# Soziale Arbeit 704

Deutsche Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete 43. Jg./Juli 1994

Nicht mehr Fürsorgerin – aber schon Sozialarbeiterin?

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Veränderung in der stationären Altenhilfe



# Soziale Arbeit

7/94 43. Jahrgang Juli

Nicht mehr Fürsorgerin – aber schon Sozialarbeiterin? Probleme der Nachqualifikation Bernhard Rohde, Schwerin	222	Autorenangaben Dr. Bernhard Rohde, DiplPäd. und DiplSoz.Päd., arbeitet als Sozialplaner bei der Landeshauptstadt Schwerin – Sozialamt, Anne-Frank-Straße 55–57,
DZI-Kolumne	223	19061 Schwerin
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen Pierre van Wissen, Hannover	228	Pierre van Wissen, DiplPsych. und Familientherapeut, arbeitet in der Jugend-, Familien- und Erziehungs- beratungsstelle der Landeshauptstadt
Veränderung in der stationären Altenhilfe Horst Seibert, Darmstadt	236	Hannover, Winkelriede 14, 30627 Hannover
		Prof. Dr. Horst Seibert lehrt Kirch-
Rundschau Allgemeines	245	liche Gemeindepraxis an der Evang.
Sozialwesen	246	Fachhochschule Darmstadt, Zweifall-
Gesundheitswesen	246	torweg 12, 64293 Darmstadt
Jugendhilfe	247	-
Ausbildungs- und Berufsfragen	248	
Tagungskalender	249	
Zeitschriftenbibliographie Soziale Arbeit	250	
** 1 1	054	
Verlagsbesprechungen	254	

## Pierre van Wissen Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Tod durch Suizid ist in der Regel ein stiller Tod. Wenn die Todesart nicht besonders spektakulär ist, wird in der Tageszeitung im Gegensatz zu den Drogentoten darüber nicht berichtet. Unter den Todesanzeigen findet man gelegentlich Hinweise, wenn zum Beispiel ein Freundeskreis oder eine Schulklasse in einer gemeinsamen Anzeige ihre Betroffenheit und Irritation zum Ausdruck bringen.

1992 starben in den alten Bundesländern allein durch Erhängen/Selbststrangulation 670 junge Menschen bis 30 Jahren, darunter zwei Jungen. die jünger waren als 10 Jahre. Trotz dieser erschütternden Zahlen bleibt die gesellschaftliche Beschäftigung mit dem Thema Suizid eher sporadisch und peripher. Suizid erscheint als tragisches, individuelles, vielleicht noch familiäres Schicksal jenseits der gesellschaftlichen Verantwortung. Allerdings scheint Suizid für die Jugendkultur durchaus ein wichtiges Thema zu sein. So besingt die Gruppe INXS in ihrem bekannten Hit eine "Suicide blonde" ("suizidales Mädchen mit blonden Haaren"), und in den USA besteht eine Rockgruppe mit dem eindeutigen Namen "Suicidal tendencies".

Wenn wir über Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen sprechen, sind damit verschiedene Aspekte der Problematik gemeint, nämlich: vollendete Suizide, Suizidversuche, Suizidgedanken und Suizidäußerungen. Vollendete Suizide scheinen im Zusammenhang mit therapeutischer Beratung sehr selten zu sein. Sicherlich aber lastet die Befürchtung, es könne zu einem Suizid kommen, oft wie ein Alptraum auf den Beratern. Suizidversuche, gedanken und -äußerungen gehören zum beraterischen Alltag, wenn auch absolut nicht im Sinne einer Routineproblematik!

Es ist allgemein unumstritten, daß es bei dem Thema Jugend-Suizidalität nicht um einen Aspekt des Freitodes geht, sondern um eine tiefgreifende seelische Notlage. Auch der bekannte Befürworter des Freitodes, Jean Amery, sagte: "Jugend und Tod durch Suizid ist ein krasser Widerspruch". Suizid bei jungen Menschen ist nicht als eine "aufgeklärte Handlung", sondern als ein dramatischer und verzweifelter Hilferuf an die engere und weitere soziale Umgebung zu verstehen.

# 1. Zahlen über vollendete Suizide in der Bundesrepublik

1992 kamen in der Bundesrepublik (alte Bundesländer) 1526 junge Menschen bis 30 Jahren durch Suizid ums Leben. Diese Zahl ist die niedrigste seit mindestens 25 Jahren.

Bezogen auf die Altersstufe 1-15 waren es 33 Suizide, bezogen auf die Altersstufe 15-20 waren es 195 Suizide, bezogen auf die Altersstufe 20-25 waren es 514 Suizide und bezogen auf die Altersstufe 25-30 waren es 784 Suizide.

Die genannten Zahlen der vollendeten Suizide sind als gesicherte Mindestzahlen anzusehen, daneben gibt es eine erhebliche Dunkelziffer, weil:

- Suizide unerkannt bleiben (Verkehrsunfälle);
- Suizidursachen durch die betroffenen Familien tabuisiert werden;
- eine erhebliche Zahl von Drogentoten als Suizidfälle anzusehen ist, wie überhaupt Drogenkonsum viele Aspekte von Suizidalität aufweist. So sagt ein 14jähriger Junge: "Zum Selbstmord bin ich zu feige, da werde ich lieber Drogen nehmen".
- Grenzfälle sogar schon bei sehr jungen Kindern vorkommen, die sich durch unvorsichtiges Verhalten (im Straßenverkehr, Klettereien auf Dächern und Balkons, Trinken von gefährlichen Flüssigkeiten, bei älteren Jugendlichen S-Bahn-Surfen und Crash-Fahrten mit Autos) selbst gefährden. Es scheint, als ob bei diesen Kindern der Selbsterhaltungstrieb nicht mehr funktioniert, sie spielen mit ihrem Leben, sie "lassen sich sterben".

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik ist die Zahl der Todesfälle durch Suizid ebenfalls rückläufig. Die Suizidzahl bei Kindern und Jugendlichen ist in auffälligem Maße in den Jahren 1975 bis ca. 1985 angestiegen, mit dem absoluten Höhepunkt von 2.615 Selbsttötungen im Jahre 1978.

Es stellt sich die Frage, ob in diesem Zusammenhang auch gesellschaftliche Einflußfaktoren eine große Rolle gespielt haben, wie z.B. die atomare Bedrohung in den 70er Jahren und

die Pershing II-Stationierungsdebatte zu Beginn der 80er Jahre sowie der umstrittene Bau von Atomkraftwerken. Die kämpferische Seite fand ihre Ausdrucksmöglichkeit in der AKW-Bewegung und in den Friedensinitiativen, die resignative Seite dürfte sich unter dem Stichwort "no future" auch in Form von stark erhöhten Suizidzahlen gezeigt haben. Suizidalität ist offenbar auch ein Seismograph für den inneren Zustand einer Gesellschaft. Weis betrachtet die Suizidrate als eine "Rate gesellschaftlicher Pathologie", bei der es sich zwar um das persönliche Verhalten zahlreicher Individuen handele, aber deren Summe doch gesellschaftlich bedingt sei.

Seit Mitte der 80er Jahre ist eine starke Entpolitisierung zu beobachten, während im Zusammenhang mit der Auflösung des Ostblocks die Angst vor militärischer Bedrohung schwindet. Die "no future-Stimmung" unter Jugendlichen ebbt spürbar ab, Statussymbole (Jacken, Schuhe, outfit) sind wichtiger geworden für die Identitätsfindung, und die persönlichen Perspektiven scheinen auf dem Hintergrund einer langen Hochkonjunktur eher positiv. Ob der Rückgang von Dauer bleibt, scheint fraglich hinsichtlich der schwierigen Situation von Jugendlichen heute sowohl ideell als auch existentiell, während die Zunahme von militärischen Auseinandersetzungen und ökologischen Katastrophen in den letzten Jahren ein Gefühl der Resignation hat entstehen lassen. Auch das Klima unter Jugendlichen scheint heute sehr viel stärker von Konkurrenz, Rivalität und Gewalt geprägt; gefährdet sind in diesem Kampf die Schwachen und Vereinzelten.

2. Suizidversuche und Suizidmethoden Im allgemeinen wird das Verhältnis von Suizid zu Suizidversuch mit 1:10 angegeben, speziell bei Jugendlichen nimmt man sogar an, daß es 40mal mehr Suizidversuche als vollendete Suizide gibt.

Auf die Stadt Hannover bezogen würde das bedeuten, daß bei einer Zahl von 14 vollendeten Suiziden pro Jahr mit ca. 560 Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen bis zu 30 Jahren zu rechnen ist. Wenn man dann noch die große Zahl von Kindern und Jugendlichen bedenkt, die keinen direkten Suizidversuch machen, aber sich ernsthaft mit der Frage, ob der Tod nicht als Lösung ihrer Probleme dem Leben vorzuziehen ist, beschäftigen, dann ist deutlich, daß es sich hier nicht um ein Randgruppenproblem handelt.

Mehr Männer und männliche Jugendliche suizidieren sich erfolgreich mit härteren Methoden
(Waffen, Sprung aus großer Höhe, Erhängen,
Suizid durch Verkehrsunfälle); bei den Suizidversuchen überwiegen Mädchen, die "weichere"
Methoden, insbesondere Schlaftabletten, Beruhigungsmittel und Psychopharmaka anwenden.
"Harte" Methoden finden sich besonders bei
hochgradig eingeengten, autoaggressiven bzw.
bei psychotischen Jugendlichen.

In der Statistik 1992 des Statistischen Bundesamtes werden als die drei häufigsten Suizidmethoden bei einer Gesamtsuizidzahl von 10.109 Personen festgestellt:

nen = 44%
661 = 16%)
40 = 8,3 %)
07 = 6,9%
55 = 4,5 %)

Weiter weist die Statistik aus, daß 7.033 Männer/männliche Jugendliche durch Suizid starben und 3.076 Frauen/weibliche Jugendliche. Frauen sind überrepräsentiert bei den Vergiftungen mit Tabletten/Medikamenten, beim Suizid durch Ertrinken und beim Sturz aus der Höhe, Männer sind überrepräsentiert beim Suizid durch Waffen und Gasvergiftungen, während die anderen Suizidarten (Erhängen etc.) repräsentativ verteilt sind.

#### 3. Anzeichen von suizidaler Gefährdung und Möglichkeiten ihrer diagnostischen Einschätzung

Auf dem Weg zu einem Suizidversuch werden von Gefährdeten immer Notsignale gegeben. Ein untrügliches Zeichen für eine Suizidgefährdung ist die zwanghafte Beschäftigung mit dem Tod: Fragen, Spiele, die sich auf Tod, Friedhöfe, Begräbnisse beziehen, Interesse für Todesfälle, Morde, Katastrophen. In Zeichnungen sind es oft Brüche und Risse in den Figuren oder sie werden durchgestrichen, häufig werden Grabkreuze gemalt.

Christa Hömmen unterscheidet bei Jugendlichen sieben verschiedene Alarmzeichen: 1. Auffälliges Verhalten (Weglaufen, auf Trebe gehen und Schule schwänzen),

2. körperliche Auffälligkeiten (die Veränderung der Eßgewohnheiten, z.B. Bulimie, Migräne, Schlaflosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Ausdruckslosigkeit in Mimik, Gestik und Stimme).

3. verbale Äußerungen ("Gebt mir die Micky-Maus-Hefte mit ins Grab", "ich besuche die Oma", [die seit einem Jahr tot ist]),

4. symbolische Äußerungen, z.B. schwarze Kreuze, Grabhügel, eigene Todesinschriften,

5. schriftliche Äußerungen, wie der testamentarische Nachlaß zu verteilen sei, Abschiedsbriefe.

6. gedankliche Äußerungen wie das Recht zum Freitod, Diskussionen über den Wert und Sinn des Lebens und

7. realpraktische Schritte, die Tabletten im Schreibtisch.

Es gibt drei Konzepte, die sich mit der Risikoabschätzung bei suizidalem Verhalten befassen.

Zunächst das präsuizidale Syndrom nach Ringel und Löchel. Ringel nennt als dem Suizid (Versuch) vorausgehende Merkmale:

1. Die zunehmende Einengung der betroffenen Person hinsichtlich ihrer Gefühle, ihrer Interessen und ihrer sozialen Beziehungen. Sie fühlt sich wie in einer Sackgasse oder in einem Tunnel, an dessen Ende nur der Tod als Ausweg erkennbar ist,

2. die Wendung der Aggression gegen die eigene Person (der niederländische Schriftsteller Cees Nooteboom drückt das in seinem Roman "Rituale" so aus: "An Selbstmord denkt man, wenn man mit seiner Angst und Aggression die ganze Welt bereist hat und wieder bei sich selbst ankommt".),

3. zwanghafte konkrete Phantasien über den Ablauf des Suizides und

4. nach *Löchel* psychosomatische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wie Kopfweh, Erbrechen, Bauchschmerzen.

Ein zweiter Weg zur Abklärung der Frage, ob ein Kind suizidal gefährdet ist, ist mit Hilfe des Konzeptes der Grundhaltungen zum Leben/ Tod von *Orbach* möglich. Nach *Orbach* gibt es vier Grundhaltungen (Lebensanziehung, Lebensabwehr, Todesanziehung und Todesabwehr) gegenüber Leben und Tod in jedem Menschen.

Mit Lebensanziehung sind die positiven Aspekte des Lebens gemeint, bei der Lebensabwehr kommen alle negativen Faktoren (z.B. Isolation, geringes Selbstbewußtsein, negative Erfahrungen) zusammen. Mit Todesanziehung ist gemeint, daß der Tod dem Leben vorzuziehen ist, bei Kindern z.B. die Vorstellung, zu einem lieben Gott oder zu einem väterlichen, liebevollen Wesen zu gehen oder bei Jugendlichen der Eintritt in einen Zustand mystischer Vereinigung mit dem Universum.

Die Todesabwehr ist die Einsicht, daß der Tod unwiderruflich ist und als furchtbarer Zustand ewigen Alleinseins gesehen wird.

Das relative Gleichgewicht dieser Kräfte ist beim suizidalen Menschen gestört. Studien zeigen, daß suizidale Kinder das Leben als eher abschreckend und wenig anziehend empfinden, den Tod dafür anziehender und weniger abschreckend erleben.

Das Maß der Todesanziehung kann dafür benutzt werden, das unmittelbare Risiko eines kindlichen Suizidimpulses zu ermitteln. Geschehen kann das mit Hilfe von projektiven Testverfahren, wie z.B. die Beschreibung eines unglücklichen Pferdes, das die schimmernde Marmor-Statue eines Hengstes in der Stadtmitte sieht. Später, als das Pferd eine schwere Last durch Regen und Schlamm ziehen muß, überlegt es, ob es nicht lieber den Platz mit der Statue tauschen soll. An diesem Punkt wird das Kind um seine Meinung gefragt. Diese Geschichte verleiht einem unbelebten Objekt, das den Tod repräsentieren soll, eine gewisse Verlockung. Auf ähnliche projektive Weise kann das Ausmaß der Lebensanziehung, der Lebensabwehr und der Todesabwehr festgestellt werden.

Feuerlein hat ein drittes System entwickelt, mit dessen Hilfe stattgefundene Suizidversuche nach dem Grad der tatsächlichen Suizidgefahr eingeschätzt werden können.

Nach Feuerlein beinhaltet jede Suizidhandlung drei Tendenzen: den Wunsch nach Autodestruktion, den Appell nach Hilfe und Kontakt und den Wunsch nach Zäsur. Wenn die autoaggressive Tendenz stark ausgeprägt ist, handelt es sich beim Suizidversuch oft um einen mißglückten Suizid, wenn der Appell-Charakter im Vordergrund steht, wird die Suizidhandlung so gestaltet, daß die Möglichkeit der Hilfe von außen möglichst groß ist, bei der Zäsur steht eine vorübergehende Unterbrechung oder auch ein endgültiger Abbruch des Lebensweges im Vordergrund, im Extremfall sucht der Betroffene den vertieften und verlängerten Schlaf, der ein zeitweiliges Vergessen der für ihn belastenden Erlebnisse bringen soll und von dem er sich Erholung und Stärkung für einen Neubeginn seines Daseins erhofft. Es ist schwierig und manchmal sogar unmög-

231

lich, im Einzelfall zwischen den Kategorien Autoaggression, Appell und Zäsur zu unterscheiden. Gerade bei der Verwendung von Psychopharmaka bleibt die Unklarheit über das Ausmaß der tatsächlichen Tötungsabsicht sehr groß. Bei Jugendlichen überwiegen wohl parasuizidale Handlungen eindeutig, der Appell-Charakter und das Bedürfnis nach Ruhe sind vorherrschend, d. h. natürlich nicht, daß solche Suizidhandlungen weniger ernst zu nehmen seien.

Trotz der Einschätzungsproblematik im Einzelfall ist das Schema von Feuerlein als Struktur "im Hinterkopf" hilfreich, da es zum differentialdiagnostischen Denken und Wahrnehmen

anregt.

4. Welche Vorstellung vom Tod haben Kinder und Jugendliche?

Oft fragen Erwachsene, auch betroffene Eltern, ob jüngere Kinder überhaupt eine Vorstellung davon haben, was Tod bedeutet und ob demzufolge Suizidäußerungen und Todeswünsche von jüngeren Kindern als ernsthaft anzusehen sind. Forschungen, u. a. von Gesell, Ilg und

Kane, zeigen:

Kinder bis zum 4. Lebensjahr haben noch keine Vorstellung von der Bedeutung des Todes. Sie verwenden das Wort Tod in diesem Alter in einer sehr begrenzten und unklaren Weise, das Wort ruft noch keine emotionale Reaktion hervor. Ab dem 5. Lebensjahr kennt das Kind die physischen Aspekte von Tod, wie z.B. die Bewegungsunfähigkeit eines Toten, und ist sich auch über die Endgültigkeit im klaren; der Umgang mit Tod ist eher sachlich als emotional. Ab dem 6. Lebensjahr beginnt das Kind auch emotional auf den Begriff Tod zu reagieren, es kommt zu auffälliger Beunruhigung über den möglichen Tod von Angehörigen, insbesondere der Mutter, und die Kinder entwickeln Neugier hinsichtlich Todesursachen wie Mord, Krankheit, Alter und Unfällen. Das Kind glaubt noch, daß es niemals sterben wird. Ab dem 7. Lebensjahr wird das Begriffsbild des Todes realistischer, es kommt zu einer Einsicht in alle Aspekte des Todes, auch des eigenen Todes. Ab dem 8. Lebensjahr entsteht Interesse für die Frage, was nach dem Tod geschieht, das Kind akzeptiert die Unvermeindlichkeit von Tod für alles Lebendige. Ab dem 11. Lebensjahr beginnt das Kind theoretische und philosophische Fragen zu stellen darüber, was nach dem Tod geschieht, und zeigt Interesse an Gesprächen über Verstorbene.

Bezogen auf konkrete suizidale Absichten gilt für Kinder das "magische Konzept": Sie wollen

im Augenblick aus einem direkten Anlaß heraus fort und gehen davon aus, daß sie später in eine verbesserte Situation zurückkehren können. Das heißt nicht, daß solche Suizidhandlungen nur demonstrativ gemeint sind, aber sie sind aus momentanen Frustrationen heraus entstandene impulsive Akte, mit dem Wunsch, die Bezugspersonen, insbesondere die Mütter, durch den Tod zu bestrafen, oder mit der Vorstellung, mit nahen Angehörigen zuammenzuleben, die verstorben sind. Der Tod wird oft als freundlicher alter Mann verstanden, auf dessen Schoß man sitzt und Süßigkeiten bekommt. Die Kinder sehen den Tod als Leben unter besseren Bedingungen. So sagt ein Kind in einer Fernsehsendung: "Im Grab ist es schön und warm, wie im Bett, wie ein Zuhause". Mark Twain beschreibt in "Tom Sawyers Abenteuer" sehr einfühlsam, wie Tom sich nach einer ungerechten Bestrafung durch Tante Polly durch einen Suizidversuch an ihr rächen will, wie er sich vorstellt, daß Tante Polly voller Gram und Reue an seiner starren Leiche steht und ihn ergebenst um ein einziges Wort der Verzeihung bittet.

Das suizidale Verhalten von Jugendlichen und Erwachsenen unterscheidet sich nicht grundsätzlich. Abgesehen davon, daß die Adoleszenz eine "normative und biologische Krise" (E. Erikson) ist und die Probleme von Jugendlichen häufig phasenspezifisch sind, durchlaufen suizidale Jugendliche wie auch Erwachsene ähnliche Stadien auf dem Weg zur suizidalen Krise.

Nach Jacobs muß der suizidale Jugendliche folgendes erlebt haben:

1. eine langandauernde Problemgeschichte,

2. eine Eskalation von Problemen,

3. ein fortschreitendes Versagen verfügbarer Anpassungstechniken,

4. eine Auflösung aller bedeutungsvollen sozia-

len Beziehungen und

5. eine innere Rechtfertigung für den Selbstmord. Diese innere Rechtfertigung steht meist in direktem Zusammenhang mit einem Konflikt oder mit einer akuten Enttäuschung: "... weil der/die einem das angetan hat ...!" Der Auslöser und die innere Rechtfertigung bilden zusammen den Tropfen, der das Faß überlaufen läßt und sie führen direkt zur suizidalen Handlung.

5. Individuelle Faktoren und Suizidalität Nach Orbach gibt es keine typische suizidale Persönlichkeitsstruktur bei Kindern und Jugendlichen. Kinder mit den verschiedensten und gegensätzlichen Persönlichkeitsmerkmalen können in die suizidale Sackgasse geraten. Verschiedene Studien (u. a. Shneidman und Beck) weisen dennoch auf einige gemeinsame Merkmale hin, wie eine geringe kognitive Flexibilität und starre Denkmuster, die dann den Tod als einzigen Ausweg erscheinen lassen, weiter ein depressiver Bewältigungsmechanismus bei Belastungen und natürlich die zwanghafte Beschäftigung mit dem Tod.

Meine eigenen Erfahrungen mit suizidalen Jugendlichen weisen besonders auf geringe Integrationsfähigkeit von positiven und negativen Erfahrungen hin (s. Abschnitt 9.4.). Sie geraten dadurch immer wieder in emotionale Randbereiche und verlieren ihre Mitte. Neben vielfältigen psychosozialen Faktoren, auf die ich in den nächsten Punkten noch eingehen werde, spielen auch körperliche Faktoren eine Rolle, wie körperliche Handicaps, ein Gefühl der körperlichen Unzulänglichkeit, zerebrale Dysfunktionen. Auch psychotische Jugendliche sind gefährdet, und bei ihnen kommt es häufiger zu sehr plötzlichen Suizidhandlungen. Äußere Anlässe für suizidales Verhalten sind auch häufig negative Schulkarrieren.

6. Psychosoziale Faktoren und Suizidalität 232 In einer Studie von Bernhard Bron waren bei 69% der Patienten broken-home-Situationen vorhanden, das erzieherische Verhalten der Eltern war problematisch, die Väter zeigten sich als brutal überfordernd, die Mütter als überbesorgt verwöhnend. Bei den älteren Patienten spielten auch sexuelle Konflikte und Probleme der Partnerbeziehung eine große Rolle, bei den jüngeren standen Differenzen mit den Eltern im Vordergrund. Weitere Belastungsfaktoren waren besonders für männliche Jugendliche Probleme in Schule und Beruf. Eine besonders gefährdete Gruppe waren die Drogenabhängigen und die jugendlichen Alkoholiker.

Eine in der Fachliteratur nicht erwähnte, aber dennoch gefährdete Gruppe sind weibliche Jugendliche mit interkultureller Problematik, die in der Pubertät eine gefährliche Loyalitätskrise zu ihrer Herkunftsfamilie einerseits und ihrer Peer-Gruppe andererseits durchmachen. Das betrifft insbesondere Kinder der zweiten oder dritten Generation von traditionell islamisch geprägten Familien, vorstellbar aber ist auch, daß Kinder aus deutschen Familien, die z. B. einer "rigiden" Sekte angehören, diese Problematik durchmachen und sich schon als Jugendliche normativ entscheiden müssen. Auch bei Erwachsenen kommt es im Zusammenhang

mit ecclesiogenen Neurosen immer wieder zu suizidalen Phasen.

Orbach weist auf frühere Verlustergebnisse hin, die in hohem Maße zum Entstehen suizidaler Tendenzen beitragen: insbesondere Tod, Scheidung, Trennung, die Sicherheitsgrundlage der Kinder wird zerstört, gerade dann, wenn sie beginnen, Beziehungen nach außerhalb aufzubauen. Bei Scheidungen ist es oft weniger die Trennung an sich, sondern es sind die Loyalitätskonflikte, die die Kinder belasten. Dazu kommen Schuldgefühle, die Trennung durch unangepaßtes Verhalten ihrerseits mit verursacht zu haben und Wut auf die Eltern. So kann dann destruktiver Selbsthaß entstehen.

Der Suizid eines Elternteils zeigt Kindern diese Möglichkeit als Ausweg auf: In einer Studie haben ein Viertel der suizidalen Jugendlichen den Suizid eines Elternteils erlebt. Auch suizidale Tendenzen der Eltern können durch Kinder ausgelebt werden. Die Eltern zeigen direkt oder indirekt den Kindern den Tod als eine Problemlösungsmöglichkeit.

Todeswünsche entstehen nicht nur infolge, sondern auch angesichts drohender Verluste, z. B. bedrohte Eltern-Kind-Beziehungen und Geschwisterbeziehungen in Zusammenhang mit unheilbaren Krankheiten. Die überlebenden Kinder empfinden Eifersucht gegenüber den sterbenden/verstorbenen Geschwistern, die sie oft nicht anders artikulieren können.

Orbach weist besonders darauf hin, daß nicht isolierte Faktoren, wie z.B. Scheidung oder Trennung, zu Selbstzerstörung führen müssen. Es gibt eine unterschwellige Dynamik, nämlich, daß das Kind dem Problem ausgesetzt ist, aber dessen Lösung nicht beeinflussen kann. Das scheint die Scheidemarke zu sein zwischen Lebensumständen, die schädigen, und solchen, die tödlich sind. Unter dem Eindruck dieser Erkenntnisse hat Orbach sein Konzept des "Unlösbaren Problems" entwickelt, auf das später noch genauer eingegangen wird.

# 7. Familiensystemische Faktoren und Suizidalität

Es gibt zahlreiche Hinweise sowohl in der Literatur wie auch im direkten Kontakt mit suizidalen Familien, daß in solchen Familien oft eine kalte, distanzierte und gleichgültige Atmosphäre herrscht sowie eine suizidfördernde Dynamik der familiären Interaktion zu beobachten ist, u.a. die Empfehlung, den angekündigten Suizid auch gründlich durchzuführen.

233

So empfindet der Gefährdete das Gefühl, es sei besser, nie geboren zu sein, es ginge der Familie oder einem Elternteil besser, wäre er nur tot. Besonders problematische Familienkonstellationen sind nach Christa Hömmen

1. Familien, in denen so etwas wie eine Selbsttötungstradition besteht und der Suizid als Lösung aus einer schweren Krise eher möglich scheint als in anderen Familien,

2. Trennungsfamilien aufgrund von Todesfällen oder auch natürlich Scheidung oder Heimunterbringung,

3. Gewaltfamilien (körperliche Mißhandlungen, sexueller Mißbrauch) und

4. Geheimnisfamilien, Familien, in denen Geheimnisse bestehen, über die nicht gesprochen werden darf.

Orbach meint die innerfamiliäre Dynamik, wenn er die familiären Zusammenhänge zur Suizidalität auf drei Grundproblematiken bezieht:

1. Die Viel-Problem-Familie: Es handelt sich um eine instabile Familie ohne positive Ressourcen. Probleme wie Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzwechsel, frühe Ehen, Scheidungen, Klinikeinweisungen, Alkoholmißbrauch, Depressionen, vorausgehende Suizidversuche spielen eine Rolle. Die Eltern sind in ihren Problemen gefangen; das führt zu Vernachlässigungen und Mißhandlungen der Kinder. Das fortwährende Chaos zermürbt die Ich-Funktion des Kindes.

Die Aussage des Kindes könnte lauten: "Ich werde nicht beachtet und bin wertlos."

- 2. Die Familie mit der tödlichen Botschaft: Oftmals kommt es schon sehr früh zu einer Ablehnung des Kindes, manchmal schon vor der Geburt. Abgelehnte Kinder klammern sich häufig besonders heftig an ihre Eltern. Die Eltern schwanken oft bipolar zwischen Liebe und Haß, Nähe und Distanz, so daß die Kinder verwirrt sind oder die Eltern ignorieren die Kinder und sind emotional nicht verfügbar. So wird die tödliche Botschaft vermittelt: "Ich will Dich nicht, gehe weg von hier!" in immer expliziterer Form, auch verbal, bis schließlich das Kind sich dem elterlichen Willen unterwirft. Aussage des Kindes: "Ich werde abgelehnt und bin wertlos."
- 3. Die Familie mit der zerstörenden Symbiose: Symbiose scheint ein häufig vorkommendes Element in der Genese von Suiziddynamiken zu sein, vor allem, wenn Empathie und Sensibilität fehlen. Die Fähigkeit, Wärme und Sympathie zu vermitteln, fehlt, die Eltern wirken

distanziert. Die Position der Kinder ist oft unerträglich, sie erleben die Familien als eine angespannte und erstickende Fessel, ohne Ausdruck von Liebe und Wärme, eine Kombination von symbiotischer Bindung und emotionaler Distanz. Dazu kommt, daß suizidale Familien ein geschlossenes System bilden und sich nach außen abschotten. Es gibt ein Tabu, enge Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen, entweder vollständige Abwendung von der Außenwelt oder ein kompletter Bruch mit der Familie. So entsteht eine Isolation nach außen und nach innen. Mit der Symbiose im Zusammenhang steht eine tiefe, schnell auslösbare Trennungsangst. Die Kinder haben das Empfinden, unabhängig von der Familie nicht existieren zu können. Aussage des Kindes: "Ich werde verwirrt und

bin wertlos."

Diese drei Merkmale suizidaler Familien können in manchen Familien gleichzeitig auftreten, in anderen Familien steht nur ein Aspekt der genannten drei im Vordergrund.

#### 8. Das Konzept des "Unlösbaren Problems" nach Orbach

Orbach stellt als zentrales Problem suizidaler Kinder in den Vordergrund, daß diese Kinder sich als gefangen und unfähig erleben und zu der Einschätzung kommen, daß eine Beendigung oder eine Lösung ihres Leids nicht in Aussicht ist. Aus dieser Wahrnehmung entstehen Depressionen und schließlich suizidale Tendenzen. Merkmale des "Unlösbaren Problems" sind:

- 1. Das Kind hat keine Möglichkeit, das Problem zu lösen, weil es außerhalb seiner Reichweite liegt: zum Beispiel wenn ein Elternteil Trennungsabsichten hat, können Suizidäußerungen eines Kindes unbewußte Botschaften an die Eltern sein, sich nicht zu trennen, oder die Kinder übernehmen diese Aufgabe für den Elternteil, der die Trennung nicht will, d.h. eine Botschaft zwischen den Ehepartnern über den Suizidumweg des Kindes.
- 2. Die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten des Kindes werden durch die Eltern systematisch beschnitten mit Hilfe von Drohungen, Züchtigungen und Liebesentzug. Das Kind muß dann seinen eigenen Willen aufgeben und hat manchmal nicht einmal das Recht, seine eigene Meinung zu äußern. Es kann auch zu Paradoxien kommen, daß die Eltern ein bestimmtes Verhalten fordern und dann das Kind dafür bestrafen.

3. Lösungen, die neue Probleme hervorrufen. Jeder Versuch des Kindes zu einer Problemlösung beschwört neue Probleme herauf, z. B. wenn Kinder in unlösbaren Trennungskonflikten der Eltern verstrickt sind, gibt es oft keinen Ausweg, sie müssen sich für und gegen jemanden entscheiden.

Das Konzept des "Unlösbaren Problems" macht deutlich, daß die Kinder existentiell überfordert sind mit Problemen, sie fühlen sich dann sozial isoliert, sie haben niemanden, an den sie sich wenden können, und auf Dauer entsteht ein Verlust des Selbstbezuges und des Selbstwertes. Die Wahlmöglichkeiten schwinden, die Welt wird wie ein enger Tunnel gesehen, alles bekommt eine eindeutige Färbung, schwarz oder weiß. Am Ende des Tunnels ist nur der Suizid als einziger Ausweg erkennbar. Um sich von diesem schon zwanghaften Weg zum Tode lösen zu können, ist ein emotionaler und kognitiver "Quantensprung" notwendig, der oft nicht von einem Kind oder Jugendlichen allein geleistet werden kann. Auch die Erfahrungen aus der Beratungsarbeit zeigen deutlich auf, daß suizidal gefährdete Kinder und Jugendliche immer in mehreren Lebensbereichen belastet sind und sie sich subjektiv vor unlösbaren Problemen stehend fühlen.

 Wichtige therapeutische Konzepte im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen

1. Das Zeitkonzept

"Warum will sich jemand umbringen?" fragt Klaus Mann in seiner Biographie. Um dann selbst die Antwort zu geben: "Weil man die nächste halbe Stunde, die nächsten 5 Minuten nicht mehr erleben will, nicht mehr erleben kann. Plötzlich ist man an einem toten Punkt, am Todespunkt. Die Grenze ist erreicht ..." In der akuten Krisenintervention scheint die Zeit eine außerordentlich wichtige Rolle zu spielen. Es geht um die ersten Stunden, es geht um die ersten Tage. Es geht darum, Zeitbrücken zu schlagen, so daß dem Suizidalen das Gefühl vermittelt werden kann, daß es Personen gibt, die in den nächsten Stunden und Tagen für ihn da sein werden. Daß möglichst schon innerhalb von 48 Stunden Kontakt zu einem jungen Menschen, der einen Suizidversuch unternommen hat, aufgenommen werden muß, damit nicht Prozesse der Leugnung und Bagatellisierung seinerseits oder seitens der Familie stattfinden, gehört inzwischen zu den unumstrittenen Standards der Suizidbetreuung.

2. Erhöhung der Todesfurcht

Gerade bei sehr jungen Suizidalen ist es wichtig, daß die Todesfurcht durch Gespräche über den Tod erhöht wird, in Form von Fragen wie "was geschieht mit Toten, hast Du schon einmal einen toten Menschen oder ein totes Tier gesehen, wie sah das aus, was wird Dir geschehen, wenn Du stirbst, was werden die Eltern fühlen, sagen?" Die Vorstellung, daß der Tod eine dem Leben vorzuziehende Alternative darstellt, muß mit dem Kind bearbeitet werden, besonders dann, wenn Sehnsucht nach einem nahen Angehörigen besteht, der verstorben ist. Es kann auch sehr hilfreich sein, einem suizidgefährdeten Kind oder Jugendlichen die Frage zu stellen: "Wenn Du Dich nicht umbringst, sondern Deine Wut nach außen richtest, wen möchtest Du dann mit dieser Wut treffen?"

3. Akzeptieren der Gründe

Bei hoher Suizidgefährdung gelingt der entscheidende therapeutische Durchbruch stets dann, wenn der Therapeut Suizid als tatsächlich mögliche Lösung durchspielen kann, d. h., daß er die Gründe für den Suizidgedanken, gerade auch bei Jugendlichen, akzeptieren kann und nicht versucht, sie ihm auszureden oder ihm gar zu sagen, daß es vielen anderen Menschen noch schlechter geht.

4. Integration von positiven und negativen Persönlichkeitsanteilen

Suizidale Kinder und Jugendliche zeigen ein hohes Maß an Nicht-Integration: Sie denken in extremen Kategorien wie schwarz-weiß, oben oder unten, "super" oder "voll ätzend", ganz oder gar nicht, während die Mitte nicht besetzt ist. So sagt ein 14jähriges Mädchen: "Ich bringe mich um, wenn meine Eltern nicht wieder zusammenziehen oder ich möchte meine eigene Wohnung haben, dann können sie mir den Buckel runterrutschen, ich sehe dann nur noch meine Freunde." Eine suizidale 16jährige sagt: "Mit denen aus meiner Klasse komme ich total nicht klar, die sind ganz anders. Im Urlaub habe ich Leute getroffen, mit denen konnte man über alles reden." Suizidal gefährdete Jugendliche zeigen extrem schwankende Empfindungen und Bewertungen, das Selbstwertgefühl schwankt ständig mit und findet keine Stabilität, der Zugang zu Ressourcen und Erfolgsstrategien in Teilbereichen ist versperrt, extremes Mangelempfinden und positive Erlebnisse/Wahrnehmungen stehen unverbunden nebeneinander. In akut suizidalen Situationen kann die negative Bewertung relativiert werden durch Bemerkungen wie: "Du

mußt bedenken, Du hast zwei Seiten, auch wenn Du sterben willst, gibt es immer noch einen Teil von Dir, der leben will."

In der weiteren Arbeit ist es wichtig, die Integration zu erhöhen und ihnen das weite "Reich der Mitte" zu zeigen: So kann dann die Berührung mit extremeren Gefühlen, wie sie in jedem Menschenleben vorkommen, besser ausgehalten werden. Als besonders hilfreich für diese Integrationsarbeit haben sich Interventionen aus dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) erwiesen, die in diesem Rahmen nicht weiter dargestellt werden können, aber auch bildliche Darstellungen des "psychischen Raumes" der Betroffenen (z. B. Fragen wie: "Wo stehe ich, wenn ich suizidal bin, wo, wenn es mir super geht, was gibt es dazwischen?") sind sehr geeignet, das "Reich der Mitte" zu zeigen und ihre Extremwahrnehmung zu relativieren. Der NLP-Glaubenssatz, jeder Mensch habe alles, was er brauche, in sich, gilt auch für suizidale Kinder und Jugendliche: Sie verfügen im Prinzip über Erfolgsstrategien, die ihnen aber aufgrund ihrer Nicht-Integriertheit in den auslösenden Situationen nicht (ausreichend) zur Verfügung stehen. Diese Kraftquellen müssen nutzbar gemacht werden.

5. Therapie in/mit der Familie

Eine Bewertung und Behandlung des Kindes allein ist jedoch nicht ausreichend, das Familien-setting ist angemessener. Hier ist besonders wichtig, daß das "unlösbare Problem" erkannt wird, welche Dynamik, Situation, Beziehung gibt dem Kind das Gefühl, keinen Ausweg zu haben? Dazu ist es sinnvoll, mit der Familie in unterschiedlichen Konstellationen zu arbeiten und die Dyade zu akzentuieren, in der das "unlösbare Problem" am stärksten ausgeprägt ist. Es muß geklärt werden:

• ob es gravierende elterliche Konflikte gibt, in

denen das Kind verwickelt ist,

• ob eine elterliche Depression oder Suizidalität besteht,

 ob es extreme symbiotische Prozesse in der Familie gibt oder der offene Ausdruck von Gefühlen verboten ist,

• ob das Kind von seiner Familie entfremdet ist oder ob extrafamiliale Ressourcen bestehen,

• wie die Problemlösungsstrategien in der Familie aussehen.

6. Therapeutische Probleme In der ambulanten Therapie von suizidalen Familien entsteht schnell Widerstand gegen die Therapie: Der Suizidversuch wird nicht ernstgenommen, die Probleme des Jugendlichen werden bagatellisiert, die Schuld wird ihm als Charakterschwäche oder einem Außenstehenden zugeschoben, der ihn negativ beeinflußt. Manchmal werden auch Aggressionen bis hin zu offener Ablehnung gegen den suizidalen Jugendlichen gerichtet. Man kann sich oft des Eindrucks nicht erwehren, daß die Eltern selber vor unlösbaren Problemen stehen und sich einmal hilflos und überfordert fühlen, aber dann auch die Leiden ihres Kindes, die meist ihre eigenen Leiden sind, nicht sehen wollen. Die Suizidalität des Kindes deckt auch die Problematik der Eltern auf.

In dieser Situation muß der Therapeut ein positiver Anker sein, der in der Lage ist, das Kind vor dem Ansturm der feindlichen Gefühle zu schützen, der aber auch die Kraft hat, die Eltern so zu lenken, daß ein Bewußtsein für die gemeinsame Verzweiflung entsteht, ein Wir-Gefühl angesichts der als unlösbar erlebten Probleme. Wichtig ist, daß dann als nächster Schritt positive Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung angestrebt werden: Dieser Schritt erweist sich oft als ein mühsamer Versuch, das kleine Einmaleins der primären Beziehung gegen den Widerstand der primären Beziehungsstörung zu installieren.

Als Alternative zu einer ambulanten Einzeloder Familientherapie stellt sich die Frage einer stationären Behandlung, die nach *Remschmidt* nach folgenden Kriterien durchgeführt werden sollte:

1. beim Vorliegen eines wohldefinierten Planes zum Suizid,

2. wenn es ernsthafte Suizidversuche in der Vorgeschichte gegeben hat,

3. wenn Suizidgedanken oder -versuche im Zusammenhang stehen mit Psychosen,

4. wenn andere psychiatrische Erkrankungen mit hohem Suizidrisiko vorliegen (endogene Depression, Drogenabhängigkeit),

5. wenn der Jugendliche den Wunsch äußert, wegen der bedrohlichen Lage stationär aufgenommen zu werden,

6. in Fällen von auswegloser Krisenintervention.

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag dient dem Ziel, auf das Thema suizidale Gefährdung bei Kindern und Jugendlichen aufmerksam zu machen, da die alltägliche Brisanz dieser Thematik weit größer ist, als nach außen erkennbar wird. Die anfangs genannten Zahlen und ihre Hintergründe machen dies deutlich. René Diekstra zitiert in seinem aufrüttelnden Buch einen bekannten Sui-

zidexperten: "Wenn Sie mich fragen, warum Menschen Selbstmord begehen, dann ist meine ehrliche Antwort, daß ich es nicht weiß." Die Gefahr ist groß, daß, je mehr man sich mit der Thematik auseinandersetzt, die Verwirrung über die zahllosen Theorien und Untersuchungen umso größer wird.

Deshalb möchte ich auf einige wenige "essentials" der Suizidproblematik hinweisen, die sich für mich als sehr hilfreich erwiesen haben:

• Suizidale Gefährdung zeigt sich manchmal sehr versteckt als "beliebiger" Umgang mit dem höchsten Wert "Leben".

• Suizidgefährdete sehen sich in einer ausweglosen Situation, sie fühlen sich wie im Tunnel, an dessen Ende nur der Weg in den Tod vorstellbar ist. Diese Einengung ist ein äußerst wichtiges Anzeichen einer akuten Gefährdung.

• Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche sind immer mehrfach belastet, der äußere Anlaß ist nur der Tropfen, der das Faß überlaufen läßt, hinter jeder suizidalen Äußerung steht

psychische Not.

• Mit Suizidgefährdeten muß offen über die Probleme des Lebens, aber auch über die Aspekte des Todes, gesprochen werden. Dabei dürften unser Mut und unsere Bereitschaft, offen über Bilder und Perspektiven des Todes zu sprechen, unser größtes Kapital sein. So werden Wahlmöglichkeiten sichtbar, eine Entscheidung kann getroffen werden. Letztlich berühren wir damit auch eigene Fragen der Sterblichkeit und der Suizidalität.

• Grundsätzlich, aber bei suizidalen Klienten ganz besonders, geht es im therapeutischen Kontext um eine tragfähige und hoffnunggebende Beziehung

bende Beziehung.

Menninger sagt es so: "Unsere größte Hoffnung ist, auf die Freundschaft zu setzen. Sie bleibt das machtvollste Instrument derer, die sich selbst, als auch jener, die andere retten wollen. Durch ein ermutigendes Lächeln, eine mitfühlende Frage, geduldiges Zuhören, wenn jemand sein Herz ausschütten will, kann jeder Beliebige, ebenso wie der Psychiater oder Sozialarbeiter, Depressionen aufhellen, die Qualen freiwilligen oder unfreiwilligen Märtyrertums lindern und den Drang zur Selbstzerstörung so manch eines Leidenden vereiteln."

Literatur beim Verfasser.

### Horst Seibert Veränderung in der stationären Altenhilfe

Gleich drei einleitende Teile möchte ich vorwegschicken, bevor ich auf die Altenhilfe, und da speziell auf die stationäre, zu sprechen komme. Ich möchte mit zwei eher sozialphilosophischen und sozialgeschichtlichen Betrachtungen beginnen und danach ein paar die Altenhilfe mittelbar und unmittelbar betreffende Verwerfungen im sozialen Feld bzw. Annäherungen an Grenzen sowie einige die Altenhilfe tangierende Entwicklungen, z. B. sozialklimatische oder ausbildungspolitische, streifen. Ein dritter, kurzer Einleitungsteil heißt schlicht "Europa".

Mit diesem vergleichsweise komplizierten Ansatz will ich die Problematik "Zukunft der stationären Altenhilfe" sozusagen umkreisen, einkreisen. Dabei soll bei jeder sich bietenden Gelegenheit schon auf bestimmte Konsequenzen für die Altenhilfe eingegangen werden, bis zuletzt einige m. E. zentrale Probleme bleiben, die "für sich" dargestellt werden. Kurz gesagt: Ich nehme einen langen Weg, wie es scheint, und versuche doch, schon früh an der Sache zu bleiben. Ich schreibe aus der Perspektive der Diakoniewissenschaft, bemühe mich aber um "Verallgemeinerungsfähigkeit".

1. Deutungsmodelle sozialen Wandels

1.1 Es könnte sein, daß wir uns in einem sehr grundsätzlichen Wandel sozialer und sozialpolitischer Leitideen und Wirklichkeiten befinden. Klaus Dörner hat kürzlich einen, wie ich meine, hochinteressanten Deutungsversuch unternommen. Er geht dabei auf den sozialgeschichtlichen Urknall der industriellen Revolution zurück. Er meint, man müsse verstehen, was damals geschah, um zu verstehen, was gerade im Gange ist:

Mit der Industrialisierung "wurde die einheitliche Lebenswelt in drei Segmente zerschnitten. Es wurden Räumlichkeiten geschaffen, die ausschließlich dem Zweck dienten, industriell zu produzieren, zu arbeiten – ein Raum also, in dem man produktiv, nicht aber sozial, sein sollte, um die Produktivität zu vergrößern. Damit solche Einrichtungen (Fabriken, Büros)