Selbstmordhandlung konkret und sehr direkt an (**ohne Umschreibungen oder Verharmlosungen!**). Sagen Sie z.B. *nicht*: „Ich habe den Eindruck, Dir geht es nicht so gut. Du wirst doch keine Dummheit begehen?“ Sagen Sie stattdessen: „Ich

habe den Eindruck, dass es Dir sehr schlecht geht und dass Du vielleicht darüber nachdenkst, Dir das Leben zu nehmen/ Dich mit Tabletten zu vergiften / Suizid zu begehen/etc. ...“

- ▶ Fragen Sie nach, wie ernst es der/dem Betroffenen mit den Suizidabsichten ist.
- ▶ Bei einer akuten Selbstgefährdung eines Kindes/Jugendlichen (konkrete Pläne und die Möglichkeit, diese auch umzusetzen) sollten Sie sich unmittelbar um eine stationäre Behandlung bemühen. Hierfür brauchen Sie keine Ein- oder Überweisung von einem Arzt sondern können die Betroffene/den Betroffenen direkt in der nächst gelegenen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik aufnehmen lassen.
- ▶ Sollten Sie daran zweifeln, ob eine akute Selbstgefährdung vorliegt, gehen Sie kein Risiko ein. Stellen Sie die Betroffene/den Betroffenen bei einem Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn oder –psychiaterIn vor und lassen Sie die Fachleute entscheiden, ob eine stationäre Behandlung sinnvoll und notwendig erscheint.
- ▶ Weitere Einrichtungen, die Sie bei der Einschätzung, ob eine Selbstgefährdung vorliegt oder die Sie bei der Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist unterstützen können, sind:

Westf. Wilhelms-Universität Münster

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Schmeddingstr. 50
48149 Münster
Telefon 0251-8356673

Mythen und Fakten über das Thema „Suizidalität / Suizid“

Eine Auswahl an Literaturempfehlungen zum Themenschwerpunkt „Suizidalität / Suizid“

Mythos	Fakt
▶ Wer vom Suizid redet, wird es letztendlich doch nicht tun.	▶ Auf zehn Suizidenten kommen acht, die unmissverständlich von ihren Absichten gesprochen haben.
▶ Suizid geschieht ohne Vorzeichen.	▶ Zahlreiche Fälle haben gezeigt, dass Menschen, die sich das Leben nehmen, dies meist durch unmissverständliche Zeichen oder Handlungen ankündigen.
▶ Wer an Suizid denkt, will sich nicht unbedingt das Leben nehmen.	▶ Die meisten Menschen, die an Selbsttötung denken, schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und dem zu sterben; sie „spielen mit dem Tod“, und sie überlassen es den anderen, sie zu retten. Kaum einer nimmt sich das Leben, ohne seine Gefühle einem anderen zu offenbaren.
▶ Besserung nach einer suizidalen Krise bedeutet, dass man sich keine Sorgen mehr machen muss da das Schlimmste vorbei ist.	▶ Die meisten Suizide geschehen in den drei Monaten nach beginnender „Besserung“, wenn der Betroffene von neuem die Energie hat, selbstzerstörerische Entschlüsse auszuführen.
▶ Suizid gibt es öfter bei den „Reichen“ oder – umgekehrt – fast ausschließlich bei den „Armen“.	▶ Suizid ist weder das Problem der „Reichen“, noch die Plage der „Armen“. Er ist sehr „demokratisch“ und kommt in allen Bevölkerungsschichten vor.
▶ Suizid ist erblich oder ein „Familienübel“.	▶ Der Wunsch, sich das Leben nehmen zu wollen, ist nicht erblich, sondern eine individuelle Erscheinung.
▶ Alle, die Suizid begehen oder begehen wollen, sind „geistesgestört“, jeder Suizid ist die Handlung eines geistig verwirrten, „verrückten“ Menschen, der (schon länger) psychisch krank ist.	▶ Es ergibt sich aus dem Studium von Hunderten von letzten Aufzeichnungen, dass der suizidale Mensch zwar äußerst unglücklich, aber nicht notwendigerweise „geistesgestört“ oder psychisch krank ist.

- ▶ Warum konnten wir dich nicht halten. Wenn ein Mensch, den man liebt, Suizid begangen hat. Dioda, Carin & Gomez, Tina (2006). Kreuz-Verlag.
- ▶ Bitte hör, was ich nicht sage. Käsler-Heide, Helga (2001). Kösel-Verlag.
- ▶ Die Sache mit Christoph. Korschunow, Irina (2002). dtv-Verlag.
- ▶ (War es ein Fahrradunfall oder ein Suizid? Diese Frage stellt sich der beste Freund nach dem Tod des 17-jährigen Martins. Ein Jugendbuch)
- ▶ Wenn die Hoffnung stirbt. Selbstmord - Hilfen für Angehörige und Mitbetroffene. Mess, Anne-Christina (2003). Brendow-Verlag.
- ▶ (Die Psychologin Anna Christina Mess geht der Frage nach, warum Menschen sich selbst das Leben nehmen, wer besonders gefährdet ist und wie Angehörige und Freunde helfen können.)
- ▶ Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege. Otzelberger, Manfred (2002). dtv-Verlag.
- ▶ (Der Autor führte Gespräche mit betroffenen Angehörigen und schildert aus ihrer Sicht die Probleme und Erfahrungen nach dem Suizid eines Kindes, eines Geschwisterteils, der Eltern oder des Partners. Das Buch bietet auch konkrete Hilfe zur Trauerarbeit und praktische Ratschläge, außerdem eine Liste von Beratungs- und Informationsstellen.)
- ▶ Warum hast du uns das angetan? Paul, Chris (2006). Gütersloher Verlagshaus.
- ▶ (Aktualisierte und erweiterte Neuauflage. Ein Buch über die Trauer nach Suizid für Angehörige und Trauerbegleiter. Mit neuen Kapiteln zum Thema Trauer bei Kindern und Jugendlichen.)