

Wilhelm Rotthaus

# **Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen**

Zweite Auflage, 2023

# Inhalt

<b>Vorwort der Herausgeber</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>11</b>
<b>2 Suizid</b>	<b>14</b>
2.1 Suizid – eine Herausforderung an die Gesellschaft und jeden Einzelnen	14
2.2 Die Geschichte des Suizids	16
2.2.1 Die Bewertung des Suizids im Laufe von zweieinhalb Jahrtausenden	16
2.2.2 Die Häufigkeit des Suizids im Verlauf der Geschichte	19
<b>3 Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>22</b>
3.1 Begriffliche Klärung	22
3.2 Todeswunsch und Wunsch nach Veränderung der Umwelt	26
3.3 Häufigkeit	28
3.4 Geschlecht und Suizid	30
3.5 Abschiedsbriefe	32
<b>4 Risiko- und Schutzfaktoren für das Auftreten von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>36</b>
4.1 Ein ökologisches Risikofaktorenmodell	36
4.2 Selbstverletzung und Suizidalität	37
4.3 Homosexualität und Suizidalität	40
4.4 Sucht und Suizidalität	42
4.5 Der Einfluss von Suggestion und Nachahmung	44
4.5.1 Der sogenannte Werther-Effekt	44
4.5.2 Lernen am Modell und Nachahmung	47
4.5.3 Doppelsuizide und Mehrfachsuizide	49
4.5.4 Die Bedeutung von Suizidforen im Internet	50
4.6 Schutzfaktoren bei widerstandsfähigen Kindern und Jugendlichen	52
<b>5 Anregungen für eine hilfreiche Haltung der Therapeutin gegenüber Kindern und Jugendlichen in einer suizidalen Krise</b>	<b>58</b>
5.1 Ein Bewusstsein für eigene Ängste vor Tod und Selbsttötung	58
5.2 Die eigene Entschiedenheit für das Leben	60
5.3 Ein Wissen um die eigene Kompetenz	61
5.4 Eine bescheidene Selbstgewissheit der Therapeutin	61

5.5	Sensibilität für Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse. . . . .	62
5.6	Eine Haltung der Allparteilichkeit gegenüber dem Kind oder Jugendlichen und seinen Angehörigen . . . . .	63
5.7	Moralische und rechtliche Überzeugungen der Therapeutin . . . . .	64
5.8	Die Bedeutung des eigenen Arbeitskontextes. . . . .	66
5.9	Folgen einer Entscheidung zur stationären Einweisung. . . . .	67
5.10	Selbstvergewisserung nach Suizid eines Kindes oder Jugendlichen. . . . .	68
<b>6</b>	<b>Störungsverständnisse auf der Basis von Soziologie, Psychoanalyse und Lerntheorie</b>	<b>69</b>
6.1	Soziologisches Störungsverständnis . . . . .	69
6.2	Psychoanalytisches Störungsverständnis . . . . .	71
6.3	Das Konzept der »erlernten Hilflosigkeit«. . . . .	72
<b>7</b>	<b>Exkurs: Eine kleine Geschichte des Individuums</b>	<b>75</b>
7.1	Das Menschenbild bis zum Ende des Mittelalters. . . . .	76
7.2	Die Erfindung des Individuums . . . . .	77
7.3	Der Mensch als Maß aller Dinge . . . . .	81
7.4	Perspektiven eines neuen Menschenbildes . . . . .	83
<b>8</b>	<b>Systemtherapeutisches Störungsverständnis</b>	<b>85</b>
8.1	Die Verortung suizidalen Denkens und Handelns im familiären Beziehungsgefüge . . . . .	85
8.2	Die Suizidhandlung als »cry for change« . . . . .	88
8.3	Familiäre Konstellationen und Suizidalität . . . . .	89
8.3.1	Rigidität und Erstarrung . . . . .	89
8.3.2	Familiengeheimnisse . . . . .	92
8.3.3	Symbiotische Verstrickung . . . . .	93
8.3.4	Chaos und emotionale Instabilität. . . . .	95
8.3.5	Diffusität von Zuständigkeit und Verantwortung. . . . .	96
8.3.6	Die tödliche Botschaft . . . . .	97
8.3.7	Die Alles-oder-nichts-Idee . . . . .	100
8.3.8	Schuld- und Verdienstkonten in Familien . . . . .	101
8.4	Die Bedeutung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung. . . . .	103
8.5	Krankheit als untauglicher Erklärungsansatz . . . . .	105
8.6	Suizid ist keine Impulshandlung . . . . .	108

<b>9</b>	<b>Erkennen und Einschätzen der Suizidalität</b>	<b>110</b>
9.1	Anzeichen einer Entwicklung zur Suizidalität . . . . .	110
9.1.1	Das präsuizidale Syndrom . . . . .	110
9.1.2	Stadienmodell der präsuizidalen Entwicklung . . . . .	112
9.1.3	Warnhinweise in der Zusammenfassung . . . . .	113
9.1.4	Der Teufelskreis der Kommunikation . . . . .	113
9.2	Merkmale akuter Suizidalität . . . . .	115
9.3	Therapeutisches Vorgehen in der suizidalen Krise . . . . .	117
9.3.1	Notfallpläne . . . . .	117
9.3.2	Non-Suizid-Vereinbarungen . . . . .	120
9.3.3	Jugendliche, die ihre Suizidwünsche und Suizidpläne nicht aufgeben . . . . .	126
9.4	Aussichtslosigkeit . . . . .	126
9.5	Unrecht und Ungerechtigkeit in der Welt . . . . .	128
9.6	Der Sinn des Lebens . . . . .	129
9.7	Suizid als Bestrafung . . . . .	129
9.8	Äußerung persönlicher Betroffenheit seitens der Therapeutin . . . . .	131
9.9	Inkompetenz-Erklärung der Therapeutin . . . . .	132
9.10	Indikation zur stationären Aufnahme . . . . .	132
<b>10</b>	<b>Systemische Therapie der Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>134</b>
10.1	Leitgedanken für die Arbeit der Therapeutin . . . . .	134
10.2	Leitgedanke 1: Der Jugendliche will sterben, zugleich aber auch leben . . . . .	136
10.3	Leitgedanke 2: Die suizidale Handlung ist in ihrem Bezug auf das relevante System zu verstehen . . . . .	140
10.4	Leitgedanke 3: Die suizidale Handlung ist ein »cry for change« . . . . .	144
10.5	Leitgedanke 4: Die Unterscheidung von aktuellem Suizidanlass und der basalen Suizidalität . . . . .	145
10.6	Das Gespräch zur Risikoeinschätzung mit dem Kind oder Jugendlichen . . . . .	146
10.6.1	Ansprechen des Verdachts auf Suizidalität . . . . .	146
10.6.2	Klärung von Anliegen, Ziel und Auftrag . . . . .	147
10.6.3	Rapport herstellen . . . . .	148
10.6.4	Exploration der familiären Situation und des erweiterten Kontextes . . . . .	152
10.6.5	Erfragen der Ambivalenz . . . . .	152
10.7	Das Gespräch mit der Familie . . . . .	153
10.7.1	Die Notwendigkeit des Einbezugs der Familie . . . . .	154
10.7.2	Klärung von Anliegen, Ziel und Auftrag . . . . .	158

10.7.3	Die Frage nach der Ursache . . . . .	159
10.7.4	Die Einschätzung der Wiederholungsgefahr . . . . .	159
10.7.5	Die Ernsthaftigkeit der Suizidhandlung . . . . .	161
10.8	Die überflüssige Frage nach dem Warum . . . . .	161
10.9	Systemische Hypothesenbildung . . . . .	163
10.10	Lösungsorientierung – die wichtige Frage nach dem Wohin . . . . .	166
10.11	Ressourcenorientierung . . . . .	168
10.12	Rekontextualisierung . . . . .	171
10.13	Förderung des Kontrollerlebens . . . . .	174
10.14	Die Frage nach dem Sinn des Lebens . . . . .	176
10.15	Rigidität und Erstarrung . . . . .	178
10.16	Familiengeheimnisse . . . . .	183
10.17	Diffusität von Zuständigkeit und Verantwortung . . . . .	189
10.18	Die tödliche Botschaft . . . . .	192
10.19	Umgang mit Tod und Suizid in der Familiengeschichte . . . . .	195
10.20	Teilarbeit . . . . .	200
10.21	Reflecting Team . . . . .	204
10.22	Genogrammarbeit . . . . .	206
10.23	Narrative Therapie: Das Entwickeln einer neuen, heilsamen Geschichte . . . . .	208
10.24	Dramatisierungen . . . . .	210
10.25	Gewaltloser Widerstand angesichts der Suiziddrohung . . . . .	213
10.26	Bindungsorientierte Familientherapie als ambulante Nachsorge für Jugendliche nach Suizidversuch . . . . .	216
10.27	Parents-CARE – ein (Präventions-)Programm für Eltern von Jugendlichen in einer suizidalen Krise . . . . .	220
<b>11</b>	<b>Stationäre Therapie</b>	<b>223</b>
<b>12</b>	<b>Amok</b>	<b>226</b>
<b>13</b>	<b>Medikamentöse Therapie</b>	<b>230</b>
<b>14</b>	<b>Schulbasierte Suizidprävention</b>	<b>232</b>
	<b>Online-Material</b>	<b>235</b>
	<b>Literatur</b>	<b>236</b>
	<b>Über den Autor</b>	<b>246</b>

## Vorwort der Herausgeber

Ursprünglich ein querdenkendes Außenseiterkonzept, hat sich der systemische Ansatz heute in vielen Bereichen der Therapie und der Beratung theoretisch wie praktisch etabliert. Auch Vertreter anderer Schulen bereichert er mittlerweile in ihrer Arbeit. Die Etablierung eines Paradigmas birgt für dieses selbst aber auch Risiken, weil sie stets mit der Verfestigung von Denk- und Handlungsgewohnheiten einhergeht. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* stellt sich vor diesem Hintergrund zwei Herausforderungen: Nichtsystemischen Behandlern und Vertretern anderer Therapierichtungen soll sie komprimiert und praxisorientiert vorstellen, was die systemische Welt im Hinblick auf bestimmte Störungsbilder zu bieten hat. Innerhalb der Systemtherapie steht sie für eine neue Phase im Umgang mit dem Konzept von »Störung« und »Krankheit«.

Historisch gesehen war einer ersten Phase mit erfolgreichen Konzepten zu Krankheitsbildern wie Schizophrenie, Essstörungen, psychosomatischen Krankheiten und affektiven Störungen eine zweite Phase gefolgt, die geprägt war von einem gezielten Verzicht oder einer definitiven Ablehnung aller Formen störungsspezifischer Codierungen. In jüngerer Zeit wenden sich manche Vertreter der systemischen Welt wieder störungsspezifischen Konzepten und Fragen zu - und werden von anderen dafür deutlich attackiert. Diese neue Welle ist bedingt durch die Anerkennung der Systemtherapie als wissenschaftliches Heilverfahren, durch den Antrag auf deren sozialrechtliche Anerkennung und nicht zuletzt dadurch, dass viele im klinischen Sektor systemisch arbeitende Kollegen täglich gezwungen sind, sich zu störungsspezifischen Konzepten zu positionieren.

Die systemische Welt hat hierzu einiges anzubieten. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* will zeigen, dass und wie die Systemtheorie mit traditionellen diagnostischen Kategorien bezeichnete Phänomene ebenso gut und oft besser beschreiben, erklären und mit hoher praktischer Effizienz behandeln kann. Sie verfolgt dabei zwei

Ziele: Zum einen soll systemisch arbeitenden Kollegen das große Spektrum theoretisch fundierter und praktikabler systemischer Lösungen für einzelne Störungen zugänglich gemacht werden – ohne das Risiko, die eigene systemische Identität zu verlieren, im besten Fall sogar mit dem Ergebnis einer gestärkten systemischen Identität. Gleichzeitig soll nicht-systemischen Behandlern und Vertretern anderer Schulen das umfangreiche systemische Material an Erklärungen, Behandlungskonzepten und praktischen Tools zu verschiedenen Störungsbildern auf kompakte und nachvollziehbare Weise vermittelt werden.

Verlag, Herausgeber und Autoren bemühen sich, einerseits eine für alle Bände gleiche Gliederung einzuhalten und andererseits kreativen systemischen Querdenken die Freiheit des Gestaltens zu lassen.

An die Stelle der Abgrenzung und der Konkurrenz zwischen den verschiedenen Therapieschulen ist heute der Austausch zwischen ihnen getreten. Die Reihe »Störungen systemisch behandeln« versteht sich als ein Beitrag zu diesem Dialog.

*Dr. Hans Lieb, Dr. Wilhelm Rotthaus*

# 1 Einleitung

Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen sind – ähnlich wie bei Erwachsenen – von zwei bemerkenswerten Paradoxien bestimmt, die dieses Verhalten und das ihm zugrunde liegende Denken und Erleben kennzeichnen. Kaum ein anderes menschliches Verhalten erscheint als eine so persönliche, individuelle Entscheidung wie der Entschluss, sich selbst das Leben zu nehmen. Gleichzeitig aber zeigt kaum ein anderes menschliches Verhalten eine so hohe Wirkung auf die wichtigen anderen im Beziehungsfeld der Person, die Suizidgedanken äußert oder Suizidhandlungen begeht. Insbesondere die Beschäftigung eines Kindes oder Jugendlichen mit der Idee, sich selbst zu töten, führt bei allen, die davon erfahren, zu einem tiefen Erschrecken und bei den wichtigen Bezugspersonen zugleich zu heftigen Schuldgefühlen. Auch wenn sie die Zusammenhänge oft nicht verstehen, haben sie doch ein Erleben dafür, dass es die Interaktionen mit den bedeutsamen Beziehungspartnern – die Lebensumstände – sind, die dazu führen, dass einem Kind oder Jugendlichen sein Leben nicht mehr lebenswert erscheint. Und auch fast jeder Jugendliche, der Suizidgedanken hat und Suizidhandlungen plant und durchführt, beschäftigt sich in hohem Maße mit den Reaktionen, die sein Handeln bei seinen wichtigsten Bezugspersonen auslöst. Wer also Kinder und Jugendliche unterstützen will, die sich mit Suizidgedanken befassen oder Suizidhandlungen durchführen, wird den Blick auf das Kind in seinem bedeutsamen Beziehungsfeld richten müssen.

Schopenhauer (1788–1860) hat ein zweites charakteristisches Paradox von Suizidhandlungen formuliert:

»Der Selbstmörder will das Leben und ist bloß mit den Bedingungen unzufrieden, unter denen es ihm geworden. [...] Er will das Leben, will des Leibes ungehindertes Dasein und Bejahung; aber die Verflechtung der Umstände lässt diese nicht zu, und ihm entsteht großes Leiden« (1912, S. 479).

Dieser viel zitierte Satz verweist darauf, dass das Wünschen und Denken der Person, die sich mit der Möglichkeit eines Suizids befasst und/oder Suizidhandlungen durchführt, nicht eindimensional auf den Tod



orientiert ist, sondern sich in hohem Maße mit ihrem Leben, mit den nach ihrer Überzeugung nicht erreichbaren Zielen, mit den ihr unrealistisch erscheinenden Träumen und Sehnsüchten beschäftigt. Die Suizidhandlung ist für sie ein Lösungsversuch in einer von ihr als unlösbar erlebten Situation.

Dementsprechend kennzeichnet Malchau (1987) die suizidale Handlung als »Überlebensoption«, als verzweifelten Versuch, dem Leben eine Kehrtwendung zu geben. Suizidale Jugendliche wollten eben nicht wirklich sterben, sie wollten nur so wie bisher nicht weiterleben. In ähnlicher Weise sieht Kind (2000; nach Bründel 2004, S. 46) in der Suizidalität nicht etwas Pathologisches und auch nicht eine psychische Dekompensation, sondern vielmehr einen »psychischen Reorganisationsvorgang«, der das Ziel hat, eine Verschärfung der Krise zu verhindern.

Beide Paradoxien bilden die Grundlage für einen angemessenen Umgang mit suizidalen Jugendlichen: Der Respekt vor der Entscheidung des Kindes oder Jugendlichen zum Suizid einerseits und der ihm unterstellte Wunsch nach Leben andererseits müssen jeden Umgang mit Kindern und Jugendlichen in einer suizidalen Krise prägen. Gleichmaßen ist der individuelle Todeswunsch genauso zu würdigen wie die verzweifelte Botschaft an die relevanten Bezugspersonen. Eine hilfreiche Unterstützung ist dann zu entwickeln, wenn die Therapeutin<sup>1</sup> das Kind oder den Jugendlichen als Teil seiner relevanten Bezugsgruppe in den Blick nimmt. Eine dauerhafte Lösung wird am ehesten in der gemeinsamen Arbeit mit allen Beteiligten gefunden.

Noch ein Drittes ist zu beachten: In Deutschland nehmen sich pro Jahr etwa 200 Jugendliche das Leben – die Zahl ist in den letzten Jahren recht stabil. Etwa 10–20-mal so hoch wird die Zahl der Suizidversuche geschätzt. Nach dem ersten Suizidversuch bleibt für jeden vierten Jugendlichen – trotz therapeutischer Unterstützung bzw.

.....

1 Durchgängig wird in diesem Buch für die Therapeutinnen und Therapeuten die weibliche Form, für die Kinder und Jugendlichen die männliche Form gewählt. Das gilt auch für die Falldarstellungen, die Berichten von Kolleginnen und Kollegen oder eigener Erfahrung entstammen.

zumindest eines therapeutischen Angebots – die Situation weiterhin so ausweglos und hoffnungslos, dass er innerhalb der nächsten zwei Jahre einen weiteren Versuch unternimmt, sich das Leben zu nehmen. Von diesen wiederum tötet sich jeder Vierte bis Fünfte in den folgenden Jahren erfolgreich – teils dann bereits als junger Erwachsener (siehe Abschnitt 5.2). Diese Zahlen verweisen eindringlich darauf, dass das psychotherapeutische Angebot besonders im Hinblick auf die Langzeitwirkung deutlich verbessert werden muss. Zudem begeht jeder dritte Jugendliche, der sich mit Suizidgedanken trägt und mit Suizidfantasien umgeht – unter ihnen dürfte ein Großteil therapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen –, tatsächlich einen Suizidversuch (siehe Kap. 4.1). Auch dies ist ein eindringlicher Hinweis darauf, der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die sich suizidal zeigen, mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Zu Beginn der „80er-Jahre des vorigen Jahrhunderts äußerte sich Heinz Henseler (1981) dahingehend, dass das Wissen über Suizidgefährdung inzwischen zwar recht hoch sei, die Literatur zum Umgang damit – zu »therapeutischen Interventionen bei Selbsttötungsabsichten« – demgegenüber bedrückend schmal. Diese Aussage trifft trotz in der Zwischenzeit erschienener Publikationen auch heute noch zu, und dies gilt nochmals verschärft für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen in einer suizidalen Krise. Dabei sind Jugendliche und junge Erwachsene eine Gruppe mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten. Während es in den Siebziger- und Achtziger-Jahren national und international eine Fülle von Buchveröffentlichungen zum Thema Suizid von Kindern und Jugendlichen gegeben hat, konstatierte Bründel im Jahr 2004:

»Ab dem Jahr 2000 gibt es im deutschsprachigen Raum keine Bücher mehr, die sich ausschließlich mit dem Thema Jugendsuizid befassen. Die Mehrzahl der Buchveröffentlichungen zum Suizid befassen sich mit der Problematik Erwachsener und sparen den Suizid von Jugendlichen aus.«

Diese Situation hat sich bis heute – zwölf Jahre später – nicht geändert.

## **8 Systemtherapeutisches Störungsverständnis**

Aus einem systemtherapeutischen Störungsverständnis heraus richtet sich der Blick der Therapeutin im Falle suizidaler Gedanken oder Handlungen von Kindern und Jugendlichen auf das relevante Beziehungssystem. Das ermöglicht ihr, hypothetische Bedingungsfaktoren zu erkennen für das Erleben eines eklatanten Mangels an Kontroll- und Einflussmöglichkeiten oder – in selteneren Fällen – für das Gefühl, von der Verantwortung für die Familie erdrückt zu werden, um darauf aufbauend hilfreich arbeiten zu können. Das suizidale Verhalten des Jugendlichen wird weniger als ein »cry for help«, wie das häufig in der Literatur benannt wird, sondern vielmehr als ein »cry for change« verstanden, ein verzweifelter Hinweis darauf, dass Änderungen im Lebensumfeld notwendig sind, um weiterleben zu können.

Nachfolgend werden Modelle familiärer Konstellationen dargestellt, mit denen verschiedene Autoren die Rolle der Familie beim Entstehen von Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen versucht haben zu beschreiben. Dabei handelt es sich selbstverständlich um Konstruktionen und typisierende Schilderungen. Ihre Darstellung hat zum Ziel, die Aufmerksamkeit und Wachsamkeit von Therapeutinnen für die dargestellten Zusammenhänge im jeweiligen Einzelfall zu fördern und einen entsprechenden gedanklichen Horizont für Fragen und sonstige therapeutische Schritte zu eröffnen.

Abschließend wird dargestellt, weshalb Krankheit als ein wenig hilfreicher Erklärungsansatz für Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen erscheint. Ebenso wird die Idee, Suizid sei eine Impulshandlung, aufgrund der Befundlage kritisch gewertet.

### **8.1 Die Verortung suizidalen Denkens und Handelns im familiären Beziehungsgefüge**

Aus systemischer Sicht ist es ein kardinales Missverständnis, einen Menschen in einer suizidalen Krise als isoliertes Individuum zu betrachten und seine Motivation zu suizidalem Handeln nur als innerpsychi-

ches Phänomen anzusehen. Die hohe Bezogenheit seiner Gedanken in einer suizidalen Krise auf seine wichtigsten Bezugspersonen verweist eindeutig darauf, dass er selbst sein Denken und Handeln im Kontext seines relevanten Beziehungssystems verortet. Selbstverständlich ist er als Mitglied dieses Systems an der Gestaltung desselben in mehr oder weniger großem Umfang beteiligt gewesen. Der suizidale Mensch ist deshalb nicht einseitig Opfer des Denkens und Handelns seiner Bezugspersonen, auch wenn diese – wie das ganz grundsätzlich der Fall ist – seinen Handlungsspielraum weitgehend definieren.

Beim Studium der Literatur zum suizidalen Verhalten von Erwachsenen wie auch von Kindern und Jugendlichen überrascht ein einseitig individuumszentrierter Blickwinkel.

Die Eltern und sonstige wichtige Bezugspersonen werden entweder gar nicht oder als Verursacher des Geschehens wahrgenommen. Selbst von einer Autorin wie Schröer (1995, 1999), die sehr viel systemisches Gedankengut verarbeitet, werden Eltern bzw. Familienmitglieder mit ihrem Handeln nur in Bezug auf das Kind wahrgenommen, aber nicht als gleichwertige Partner der familiären Koevolution mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen, Ängsten und Problemen. Es wird dargestellt, dass das Kind oder der Jugendliche in der suizidalen Krise angesichts einer übermächtig erlebten Umwelt daran scheitert, seine Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, aber es wird übersehen, dass es den Eltern ihrerseits aus den gleichen Gründen nicht gelingt, die eigenen, persönlichen, in diesem Prozess sich stellenden Entwicklungsaufgaben zu lösen. Es fehlt die Allparteilichkeit in der Sicht auf die Familie und ihre – angesichts der Suizidalität eines Mitglieds zu unterstellende – Blockierung der gemeinsamen, aber in ihren Zielen unterschiedlichen Entwicklungen.<sup>3</sup>

Die besondere familiäre Situation von Kindern und Jugendlichen, die Suizidhandlungen begehen, und ihre Ohnmacht, familiäre Verän-

.....

3 Diese parallelen Entwicklungsaufgaben von Kindern oder Jugendlichen einerseits und ihren Eltern andererseits finden sich tabellarisch dargestellt bei Rotthaus 2015, S. 98 und 99 sowie im Online-Material zu dem Buch: [http://www.carl-auer.de/machbar/aengste\\_von\\_kindern\\_und\\_jugendlichen](http://www.carl-auer.de/machbar/aengste_von_kindern_und_jugendlichen).

derungen zu bewirken, hat Orbach (Suizidales Denken und Handeln im Beziehungsgefüge, 1997, S. 186 ff.) mit der »These vom unlösba- ren Problem« zu erfassen versucht. Er weist darauf hin, dass bereits andere Autoren, beispielsweise Teicher und Jakobs (1966), dieses Phä- nomen des unlösba- ren Problems bei Jugendlichen beschrieben hätten. Sie hätten aber – offensichtlich aus einer zu sehr individuumzentrier- ten Sicht (W. R.) – die sehr realen Ursachen übersehen, die zu den unerträglich- en Lebensbedingungen geführt hätten. Für Orbach (1997, S. 187) hat das unlösba- re Problem eine Reihe grundlegender Merk- male:

»Erstens hat das Kind keine Möglichkeit, das Problem zu lösen. Zweitens werden in einer solchen Situation die Wahlmöglichkeiten und Handlungs- alternativen des Kindes beschnitten. Drittens zieht jeder Versuch der Pro- blemlösung neue Probleme nach sich. Viertens dient das Problem des Kindes als Tarnung eines tief greifenden familiären Konflikts.«

Als Beispiel beschreibt er den Fall eines zehnjährigen Jungen, der bei zahlrei- chen Gelegenheiten versucht hatte, sich umzubringen. Es sei jedoch unmöglich gewesen, eine Bedingung für sein Verhalten zu erkennen. Das Familienleben sei anscheinend normal gewesen, die Beziehungen des Jungen zu seiner Schwes- ter waren zufriedenstellend. Die Familie habe weder den Verlust eines nahen Angehörigen erlitten noch irgendwelche schweren Krankheiten oder Störun- gen erlebt. Bemerkenswert sei gewesen, dass das Kind von seinen Freunden zurückgezogen gelebt habe und sehr stark an sein Zuhause gebunden ge- wesen sei. Die Familienanamnese habe dann zutage gebracht, dass die ältere Schwester ein Jahr zuvor suizidales Verhalten gezeigt habe. Erst als ihre Sui- ziddrohungen aufgehört hätten, seien sie bei dem jüngeren Bruder aufgetreten. Das habe den Eindruck erweckt, als brauche diese Familie Suiziddrohungen. Die weitere Therapie habe eine versteckte Krise in der Familie ans Licht gebracht. Der Vater habe über lange Zeit mit der Scheidung gedroht. Die Mutter habe mit Panik reagiert, habe diese aber hinter Zurückhaltung und Selbstkontrolle ver- borgen. Der Vater habe seine Scheidungsabsicht zuerst nach den Suiziddro- hungen der Schwester und danach aufgrund der Suizidversuche seines Sohnes zurückgestellt. Als die Eltern angefangen hätten, während der Therapie über die Scheidung zu sprechen, hätten die Suiziddrohungen der Kinder sofort auf- gehört. Ihr selbstzerstörerisches Verhalten sei also mit dem Konflikt der Eltern

direkt verknüpft gewesen. Unwissentlich und unbeabsichtigt habe die Mutter dem Vater durch die Kinder die Botschaft übermittelt: »Wenn du gehst, wird hier jemand sterben.« So habe sie den Sohn, wenn er von Suizid gesprochen habe, umgehend zum Vater geschickt, damit dieser ihm helfe. Die Mutter habe ihre Kinder als Hebel benutzt, um eine Katastrophe in der Familie abzuwenden. Für die Kinder habe der elterliche Konflikt ein unlösbares Problem dargestellt. Nur die Lösung des elterlichen Konfliktes habe ihnen helfen können.

Orbach (a. a. O., S. 194) schildert noch weitere Beispiele, die demonstrieren, dass sich hinter einem unlösbaren Problem meist eine Familienkonstellation verbirgt, die die Problemlösung verhindert. Er verweist auf die Gefahr, dass die dramatischen Aspekte der Suizidhandlung oft die Aufmerksamkeit der Therapeutin von dem Problem der Familie ablenken, und warnt zu Recht vor der vielfach geäußerten, aber allzu oberflächlichen Hypothese, das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen diene dazu, Aufmerksamkeit zu erlangen. Auf diese Weise würden Familienmitglieder und Therapeutin davor ausweichen, sich mit der basalen Suizidalität und dem problemgenerierenden Hintergrund zu befassen.

## **8.2 Die Suizidhandlung als »cry for change«**

Eine Suizidhandlung, insbesondere wenn sie von einem Kind oder Jugendlichen begangen worden ist, wird häufig als »cry for help« aufgefasst. Diese Idee ist sicherlich nicht ganz falsch, jedoch gefährlich. Leicht kann es dann geschehen, dass der Jugendliche sich im Hinblick auf die Ernsthaftigkeit seiner Entscheidung und damit im Hinblick auf die Seriosität seiner Person nicht ernst genommen erlebt. Wenn die Therapeutin dann zusätzlich diesen vermeintlichen Schrei nach Hilfe bereits als Therapieauftrag versteht, kann es geschehen, dass der Jugendliche sich dem therapeutischen Ansinnen energisch verweigert. Denn den selbst gestellten Therapieauftrag der Therapeutin dürfte er leicht als Angriff auf seinen Selbstwert erleben, den er gerade mithilfe seiner Suizidhandlung versucht hatte zu retten (siehe auch Schleiffer 1995, S. 252).

Hilfreicher ist es, die Suizidhandlung als »cry for change« aufzufassen – als Schrei nach einer Veränderung, die notwendig ist, damit der Jugendliche sich in der Lage sieht, weiterzuleben. Unter diesem Blickwinkel begegnet die Therapeutin dem Jugendlichen auf gleicher Augenhöhe. Sie würdigt die Ernsthaftigkeit seiner autonomen Entscheidung über das Letzte, über das er angesichts des Erlebens von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit Kontrolle hat: sein Leben. Erst auf dieser Grundlage der Anerkennung seiner Autarkie kann die Therapeutin in einen ergebnisoffenen Dialog eintreten, in dem es um die Frage eines Therapieauftrags geht.

## **8.3 Familiäre Konstellationen und Suizidalität**

### **8.3.1 Rigidität und Erstarrung**

Familien haben zwei wichtige Funktionen. Sie sorgen zum einen für Sicherheit, Schutz und Geborgenheit und ermöglichen zum anderen Freiheit, Eigenständigkeit und Kreativität. Üblicherweise bewegen sich die Familienmitglieder flexibel zwischen diesen beiden Polen: Zuweilen ist mehr Schutz und Geborgenheit gefragt, in anderen Lebenssituationen mehr Freiheit und Eigenständigkeit. Diese Aufgabe lösen die Familien in unterschiedlicher Art und Weise. In Koevolution aller Familienmitglieder werden gemeinsam besondere Familienkonstellationen entwickelt, die die Verhaltensmuster und Verhaltensstile aller Beteiligten bestimmen. Es werden bestimmte Regeln vorwiegend implizit und in geringerem Maße auch explizit ausgehandelt. Mehr oder weniger subtile familiäre Sanktionen sorgen dafür, dass jeder Einzelne diese Regeln einhält.

Bedingt durch transgenerationale Prozesse, besondere Lebensereignisse und Schicksalsschläge kann es zur Ausbildung von familiären Konstellationen kommen, die die Verhaltensmöglichkeiten der einzelnen Familienmitglieder sehr einengen, je nach ihrem aktuellen Bedürfnis oder entwicklungsbedingten Anforderungen unterschiedliche Verhaltensoptionen zu verwirklichen. Auch kleine Abweichungen

von der familiär vorgegebenen Verhaltensnorm werden sanktioniert. Die Chance des einzelnen Familienmitglieds, Veränderungen in den familiären Verhaltensmustern anzustoßen, ist sehr gering. Sucht ein Jugendlicher in einer solchen Familie beispielsweise seine Entwicklungsaufgaben zu erfüllen, stößt er schnell an eine unüberwindbare Grenze, zumal die Eltern selbst ihre korrespondierenden Entwicklungsaufgaben ignorieren. Nach einer gewissen Zeit führt das bei dem Jugendlichen zwangsläufig zu dem Erleben von Einflusslosigkeit; auf längere Dauer tritt ein Gefühl von Ausweg- und Hoffnungslosigkeit auf. Dieses Muster scheint sich unabhängig davon zu realisieren, ob die Familienmitglieder sehr eng aufeinander bezogene Beziehungen leben oder eher distanzierte, möglicherweise sogar feindliche. Das entscheidende Problem ist die Rigidität der Beziehung und die Angst der Familienmitglieder vor Veränderungen. Sie werden als existenziell bedrohlich für den Zusammenhalt der Familie wahrgenommen, als mögliche Auslöser für den Zerfall der familiären Gemeinsamkeit. Entsprechend gering ist die Einflussmöglichkeit des Jugendlichen, der schließlich nur noch in einer Suizidhandlung eine Lösung sieht.

Sehr eindrucksvoll zeigte sich die Starre und Rigidität bestimmter Vorannahmen und Familienregeln in der Familie von Julia, 17 Jahre, die nach einem zweiten Suizidversuch stationär aufgenommen worden war. Im Gespräch mit ihr, ihren Eltern und ihren zwei Geschwistern äußerten die Familienmitglieder unumstößliche »Gesetze«, an die sich alle gebunden fühlten. Die Mutter, die immer sehr angespannt und angestrengt wirkte, erwies sich bald als der »rule governor«, der für die Respektierung der Werte und die Einhaltung der familiären Normen sorgte. Sie hatte die Regeln offensichtlich von ihrer Mutter übernommen, die da lauteten: »Jeder ist seines eigenen Glückes Schmied!« - »Jeder muss für sich selbst einstehen.« - »Geschenkt bekommt man nichts im Leben!« - »Die Welt ist schlecht. Nur im Kampf kannst du bestehen!« - »Gefühle sind nur was für reiche Leute!« Zuwendung den Kindern gegenüber, die der Vater immer mal wieder versuchte zu zeigen, wurden von ihr abgeblockt.

Die Therapeutin ging in mehreren Familiengesprächen auf diese Werte, Vorannahmen und Regeln ein, versuchte, ihre wertvolle Seite anzuerkennen und zu erfragen, welche Erfahrungen ihnen in der vergangenen Generation wohl



zugrunde gelegen hätten. Dabei entfaltete sich eine Familiengeschichte von Flucht und Vertreibung und dem mehrfach gescheiterten Versuch, »in der Fremde« Fuß zu fassen. Die Therapeutin sprach aber auch die »Kosten« an: den Mangel an weichen Anteilen, an innerfamiliärer Nähe und Harmonie und schließlich auch die zunehmend aufscheinenden Differenzen zwischen den Eltern. Völlig überrascht war sie, als die Mutter im fünften oder sechsten Therapiegespräch plötzlich erklärte, sie wolle nicht länger die Sklavin der Regeln ihrer Mutter sein und habe beschlossen, auch ihre Familie davon zu befreien. Der weitere Therapieverlauf beschränkte sich auf Familiengespräche in weiteren Abständen, in denen die Familienmitglieder deutlich machten, wie jeder von ihnen sein Leben und alle gemeinsam ihr Zusammenleben neu gestalteten.

Miller und Kollegen (1992) ermittelten in ihrer Untersuchung eine hohe Rigidität und eine geringe Flexibilität in den Beziehungen, die nicht an die Veränderungen der Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder angepasst werden können, als entscheidenden Hintergrundfaktor in Familien, in denen Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen auftreten. Die von ihnen befragten suizidalen Jugendlichen schätzten den familiären Zusammenhalt in ihren Familien geringer und die Rigidität der Beziehungen höher ein als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Die Autoren folgerten aus ihren Untersuchungsergebnissen, dass das gleichzeitige Auftreten von distanzierteren, aber sehr rigiden Beziehungen besonders oft dazu führe, dass der Jugendliche eine Isolation in einem rigiden Familiensystem wahrnehme. Diese Wahrnehmung von mangelnder Flexibilität und damit geringen Möglichkeiten für Veränderungen in einem Kontext schmerzlicher Isolation würde zu dem ausgeprägten Erleben von Hoffnungslosigkeit führen, das man so oft bei suizidalen Jugendlichen auffinde.

### **8.3.2 Familiengeheimnisse**

Nicht selten steht diese Rigidität und mangelnde Flexibilität in den Beziehungen damit in Zusammenhang, dass innerhalb der Familie ein Geheimnis existiert, das tabuisiert wird und in keinem Fall angesprochen werden darf (Imber-Black 1999, Bradshaw 1999). Solche

Familiengeheimnisse betreffen beispielsweise eine Totgeburt, die die Mutter erlitten hat, die Vaterschaft eines Kindes, das nicht von dem Ehemann der Mutter abstammt, das Weggeben von Kindern, Adoption, Inzest, Suizide und psychische Erkrankungen sowie vor allem auch Suchterkrankungen in der Herkunftsfamilie oder der weiteren Verwandtschaft. Das Verheimlichen und Vertuschen dient in solchen Fällen der Bewältigung von Scham und Furcht vor Stigmatisierung. Die Ereignisse werden entweder ganz zu verdrängen versucht, oder die Eltern bemühen sich, die Kinder vor den selbst erlebten Belastungen zu schützen.

In solchen Familien entwickelt sich in der Regel eine große Sprachlosigkeit, da jedes Familienmitglied befürchten muss, das Tabu in irgendeiner Weise zu lüften, wenn es einmal spontan und unreflektiert reden würde. Die eingeschränkte Kommunikation wird inhaltsarm und kreist immer wieder um die gleichen Themen. In anderen Fällen überdecken familiäre Mythen, die die schmerzliche Realität zuweilen ins Gegenteil verkehren, psychische Krankheiten, Suizide und andere schambesetzte Geschehnisse in vorangegangenen Generationen. Oft breitet sich dann in der Familie eine Atmosphäre des Unheimlichen, Nicht-Greifbaren aus. Die nicht Eingeweihten spüren, dass generell oder bei diesem einen Thema etwas nicht stimmt und dass etwas im Verborgenen brodelt. Versuche beispielsweise eines Kindes oder Jugendlichen, dieses Erleben zum Thema zu machen, werden zumeist heftig abgewiesen (»Du spinnst!« - »Das bildest du dir nur ein!« - »Darüber spreche ich nicht!«). Der Jugendliche vermag nichts zu bewegen und zu verändern. Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühle breiten sich aus.

### **8.3.3 Symbiotische Verstrickung**

Eine symbiotisch verstrickte Familie hat nach Orbach (1997, S. 139f)

»eine stark ausgeprägte, gemeinsame Identität mit nur geringer Unterscheidung zwischen den einzelnen Mitgliedern. Alle werden als Teil eines größeren Ganzen gesehen. Jedes Mitglied empfindet sich nur durch die

emotionale Vermischung mit den anderen vollständig. Bei diesem extremen Hang zur Einheit empfinden die Mitglieder verstrickter Familien oft das paradoxe Gefühl der Isolation und des Identitätsverlustes.«

Bereits 1978 hatte Richman auf die Häufigkeit suizidaler Handlungen in symbiotisch verstrickten Familien hingewiesen. Er führte dazu aus, dass solche Familien ein geschlossenes System bilden und dazu tendieren würden, die Familienmitglieder mit einer Mauer aus Argwohn und Antipathie von der Außenwelt abzuschotten. Die einzigen zulässigen Außenkontakte seien oberflächlich, kontrolliert und funktional. Der einzig zulässige Ausdruck von Loyalität sei nach innen auf die Familie gerichtet, nur hier könne man emotionale Erfüllung suchen. Jeder Öffnung gegenüber der Außenwelt werde mit Feindseligkeit, Entmutigung und furchteinflößenden Taktiken begegnet. Der Ausdruck dieses Lebensstils sei das vollständige Tabu, enge Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen. Logische Folge sei eine tiefe Trennungsangst. Alle Familienmitglieder seien der Überzeugung, dass jedes Anzeichen einer Vereinzelung wahrscheinlich den Zerfall der Familie zur Folge haben und die innere Welt zum Einsturz bringen werde. Die Kinder in diesen Familien hätten das Empfinden, unabhängig von der Familie nicht existieren zu können.

Das Verhalten der Eltern wird in diesen Familien häufig als Überbehütung wahrgenommen. Hoch suizidale Jugendliche nehmen eine fast dreifach höhere Kontrolle, Beaufsichtigung und Einmischung in die eigenen Angelegenheiten wahr als nichtsuizidale Jugendliche (Schröer 1995, S. 89). Dementsprechend fand Wichstrom (2009, S. 116) in ihrer Untersuchung, dass wahrgenommene Überprotektion als Risikofaktor für suizidales Verhalten angesehen werden kann (das gelte nicht für unsichere Bindung, die eher für selbstverletzendes Verhalten Vorhersagewert habe).

Als weiteres Merkmal tritt hinzu, dass Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern kaum stattfindet und oft durch eine geheimnisvolle Qualität geprägt ist. Die Kinder, die in solchen Familien aufwachsen, sehen sich konfrontiert mit einem unlösbaren Dilemma. Wenn sie Individuationsschritte zu machen versuchen, wird das als familiärer Verrat gesehen und mit Ausstoßung aus der Familie

bedroht. Bleiben sie loyal zu ihrer Familie, verzichten sie auf wichtige Beziehungen zu Gleichaltrigen und die Entwicklung ihrer Autonomie. Im Jugendalter verschärft sich diese »double bind«-Situation angesichts der Entwicklungsaufgaben des Jugendlichen. Der Jugendliche muss entweder Individuationsschritte gehen und Ärger und die Gefahr von Ausstoßung ertragen oder er verzichtet auf die eigenen Entwicklungsschritte und verbleibt »in der liebevollen Gefangenschaft seiner Familie« - wie es eine Jugendliche einmal ausdrückte. Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist alleine kaum zu finden, sodass der Suizid als der einzige Weg aus dieser unerträglichen Situation erscheinen mag. Nur in einer Koevolution, in einer parallelen Entwicklung von Mutter, Vater und Kind/Jugendlichem hin zu einem jeweils neuen Entwicklungsstadium kann eine Lösung gefunden werden.

Orbach (1997, S. 144 ff.) berichtet die Fallgeschichte von Jimmy, einem Achtjährigen, der versuchte, sein Leben durch einen Sprung aus dem Fenster zu beenden. Ausgangspunkt war, dass eine seiner Mitschülerinnen Jimmys Hose bis zu seinen Knöcheln heruntergezogen hatte, zum Vergnügen der anderen. Gedemütigt und schockiert lief Jimmy zum Fenster des Klassenzimmers im zweiten Stock und schrie: »Ich werde springen!« Die schnelle Reaktion zweier Mitschülerinnen hinderte ihn an der Ausführung seiner Drohung. Erst später erzählte Jimmy seinem Lehrer, dass er schon lange vor dem Vorfall beschlossen habe, sich umzubringen.

Jimmys Vater wirkte sanft und gutmütig, ein Mann, der sich unermüdlich seiner Familie widmete. Er hatte oft die Arbeitsstelle gewechselt und Aufstiegsmöglichkeiten ausgeschlagen, um ein konstantes, enges Familienleben aufrechtzuerhalten. Jimmys Mutter wirkte erschöpft und müde, von einer auswärts gelegenen Arbeitsstelle ausgelaugt, die sie nicht mochte, die die finanzielle Lage der Familie aber erforderte. Beide Eltern hatten in ihrer Kindheit ein Defizit an liebevoller Zuwendung empfunden und versuchten nun auszuschließen, dass ihre eigenen Kinder jemals diesen Mangel erlitten. So verbrachten sie jede freie Minute mit Jimmy und seiner jüngeren Schwester und riefen im Laufe des Tages häufig zu Hause an, um an den Aktivitäten der Kinder teilzuhaben. Die Mutter verlangte, dass die Kinder sofort nach Schulschluss nach Hause gingen, und schon die kleinste Verspätung versetzte sie in Panik. Ihre Anrufe zu Hause