



Suizid von Kindern und Jugendlichen

In der älteren deutschen Literatur – vom Anfang des vorigen Jahrhunderts bis in die 1990er Jahre – wurde überwiegend der Begriff ›Selbstmord‹ für alle Handlungen benutzt, die das Ziel hatten, das eigene Leben zu beenden (Gaupp 1905; Budde 1908; Gurlitt 1908; Farberow & Shneidman 1961; Stengel 1969; Feuerlein 1973; Ringel 1953; 1986; 1989). In der jüngeren Literatur dagegen hat sich der Begriff ›Suizid‹ durchgesetzt. Während ›Selbstmord‹ stark wertend ist, leitet sich ›Suizid‹ aus dem Lateinischen ab und enthält sich jeglicher Wertung. Farberow und Shneidman (1961) halten den Begriff ›Selbstmord‹ aus zweierlei Gründen für einen ›psychosemantischen Irrtum‹: Erstens will derjenige, der seinem Leben ein Ende setzt, häufig nicht wirklich sterben, sondern im Grunde ein anderes Leben führen. Das wird durch die beiden Sätzen, ›sich das Leben *nehmen*‹ und ›sich das *Leben* nehmen‹, deutlich, wenn sie mit unterschiedlicher Betonung gelesen werden. Malchau (1987) bezeichnet die suizidale Handlung als ›Überlebensoption‹, als einen verzweifelten Versuch, dem eigenen Leben eine Kehrtwendung zu geben. Zweitens bringt sich niemand aus niederen Beweggründen um, wie es die Bezeichnung ›Mord‹ nahelegt, sondern in vielen Fällen aus reiflicher Überlegung und nach anhaltender Verzweiflung, weil kein anderer Ausweg mehr gesehen wird.

Weitere Begriffe sind die der Selbstverletzung, Selbstschädigung und Selbstaggression. Sie können nur bedingt mit suizidalen Handlungen in Verbindung gebracht werden, weil ihnen sehr oft andere Intentionen zugrunde liegen, wie Spannungsabfuhr und Identitätssicherung (Kaess 2012), und ihnen die Selbsttötungsabsicht fehlt. Aber es gibt fließende Übergänge zwischen selbstverletzenden und suizidalen Tendenzen.

1

Suizidalität

Unter Suizidalität werden »sämtliche Gedanken und Handlungen« verstanden, »die mit der Absicht verbunden sind, das eigene Leben zu beenden« (Chehil & Kutcher 2013, S.33). Suizidalität umfasst Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidpläne, Suizidversuche und Suizide.

Suizidgedanken können punktuell und fluktuierend sein, sie stellen erst dann ein höheres Risiko dar, wenn sie hartnäckig und intensiv, unkontrollierbar und anhaltend auftreten. Suizidgedanken können plötzlich einsetzen oder latent über einen längeren Zeitraum vorhanden sein. Es gibt fließende Übergänge zwischen beherrschbaren und unkontrollierbaren Gedanken. Aktive Suizidgedanken sind gefährlicher als passive, sie drängen sich auf und führen zu einem großen Handlungsdruck, den Wunsch zu sterben in die Tat umzusetzen.

Suizidabsichten sind Vorüberlegungen des geplanten Handelns und – soweit sie geäußert werden – Vorankündigungen. Sie drücken den Wunsch zu sterben aus und manchmal auch schon die Art und Weise, wie der Betreffende seine Absicht in die Tat umzusetzen gedenkt.

Suizidpläne beinhalten die Methode der suizidalen Handlung, den Zeitpunkt und den Ort der Ausführung. Je gründlicher und konkreter diese sind, desto größer ist die Gefährdung des Betroffenen.

»Suizidal ist, wer von Selbstmord spricht« (Rupp 2010). Diese Aussage weist auf die zunehmende Konkretion hin, die sich in der Entwicklung von Suizidgedanken über Suizidabsichten und Suizidplänen bis zur suizidalen Handlung zeigt. Suizidalität ist ein Prozess, der sich über mehrere Stadien erstreckt und für Jugendliche wie auch für Erwachsene zutrifft (► **Abb. 1**).

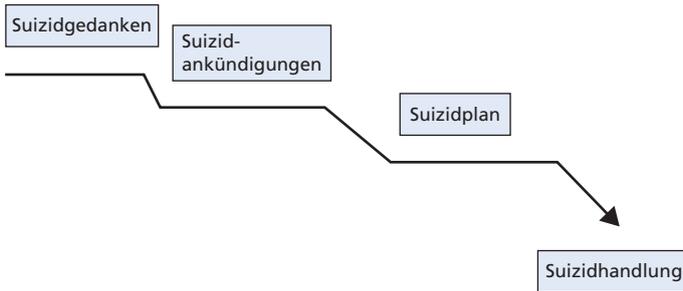


Abb. 1: Stadien der suizidalen Entwicklung (nach Pöldinger 1968)

Suizidversuche sind nichttödlich verlaufende suizidale Handlungen, die jedoch »mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben« ausgeführt wurden (Teismann & Dormann 2014, S.3). Sie sind sehr viel häufiger als vollendete Suizide und werden vor allem von weiblichen Jugendlichen unternommen. Da Suizidversuche in der Statistik nicht erfasst werden, ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Schließt man Erwachsene mit ein, kann man sagen, dass ein Fünftel

aller Menschen nach einem ersten Suizidversuch einen zweiten begeht, wobei die dann gewählte Methode gefährlicher und die Möglichkeit, gefunden zu werden, geringer ist sowie erste Folgeschäden wahrscheinlicher sind (Chehil & Kutcher 2013).

Wolfersdorf (2011, S. 30) unterscheidet zwischen zwei Subformen der Suizidalität. In der einen Subform stehen appellative und manchmal auch intentional-manipulative Kommunikationselemente im Vordergrund. Diese drücken häufig die Enttäuschung und Kränkung des Betroffenen darüber aus, dass er verlassen, enttäuscht oder auch gekränkt worden und es ihm daher unmöglich ist, mit diesem Schmerz weiterzuleben. Bei Jugendlichen ist das oftmals der Freund oder die Freundin. Vorrangig dabei ist nicht so sehr der Wunsch zu sterben, sondern der Apell an die »signifikant Anderen«, Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Von einigen Autoren wird auf das geringere aggressive Potential verwiesen, das sich in der Wahl einer ›weichen‹ Methode und eines Ortes in der Nähe des Elternhauses sowie in der Art von Ankündigungen zeigt, wie versteckte und offene Botschaften, Tagebucheintragungen, Briefe an die Eltern etc. (Farberow & Shneidman 1961; Stengel 1969; Feuerlein 1973; Rausch 1985).

Die andere Subform steht für diejenigen Suizidversuche, die zwar mit einem hohen Todeswunsch einhergehen, jedoch durch ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren nicht letal enden. Gerade bei Kindern unter zehn Jahren und bei jüngeren Jugendlichen kann – in Verkennung der Wirksamkeit der Mittel – aus einem eventuell angedachten Suizidversuch ein Suizid werden.

Die Frage, ob es qualitative oder nur quantitative Unterschiede zwischen Suizidversuchen und Suiziden gibt, ob die Motivation, zu sterben bzw. zu überleben, dieselbe ist, wird bis heute unterschiedlich beantwortet. Aber Einigkeit besteht darin, dass es eine Bewertung in ernsthaft und weniger ernsthaft, in erpresserisch und demonstrativ nicht geben darf, eben weil der Ausgang einer Suizidhandlung unabhängig von der Motivation auch vom reinen Zufall abhängen kann. Vorangegangene Suizidversuche erhöhen die Gefahr eines nachfolgenden Suizids (Brunstein Klomek, Krispin & Apter 2009; Miller & Eckert 2009).

Kind (2005, S. 13) unterscheidet zwischen basaler und aktueller Suizidalität. Erstere ist dann gegeben, wenn Risikofaktoren wie Isolation, Lebenskrisen, psychiatrische Grunderkrankungen und vorangegangene Suizidversuche vorhanden sind. Die basale Suizidalität kann jedoch in eine aktuelle übergehen, wenn auslösende Faktoren hinzukommen. Bei Jugendlichen sind das häufig Trennungserlebnisse und Liebesabbrüche, Kränkungen und Bloßstellungen, Ausgrenzungen und Ablehnungen sowie Misserfolge im schulischen Bereich. Die aktuelle Suizidalität manifestiert sich fast immer innerhalb einer Beziehung und richtet sich auf oder gegen eine Zielperson (Freundin/Freund, Eltern, Lehrkraft).

2

Epidemiologie

Suizide von Kindern und Jugendlichen sind im Vergleich zu Suiziden Erwachsener seltene Ereignisse. Kinder und Jugendliche gehören im Allgemeinen einer Altersgruppe an, die physisch gesund ist. Dennoch sind Suizide unter jungen Menschen ein großes, globales Problem (Apter, Bursztein, Bertolote et al. 2009). Suizide von Jugendlichen kommen in allen Ländern der Welt vor.

2.1 Suizidhäufigkeit

Die Datenbasis der Weltgesundheitsorganisation (WHO), aus der die Höhe der jeweiligen Suizidraten hervorgeht, ist nicht vollständig,

da noch nicht alle Jahre erfasst sind. Leider werden die Altersgruppierungen in den Länderstatistiken unterschiedlich gehandhabt, so dass die Vergleichbarkeit erschwert wird. Dennoch kann für diejenigen Länder und Staaten, die Mitglied der WHO sind und Statistiken führen, gesagt werden, dass die Suizidrate für 15- bis 19-jährige Jugendliche in Ländern wie Sri Lanka, Russland, Litauen, Finnland und Neuseeland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch ist (Wasserman, Cheng & Jiang 2006). Gemeinsam ist allerdings der Mehrzahl der Länder der Welt, dass männliche Jugendliche weit häufiger Suizid begehen als weibliche (a. a. O.). Das gilt jedoch nicht für China, Cuba, Ecuador, El Salvador und Sri Lanka. In diesen Ländern übersteigt die Anzahl der Suizide weiblicher Jugendlicher die der männlichen (a. a. O.).

Im Kindesalter ist die Suizidhäufigkeit gering. Das hängt mit dem Todesverständnis von Kindern zusammen, das noch nicht von den Kennzeichen des Todesbegriffs geprägt ist wie Universalität, Irreversibilität und Erlöschen aller Lebensfunktionen (Bründel 2004). Weiterhin können folgende Faktoren auf die geringe Anzahl kindlicher Suizide zurückzuführen sein (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007):

- ♦ engere Beziehung und größeres Vertrauen zu den Eltern
- ♦ größere emotionale Ausdrucksbereitschaft
- ♦ Unkenntnis darüber, dass sich der Tod willentlich herbeiführen lässt
- ♦ geringere Fähigkeit, langfristig zu planen
- ♦ Unvermögen, geplante Handlungen zielstrebig auszuführen
- ♦ Unsicherheit, zwischen gefährlichen und ungefährlichen Methoden zu unterscheiden
- ♦ geringere Kompetenz zur Ich-Reflexion
- ♦ geringere Neigung zur Selbstentwertung

Auch wenn Suizide von Kindern unter zehn Jahren sehr selten sind, so können Kinder doch Todeswünsche haben, vor allem dann, wenn sie schon viel Leid erfahren haben wie Trennung von der Mutter, Verlust, Krieg, Zerstörung, Krankheit.

Die Suizidhäufigkeit steigt mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen in hohem Maße an. Besonders hoch ist sie in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen. Dieser Zeitabschnitt ist durch die Jugendphase und das Alter der jungen Erwachsenen gekennzeichnet. In ihm kommen starke Gefühle vor: Glücksgefühle, die mit den ersten sexuellen Erfahrungen und Liebeserlebnissen, aber auch mit Enttäuschungen verbunden sein können. Freundschaftsabbrüche, Trennungen, Auseinandersetzungen mit den Eltern, schulische und berufliche Misserfolge führen oftmals zu einem Gefühlschaos aus Trauer, Frustration und Wut. Junge Menschen auf der Suche nach der eigenen Identität sind leicht zu verunsichern und zu kränken. Sie neigen dazu, »die Flinte ins Korn zu werfen« und vorschnelle Entscheidungen zu treffen.

Um Suizidziffern vergleichen zu können, werden zusätzlich zu den absoluten Zahlen in der Statistik des Bundesamtes auch die relativen Zahlen (pro 100.000 der entsprechenden Altersgruppe) angegeben. Das ist vor allem dann sehr wichtig, wenn man die Suizidraten der einzelnen Länder vergleichen und feststellen möchte, ob Suizide in den einzelnen Ländern im Verlauf der Jahrzehnte zu- oder abgenommen haben.

Im Folgenden werden die Suizidhäufigkeiten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes in vier Altersgruppen (5 bis < 10; 10 bis < 15; 15 bis < 20 und 20 bis < 25 Jahren) und in jeweils 10 Jahresabschnitten angegeben (► **Tab. 1, 2** und ► **Tab. 3**).

Tab. 1: Anzahl der Suizide in Deutschland in den Jahren 1980–1989 in absoluten und relativen Zahlen (pro 100.000 der jeweiligen Altersgruppe)

Jahr	m/w	5 bis < 10 J.		10 bis < 15 J.		15 bis < 20 J.		20 bis < 25 J.	
		Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1980	m	6	0,3	103	3,3	458	13,4	856	27,7
	w	–	–	22	0,7	157	4,9	239	8,3
1981	m	6	0,3	111	3,7	549	15,9	927	29,1
	w	1	0,0	23	0,8	186	5,7	250	8,4

Tab. 1: Anzahl der Suizide in Deutschland in den Jahren 1980–1989 in absoluten und relativen Zahlen (pro 100.000 der jeweiligen Altersgruppe) – Fortsetzung

Jahr	m/w	5 bis < 10 J.		10 bis < 15 J.		15 bis < 20 J.		20 bis < 25 J.	
		Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1982	m	4	0,2	95	3,4	508	14,7	929	28,5
	w	1	0,1	26	1,0	173	5,3	259	8,4
1983	m	3	0,2	89	3,4	475	14,0	851	25,6
	w	1	0,1	27	1,1	154	4,8	268	8,5
1984	m	1	0,1	62	2,6	440	13,4	887	26,1
	w	3	0,2	16	0,7	128	4,1	223	6,9
1985	m	4	0,2	59	2,7	416	13,2	907	26,3
	w	2	0,1	24	1,1	131	4,4	236	7,2
1986	m	–	–	40	1,9	351	11,7	786	22,6
	w	1	0,1	14	0,7	107	3,8	233	7,1
1987	m	1	0,0	38	1,9	357	12,6	739	21,5
	w	–	–	9	0,5	96	3,6	194	5,9
1988	m	5	0,2	33	1,7	272	10,3	710	20,8
	w	2	0,1	7	0,4	78	3,1	198	6,1
1989	m	3	0,1	25	1,2	249	10,2	615	18,3
	w	–	–	3	0,2	79	3,4	162	5,1

Quelle: www.gbe-bund.de: Statistisches Bundesamt, Suizidtabellen (von der Autorin erstellt)

Tabelle 1 wie auch die folgenden Tabellen 2 und 3 zeigen, dass die Suizidrate der Unter-10-Jährigen sehr niedrig ist. Das hängt mit entwicklungspsychologischen Gegebenheiten und mit ihrem kindlichen kognitiv-emotionalen Todesverständnis zusammen. Aus Tabelle 1 wird deutlich, dass die Anzahl der Suizide über alle Altersbereiche – mit Ausnahme der Unter-10-Jährigen – vom Anfang bis Mitte der 1980er Jahre sehr hoch ist und bis 1989 allmählich abnimmt. Dieser Abwärtstrend setzt sich in den folgenden Jahren von 1990–1999 und 2000–2012 mit geringfügigen Schwankungen fort (► **Tab. 2** und ► **Tab. 3**):