
13 Suizidversuch

Christian Randegger, Herbert Wyss, Gernot Brauchle

Ein vollendeter Suizid ist wie die Spitze eines Eisbergs. Denn suizidales Verhalten umfasst rund 10-mal mehr Suizidversuche und rund 50-mal mehr Suizidgedanken. Suizidgedanken und Suizidversuche sind bei Frauen (im Verhältnis 1:18) häufiger als bei Männern (im Verhältnis 1:6). Umgekehrt suizidieren sich häufiger Männer. Jüngere Menschen zeigen deutlich häufiger Suizidgedanken und unternehmen öfters einen Suizidversuch, vollzogene Suizide hingegen werden mit zunehmendem Alter häufiger. Ein Viertel bis ein Drittel aller Suizide oder Suizidversuche entspringt dabei einer Kurzschlusshandlung (z.B. nach Enttäuschungen, Verlusterlebnissen). Sie sind stark abhängig von den unmittelbaren Rahmenbedingungen oder Auslösern (Verfügbarkeit suizidaler Mittel, vorangegangener Suizid). Bei Jugendlichen ist der Anteil der so genannten Kurzschluss-suizide auffallend hoch. Hintergrundinformationen zu Häufigkeit und Methode werden auf entsprechenden Präventionsseiten angeboten.

► **Vergleichen Sie dazu die nachfolgenden Links auf Seite 46**

13.1 Risikofaktoren in der Familie

Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche leben oft in einer von Gewalt belasteten Familiensituation. Langandauernde Gewaltvorfälle können zu einer gelernten Hilflosigkeit der Kinder führen, die auch Suizidgedanken entstehen lässt. Weiter ist im familiären Bereich eine gestörte frühkindliche Eltern-Kind-Beziehung als Risikofaktor einzuschätzen. Dadurch, dass diese Kinder in der Regel ungenügende Zuwendung und wenig Schutz der Eltern erhalten, erlernen sie kein konstruktives Konfliktverhalten. Das führt im Jugendalter zu einer ungenügend ausgeprägten Konflikt- und Streitkultur und damit zu Erlebnissen des Versagens in der Peergroup. Ein weiterer Faktor im Bereich der familiären Suizidrisiken ist das Verhalten bei einer Trennung der Eltern. Dabei sollte nicht zwischen gutem und schlechtem Vorgehen unterschieden werden; entscheidend ist, ob eine Trennungssituation mit den Kindern aktiv be- und verarbeitet worden ist und ob dabei die eigene Situation der Kinder,

die sich im Normalfall nicht mit derjenigen der Eltern deckt, auch ausreichend respektiert und im Trennungsprozess mitberücksichtigt worden ist. Kinder und Jugendliche sollten sich nicht zwischen Mutter oder Vater entscheiden müssen!

13.2 Risikofaktoren in der Schule

In der Schule sind vor allem zwei Suizidrisikofaktoren erkennbar:

- Die Schule kann durch ihren Leistungsaspekt für einzelne Kinder und Jugendliche zu großen Belastungen führen. Problematisch wird das für die Entwicklung der Kinder dann, wenn sich ihre positive Leistungsmotivation durch langandauernde Überforderung in eine negativ ausgerichtete Motivation in Richtung „*Vermeidung von Misserfolgslebnissen*“ wandelt.
- Ein großer Risikofaktor in der Schule liegt in der sozialen Interaktion. Mobbing-situationen, die in der Schulpraxis immer noch oft unerkannt bleiben, führen zu großen persönlichen Belastungen der Opfer. Wenig beachtet wird der Bereich des Mobbing gegen Lehrerinnen und Lehrer, die bei diesen zu starker Isolation und Ohnmachtgefühlen führt und ihre Suizidgefährdung stark ansteigen lässt.

13.3 Risikofaktoren in der Peergroup

Mit dem Aufkommen der neuen elektronischen Kommunikationsformen sind u.a. mit Stupid Slapping neue Formen entstanden, die für die gequälten Opfer äußerst belastend sind und suizidale Gedanken auslösen können. Daneben sind es vor allem zerbrochene Freundschaften, welche die Jugendlichen am Leben verzweifeln lassen. Belastend werden von den Jugendlichen dabei vor allem die persönlichen Kränkungen erlebt, die sie nach einem Beziehungsverlust empfinden. Dabei ist nicht entscheidend, ob eine intensive gleichgeschlechtliche Freundschaft oder eine Liebesbeziehung zwischen Jungen und Mädchen in die Brüche geht.

13.4 Suizidfantasien

Den meisten Suizidversuchen gehen Suizidfantasien voraus. Diese lassen sich in drei aufeinanderfolgende Phasen einteilen:

1. Phase: Todessehnsucht: Die Welt und das Leben wirken sinnlos. Es entsteht eine Sehnsucht nach dem Tod. Diese Todesgedanken verschwinden wieder, wenn ein Hoffnungsschimmer auf Verbesserung der Situation auftritt.

2. Phase: Todesgedanken: Im Kopf nistet sich der Gedanke ein, dass man seinem Leben selber ein Ende setzen und so die unerträgliche Situation selber beenden könnte. Anfänglich unterliegt dieser Gedanke noch der willentlichen Steuerung. Später wird er zwanghaft und dominiert die ganze Person.

3. Phase: Todesplanung: In dieser Phase überlegen sich betroffene Menschen, wie und wann sie den Suizid umsetzen wollen. Dabei planen sie ihren Suizid oft bis in die kleinste Einzelheit. Nach außen wirken sie dabei ruhiger und vermitteln das falsche Gefühl, wieder Boden unter den Füßen gewonnen zu haben. Dabei hat eine Flucht aus der Wirklichkeit eingesetzt; die Rückkehr fällt sehr schwer. In diesem Stadium besteht höchste Gefahr.

13.5 Suizidforen im Internet

Jugendliche mit suizidaler Absicht unterhalten sich oft in einschlägigen Suizidforen im Internet. Wer längere Zeit an den endlosen Diskussionen über die Sinnlosigkeit des Lebens teilnimmt, verschließt sich zunehmend dem realen Leben (im Forum „RL“ genannt). Viele sehen im Forum ihre eigene Welt, ihre Familie und glauben, dass sie nur hier verstanden werden. Leute aus dem „RL“, die sich in einem Beitrag kritisch äußern, werden diskreditiert. Die Suche nach Partnern und die Verabredung zum gemeinsamen Suizid, Anfragen zu Methoden oder zur Beschaffung von Mitteln dazu sind im Forum zwar nicht erlaubt. Interessierte finden jedoch nach der Kontaktaufnahme im Forum konkrete Angaben über Chat, E-Mail oder Messenger. Dort liest kein Administrator mehr mit. Einigen Teilnehmern der Suizidforen wird durch die Kontakte und die Möglichkeit des Gedankenaustausches geholfen. Aber anderen geht es durch die oft depressive Stimmung schlechter als zuvor.

Zu Veranschaulichung folgt hier ein Ausschnitt aus einem Forum:

„Suizidgedanken habe ich, seitdem ich ca. 16 Jahre alt bin, damals viel Ärger in der Schule gehabt und Stress mit den Eltern. Versucht, mich umzubringen, das erste Mal ca. mit 18, dann das zweite Mal mit ca. 20, und mit

21 Jahren noch mal eine sehr suizidale Phase gehabt. Ich muss dazu sagen, den Mut, alleine das Ganze durchzuziehen, hab ich nie wirklich gehabt, es gab immer wieder Phasen, wo ich aktiv in Suizidforen jemanden gesucht habe, für einen gemeinsamen Suizid. Einmal habe ich mehr oder weniger es selbst versucht, mich mit Medis umzubringen, sterben wollte ich nicht wirklich ... Das zweite Mal hab ich mir in einem Forum jemanden gesucht, für einen gemeinsamen Suizid, getroffen haben wir uns vorher an einem Wochenende, ein halbes Jahr später haben wir uns dann getroffen, um den Suizid gemeinsam mit Medis durchzuziehen, sie ist hier hochgekommen und wir haben uns einquartiert in einem Hotel. Ihr damaliger Freund hat es wohl mehr oder weniger spitz bekommen, sie immer wieder angerufen, Ende vom Lied, Polizei stand vor der Tür, Einweisung in die Psychiatrie. Ich muss dazu sagen, hab die ganze Zeit wirklich Angst gehabt zu sterben und war irgendwo froh, dass dann auf einmal die Polizei vor der Tür stand. In der Psychiatrie war ich ca. 2 Wochen ...“
(Zugriff Februar 2009)

13.6 Suiziddiagnostik

Bei suizidaler Gefährdung ist eine notfallpsychologische Abklärung (Schulpsychologie) der Selbstgefährdung wichtig. Das kann durch klinische Testverfahren geschehen. Bei Erkennung eines Risikos sollte umgehend Kontakt mit einer anerkannten psychiatrischen Fachstelle aufgenommen und dort eine sofortige Abklärung gesichert werden. Diese Fachstellen können bei Selbst- oder Fremdgefährdung durch das Unterbringungsgesetz (UbG) auch eine Zwangsunterbringung in einer psychiatrischen Anstalt beantragen. Bei Suizidgefährdungen darf keine Wartezeit akzeptiert werden.

13.7 Zwölf Warnzeichen für Suizid-gefährdung

Bei der Entstehung einer suizidalen Gefährdung verändert sich das Verhalten des betroffenen Menschen. Lehrerinnen und Lehrer und Angehörige können auf folgende Symptome achten, die zum Teil gleichzeitig auftreten:

- massive Verhaltensveränderung (ein geselliges Kind zieht sich zurück)
- Vernachlässigung des eigenen Aussehens
- sozialer Rückzug und Isolation
- Verschenken persönlich wertvoller Sachen
- Beschäftigung mit dem Thema Tod (Gedichte, Musik, Zeichnungen)
- verdeckte oder offene Androhung von Suizid
- vorangegangene Suizidversuche
- Beschäftigung mit Suizidmethoden und Beschaffung von geeigneten Mitteln
- übermäßiger Konsum von Alkohol oder Drogen
- Schulversagen
- plötzlich gehobene Stimmung bei einem bis dahin depressiven Kind. Dies kann darauf hinweisen, dass keine Sorgen mehr das Kind belasten, da es eine „Lösung“ in Form eines Suizides plant.
- häufige Unfälle oder körperliche Beschwerden ohne medizinische Erklärung

13.8 Umgang mit suizidgefährdeten Personen

Suizidäußerungen sind Zeichen von innerer Verzweiflung. Deswegen müssen sie als Ruf nach Hilfe erkannt werden und zum Handeln führen. Zentral ist, zu den betroffenen Menschen Vertrauen aufzubauen und ihnen zuzuhören, ohne dabei über Richtig und Falsch zu werten. Trost zusprechen („*Schau, du hast es doch so schön*“) ist genauso wenig hilfreich, wie gute Ratschläge geben oder bagatellisieren. Es ist empfehlenswert, sich an eine psychotherapeutische Fachperson (schulpsychologischer Dienst oder psychologische Beratungsstelle) zu wenden.

13.9 Suizidale Phasen und Interventionsmöglichkeiten

Wolfgang Dormann leitet aus den von Shneidman 1998 herausgefundenen zehn Phasen (oder Signalen) von Suizidabsichten therapeutische Konsequenzen ab:

Unerträgliche psychische Schmerzen

Lebenssituationen, in denen der psychische Druck oder auch physische Schmerzen so stark sind, dass der Klient nur noch an eine schnelle Beendigung der Situation denken kann.

Therapeutisches Ziel muss also die möglichst schnelle Verminderung dieser Belastungen sein. Ist dies auch langfristig nicht möglich, wie zum Beispiel bei physischen Schmerzen mancher terminalen Erkrankungen, so kann diese Situation auch Fragen des humanen Sterbens aufwerfen.

Frustrierte psychologische Bedürfnisse

Ein Mangel an Sicherheit, Vertrauen, Liebe, Freundschaft, Erfolg oder anderen Essentialien, die unser Innenleben stark bestimmen, ist in jedem Suizidalen zu finden. „*Wo schmerzt es dich?*“ ist nach Shneidman die beste Frage an diesem Punkt. In den Antworten geht es oft um den Verlust eines hohen Wertes (Beruf, Existenzgrundlage, Partnerschaft usw.), was in die Therapieplanung einbezogen werden muss.

Die Suche nach einer Lösung

Dabei erscheint der Suizid neben anderen Fluchtmöglichkeiten wie Auswandern oder Umziehen als einzig möglicher Ausweg aus der unerträglichen Situation. Diese Suche kann später therapeutisch durch ein Problemlösungstraining aufgegriffen werden.

Der Versuch, das Bewusstsein zum Schweigen zu bringen

Dieser Wunsch nach einem Ende von Erleben und Denken kann sich z.B. auch nur in dem Hören lauter Musik, in extremen Schlafbedürfnissen oder im Konsum von Drogen inkl. Alkohol und Psychopharmaka äußern.

Eine konfrontierende Haltung zu gegebener Zeit kann dem Klienten zeigen, dass dieses Verhalten seine Probleme nicht löst, sondern eher noch vergrößert.

Hilf- und Hoffnungslosigkeit

Dieses Gefühl, das anderen Gefühlen wie Schuld, Verletztheit oder Trauer zugrundeliegt, muss als eigentlicher Auslöser für einen Suizid gewertet werden. Es ist nach der Theorie der gelernten Hilflosigkeit begleitet von einer gegen Null gehenden Kontrollerwartung.

Therapeutisch können diese Denkmuster durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung (Reattribution) angegangen werden.

Einengung der Optionen

Wie depressive Patienten tendieren Suizidale zu einem Alles-oder-Nichts-Denken. Es gibt meist nur zwei Alternativen, was auch bedeuten kann: die totale Lösung oder Suizid.

Der Patient muss angeleitet werden, die vielen Alternativen, aber auch Zwischenlösungen oder Kompromisse zu sehen.

Ambivalenz

Aus dieser Ambivalenz ergibt sich zunächst meist eine Unentschlossenheit zum Handeln. Sie zeigt sich auch in dem häufig anzutreffenden inneren Konflikt: „*Hilf mir, aber ich bin es eigentlich gar nicht wert*“. Dies drücken Klienten natürlich nicht direkt aus, sondern sie sagen z.B. „*Ich möchte aber nicht, dass Sie jetzt nur wegen mir länger da bleiben*.“ Die Ambivalenz bezieht sich auch auf das Leben nach dem Tod selbst, was sich in appellativen Suizidhandlungen niederschlagen kann.

Der Klient kann spätestens dann darauf aufmerksam gemacht werden, dass es einen Teil der Person gibt, der wohl eher dafür ist zu leben.

Die Mitteilung der Absicht

Sie kann manchmal sehr indirekt geschehen und zwar verbal oder im Verhalten, z.B. indem jemand wertvolle Dinge verschenkt, in auffälliger Weise seine Angelegenheiten regelt, medizinische Behandlungen vermeidet oder abbricht.

Diesen Hinweisen und natürlich auch sehr deutlichen, demonstrativen Suiziddrohungen muss nachgegangen werden, da der Betroffene in der Regel dadurch auf seine scheinbar aussichtslose Situation aufmerksam machen will.

Abschied

Patienten sehen den Suizid vor allen Dingen als Abschied und verkennen, dass dieser nicht mit einer Kündigung oder einem Ortswechsel vergleichbar ist.

Ihnen muss deutlich gesagt werden, dass sie einen endgültigen Abschied vorhaben, „*eine endgültige Lösung für ein vorübergehendes Problem*“.

Problemlösungsmuster im bisherigen Leben

Oft lassen sich in der Lebensgeschichte des Patienten Bewältigungsstrategien finden, die als Fluchtverhalten einzustufen sind (z.B. einige Tage nicht nach Hause kommen, von der Arbeitsstelle fernbleiben, bis die Kündigung erfolgt).

Der Patient soll im Laufe der Gespräche erkennen, dass dies ein vorschnelles Aufgeben ist.

Quellen:

Dormann, Wolfram: Suizid – therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, 3. Auflage, Pfeiffer Verlag, München 1998, S. 37–39

Shneidman, Edwin S.: The suicidal mind, Oxford University Press, Oxford/NewYork 1998

13.10 Selbstbeobachtung bei Suizidabsicht

Ich bin zuhause und beschäftige mich nachhaltig mit dem Gedanken, mir etwas anzutun.

Ich schütze mich selbst, indem ich ...

- mich hinlege und mich entspanne
- drei Mal tief einatme
- meine Lieblingsmusik auflege
- eine Entspannungsmusik höre
- mich fünf Minuten vor den Spiegel setze
- ein Glas kühles Wasser trinke

Ich merke, dass ich länger als 10 Minuten über die Methoden nachdenke, mit denen ich mich töten könnte.

Ich schütze mich selbst, indem ich ...

- in die Natur oder die Stadt gehe
- einen Dauerlauf mache
- ein warmes Bad nehme
- in ein Kissen hineinschreie
- ins Kino, in die Sauna oder zum Schwimmen gehe
- einen Friseurtermin für den gleichen Tag vereinbare
- einen Massagetermin vereinbare
- mich einige Zeit unter die Dusche stelle

Ich merke, dass ich meine Gedanken, mich zu töten, nicht mehr bekämpfe.

Ich schütze mich selbst, indem ich ...

- eine bestimmte Person (jemanden, der ein offenes Ohr für mich hat) anrufe oder zu ihr/ihm gehe
- die Telefonseelsorge anrufe
- meine Therapeutin/meinen Therapeuten in ihrer/seiner Praxis anrufe und mir einen Therapietermin geben lasse
- eine Mitschülerin/einen Mitschüler kontaktiere
- zum Arzt gehe und mir Medikamente verschreiben lasse

Quelle: Eink, Michael; Haltenhof, Horst: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Psychiatrieverlag, Stuttgart 2006, S. 130–131

Literatur

- Heimgartner, Susanna; Schneider, Karin: Schwarze Schatten, Schulverlag plus AG, Bern 2004 (Comic)
- Böckelmann, Christine; Meister, Barbara: Suizidprävention – was kann die Schule dazu beitragen?, Pestalozzianum, Zürich 2002
- Bronisch, Thomas: Suizidalität – Ursachen, Warnsignale. Therapeutische Ansätze, Schattauer, Stuttgart 2002
- Ewerharz, Malve; Scheven, Claus; Schlegel, Marco: Wenn die Seele überläuft. Junge Menschen erleben psychische Krisen, Psychiatrieverlag, Bonn 2001 (Lehrerbegleitheft mit CD)

- Sonneck, Gernot: Krisenintervention und Suizidverhütung, Facultas, Wien 2000

Rat und Hilfe bei Suizidgefahr erhalten Sie in Österreich rund um die Uhr unter 0 810 / 977 155

www.pmoee.at/sitex/index.php/page.289

www.univie.ac.at/krisenintervention/links.htm

Aktuelle Informationen und Adressen

www.dioezese-linz.at/redaktion/index.php?page_new=600

Telefonseelsorge rund um die Uhr – Notruf 142

www.notruf.at/branchen/sozial.htm

Telefonnummern von Beratungsstellen für „Hilfe in seelischen Krisen“ in Wien, Österreich und International

<http://rataufdraht.orf.at>

Wenn du Hilfe brauchst – Notrufnummer 147

Aktive Links auf www.edyoucare.net zu diesem Thema:

www.tibs.at/sb-bb/krisen/krisentexte/Krisenintervention-suiziddrohung.htm

Krisenintervention bei Suizidandrohung und Suizidversuch

www.schulpsychologie.tsn.at/ Krisenintervention

www.hilfe.wien.gv.at/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2097806&senseid=1543

Einrichtungen zur Intervention bei Suizidgefahr sowie zur Hilfe für betroffene Angehörige

www.dajeb.de

Liste von Beratungsstellen

www.das-beratungsnetz.de

Online-Beratung, Chat für suizidgefährdete junge Menschen. Der Zugang ist über die Beratungsplattform

www.u25-freiburg.de

bietet E-Mail-Beratung für junge Menschen an und hat jeweils ein Forum für junge Hinterbliebene nach Suizid und eines für Eltern nach Suizid des Kindes

www.ak-leben.de

> **Weitere Links**

zu diesem Thema unter www.edyoucare.net