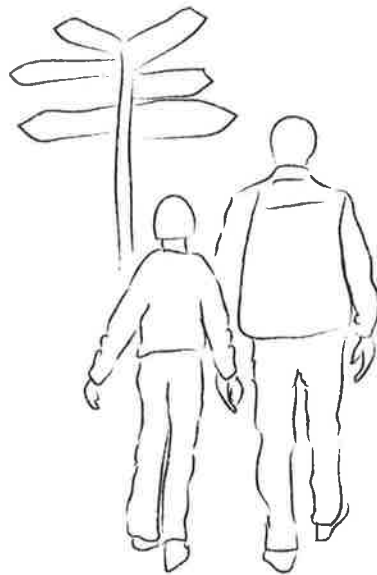


Jugendsuizidalität und Krisenintervention

Grundlagen für das professionelle Handeln bei
Suizidalität in der stationären Krisenintervention des
Durchgangs- und Beobachtungsheims „Im Vogelsang“



Bachelor Thesis

Erstellt von Elisa Guantario
Eingereicht bei Dr. rer. soc. Wolfgang Widulle

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Olten

Eingereicht zum Erwerb des Bachelors of Arts in Sozialer Arbeit
Olten, im Juni 2013

Abstract

Die vorliegende Arbeit schafft einen Einblick in die Themen „Jugendsuizidalität und Krisenintervention“ indem sie der folgenden Frage nachgeht:

Welche theoretischen, diagnostischen und methodischen Grundlagen sollten Professionelle im „Vogelsang“ in der Zusammenarbeit mit suizidalen Jugendlichen kennen und nutzen, um diese in Krisen wirksam begleiten zu können und angemessen zu intervenieren?“

Zur Beantwortung der Fragestellung werden zuerst Kernbegriffe definiert und das „Vogelsang“ vorgestellt.

Im Hauptteil werden unter anderem Risiko- und Schutzfaktoren, welche Suizidalität bei Jugendlichen begünstigen oder hemmen sowie zwei Erklärungsansätze zur Entstehung von Jugendsuizidalität vorgestellt. Nach einem theoretischen Einblick in die *informelle Diagnostik* der Jugendsuizidalität werden die Erkenntnisse aus der Literatur auf das „Vogelsang“ übertragen und somit Grundlagen für das professionelle Handeln geschaffen.

Es hat sich ergeben, dass die Einschätzung der Suizidgefährdung eine verantwortungsvolle und herausfordernde Aufgabe darstellt. Durch die Sensibilisierung und Schulung der Professionellen ist es jedoch möglich, suizidale Tendenzen frühzeitig wahrzunehmen, Einschätzungen vorzunehmen und rechtzeitig zu intervenieren.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Vorverständnis und Problemstellung	5
1.2 Persönlicher Bezug zum Thema	6
1.3 Fragestellung und Zielsetzung	7
1.4 Methodisches Vorgehen	8
1.5 Aufbau der Thesis	8
2. Terminologie	10
2.1 Der Begriff der Jugend	10
2.1.1 Das Jugendalter	10
2.2 Der Begriff der Suizidalität	11
2.2.1 Suizidgedanken und suizidale Handlungen	11
2.2.2 Suizid oder Suizidversuch	12
2.3 Der Begriff der Krise	13
2.3.1 Psychosoziale Krise	13
2.3.2 Krisenintervention	14
3. Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“	15
3.1 Institutionelle Rahmenbedingungen	15
3.2 Auftragsformen	16
3.3 Suizidalität im Heimalltag	17
3.4 Konzepte und Bedarf	18
4. Wissen zu Suizidalität im Jugendalter	19
4.1 Epidemiologie von Suizidalität	19
4.1.1 Erscheinungsformen von Suizid	19
4.1.2 Suizidraten in der Schweiz	20
4.1.3 Methoden und geschlechterspezifisches Suizidgeschehen	21
4.2 Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung von Jugendsuizidalität	23
4.2.1 Familie	23
4.2.2 Schule	24
4.2.3 Freundschaft und Freizeit	25
4.2.4 Selbstkonzept und Identität	26
4.2.5 Sexuelle Orientierung	27
4.2.6 Medien	28
4.2.7 Psychische Störungen und Substanzmissbrauch	29
5. Erklären und Verstehen von Suizidalität bei Jugendlichen	31
5.1 Soziologischer Ansatz nach Heidrun Bründel	31
5.2 Ressourcenorientierte Untersuchung von Sigrid Schröer	32

6. Diagnostik	36
6.1 Risikoindikatoren.....	36
6.1.1 Risikogruppen	36
6.1.2 Risikosituationen.....	37
6.1.3 Risikobefindlichkeit.....	38
6.1.4 Risikosignale	38
6.2 Suizidale Krisenverläufe.....	40
6.3 Das Präsuizidale Syndrom nach Erwin Ringel.....	41
6.4 Das Konzept der suizidalen Entwicklung nach Walter Pöldinger.....	43
6.5 Das Gespräch zur Beurteilung der Suizidalität	45
7. Beantwortung der Fragestellung und Anregungen für die Arbeit im „Vogelsang“	47
7.1 Theoretische Grundlagen.....	47
7.2 Einschätzung bzw. informelle Diagnose	48
7.2.1 Sammeln von Beobachtungen und Informationen.....	48
7.2.2 Das Gespräch mit suizidalen Jugendlichen	50
7.2.3 Krisenintervention und/oder Unterbruch der Platzierung bei akuter Suizidgefährdung	53
7.3 Überlegungen zum methodischen Handeln im Heimalltag	54
7.3.1 Informationsfluss und Kooperation bei suizidaler Klientel.....	54
7.3.2 Interventionsvorschläge für die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen.....	56
8. Schlussfolgerungen	59
9. Quellenverzeichnis	61
9.1 Literaturverzeichnis.....	61
9.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	64

1. Einleitung

In der heutigen Zeit werden viele Suizidversuche und Suizide von Jugendlichen ausgeführt. Laut dem Bundesamt für Statistik gehört der Suizid in der Schweiz in der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu einer der häufigsten Todesursachen (vgl. Bundesamt für Statistik 2012a: o.S., 2012b: o.S.). Laut Bründel (2004: 46) stellt ausserdem Suizid bei Jugendlichen nach Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache in ganz Europa dar. Dabei gilt es zu bedenken, dass die epidemiologischen Angaben im Zusammenhang mit suizidalen Handlungen tendenziell mit einer hohen Dunkelziffer behaftet sind. Einerseits, weil es keine Meldepflicht für suizidale Handlungen gibt, und andererseits, weil Suizide z.B. aufgrund von Fehldiagnosen, oder Suizidversuche, weil sie verheimlicht werden, unerkannt bleiben (vgl. Eink/Haltenhofer 2012: 25). Obwohl Suizidalität in unserer Gesellschaft verbreitet ist, werden suizidale Handlungen mehrheitlich tabuisiert.

Das Phänomen Suizidalität ist aktuell, jedoch keine Erscheinung der heutigen Zeit. Suizide kamen in allen Epochen der Menschheitsgeschichte vor. Es berichten alle Kulturen und Länder von suizidalen Handlungen, was zeigt, dass suizidale Tendenzen als Reaktion auf eine belastende Situation eine allgemein menschliche Verhaltensweise darstellen (vgl. ebd.). Gemäss der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention und der „World Health Organization“ (2004) sterben jährlich weltweit etwa eine Million Menschen durch Suizid, was bedeutet, dass sich alle 40 Minuten ein Suizidtodesfall ereignet (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 53).

1.1 Vorverständnis und Problemstellung

Wie bereits angedeutet, sind besonders Jugendliche von Suizidalität als Todesursache stark betroffen (siehe dazu auch Kapitel 4.1.2). Dennoch führen viele Jugendheime in ihren Konzepten auf, dass sie keine akut suizidgefährdeten Jugendlichen aufnehmen können oder dass diese im Rahmen der Institution nicht tragbar sind. Da sich suizidale Gedanken, Äusserungen und Suizidversuche etc. jedoch prozesshaft entwickeln, werden Sozialarbeitende im stationären Kontext trotz dieser konzeptionellen Richtlinien immer wieder mit dem Thema Jugendsuizidalität konfrontiert.

Dies bestätigt sich auch bei „familea“. „Familea“ ist, bezüglich des Angebots an Betreuungsplätzen und der Anzahl Mitarbeitenden, einer der grössten Vereine im Kanton Basel-Stadt, der soziale Dienstleistungen anbietet. „Familea“ umfasst gegen 30 Institutionen. Der Grossteil davon sind Kindertagesstätten, jedoch gehören auch zwei stationäre Kinder- und Jugendheime, ein Durchgangs- und Beobachtungsheim für Kinder und Jugendliche sowie zwei Beratungsstellen dazu.

Im Gespräch mit den Heimleitungen des Kinderheims „Lindenberg“ und des Durchgangs- und Beobachtungsheims „Im Vogelsang“ wurde festgestellt, dass keine Konzepte für den Umgang mit suizidaler Klientel vorhanden sind. In den Konzepten und Aufnahmebedingungen der Heime steht ausschliesslich geschrieben, dass keine akut suizidgefährdeten Klienten und Klientinnen aufgenommen werden. In der Praxis gibt es gemäss den Heimleitungen und den Erfahrungen der Autorin jedoch immer wieder latent suizidale Jugendliche, was bei den Mitarbeitenden zu Verunsicherung, Überforderung und Hilflosigkeit führt.

Da das Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ in der Regel mit Klientinnen und Klienten, die sich in einer Krisensituation befinden, arbeitet und die Krise oftmals ein Vorläufer suizidaler Gedanken oder Handlungen ist, wäre es besonders in dieser Institution wichtig, Grundlagen für das professionelle Handeln mit Suizidalität zu haben. Bisher sind den Mitarbeitenden laut Aussagen der Heimleitung die theoretischen Erklärungsansätze bezüglich Suizidalität nur ansatzweise bekannt. Da eine Wissenslücke besteht, kann in der Praxis nicht professionell genug gehandelt werden. Aufgrund dessen ist das pädagogische Handeln der Mitarbeitenden zu wenig gestärkt und die Unsicherheit im Umgang mit suizidaler Klientel zu gross. Dies führt wiederum dazu, dass die Gefahr des Wegschauens besteht. Bis anhin fehlt bezüglich dieses Themas eine hohe Transparenz innerhalb des Teams und eine angemessene Kooperation mit dem medizinisch-psychiatrischen Bereich. Aufgrund dessen kann derzeit keine realistische Einschätzung vorgenommen werden, wie hoch der Gefährdungsgrad der Klientel ist und was diese in ihrer jeweiligen Situation brauchen.

Die Heimleitungen sind sich bewusst, dass die Mitarbeitenden im Alltag durch suizidale Klientel stark herausgefordert werden. Sie würden es daher begrüssen, wenn die Wissenslücken mit Hilfe der vorliegenden Bachelor Thesis minimiert werden könnten und die Erkenntnisse aus der Literaturlarbeit als Grundlage für ein Konzept genutzt werden könnten.

1.2 Persönlicher Bezug zum Thema

Im Rahmen des Studiums besuchte die Verfasserin die Winterschool *Abschied, Trauer, Tod*. Durch dieses Modul erhielt sie erste Einblicke in verschiedene Themen wie z.B. Trauerbewältigung, Sterbehilfe und Suizid. Da nicht genügend Zeit vorhanden war, um sich tiefgehend mit diesen vielseitigen und interessanten Themen auseinander zu setzen, blieben einige Fragen offen. Aufmerksam auf das Thema *Jugendsuizidalität und Krisenintervention* wurde die Autorin schliesslich durch die Arbeit im Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ und durch einen Suizidversuch in der Nachbarschaft, welchen die Autorin sehr betroffen gemacht hat. Im Gespräch erzählte die Mutter der Nachbars-Jugendlichen, dass sie nichts von den Absichten und Suizidgedanken ihrer Tochter gemerkt habe. Eines Nachts habe sie ihr Kind schliesslich in einem komatösen Zustand im Bett vorgefunden. Das Mäd-

chen habe eine Menge Medikamente geschluckt, worauf es sogleich ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Nach dem Krankenhausaufenthalt wurde die Jugendliche in einem Kinder- und Jugendheim platziert. Nun lebt sie seit ungefähr zwei Jahren dort.

Auch im Berufsalltag, in der Krisenintervention, wird die Autorin immer wieder mit suizidalen Äusserungen konfrontiert. Da die Verfasserin lediglich ein kleines Handlungsspektrum und deshalb auch viele Fragen im Umgang mit suizidalen Äusserungen und Absichten hat, ist es ihr Ziel mehr über Jugendsuizidalität zu lernen. Sie erhofft sich, durch die Auseinandersetzung mit der Literatur und das Verfassen der Bachelor Thesis berufspraktische Erkenntnisse zu generieren. Da im Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ Richt- und Leitlinien zum Umgang mit suizidaler Klientel fehlen, können die Erkenntnisse aus der Arbeit zur Weiterentwicklung des Heimkonzepts und des Know-hows des pädagogischen Personals beitragen. Dies motiviert die Autorin zusätzlich, sich mit dem Thema auseinander zu setzen.

1.3 Fragestellung und Zielsetzung

In der vorliegenden Bachelor Thesis möchte die Autorin Grundlagen erarbeiten, die es im pädagogischen Alltag mit suizidalen Klientinnen und Klienten zu beachten gilt, um eine angemessene Betreuung derselben zu gewährleisten. Mit Hilfe der Arbeit soll es möglich sein, eine realistische Einschätzung suizidaler Tendenzen vorzunehmen und zu entscheiden, ob suizidale Klientel im stationären Bereich des Durchgangs- und Beobachtungsheims „Im Vogelsang“ adäquat begleitet werden kann, oder ob eine Umplatzierung in eine psychiatrische Klinik oder eine andere geeignete Institution von Nöten ist. Im Schlussteil der Arbeit werden Anregungen für das professionelle Handeln, die Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeitenden und/oder für die Einführung von Leitfäden und Konzepten für das Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ zusammentragen.

Daraus hat sich folgende Zielsetzung ergeben:

Bereitstellen von Wissen für das Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ zum Verstehen, Einschätzen und zur Intervention bei Jugendsuizidalität.

Darauf aufbauend wurde die zentrale Fragestellung dieser Arbeit entwickelt, welche folgendermassen lautet:

Welche theoretischen, diagnostischen und methodischen Grundlagen sollten Professionelle im „Vogelsang“ in der Zusammenarbeit mit suizidalen Jugendlichen kennen und nutzen, um diese in Krisen wirksam begleiten zu können und angemessen zu intervenieren?

1.4 Methodisches Vorgehen

Zunächst gilt es, sich einen Überblick über das Thema Jugendsuizidalität und Krisenintervention zu verschaffen, wobei zur Informationsbeschaffung und Recherche das Internet und unterschiedliche Bibliotheken dienen sowie der persönliche Email- oder Telefonkontakt zu verschiedenen Fachpersonen. Der zweite Schritt besteht in der Analyse von Statistiken zu Suizidalität sowie dem Einlesen in geeignete Literatur. Auf Grundlage der Literaturrecherche werden schliesslich die Fragestellung, das Konzept und die Disposition erarbeitet. Nach zwei beratenden Gesprächen mit dem begleitenden Dozenten und der Optimierung des Konzepts geht es um die Wissenserhebung. Dazu greift die Autorin auf die Hermeneutik zurück und fasst nach der Bearbeitung der Literatur, wichtige Textstellen zusammen. Zum Schluss werden alle Erkenntnisse gebündelt und mit dem stationären Bereich der Krisenintervention verknüpft, womit auch die Fragestellung beantwortet wird. Der Autorin ist es ein Anliegen, eine praxisnahe Literaturarbeit zu verfassen, damit diese im pädagogischen Alltag gebraucht werden kann und schlussendlich zur Professionalisierung des Durchgangs- und Beobachtungsheims „Im Vogelsang“ beiträgt.

1.5 Aufbau der Thesis

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die Inhalte der vorliegenden Arbeit gegeben:

Nach der Einleitung werden im Kapitel 2. die Kernbegriffe aus den Bereichen Jugend, Suizidalität und Krise abgehandelt, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen.

Das Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ wird im Kapitel 3. vorgestellt, welches im Umgang mit suizidaler Klientel Entwicklungsbedarf aufweist und die Basis für diese Arbeit bildet.

Im Kapitel 4., mit dem auch der Hauptteil der Arbeit beginnt, wird Wissen zu Suizidalität bereitgestellt. Im Rahmen der Epidemiologie wird ein kurzer Überblick über die Erscheinungsformen von Suizid und die Suizidraten und -methoden in der Schweiz geschaffen. Darüber hinaus werden die Risiko- und Schutzfaktoren erläutert, welche bei Jugendlichen suizidfördernd oder -hemmend wirken können und somit einen entscheidenden Einfluss auf deren Suizidgefährdung haben.

Im Anschluss werden im Kapitel 5. zwei relevante Erklärungsansätze, welche mögliche Ursachen für Jugendsuizidalität aufzeigen, veranschaulicht.

Im sechsten und letzten Kapitel des Hauptteils soll ein Einblick in die Diagnostik der Suizidalität gegeben werden. Es werden Risikoindikatoren vorgestellt und suizidale Krisenverläufe erläutert. Weiter behandelt das Kapitel zwei Theorien, die zur Einschätzung der Suizidgefahr in der Praxis dienen sowie Aspekte der Gesprächsführung mit suizidaler Klientel, die bei der Einschätzung von Bedeutung sind.

Im Schlussteil der Arbeit, welcher in zwei Kapitel aufgeteilt ist, werden die theoretischen Erkenntnisse auf das Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ übertragen. Im Kapitel 7. wird die Fragestellung ausgewertet, womit Grundlagen für das professionelle Handeln, die Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeitenden und/oder Einführungen von Leitfäden und Konzepten in der Praxis geschaffen werden.

Abschliessend werden im Kapitel 8. die Schlussfolgerungen der Autorin und weiterführende Fragestellungen genannt.

Nach den Schlussfolgerungen findet sich die verwendete Literatur.

2. Terminologie

Im folgenden Kapitel werden Kernbegriffe in den Bereichen Jugend, Suizidalität und Krise definiert, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen. Im Weiteren wird erläutert, weshalb die Autorin bestimmte Begriffe in der vorliegenden Arbeit verwendet und welchen Stellenwert diese haben.

2.1 Der Begriff der Jugend

Die Jugend stellt einen Lebensabschnitt mit fließenden Übergängen dar. Sie wird als Übertritt zwischen einer von der Familie und Gesellschaft abhängigen zu einer eigenständigen und emotional, sozial und finanziell unabhängigen Position verstanden (vgl. Bründel 2004: 18).

In der Fachwelt ist die Diskussion über einen einheitlichen Sprachgebrauch von Jugend und Adoleszenz noch nicht beendet (vgl. Schwalm 2005: 27). Gemäss Kaiser-Asmodi (1997, zit. nach Schwalm 2005: 27) stammt Adoleszenz vom lateinischen Wort *adolescere* ab, was zu deutsch heranwachsen heisst. In der vorliegenden Arbeit werden die Ausdrücke „Jugendliche“, „Adoleszentinnen und Adoleszenten“ sowie „Heranwachsende“ deshalb synonym verwendet. Somit haben auch die Begriffe Jugend und Adoleszenz denselben Stellenwert.

2.1.1 Das Jugendalter

Der Übergang vom Kindes- ins Jugendalter tritt aus entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischer Sicht mit der Geschlechtsreife ein. Das Datum der Geschlechtsreife, welche auch als Eintritt in die Pubertät bezeichnet wird, ist im Lebenslauf der letzten Generationen früher eingetreten. Heute liegt der durchschnittliche Eintritt ins Jugendalter bei etwa zwölf Jahren (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2012: 26f.). Im Gegenzug dazu kann beim Übergang ins Erwachsenenalter kein biologischer Zeitpunkt genannt werden. Die Jugend endet dann, „wenn der Übergang zum eigenverantwortlichen Erwachsenenbereich vollzogen ist und sich der junge Mensch selbst als autonom und erwachsen definiert oder als solcher von der Aussenwelt angesehen wird“ (Hurrelmann 2004, zit. nach Bründel 2004: 18). In unseren Kulturkreisen wird von einem Übertritt ins Erwachsenenalter zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr ausgegangen. Da Adoleszenten und Adoleszentinnen jedoch teilweise mehr Zeit brauchen, um die Entwicklungsaufgaben des Jugendalters zu bewältigen, dehnt sich die Jugendphase tendenziell auch nach hinten aus (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2012: 32).

Oerter und Montada teilen das Jugendalter in drei Abschnitte ein:

- 10 bis 13-Jährige → *frühe Adoleszenz*
- 14- bis 17-Jährige → *mittlere Adoleszenz*
- 18- 22-Jährige → *späte Adoleszenz*

(vgl. Steinberg 2005, zit. nach Oerter/Montada 2008: 272)

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus in der Regel auf die frühe Adoleszenz gelegt, weil die Klientel des Durchgangs- und Beobachtungsheims „Im Vogelsang“ sich in diesem Alterssegment befindet.

2.2 Der Begriff der Suizidalität

Suizidalität steht als Sammelbegriff für alle „Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2000, zit. nach Schwalm 2005: 25). Im deutschsprachigen Raum wird Suizidalität aus psychoanalytisch-psychotherapeutischer Sicht als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung des Menschen verstanden. Das Individuum verspürt Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über sich selbst und betrachtet seine Situation, das eigene Leben und seine Perspektive als aussichtslos (vgl. Linder 2006, zit. nach Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 26f.).

2.2.1 Suizidgedanken und suizidale Handlungen

Unter Suizidgedanken wird die gedankliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Suizid verstanden. Der Mensch kann ganz allgemein über den eigenen Tod nachdenken oder bereits detaillierte Suizidfantasien haben. Fortgeschrittene Suizidgedanken beinhalten konkrete Vorstellungen darüber, welche Suizidmethoden an welchem Ort angewendet werden könnten (vgl. Schwalm 2005: 24).

Suizidgedanken werden im Rahmen suizidaler Handlungen umgesetzt. Diese umfassen alle Versuche, die mit dem Ziel sich das Leben zu nehmen durchgeführt werden. Bedeutend hierfür ist, dass der Tod bewusst angestrebt wird. Ob die suizidale Handlung schliesslich durch Selbst- oder Fremdeinfluss unterbrochen wird, ist nicht relevant (vgl. Bründel 2004: 36).

2.2.2 Suizid oder Suizidversuch

Das Substantiv Suizid stammt vom lateinischen Verb *sui cadere*, dies heisst auf deutsch „sich töten“. Suizid wird daher in der deutschen Sprache als Selbsttötung übersetzt. Beide Termini sind werteneutral und ermöglichen es, den Sachverhalt mit einer gewissen Distanz zu betrachten. In der vorliegenden Arbeit wird die Begriffsvariante Suizid jedoch priorisiert. Zum einen weil in der aktuellen Literatur der Begriff Selbsttötung eher selten verwendet wird, und zum anderen weil dieser Terminus die Absicht der suizidalen Handlung auf das Sterben reduziert, obwohl in der Regel verschiedene und auch widersprüchliche Gründe für eine derartige Handlung vorliegen (vgl. Schwalm 2005: 19f.).

In der Literatur wird kontrovers diskutiert, inwiefern sich der Suizid vom Suizidversuch abgrenzt. Gemäss Bründel unterscheiden sich die beiden Phänomene durch den Ausgang der Handlung voneinander. Während der Suizid für das Individuum mit dem Tod endet, überlebt der Mensch beim Suizidversuch die suizidale Handlung aus irgendwelchen Umständen (vgl. Bründel 2004: 45). Stengel teilt diese Auffassung und sieht eine weitere Differenz darin, dass die Letalität beim Suizidversuch weniger stark ausgeprägt ist als beim Suizid. Stengel geht von zwei Intentionen für einen Suizidversuch aus. Einerseits stellt der Suizidversuch einen Appell an das nahe Umfeld dar, andererseits möchte das Individuum keine Entscheidung treffen und überlässt sein Leben dem Schicksal (vgl. Stengel 1969, zit. nach Schwalm 2005: 20f.).

Im Hinblick auf Jugendliche ist die Differenzierung zwischen Suizid und Suizidversuch besonders schwierig. Vielfach nehmen Jugendliche aus Unwissenheit eine zu hohe oder zu niedrige Dosis Medikamente ein, was den Ausgang der suizidalen Handlung entscheidend beeinflussen kann. Dieser Faktor sowie andere Zufälle erschweren eine realistische Beurteilung, ob ein Suizid oder ein Suizidversuch vorliegt (vgl. Bründel 1993: 43, Schwalm 2005: 21). Es lässt sich erkennen, dass der Ausgang der Suizidhandlungen vielfach vom Zufall abhängt und die Grenzen zwischen einem Suizidversuch und einem Suizid fließend sind (vgl. Bründel 1993: 43).

Im Zusammenhang mit Suizidalität werden in der Fachliteratur sowie in der Umgangssprache eine Vielzahl unterschiedlicher und teilweise auch wertender Termini verwendet. Die Verfasserin wird von solchen Begriffen, wie z.B. Freitod und Selbstmord, absehen.

2.3 Der Begriff der Krise

Krisen können Menschen in jedem Alter und in jeder Lebensphase treffen und belasten. Herausforderungen oder Belastungen führen nicht automatisch zu Krisen, sondern diese entwickeln sich, sobald das Individuum das Gefühl hat, seine Ressourcen und Fähigkeiten reichen nicht mehr aus, um mit bestehenden Herausforderungen oder Problemen adäquat umzugehen (vgl. Stein 2009: 20).

Das „vorübergehende Ungleichgewicht zwischen äusseren belastenden Ereignissen oder Lebensumständen und den individuellen Problemlösungsstrategien und Ressourcen ist das zentrale Element der Krisenentstehung und führt in der Folge zu all den unangenehmen Gefühlen und Symptomen, die so charakteristisch für Krisen sind: Angst, Überforderung, Spannung, Verzweiflung und Hilflosigkeit“ (ebd.).

Krisen sind aufgrund der Zuspitzung der Situation sehr unangenehm und bedrohlich, sie bieten jedoch für das Individuum auch eine Chance zur Veränderung und Entwicklung. Im Chinesischen wird der Begriff Krise aus zwei Schriftzeichen zusammengesetzt. Diese Zeichen bringen die zwei Seiten der Krise zum Ausdruck, von denen auch die Autorin in dieser Arbeit ausgehen wird. Das *Wei* steht für die Gefahr und das *Ji* für die Chance, welche die Krise in sich birgt (vgl. ebd.: 21).



Abb. 2: Chinesische Schriftzeichen für Krise (in Anlehnung an: Stein 2009: 21)

Da Krise einen sehr weitläufigen Begriff darstellt, der auch diverse Phänomene aus der Gesellschaft, Wirtschaft oder Politik umschreibt, wird im psychotherapeutischen und psychiatrischen Kontext von *psychosozialer Krise* gesprochen. Diese Bezeichnung stellt laut Stein den Versuch einer Präzisierung und Eingrenzung der Krise dar (vgl. ebd.: 21f.) und wird im folgenden Kapitel definiert.

2.3.1 Psychosoziale Krise

Sonneck et al. (2012: 15) definieren in Anlehnung an Caplan (1964) und Cullberg (1978) die psychosoziale Krise als „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmass her seine durch frühere Erfah-

rungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“.

Wolfersdorf (2008, zit. nach Wolfersdorf/Etzesdorfer 2011: 37) erklärt, dass Suizidalität gemäss dem medizinisch-psychiatrischen Verständnis in einem engen Zusammenhang mit dem Vorliegen einer psychosozialen Ausnahmesituation bzw. einer Krise steht. Zudem kommt die Definition von Sonneck et al. dem Krisen-Verständnis, das im Durchgangs- und Beobachtungsheims „Im Vogelsang“ gilt, sehr nahe. Aus diesen Gründen wird der Begriff *psychosoziale Krise* gewählt und ist im weiteren Verlauf der Arbeit gemeint, wenn von Krise gesprochen wird.

2.3.2 Krisenintervention

Die Krisenintervention wird definiert, weil sie im Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“ eine zentrale Rolle spielt. Sie stellt einerseits einen übergeordneten Auftrag der Institution dar und andererseits kommt sie während des Aufenthalts der Klientel in Verbindung mit Krisensituationen, wie bspw. suizidalen Krisen, zur Anwendung (siehe dazu auch Kapitel 3).

Krisenintervention bezeichnet kurzfristige wirksame professionelle Unterstützung für Menschen in akuten psychischen Notlagen. Mit Hilfe der Interventionen wird versucht, baldmöglichst eine Entlastung zu bewirken, was zur Folge hat, dass Diagnose- und Interventionsprozesse ineinander über gehen (vgl. Dross 2001: 9). Im Fokus der Krisenintervention steht die Hilfe zur Selbsthilfe. Professionelle unterstützen die Klientel dabei, sich in ihrer Krise zu akzeptieren und bestehende Ressourcen und Bewältigungsstrategien zu aktivieren. Es werden sowohl die aktuelle Situation als auch der lebensgeschichtliche Zusammenhang der Individuen berücksichtigt. Krisenintervention zeichnet sich durch intensive Beziehungsarbeit, das Einbeziehen der Ressourcen aus dem sozialen Kontext, enge interprofessionelle Zusammenarbeit und Methodenvielfalt sowie -flexibilität aus (vgl. Sonneck et al. 2012: 18-21).

3. Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“

In diesem Kapitel werden das Durchgangs- und Beobachtungsheim „Im Vogelsang“, nachfolgend auch Durchgangsheim, Heim oder „Vogelsang“ genannt, und die verschiedenen Aufträge dieser Institution vorgestellt. Weiter wird veranschaulicht, wie sich die Suizidalität im Heimalltag äussert und worin der Bedarf in Bezug auf die Thematik Jugendsuizidalität liegt. Das Durchgangsheim stellt die Grundlage der Arbeit dar und rückt im Rahmen des 7. und 8. Kapitel wieder in den Mittelpunkt, weil dort die Verknüpfungen der theoretischen Erkenntnisse mit der Praxis stattfinden.

3.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Das Durchgangsheim umfasst zwei Standorte in Basel. Der Standort Kleinhüningen hat sieben Plätze und der Standort Hirzbrunnen zwei Gruppen mit je sechs Plätzen. Das Heim nimmt in der Regel Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 13 Jahren auf, die aus erzieherisch, sozial oder psychisch überlasteten Familien stammen. Klientinnen und Klienten, die nicht dieser Zielgruppe angehören, können ausnahmsweise aufgenommen werden. Bspw. dann, wenn Kinder oder Jugendliche zusammen mit ihren älteren oder jüngeren Geschwistern platziert werden sollen. Von einer Aufnahme ausgeschlossen sind Kinder und Jugendliche mit schweren körperlichen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie akut drogenabhängige und suizidgefährdete Klientel. Das Kriterium für eine Einweisung ist die Krisensituation des Kindes, der oder des Jugendlichen oder der Familie. Die Krise wird von der einweisenden Behörde definiert. Innerhalb eines mit den einweisenden Behörden definierten Zeitrahmens wird unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes, der oder des Jugendlichen und der gegenwärtigen Familiendynamik eine tragfähige Zukunftslösung gesucht. Die Primärbedürfnisse des Kindes, der oder des Jugendlichen werden sichergestellt, die Krisensituation wird geklärt und beruhigt (vgl. familiea 2012c: 1). Die Aufenthaltsdauer im „Vogelsang“ bewegt sich zwischen einer Stunde und zwölf Monaten und ist abhängig von der bestehenden Situation und deren Entwicklung (vgl. Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang' 2004: 6). Es wird grundsätzlich drauf hingearbeitet, dass sich die Zeit der Unklarheit für das Kind, die Jugendliche oder den Jugendlichen so kurz wie möglich hält (vgl. familiea 2012a: 9). Die maximale Aufenthaltsdauer im „Vogelsang“ beträgt ein Jahr. Die Klientel wird ihrem Alter und ihrer Entwicklung entsprechend in alle Prozesse, die ihren Aufenthalt und ihre Zukunft betreffen, involviert, womit deren Mitsprache gewährleistet ist (vgl. ebd.: 1).

Das Durchgangsheim bietet während 365 Tagen eine 24-Stunden Betreuung, praktiziert eine niederschwellige Aufnahmepolitik (vgl. familiea 2012c: 1) und unterscheidet vier verschiede-

ne Aufträge: Krisenintervention, Überbrückung, Warte- und Suchaufenthalt, sowie pädagogischer Beobachtungsauftrag mit oder ohne internem Schulbesuch.

3.2 Auftragsformen

Krisenintervention

Die Aufenthaltsdauer eines Kriseninterventionsauftrags beträgt 0-21 Tage. Hierbei handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die ungeplant als Notfälle durch die Polizei, den Pikettendienst des Kinder- und Jugenddienstes (KJD) des Kantons Basel-Stadt oder via Behörden anderer Kantone ins Heim kommen. Unter Krisenintervention fallen auch die sogenannten „Notbetten“, dies sind Klientinnen und Klienten, die sich selbst Hilfe holen und z.B. durch das Telefon 147 ins „Vogelsang“ gelangen. Da die besonderen Regelungen aus dem Notbett-Konzept für die vorliegende Arbeit nicht zentral sind, werden sie an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. Das Ziel der Krisenintervention ist das Auffangen und Beruhigen der Krise, das Befriedigen der Primärbedürfnisse und die Stabilisierung der Situation. Auch werden wenn immer möglich die sozialen Kontakte der Klientel während des Aufenthaltes aufrechterhalten (vgl. familiea 2012a: 2).

Überbrückung

Ein Überbrückungsaufenthalt dauert von drei Tagen bis hin zu mehreren Monaten. Zu den Überbrückungsfällen gehören Kinder und Jugendliche, bei denen beim Eintritt ins „Vogelsang“ die Zukunftslösung bereits bekannt ist. Das Ziel eines solchen Aufenthaltes ist einerseits die Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit der Kinder und Jugendlichen andererseits die Entlastung der Herkunftsfamilie. Zudem wird im schulischen Kontext das Erhalten und Verbessern der Schulsituation und der Lernbereitschaft angestrebt (vgl. familiea 2012a: 3).

Pädagogische Beobachtung/Abklärung

In der Regel dauert ein Beobachtungsauftrag vier bis sechs Monate. Die Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, deren persönliche, familiäre und häufig auch schulische Situation unklar, deren Probleme nur rudimentär bekannt und deren Zukunftslösungen noch offen sind (vgl. Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang' 2004: 4f.). Im Fokus stehen die Suche nach der Erklärung für das Verhalten der Kinder und Jugendlichen in ihrem Gesamtsystem und das Empfehlen von Zukunftslösungen, die die Gesamtentwicklung fördern und durch das Familiensystem konstruktiv mitgetragen werden können. Ein Beobachtungsauftrag kann mit einer ambulanten psychiatrischen oder schulpsychologischen Begutachtung durch die Kinderpsychiatrische Klinik, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst oder den Schulpsychologischen Dienst erfolgen (vgl. familiea 2012a: 5). In einer Sitzung erfolgt, nach Ablauf der Beobachtungsphase, eine pädagogische Empfehlung inklusive schriftlicher Be-

richterstattung. Diese Empfehlung beinhaltet eine umfassende Einschätzung der Lebenssituation der Klientel sowie konkrete Vorschläge, welche Voraussetzungen es braucht, damit die Klientinnen und Klienten und deren Familien in Zukunft eine positive Entwicklung einschlagen können. Die einweisende Behörde, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde und/oder die erziehungsberechtigten Elternteile entscheiden letztendlich, ob und welche Massnahmen eingeleitet werden (vgl. Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang' 2004: 5).

Warte- und Suchaufenthalte

Von einem Warte- und Suchaufenthalt wird vom 5. bis maximal zum 12. Monat des Aufenthalts im „Vogelsang“ gesprochen. Bei diesen Fällen wird nach der pädagogischen Beobachtung eine Fremdplatzierung eingeleitet und/oder der Eintritt in eine passende Institution muss abgewartet werden. Hier stehen die Versorgung der Klientel sowie das Finden einer passenden Institution im Fokus (vgl. familiea 2012a: 6).

Wenn immer möglich besuchen die Klientinnen und Klienten während des Aufenthalts weiterhin die öffentliche Schule. Können sie jedoch im öffentlichen Schulsystem nicht beschult werden oder ist die örtliche Distanz zur bisherigen Schule zu gross, gehen sie in die interne Schule des „Vogelsangs“ (vgl. familiea 2012b: 1).

3.3 Suizidalität im Heimaltag

Wie bereits im Kapitel 1.1 erwähnt, werden die Mitarbeitenden im Heimaltag immer wieder mit Jugendsuizidalität konfrontiert. Suizidale Gedanken oder Äusserungen kommen im Durchgangsheim in der Regel in Verbindung mit der pädagogischen Empfehlung oder mit akuten Krisensituationen vor. Da gemäss Konzept keine suizidgefährdeten Jugendlichen aufgenommen werden, sind diese nicht seit Beginn der Platzierung suizidal. Die Heranwachsenden können im Verlaufe des Aufenthalts bzw. in einer akuten Krise suizidales Verhalten entwickeln. Die Erfahrungen zeigen, dass Jugendliche dann suizidal werden können, wenn Eintritte im Zwangskontext stattfinden oder wenn sie den Heimaltag mit den vorgegeben Strukturen, Regeln und Grenzen als einen für sie zu engen Rahmen empfinden. Im Weiteren gibt es Heranwachsende, die ihre Lebenssituation als aussichtslos erachten und deshalb suizidale Gedanken haben oder solche, die auffallend häufig in Unfälle verwickelt sind, was eine latente Suizidgefahr darstellen kann.

3.4 Konzepte und Bedarf

Die Beobachtungen und Erfahrungen der Autorin, welche seit viereinhalb Jahren im „Vogelsang“ arbeitet, zeigen, dass die Mitarbeitenden des Durchgangs- und Beobachtungsheims mehr theoretisches Erklärungswissen benötigen, um die Unsicherheiten im Zusammenhang mit Jugendsuizidalität zu minimieren. In Zusammenarbeit mit den involvierten Stellen müssen die Mitarbeitenden und die Heimleitung realistisch einschätzen und entscheiden können, ob suizidale Jugendliche weiterhin im Heim wohnen können oder ob die Suizidgefährdung derart gross ist, dass eine andere Lösung gesucht werden muss. Damit die Wissenslücken geschlossen werden und das pädagogische Handeln gestärkt werden kann, müssen die Mitarbeitenden für den Umgang mit suizidaler Klientel sensibilisiert und geschult werden. Dies wäre z.B. im Rahmen einer Leitfaden- oder Konzepteinführung für den Umgang mit suizidaler Klientel möglich. Bisher wurden die abklärenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater oder die Therapeutinnen und Therapeuten der Jugendlichen über allfällige Suizidgedanken oder suizidalen Äusserungen informiert. Falls die Klientinnen und Klienten in keiner Therapie waren, wurden die Bezugspersonen und die Eltern informiert und die Mitarbeitenden tauschten sich in den Dienstübergaben und der Teamsitzung darüber aus. Weiter wurden alle wichtigen Informationen schriftlich dokumentiert. Bis anhin fehlen theoretische Hintergründe und klare Richtlinien, die festhalten, wer in einer solchen Situation informiert werden muss und welche Schritte abgehandelt werden müssen.

4. Wissen zu Suizidalität im Jugendalter

Das Kapitel liefert Hintergrundwissen zu Jugendsuizidalität und ist in zwei Unterkapitel geteilt. Unter der Epidemiologie werden Daten, Zahlen und Fakten aufgeführt, während im zweiten Teil des Kapitels eine ausführliche Beschreibung der Risiko- und Schutzfaktoren erfolgt.

4.1 Epidemiologie von Suizidalität

In diesem Unterkapitel werden die verschiedenen Erscheinungsformen von Suizid und unterschiedliche Suizidmethoden kurz vorgestellt. Sie dienen dazu, sich einen Überblick zu verschaffen und werden im Verlaufe der Arbeit nicht mehr im Zentrum stehen. Darüber hinaus stehen die statistischen Werte der in der Schweiz durchgeführten suizidalen Handlungen von Jugendlichen im Fokus. Da die Autorin in ihren Recherchen nicht immer auf Zahlen gestossen ist, die sich auf die frühe Adoleszenz beziehen, muss sie auf vergleichbare Werte zurückgreifen.

4.1.1 Erscheinungsformen von Suizid

Bilanz- oder Abwägungssuizid

Mit Bilanz- oder Abwägungssuizid wird ein Suizid bezeichnet, der „nicht auf Grund einer situations- oder krankheitsbedingt eingeschränkten oder aufgehobenen Entscheidungsfreiheit durchgeführt wird, sondern Ergebnis einer weitgehend freien, Pro und Kontra abwägenden Willensentscheidung ist“ (Eink/Haltenhof 2012: 22).

Doppelsuizid

Der Doppelsuizid ist eine Suizidform, bei der sich zwei Menschen in Übereinstimmung freiwillig suizidieren. Die zwei Beteiligten sind mit der Tat einverstanden und bringen sich oftmals am selben Ort um, wobei die suizidale Handlung entweder von jeder Person selbst und parallel vollzogen wird oder aber der aktivere Partner oder die aktivere Partnerin mit der Tötung der andern Person beginnt, bevor sie oder er sich selbst suizidiert (vgl. Wolfesdorf/Etzersdorfer 2011: 35f.).

Erweiterter Suizid oder Mitnahmesuizid

Der erweiterte Suizid, welcher auch Mitnahmesuizid genannt wird, ist hingegen eine Suizidform, bei der eine oder mehrere Personen ohne deren eindeutiges Einverständnis in die suizidale Handlung miteinbezogen werden. Laut Wolfesdorf und Etzersdorfer werden meist Menschen ausgesucht, zu denen die suizidale Person eine enge Beziehung hat, wie z.B. die Intimpartnerin oder der Intimpartner.

Zum erweiterten Suizid gehören auch *Massensuizide* und *Amokläufe*. Suizidiert sich eine ganze Gruppe von Menschen aufgrund einer existentiellen Bedrohung, wird von einem *Massensuizid* gesprochen (vgl. Bründel 2004: 40). Beim *Amoklauf* ist das Ziel andere zu töten vordergründig (vgl. Wolfesdorf/Ettersdorfer 2011: 36f.) Gemäss Adler wird beim *westlichen Amok* ein Krieg gegen eine Menschengruppe geführt, aus der sich die Täterin oder der Täter ausgeschlossen und von der er oder sie sich gekränkt fühlt. Es werden so viele Personen wie möglich umgebracht, um Rache zu nehmen und um die eigene Ehre wiederherzustellen. Die Handlung erfolgt in der Regel auf unvorhersehbare Art und Weise und endet mit dem Suizid (vgl. Adler 200 zit. nach Wolfesdorf/Ettersdorfer 2011: 37).

4.1.2 Suizidraten in der Schweiz

Die schweizerische Suizidrate befindet sich im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Wird die Quote der Schweiz jedoch mit den westlichen Ländern verglichen, liegt sie klar im oberen Drittel (vgl. Reisch et al.: 2010: 17). Für das Jahr 2010 hat das Bundesamt für Statistik in der Schweiz 1004 Suizide registriert, 281 Suizide wurden von Frauen und 723 von Männern vollzogen (vgl. Bundesamt für Statistik 2012a: o.S., 2012b: o.S.). Diese Zahlen entsprechen pro Tag knapp drei suizidbedingten Todesfällen. In der Schweiz stellt der Suizid bei den 15-24-jährigen Frauen und bei den 25-44-jährigen Männern die Haupttodesursache dar (vgl. Bundesamt für Statistik 2008: 56).

In der folgenden Darstellung wird die Entwicklung der Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren in der Schweiz zwischen 1969 und 2009 aufgezeigt.

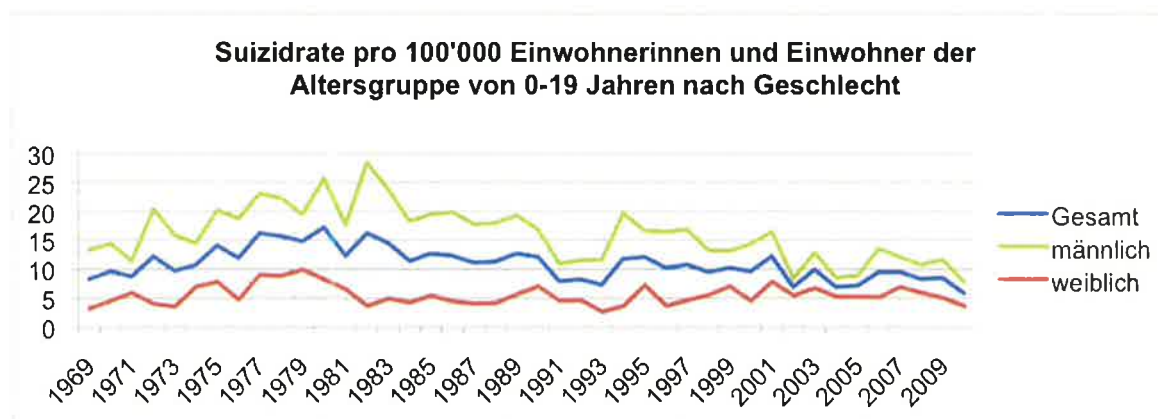


Abb. 3: Suizidrate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppe von 0-19 Jahren nach Geschlecht von 1969 bis 2009 (eigene Darstellung: Bundesamt für Statistik 2012c: o.S.)

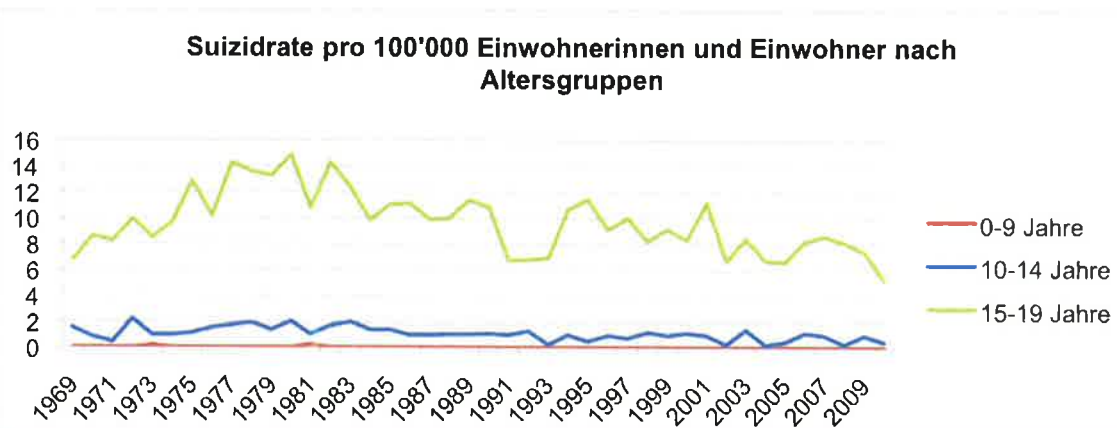


Abb. 4: Suizidrate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppen von 1969 bis 2009 (eigene Darstellung: Bundesamt für Statistik 2012c: o.S.)

In der oben aufgeführten Grafik ist ersichtlich, dass Kinder unter 10 Jahren praktisch keine Suizide vollzogen haben. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003, zit. nach Bründel 2004: 51) geht davon aus, dass aufgrund des Mangels an Kompetenzen und Wissen die Planung und Umsetzung einer suizidalen Handlung für Kinder nur schwer möglich ist. Kinder sind gefühlsoffener und vertrauen in der Regel darauf, dass ihre Eltern ihnen helfen eine unbefriedigende und unangenehme Lebenssituation zu verändern. Darüber hinaus ist das Todesbewusstsein entwicklungspsychologisch gesehen bei Kindern noch nicht so weit ausgebildet, dass sie den Tod als endgültiges und irreversibles Geschehen auffassen.

Im „Vogelsang“ befinden wir uns im Altersbereich, welcher mit der blauen und roten Linie dargestellt ist. In diesem Altersegment von 0 bis 14 Jahren finden laut der Statistik eine geringe Anzahl vollendete Suizide statt, während die 15-19-jährigen Jugendlichen stärker von suizidbedingten Todesfällen betroffen sind. Wie in der Einleitung erwähnt, gilt es im Zusammenhang mit den vorliegenden Zahlen zu bedenken, dass eine Dunkelziffer besteht und deshalb nicht alle Suizide erfasst werden konnten.

4.1.3 Methoden und geschlechterspezifisches Suizidgeschehen

Die Verfahrensweisen zur Durchführung einer suizidalen Handlung werden in sogenannte *harte* und *weiche* Methoden gegliedert. Zu den *harten* Methoden zählen Erhängen, Erschießen, Ertrinken, Sturz aus der Höhe oder sich vor ein fahrendes Fahrzeug Werfen. Zu den *weichen* Methoden gehört die Vergiftung, welche oftmals durch eine Überdosis Medikamente oder durch die Inhalation tödlicher Gase herbeigeführt wird (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 24). Untersuchungen aus der Agglomeration Bern belegen, dass Überdosen durch Medikamente im Rahmen von Suizidversuchen die am häufigsten angewendete Methode sind. Im Gegen-

satz dazu werden in der Schweiz bei vollendeten Suiziden mehrheitlich die *harten* Methoden wie das Erhängen oder Erschiessen gewählt. Wobei es zu sagen gilt, dass in keinem anderen europäischen Land derart viele Menschen an Schusswaffensuiziden sterben wie in der Schweiz (vgl. Reisch et al.: 2010: 15-19).

Laut Bründel sind unter anderem die Methode sowie der Ort entscheidend für den Ausgang einer suizidalen Handlung. Mädchen und Jungen weisen sowohl in der Wahl der Methode als auch des Ortes erhebliche Unterschiede auf. Adolescentinnen wählen vorwiegend die *weichen* Methoden und führen weit mehr Suizidversuche als Jungen durch. Oftmals üben Mädchen suizidale Handlungen in der Nähe ihrer Wohngegend oder in ihrer Wohnung aus, was die Wahrscheinlichkeit, dass sie gefunden werden, erhöht. Adolescenten hingegen bevorzugen die *harten* Methoden und entfernter liegende Durchführungsorte, an denen die Chance des Auffindens geringer ist. Hiermit kann ein Zusammenhang zwischen den gewählten Methoden und der Anzahl überlebter Suizidversuche bzw. der geringeren Suizidrate bei Mädchen und Frauen erklärt werden (vgl. Isreal/Felber/Winiecki 2001 zit. nach Bründel 2004: 52f.).

In der folgenden Grafik werden einige der erwähnten Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie der prozentuale Anteil der verschiedenen Suizidversuchsmethoden veranschaulicht.

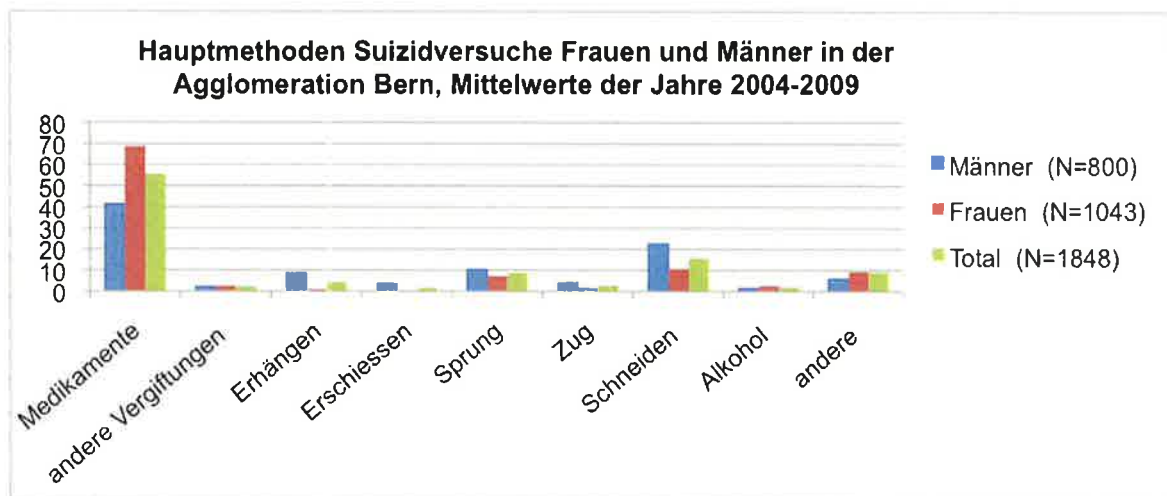


Abb. 5: Hauptmethoden Suizidversuche Frauen und Männer in der Agglomeration Bern, Mittelwerte der Jahre 2004 bis 2009 (eigene Darstellung: Reisch et al. 2010: 15)

4.2 Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung von Jugendsuizidalität

In den nächsten Unterkapiteln werden die Risiko- und Schutzfaktoren vorgestellt. Diese wirken bei Jugendlichen suizidfördernd oder -hemmend und haben deshalb einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung von Suizidalität. Sie verdeutlichen, was von Jugendlichen als Belastung bzw. Ressource wahrgenommen werden kann. Für die Mitarbeitenden des Durchgangs- und Beobachtungsheims stellen die folgenden Faktoren eine gute Beobachtungsgrundlage dar. Weiter sind die Faktoren für sie im Hinblick auf die Einschätzung des Gefährdungsgrades und des Bedarfs an Unterstützung und Begleitung im Heimalltag als Hintergrundwissen hilfreich.

4.2.1 Familie

Die Familie ist eine primäre Sozialisationsinstanz und hat eine entscheidende Auswirkung auf die psychische und körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Schnabel 2001, zit. nach Bründel 2004: 57f.). Gemäss Pfeffer (1987) und Farberow (1987) sind Suizide nicht auf bestimmte Familienformen zurückzuführen, sondern die Suizidtendenz ist abhängig von der Beziehungsstruktur und dem Klima innerhalb einer Familie (vgl. Bründel 2004: 59).

Orbach erläutert, dass angespannte und belastende Zustände wie Konflikte zwischen den Eltern und emotionale Indifferenzen gegenüber den Kindern zu psychischer und physischer Vernachlässigung der Kinder führen. Ein solches Klima bietet einen Nährboden für Fehlentwicklungen, die bereits in der Kindheit beginnen und sich im Jugendalter in Form von deviantem und/oder suizidalem Verhalten äussern können (vgl. Orbach 1990, zit. nach Bründel 2004: 59f.). Häufig bilden auch misshandelte oder missbrauchte Jugendliche autoaggressive und suizidale Tendenzen aus, weil den Betroffenen durch die Gewalteinwirkung ihrer Eltern vermittelt wird, dass sie wertlos sind. Dies führt dazu, dass die Heranwachsenden die Aggressionen ihrer Eltern vielfach im Sinne der Aggressionsumkehr gegen sich selbst richten (vgl. Orbach 1990, zit. nach Wunderlich 2004: 65). Orbach macht im Weiteren darauf aufmerksam, dass es Eltern gibt, die gegenüber ihren Kindern eine Ablehnung empfinden und diese direkt oder indirekt kommunizieren. Erwähnen die Eltern ihren Kindern gegenüber, dass sie allenfalls gar keine Kinder hätten haben sollen, kann dies gravierende Folgen haben. Unabhängig vom Alter erhalten Kinder und Jugendliche das Gefühl überflüssig zu sein und den Eltern zur Last zu fallen. Es besteht die Gefahr, dass sich die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Suizid intensiviert, in der Annahme, durch den eigenen Tod den Eltern einen Gefallen zu tun (vgl. Orbach 1990, zit. nach Bründel 2004: 60). Weitere familiäre Risikofaktoren wären z.B. eine Ansammlung von ungelösten Konflikten (vgl. Bründel 2004: 60) und das suizidale Verhalten eines Elternteils. Aufgrund des Modelllernens können Kinder die Lösungsstrategien ihrer Eltern übernehmen und vor ihren Problemen weglaufen anstatt

diese aktiv zu bewältigen (vgl. Orbach 1990, zit. nach Wunderlich 2004: 64). Bründel (2004: 59) fasst zusammen, dass der „prozesshafte Verlust von Vertrauen, Liebe und Anerkennung, das schleichende Gefühl, nicht wichtig zu sein, die leidvolle Erfahrung, ein primär ungeliebtes Kind zu sein“ bei Jugendlichen dazu führen kann, dass sie ihr Leben beenden.

Neben den zahlreichen Risikofaktoren kann die familiäre Situation auch schützende Funktionen aufweisen. Ausschlaggebend für eine positive Auswirkung der Familie auf die Jugendlichen ist die Intensität der Beziehung zwischen den Eltern und deren Kindern (vgl. ebd.: 156). Einen Schutzfaktor stellt sicherlich ein stabiles und sicheres Bindungsverhalten dar, welches bereits in den ersten Lebensjahren durch einen liebevollen und auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichteten elterlichen Umgang mit dem Kind ausgebildet wird (vgl. Bowlby 1972, zit. nach Bründel 2004: 160). Fühlen sich Jugendliche in ihren Familien wertgeschätzt und geliebt, hat dies einen positiven Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstvertrauen, was wiederum die Bewältigung von Krisen vereinfacht (vgl. Nestmann 1997, zit. nach Bründel 2004: 156). Gemäss Hurrelmann (2004, zit. nach Bründel 2004: 156) wird darüber hinaus der Umgang mit Enttäuschungen, Misserfolgen und Kränkungen für Jugendliche einfacher „je mehr emotionale, praktische, materielle und informatorische Unterstützung sie von ihrer Familie erhalten“ (ebd.). Der elterliche Erziehungsstil kann einen weiteren lebenserhaltenden Faktor darstellen. Eine entwicklungsfördernde Erziehung sollte klar strukturiert sein, Regeln und Grenzen enthalten und das Kind als Individuum akzeptieren. Dies fördert die Selbstständigkeit, das Verantwortungsbewusstsein und die psychische Stabilität der Jugendlichen (vgl. Baumrind 1991, zit. nach Oerter/Montada 2008: 136). Die sozial-emotionale Kompetenz stellt laut Baumgartner (2002, zit. nach Bründel 2004: 161) auch einen stark protektiven Faktor dar, welcher in der Kindheit und Jugend durch die Auseinandersetzung mit den elterlichen Vorbildern ausgebildet wird. Die Eltern sind Modellpersonen und können durch ihr eigenes adäquates Emotionsverhalten ihre Kinder unterstützen ihre Emotionen zu spüren, einzuordnen und zu regulieren. Die Fähigkeit die eigenen Emotionen regulieren zu können, gilt als wichtige persönliche und soziale Ressource, weil sie zur Stabilisierung der Identität beiträgt (vgl. Bründel 2004: 162).

4.2.2 Schule

Die Schule stellt neben der Familie die dominierende Sozialisationsinstanz dar (vgl. Hurrelmann 2002, zit. nach Bründel 2004: 67).

In der heutigen Gesellschaft ist die Bewältigung der schulischen Leistungsanforderungen zu einer der anspruchsvollsten Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen geworden. Der schulische Erfolg hat einen Einfluss auf die spätere berufliche Zukunft und die Stellung in der Gesellschaft (vgl. Bründel 2004: 68). Der Leistungsdruck und die hohen Anforderungen, welche meist auch die Eltern überfordern, führen zu Diskussionen und Konflikten in der Familie.

Hausaufgaben, Prüfungen und Noten können zum Hauptthema werden und das Familienklima beeinträchtigen (vgl. Fend/Helmke 1988, zit. nach Bründel 2004: 68). Dies kann sich, wie oben erwähnt, in der Tendenz suizidfördernd auswirken. Gemäss Biener (1976, zit. nach Bründel 2004: 67) sind sich die Fachpersonen einig, dass blosser Stress in der Schule keine Suizidgedanken hervorruft. Die Schule hingegen kann psychopathologische Verhaltenweisen verstärken. Rosman (1978, zit. nach Bründel 2004: 67) ergänzt, dass die institutionellen Bedingungen wie z.B. unzureichend pädagogisch ausgebildete Lehrkräfte, grosse Klassen und überfüllte Lehrpläne für die Jugendlichen pathogene Faktoren darstellen. Ein zusätzlicher Risikofaktor stellt das Mobbing an den Schulen dar. Die Folgen von Mobbing sind gravierend und erstrecken sich von Lernstörungen über psychosomatische Erkrankungen bis hin zu starken Depressionen und Suizidalität (vgl. Bründel 2004: 70).

Im Gegensatz dazu stehen die schützenden Faktoren der Schule. Leistungserfolge gehören zu den protektiven Faktoren und bewirken soziale Anerkennung sowie ein positives Selbstwertgefühl, welches beides Schutzfaktoren sind. Die wesentliche Aufgabe der Schule ist es die Schülerinnen und Schüler im Rahmen des Unterrichts zu bilden und zu erziehen, mit dem Ziel, dass die Jugendlichen eine umfassende Allgemeinbildung erhalten und ihre Persönlichkeit gefestigt wird. Adolescentinnen und Adolescenten werden Normen und Werte, die für das Zusammenleben entscheidend sind, vermittelt, um persönliche und soziale Kompetenzen zu schulen. Hierbei handelt es sich um die Anerkennung von Regeln im Umgang untereinander, kommunikative Fähigkeiten und Problemlösungsstrategien (vgl. ebd.: 162-164). Für Lebens- und Schulfragen stehen den Jugendlichen nebst den Lehrkräften in der Regel auch Schulpsychologinnen und -psychologen sowie Schulsozialarbeitende zur Verfügung. Diese beraten und unterstützen die Heranwachsenden in schwierigen Situationen und verweisen sie falls notwendig an geeignete Beratungsstellen. In den Freundschaften zu den Mitschülerinnen und Mitschülern liegt eine weitere Ressource, auf welche im nächsten Kapitel näher eingegangen wird (vgl. ebd.: 170f.).

4.2.3 Freundschaft und Freizeit

Soziale Netze, Peergroups und Freundschaften unter Gleichaltrigen, welche vielfach durch den schulischen Kontext entstehen, haben für Jugendliche eine wichtige Bedeutung (vgl. Fend 2003, zit. nach Bründel 2004: 71). Mit zunehmender Ablösung von der Eltern werden Freundschaftsbeziehungen für die Heranwachsenden zentraler (vgl. Hurrelmann 2004, zit. nach Bründel 2004: 183). Der Freundeskreis und das Freizeitverhalten werden nach den individuellen Vorlieben der Adolescentinnen und Adolescenten gestaltet und grenzen sich vielfach vom Lebensstil der Eltern ab (vgl. Bründel 2004: 181).

Gefährlich wird die Peergroup, wenn eine Anführerin oder ein Anführer vorhanden ist, die oder der andere Mitglieder unterdrückt (vgl. ebd.: 72). Gemäss Fend (2003, zit. nach Bründel

2004: 72) werden Ausbeutung und Unterdrückung von den Betroffenen teilweise toleriert, weil es für die Heranwachsenden eine grosse psychische Belastung darstellen würde, wenn sie von Aktivitäten der Peergroup ausgeschlossen und alleine dastehen würden. Für Adolescentinnen und Adolescenten stürzt meist eine Welt zusammen, wenn Freundschaften zerbrechen. Besonders betroffen und isoliert sind Jugendliche, wenn ihnen nicht nur die Freundschaft gekündigt wird, sondern zusätzlich noch intime Geheimnisse ausgeplaudert werden und/oder ihnen die Partnerin oder der Partner genommen wird. Suizidforschende kommen zum Schluss, dass bei Jugendlichen zerbrochene Freundschaftsbeziehungen und Liebesenttäuschungen zu den grössten psychosozialen Belastungen zählen, welche auch Kurzschlussreaktionen auslösen können. Unklar bleibt oftmals, ob diese Geschehnisse tatsächlich die Ursachen der suizidalen Handlung darstellten (vgl. Bründel 2004: 73).

Positiv an Freundschaften hingegen ist, dass die Heranwachsenden durch die Beschäftigung mit Gleichaltrigen Sozialkompetenzen erwerben. Empathiefähigkeit, Konfliktlösungsstrategien und Selbstreflexion werden zudem durch die Freundschaften gestärkt (vgl. Flammer und Alsacker 2002, zit. nach Bründel 2004: 183.). Die Jugendlichen verbringen eine Menge Freizeit in ihrem Freundeskreis und unternehmen vieles gemeinsam. Auf die Unterstützung von Freundinnen und Freunden können sich Adolescentinnen und Adolescenten in der Regel verlassen. In Konflikt- und Problemsituationen hören sie einander zu und beraten sich gegenseitig. Sie können sich Geheimnisse anvertrauen und sich auf eine wohlwollende Art und Weise kritisieren. Kritik ermöglicht den Betroffenen sich anzupassen und sich zu entwickeln, indem sie ihr Verhaltensrepertoire erweitern (vgl. Bründel 2004: 184f.). Da enge und intime Freundschafts- und Liebesbeziehungen gemäss Flammer und Alsacker (2002, zit. nach Bründel 2004: 184) den Adolescentinnen und Adolescenten Nähe, Sicherheit und Anerkennung vermitteln und dadurch das Selbstwertgefühl der Jugendlichen stärken, stellen Freundschafts- und Liebesbeziehungen starke Schutzfaktoren dar.

4.2.4 Selbstkonzept und Identität

Aufgrund der körperlichen, kognitiven und sozialen Veränderungen stellen Adolescentinnen und Adolescenten im Jugendalter ihre bisherige Selbstdefinition in Frage (vgl. Pinquart/Silbereisen 2000, zit. nach Bründel 2004: 74). Durch die kognitive Reifung können sie differenzierter über sich nachdenken und beschäftigen sich mit den Fragen, wer sie sind, woher sie kommen und wie andere sie wahrnehmen (vgl. Flammer/Alsacker 2002, zit. nach Bründel 2004: 74). Beim Selbstkonzept und der Identität kann zwischen dem Realzustand und der Idealvorstellung eine Diskrepanz entstehen. Diese Abweichung kann einen Risikofaktor darstellen, weil das Erkennen des Widerspruchs bei den Heranwachsenden Enttäuschung und Unzufriedenheit mit sich selbst auslösen kann (vgl. Oerter/Montada 2002, zit. nach Bründel 2004: 78). Wird den Jugendlichen bewusst, „dass sie sich selbst höher und

besser bewerten als es andere tun und ihr Verhalten nicht den allgemeinen Erwartungen entspricht, können sie Scham, Verlegenheit und Niedergeschlagenheit empfinden, aber auch Gefühle der Bedrohung, Schuld und Angst entwickeln“ (ebd.). Wenn ihre kompensatorischen Bemühungen nicht ausreichen, um die erwähnten Differenzen auszugleichen, besteht das Risiko, dass die Heranwachsenden abweichende Verhaltensweisen ausbilden. Sie schließen sich z.B. Extremgruppen an, werden kriminell, konsumieren Drogen oder geben sich selbst auf und werden suizidal. Der Entschluss zum Suizid fällt häufig, wenn die Widersprüche zwischen dem, was eine Person erreichen möchte oder erreichen soll, und dem, was sie bereits geschafft hat, zu gross und unüberwindbar geworden sind (vgl. Bründel 2004: 78).

4.2.5 Sexuelle Orientierung

Ungefähr 90 Prozent der Menschen sind heterosexuell, deshalb gilt die heterosexuelle Orientierung in unserer Gesellschaft als Norm. Aufgrund der noch heute verbreiteten Tabuisierung und weil sich die Betroffenen meist gegen Ende des Jugend- oder zu Beginn des Erwachsenenalters zu ihrer Homosexualität bekennen, gibt es keine genauen Angaben, wie viele der Jugendlichen tatsächlich lesbisch, schwul oder bisexuell sind (vgl. Bründel 2004: 81). Da von einer heterosexuellen Orientierung ausgegangen wird, werden die Heranwachsenden von ihren Familien, den Schulen und den Medien auch dementsprechend erzogen (vgl. Schmidt/Schetsche 1998, zit. nach Bründel 2004: 82). Das heisst, dass die Betroffenen im Alltag stets damit konfrontiert werden, dass sie eigentlich heterosexuell sein sollten, und dies obwohl die Adolescentinnen und Adolescenten laut Peterkin und Ridson (2004, zit. nach Bründel 2004: 82) Unterstützung bräuchten, um ein stabiles Selbst zu entwickeln. Da die Heranwachsenden mehrheitlich von negativen Einstellungen über Homosexualität umgeben aufwachsen, reagieren sie vorerst erschrocken, wenn sie merken, dass sie sich zum gleichen Geschlecht hingezogen fühlen. Bevor sich Jugendliche selbst akzeptieren und über ihre Homosexualität sprechen, durchlaufen sie eine schwierige Phase. Sie verleugnen die Wahrheit und ihre Gefühle und tragen innere Konflikte mit sich aus (vgl. Bass/Kaufmann 1999, zit. nach Bründel 2004: 83). Das Verstecken der Homosexualität führt längerfristig zu grossen Selbstzweifeln und sozialer Isolierung (vgl. D'Augelli/Paterson 1995, zit. nach Bründel 2004: 84). Schaffen die Jugendlichen das Coming-out und informieren ihre Eltern, sind diese meist schockiert und fragen sich, was sie falsch gemacht haben. Die Chance liegt darin, dass die Eltern, nachdem sie sich mit der Tatsache abgefunden haben, die Jugendlichen unterstützen und zu ihnen und ihrer Homosexualität stehen. Bei solch einem positiven Verlauf fällt eine grosse Last von den Adolescentinnen und Adolescenten ab, weil das Versteckspiel, die Lügen und die Angst ein Ende haben (vgl. Bründel 2004: 84). Rofes (1984, zit. nach Bründel 2004: 85) stellte fest, dass homosexuelle Jugendliche generell stärker suizidgefährdet sind als heterosexuelle, und Gibson (1989, zit. nach Bründel 2004: 85) wies darauf

hin, dass das Risiko besonders dann hoch ist, wenn das Coming-out missglückt und die Betroffenen starke Ausgrenzung erleben. In den USA wurde im Rahmen von gross angelegten Untersuchungen belegt, dass lesbische, schwule oder bisexuelle Jugendliche im Alter von 15 bis 21 Jahren mindestens einen Suizidversuch vollzogen haben (vgl. Bründel 2004: 85).

4.2.6 Medien

Medien können bei Jugendlichen durch die Berichterstattung Nachahmungstendenzen auslösen oder diese verstärken, was als Werther-Effekt bezeichnet wird. Je dramatischer Berichte formuliert und Taten geschildert werden, desto grösser ist die Gefahr der Nachahmung. Im Weiteren steigt das Risiko, je mehr sich die Heranwachsenden mit Vorbildern und Modellpersonen identifizieren und je mehr sie diese vergöttern. Nicht nur die Tat an sich, sondern auch der Ort, an dem sich die Vorbilder suizidieren, und die Methode, die sie anwenden, haben eine Vorbildwirkung und werden gerne kopiert (vgl. Bründel 2004: 86-88). Im Jahre 1981 gab es bspw. eine deutliche Häufung von suizidalen Handlungen nach der Ausstrahlung der Serie *Tod eines Schülers* im deutschen Fernsehen. Zudem wurde empirisch belegt, dass in den USA aufgrund von Presseberichten bzw. „Sensationsberichten“ über Suizide die Anzahl der mit derselben Methode durchgeführten Suizide kurzzeitig anstieg (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 108).

Die Wirkung des Internets ist in der Fachwelt nicht abschliessend geklärt und es bleibt deshalb offen, inwiefern die Suizidgefährdung durch das Internet verstärkt oder vermindert wird. Die Folgen der Suizidforen werden bspw. kontrovers diskutiert (vgl. Bründel 2004: 93). Es existieren Webseiten, die suizidpräventiv, und andere, die suizidpropagierend wirken (vgl. Etzersdorfer/Fiedler/Witte 2003: 23). Suizidforen stellen unter anderem dann ein erhöhtes Risiko dar, wenn sich die Adolescentinnen und Adolescenten dort über Suizidmethoden und die Beschaffung von Suizidmitteln informieren können. Aufgrund der Identifizierung mit der Hoffnungslosigkeit anderer Mitglieder können Jugendliche anfälliger werden oder sich nach der Ankündigung oder Durchführung eines Suizids eines Forenmitglied ohnmächtig fühlen.

Der suizidpräventive Aspekt von Suizidforen besteht darin, dass Adolescentinnen und Adolescenten erkennen, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind und es Personen gibt, die ähnlich wie sie fühlen. Jugendliche stossen auf Verständnis für ihre Befindlichkeit und werden für ihre Suizidgedanken nicht verurteilt. Im Weiteren können sie sich selbst im Austausch mit andern suizidgefährdeten Personen als Unterstützung und Hilfe erleben (vgl. Etzersdorfer et al. 2003: 38-41).

Cybermobbing stellt gemäss den Recherchen der Autorin einen weiteren Risikofaktor dar. Da bereits im Kapitel 4.2.2 Bezug auf Mobbing genommen wurde und aufgrund der beschränkten Seitenzahl der Arbeit, kann dieses Thema nicht weiter berücksichtigt werden.

4.2.7 Psychische Störungen und Substanzmissbrauch

Personen mit psychischen Störungen weisen eine deutlich höhere Suizidgefährdung auf als psychisch gesunde Menschen (vgl. Wunderlich 2004: 47). Depressionen und Substanzstörungen werden besonders grosse Risiken beigemessen. Auch Klientel mit psychotischen Erkrankungen weisen gegenüber der Normalbevölkerung ein erhöhtes Suizidversuchs- und Suizidrisiko auf (vgl. Wolfersdorf/Mäulen 1992, zit. nach Wunderlich 2004: 47). Personen, die einen Suizidversuch oder einen Suizid durchgeführt haben, leiden häufig an Depressionen, die in Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wie Sucht-, Angst-, Persönlichkeitsstörungen oder somatische Krankheiten auftreten (vgl. Bronisch/Wittchen 1994, Isometsä et al. 1994, zit. nach Wunderlich 48). Ergänzend dazu erklärt Rost (2001, zit. nach Stein 2009: 104), dass depressive Störungen vielfach dem Substanzmissbrauch voraus gehen, weil die Betroffenen versuchen durch den Konsum von Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten ihre qualvollen Gefühle der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zu dämpfen.

Eine Verbindung des Phänomens der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist eindeutig erkennbar. Es ist aber davon auszugehen, dass diese nicht eine so grosse Rolle spielen, wie dies bei der Suizidalität von Erwachsenen der Fall ist. (Langer 2001: 96)

Nicht alle suizidalen Adolescentinnen und Adolescenten erfüllen die Kriterien einer Depression und zugleich weisen nicht alle Jugendlichen mit depressiven Verstimmungen suizidale Tendenzen auf (vgl. Wunderlich 2004: 48). Ein weit verbreitetes Problem unter den suizidalen Heranwachsenden sind Substanzstörungen, wobei bei Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit eine stärkere Suizidgefährdung nachgewiesen ist als Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit (vgl. Brent 1995, zit. nach Wunderlich 2004: 49). Eine Sucht entwickelt eine Eigendynamik und kann aufgrund der negativen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen schrittweise zu suizidalem Verhalten führen. Durch den erhöhten Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten verlieren die Jugendlichen ihre Hemmungen, was impulsives und aggressives Verhalten begünstigt (vgl. Wunderlich 2004: 50). Laut Mayfield und Montgomery (1972, zit. nach Wunderlich 2004: 50) können Substanzstörungen längerfristig gesehen zu Persönlichkeitsveränderungen und zum Verlust sozialer Beziehungen führen, was Adolescentinnen und Adolescenten wiederum für suizidales Verhalten anfälliger macht.

Unter Jugendlichen ist Cannabis ein verbreitetes Genussmittel, wobei eine grosse Gefahr darin besteht, dass der Cannabiskonsum ein schädliches Ausmass annimmt. Wird täglich konsumiert, können neben den oben erwähnten suchtbedingten Persönlichkeitsveränderungen und der Ausbildung von Suizidalität auch Depressionen und Psychosen entstehen. Ausgeprägter Cannabiskonsum geht bei Heranwachsenden meist mit einer erhöhten Problembe-

lastung in der Familie, der Peergroup oder bei sich selbst einher und fungiert als fehlangepasster Problemlösungsversuch (vgl. Steinhausen 2010: 347).

Risiko- vs. Schutzfaktoren

Gemäss Wustmann (2003, zit. nach Bründel 2004: 154) wurde im Rahmen der salutogenetischen Forschung und der Resilienzstudien festgestellt, dass protektive Faktoren die Wirkung der Risikofaktoren abmildern können. Aus dieser Erkenntnis erfolgt, dass die Schutzfaktoren in der Praxis gestärkt werden sollen, unabhängig davon, ob es personale oder soziale Ressourcen der Jugendlichen sind. Bründel erklärt diesbezüglich, dass die Risiko- und Schutzfaktoren zwei Seiten einer Medaille sind, und es daher gilt, „die pathogene Seite umzudrehen, um die salutogene andere Seite in den Blick zu nehmen“ (Bründel 2004: 186).

5. Erklären und Verstehen von Suizidalität bei Jugendlichen

Zur Erklärung des Suizidgeschehens gibt es eine Vielzahl an Theorien und Ansätzen, wobei zwei Haupttheoriestränge, die soziologische und die psychoanalytische Forschungsrichtung, existieren (vgl. Abram/Berkemeier/Kluge 1980, zit. nach Bründel 1993: 44). In dieser Arbeit beschränkt sich die Verfasserin aus Platzgründen auf zwei Erklärungsansätze. Im „Vogelsang“ wird von einer systemischen Grundhaltung ausgegangen. Dies bedeutet, dass die Klientinnen und Klienten nicht nur einzeln, sondern im Kontext ihrer familiären Situation und des gesamten sozialen Umfeldes betrachtet werden. In der pädagogischen Arbeit stehen zudem die Ressourcen der Klientel im Vordergrund (vgl. familiea 2012d: 1). Aufgrund der genannten Grundsätze werden im Folgenden der soziologische Ansatz nach Bründel und die ressourcenorientierte Untersuchung nach Schröer vorgestellt. Ein weiterer Grund für die Auswahl dieser Erklärungsansätze ist, dass sie sich explizit auf Jugendliche beziehen.

5.1 Soziologischer Ansatz nach Heidrun Bründel

Aus soziologischer Sicht sind in erster Linie gesellschaftliche und nicht individuelle Faktoren für die hohen Suizidraten verantwortlich. Daher untersucht die soziologische Forschung das Verhältnis zwischen den äusseren Voraussetzungen (Alter, Geschlecht, Lebensumstände etc.) und den suizidalen Handlungen. Der französische Soziologe Émile Durkheim schuf 1897 mit seinem Werk „Le Suicide. Etude de Sociologie“ den ersten systematischen Beitrag zum Thema Suizid und damit auch eine Basis für die weiterführenden soziologischen Theorien. Durkheim versteht den Suizid vorwiegend als eine Störung der Verhältnisse zwischen Individuum und Gesellschaft (vgl. Bründel 2004: 106). Er „interpretiert das Suizidgeschehen im Rahmen seiner Integrations- und Anomietheorie, die besagt, dass der Grad der Integration eines Individuums in die Gesellschaft und die Akzeptanz ihrer Normen und Regeln als ein Mass für das Suizidrisiko anzusehen ist“ (Bründel 1993: 45).

Aufgrund des beschränkten Umfangs der Arbeit wird an dieser Stelle nicht genauer auf Durkheims Suizidtypen bei Erwachsenen eingegangen. Vielmehr soll die Typisierung nach Heidrun Bründel, die auf den Überlegungen Durkheims aufbaut und diese auf Jugendliche modifiziert, im Zentrum stehen. Bründel differenziert die folgenden drei Typen:

Egoistischer Suizid

Unter dem egoistischen Suizidtypus werden diejenigen Jugendlichen zusammengefasst, die Gruppenaktivitäten fernbleiben und bevorzugen für sich alleine zu sein. Sie grenzen sich bewusst selbst aus, was zur Folge hat, dass sie vereinsamen. Zum egoistischen Suizid nei-

gen vorwiegend Einzelgängerinnen und Einzelgänger sowie Aussenseiterinnen und Aussenseiter, die von der Gesellschaft isoliert leben (vgl. Bründel 2004: 106).

Altruistischer Suizid

Im Gegensatz dazu sind Heranwachsende, die zum altruistischen Suizid tendieren, zu stark von ihren Freundinnen und Freunden, der Peergroup oder der Familie abhängig. Sie sehen den Sinn ihres Lebens nur im Leben ihrer Mitmenschen und ohne diese scheint für sie kein Leben möglich. Diese Jugendlichen weisen ein geringes und instabiles Selbstwertgefühl auf und beugen sich Fremdeinflüssen oder Gruppennormen tendenziell schnell. Dies ist auch der Grund, weshalb bei Heranwachsenden der altruistische Doppelsuizid vermehrt vorkommt (vgl. ebd.).

Anomischer Suizid

Gesellschaftliche Normen sind für Jugendliche, die zum anomischen Suizid neigen, nicht mehr fassbar. Auch die Sozialisationsinstanzen Familie und Schule geben ihnen keinen Halt bzw. keine Sicherheit mehr. Dies führt dazu, dass Heranwachsende orientierungslos sind und keine Zukunftsperspektive mehr haben. Jugendliche, die einen anomischen Suizid begehen, haben keine Ziele, dennoch unbegrenzte individuelle Bedürfnisse. Unter diesen Suizidtypus fallen Heranwachsende mit multiplen Frustrations- und Versagenserlebnissen und ohne Schulabschluss oder Lehrstelle. Daraus können Gewaltanwendungen Jugendlicher entstehen, was mit Kurzschlusshandlungen und Amokläufen verglichen werden kann (vgl. ebd.: 107).

5.2 Ressourcenorientierte Untersuchung von Sigrid Schröer

Im Jahre 1995 veröffentlichte Sigrid Schröer ihre Studie unter dem Titel *Jugendliche Suizidalität als Entwicklungschance. Eine ressourcenorientierte empirische Studie*. Sie verfolgte in dieser Arbeit einen jugend- und geschlechterspezifischen Forschungsansatz. Dazu wurden in Hessen an selektiven Schulen, die alle Schultypen umfassen, von 1979 bis 1983 gegen 2000 Jugendliche mit Hilfe eines standardisierten Erhebungsbogens befragt. Die Heranwachsenden wurden klassenweise von der 6. bis zur 10. Klasse, also im Alter von 12 bis 16 Jahren, einmal jährlich befragt (vgl. Schröer 1995: 49). Zur Erfassung der Ausprägung der Suizidgedanken wurde eine modifizierte Form des *Beck-Depressionsinventars (BDI)* verwendet. Auf den BDI kann aus Platzgründen hier nicht weiter eingegangen werden. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass vier Ausprägungen von Suizidgedanken unterschieden werden (vgl. ebd.: 54-57). In der folgenden Darstellung werden die Ausprägungstypen sowie das Resultat der Untersuchung anhand der 16-jährigen Jugendlichen dargestellt. In diesem Fall

muss die Autorin auf die 16-jährigen Schülerinnen und Schüler Bezug nehmen, weil sich die Auswertungen der ihr vorliegenden Studie auf diese Altersgruppe beziehen.

Prävalenz (N in Klammern)

BDI	♂	♀	Grad und Art der Suizidalität
1	77.1% (465)	66.4% (486)	Freisein von Suizidgedanken Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. (nicht suizidal)
2	16.1% (97)	28.1% (206)	Suizidgedanken mit Gegensteuerung Ich denke manchmal an Suizid, aber ich würde es nicht tun. (gering suizidal)
3	4.6% (28)	3.0% (22)	Suizidgedanken ohne Gegensteuerung Ich möchte mich am liebsten umbringen. (suizidal)
4	2.2% (13)	2.5% (18)	Sich aufdrängende Suizidgedanken ohne Gegensteuerung Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte. (hoch suizidal)

Tab. 1: Qualitativ-quantitative Typologie und Prävalenz von Suizidgedanken bei 16-jährigen weiblichen und männlichen Jugendlichen (in Anlehnung an: Schröder 1995: 58)

Insgesamt werden 34% der Schülerinnen und 23% der Schüler mit unterschiedlich starker Suizidgefährdung erfasst. Wie sich in der Darstellung erkennen lässt, sind weibliche Heranwachsende stärker von Suizidgedanken betroffen. Sie führen gemäss Schröder ihre Suizidalität im Gegensatz zu den Schülern eher in Gedanken mit sich. Suizidgefährdete männliche Jugendliche hingegen beschäftigen sich intensiver mit der Umsetzung der suizidalen Handlung (vgl. Schröder 1995: 59).

Schröder hat den Fokus der Studie auf die quantitativen und qualitativen Unterschiede der Jugendlichen mit bzw. ohne Suizidgedanken gelegt (vgl. ebd. 3) und kommt zu folgenden Erkenntnissen:

Dominieren die Belastungs- und Risikofaktoren gegenüber den gegenwärtigen Ressourcen, ist der Entwicklungsverlauf des Individuums gestört. Die suizidale Handlung stellt für die Jugendlichen in der jeweiligen Situation eine geeignete Bewältigungsstrategie dar, um auf die Differenz zwischen dem Potential des eigenen Selbst und der herausfordernden Lebenslage zu reagieren. Einfluss auf die Entstehung einer suizidalen Handlung haben sowohl die Persönlichkeitsmerkmale als auch das soziale Netzwerk eines Individuums (vgl. Schröder 1995, zit. nach Schwalm 2005: 118). „Jugendliche ohne Suizidgedanken verfügen subjektiv über höhere personale und interpersonale Ressourcen als Jugendliche mit Suizidgedanken“ (Schröder 1995: 137).

Die empirische Analyse hat ergeben, dass es den suizidalen Heranwachsenden an personalen Ressourcen wie z.B. dem Selbstwertgefühl und der Handlungskontrolle fehlt. Stark suizidale weisen im Gegensatz zu nicht suizidgefährdeten Jugendlichen ein starreres personales

System auf, was dazu führt, dass sie Widerstand gegen ihren Entwicklungsprozess leisten. Im Weiteren stufen Adolescentinnen und Adolescenten ihre Handlungskompetenz als zu gering und die Chance des Misserfolgs als zu hoch ein (vgl. Schröder 1995: 138). Heranwachsende mit Suizidgedanken befinden sich „im Spannungsfeld zwischen Idealisierung und Selbstabwertung bzw. subjektiv wahrgenommener Abwertung durch andere“ (Bründel 2004: 133).

Laut Schröder zeigt Suizidalität auch einen Mangel an tragfähigen interpersonalen Beziehungssystemen auf. Suizidgefährdete Schülerinnen und Schüler berichten im Gegensatz zu nicht suizidalen Jugendlichen von deutlich weniger vertrauensvollen und tragfähigen Beziehungen zu ihren Mitmenschen. Aus der Perspektive der Heranwachsenden verfügen Familien mit suizidalen Jugendlichen über geringere Konflikt- und Handlungsstrategien sowie ein nicht eingespieltes und unklares Verhältnis von Nähe und Distanz (vgl. Schröder 1995: 141-143). Zudem nehmen Jugendliche den Erziehungsstil der Eltern von suizidalen Heranwachsenden als schwankend und nicht vorhersehbar wahr, was die Bildung des Selbstbewusstseins und der Selbstständigkeit erschwert (vgl. Schröder 1995, zit. nach Schwalm 2005: 119). Die Studie stellt zudem die geschlechterspezifischen Unterschiede bei der Entstehung und Symptombildung der Jugendsuizidalität ins Zentrum. Suizidgefährdete Adolescentinnen zeigen ängstliche und somatisierende Verhaltensweisen (vgl. Bründel 2004: 132). Aus der subjektiven Perspektive der suizidalen Schülerinnen verfügen sie im Vergleich zu den männlichen Heranwachsenden über weit weniger personale und interpersonale Ressourcen als diese. Bei steigender Suizidalität leiden weibliche Jugendliche meist unter einer eingeengten Beziehungswelt sowie unter geringen Selbstwertgefühlen. Zudem sind die Emotions- und Handlungskontrolle bei Adolescentinnen geringer ausgebildet als bei Adolescenten. In ihren Familien fehlt es hoch suizidalen Schülerinnen an Wertschätzung und Anerkennung. Im Gegensatz dazu werden suizidgefährdete Knaben sehr autoritär und streng erzogen (vgl. Schröder 1995: 147). Adolescenten entwickeln im Rahmen der Suizidalität externalisierte Symptome wie Aggressionen und Normabweichung (vgl. Bründel 2004: 132). Sowohl die Externalisierung als auch die Internalisierung werden mit steigender Suizidalität deutlicher: Während hoch suizidale Knaben ihre Situation und ihre Gefühle zu negieren versuchen, identifizieren sich weibliche Jugendliche mit den negativen und hoffnungslosen Seiten ihrer Persönlichkeit, womit auch die Verzweiflung zunehmend zum Vorschein kommt (vgl. Schröder 1995: 148f.).

Beiden Geschlechtern ist gemeinsam, dass sie in ihrem suizidalen Erleben nicht etwa das Ende des Lebens herbei sehnen, sondern eigentlich neu beginnen möchten. Ihr Wirklichkeitssinn ist jedoch verzerrt, sie sehen keine Alternativen, keine Möglichkeiten

mehr, es anders zu gestalten, sodass sie – so paradox es klingt – Kontrolle über ihr Leben ergreifen, indem sie es beenden. (Bründel 2004: 133)

Schröers Sichtweise, Jugendsuizidalität als Mangel an personalen und interpersonalen Ressourcen zu verstehen, bringt zum Ausdruck, dass der Ressourcenarmut und den damit verbundenen Blockaden entgegengewirkt werden kann. Jugendliche können von den starren problembehafteten Ansichten abkommen und lernen, realistisch wahrzunehmen, über welche Kompetenzen sie verfügen. Suizidalität kann somit als Entwicklungschance hin zur salutogenen Seite der Jugendlichen verstanden werden (vgl. Bründel 2004: 133f). Laut Schröer (1995: 151) liegt der Schlüssel zur Lösung des Problems in der Suizidalität selbst.

Erkenntnisse

Der soziologische Erklärungsansatz nach Bründel unterstreicht den zentralen Stellenwert der Gruppenzugehörigkeit, der sozialen Integration und verbindlicher Normen für die Jugendlichen. Die individuellen Faktoren der Jugendlichen werden nicht berücksichtigt, was in der Praxis jedoch aus Sicht der Verfasserin nicht umsetzbar bzw. professionell wäre.

Die ressourcenorientierte Studie hingegen enthält sowohl Elemente der soziologischen als auch der psychoanalytischen Forschungsrichtung und lässt sich somit keiner der beiden Haupttheoriestränge zuordnen (vgl. Schwalm 2005: 96). Schröer beschreibt verschiedene zentrale Faktoren, die das komplexe Suizidgeschehen von Heranwachsenden zu erklären vermögen (vgl. Schwalm 2005: 120). Die Autorin kommt zur Erkenntnis, dass es geschlechterspezifische Unterschiede bezüglich der Entstehung und Symptombildung der Jugendsuizidalität gibt und dass Jugendsuizidalität einen Mangel an personalen und interpersonalen Ressourcen darstellt. Für die Praxis bedeutet der Ressourcenmangel einerseits, dass die Beziehungen zu Freunden, Freundinnen, Familie etc. analysiert und gefördert werden sollen, und andererseits, wie bereits im Kapitel 4.2 erwähnt, dass es neben den sozialen auch die persönlichen Ressourcen wie das Selbstwertgefühl zu stärken gilt.

6. Diagnostik

In der Diagnostik der Suizidalität wird laut Bründel zwischen der *professionellen* und der *informellen Diagnostik* unterschieden. Die *professionelle Diagnostik* wird in offiziellen Beratungs-Settings durch eine Ärztin, einen Arzt, eine Psychologin oder einen Psychologen durchgeführt. Bei der *informellen Diagnostik* nehmen hingegen aufmerksame Angehörige, Lehrkräfte oder andere durch eingehende Beobachtung und dem Erkennen von Risikoindikatoren eine Einschätzung der Suizidalität vor (vgl. Bründel 2004: 187). Im folgenden Kapitel wird die *informelle Diagnose* im Mittelpunkt stehen, mit dem Ziel, zu zeigen, wie Jugendsuizidalität in der Praxis des Durchgangsheims erkannt und informell eingeschätzt werden kann. Die Informationen dienen dazu, dass die Mitarbeitenden durch Beobachtungen und Gespräche sowie in Zusammenarbeit mit den involvierten Stellen eine Einschätzung der Suizidalität vornehmen können. Schliesslich soll entschieden werden können, ob suizidale Jugendliche im „Vogelsang“ bleiben können oder ob die Suizidgefährdung zu gross ist und es in der akuten Situation Notfallmassnahmen braucht.

Gemäss Sonneck et al. (2012: 160) stellt die Einschätzung der Suizidalität eine der elementarsten und verantwortungsvollsten Aufgaben bei der Arbeit mit Klientinnen und Klienten in der akuten Krise dar. Um eine Einschätzung zu ermöglichen, werden in diesem Kapitel Risikoindikatoren und suizidale Krisenverläufe beschrieben. Es folgen zwei Theorien, welche die Entwicklung in die Suizidalität erklären sowie Informationen für die Gesprächsführung mit suizidalen Jugendlichen.

6.1 Risikoindikatoren

Nachfolgend werden Risikoindikatoren beschrieben, die als Anhaltspunkte zur Einschätzung des aktuellen Gefährdungsgrades der Jugendlichen dienen sollen. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass selbst bei der Berücksichtigung aller Risikomomente die Suizidalität von Klientinnen und Klienten nicht mit absoluter Sicherheit beurteilt werden kann (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 46).

6.1.1 Risikogruppen

Sonneck et al. (2012: 161) differenzieren zwischen fünf Risikogruppen, wobei die Reihenfolge dem Ausmass der Suizidgefährdung entspricht:

1. alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Personen
2. depressive Personen
3. alte und vereinsamte Personen
4. Personen, die eine Suizidankündigung geäussert haben

5. Personen, die durch einen Suizidversuch auffällig wurden

Dieser Anordnung kann grundsätzlich zugestimmt werden. Da sie sich jedoch auf Erwachsene bezieht, müssen im Hinblick auf Jugendsuizidalität noch Ergänzungen vorgenommen werden. Die erste, die vierte und die fünfte Risikogruppe können auf die Adolescentinnen und Adolescenten übertragen werden. Die zweite und dritte Gruppe müssen differenzierter betrachtet werden (vgl. Schwalm 2005: 141).

Wie bereits erwähnt, äussert Langer bezüglich der zweiten Risikogruppe, dass der Zusammenhang von Suizidalität und psychischen Störungen bei Heranwachsenden eine weniger grosse Rolle als bei den Erwachsenen spielt. Laut Langer kommt dies daher, weil Jugendsuizidalität tendenziell stärker in Verbindung mit der Krisenanfälligkeit der Adolescentinnen und Adolescenten steht (vgl. Langer 2001: 100). Wird jedoch die Gesamtzahl aller Suizide ins Auge gefasst, leiden rund 30% der Personen, die einen Suizid vollziehen, an Depressionen (vgl. Sonneck et al. 2012: 161), was eine beträchtliche Anzahl darstellt.

Bei der dritten Risikogruppe *alte und vereinsamte Personen*, kann nur die Vereinsamung auf die Heranwachsenden übertragen werden (vgl. Schwalm 2005:141). Bründel beschreibt die soziale Isolation im Rahmen des soziologischen Ansatzes als eindeutige Suizidgefahr. In den Kapiteln 6.3 und 6.4 wird nochmals auf den bedrohlichen Zustand der sozialen Isolierung eingegangen.

6.1.2 Risikosituationen

Es gibt bestimmte Ereignisse, die das Risiko einer suizidalen Krise erhöhen. Die häufigste Risikosituation stellen Verluste sowie der bevorstehende oder befürchtete Verlust einer wichtigen Person dar. Hierzu zählen das Scheitern von Liebesbeziehungen sowie der Tod Angehöriger, z.B. eines Elternteils. Selbst der Tod eines Haustiers kann zu einer suizidalen Krise führen.

Kränkungen und Zurückweisungen, die Menschen im privaten und beruflichen Umfeld erfahren, gehören zur zweithäufigsten Risikosituation. Da Jugendliche in der frühen Adoleszenz noch schulpflichtig sind und die Schule auch als Risikofaktor deklariert wird, geht die Autorin davon aus, dass Demütigungen im schulischen Umfeld Jugendsuizidalität hervorrufen können. Im privaten Bereich sind es vorwiegend untreue Partnerinnen und Partner, welche häufig die Auslöser für eine suizidale Krise darstellen.

Weitere Risikosituationen sind die Überforderung und Überlastung im privaten und beruflichen Bereich bzw. bei Jugendlichen im schulischen Bereich. Auch körperliche, seelische und soziale Veränderungen, wie die Pubertät, welche häufig mit tief greifenden Verunsicherungen im Hinblick auf die eigene Identität einhergehen, können suizidale Krisen auslösen, wenn zusätzlich negative Geschehnisse hinzukommen. Darüber hinaus gelten sowohl die

Auswirkungen wirtschaftlicher Probleme wie bspw. Schulden als auch Entwurzelungen, aufgrund von Migrationshintergründen oder Umzügen als erhöhte Suizidrisiken (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 49f.).

6.1.3 Risikobefindlichkeit

Es gibt eine Vielzahl an Befindlichkeiten, die auftreten können, wenn Jugendliche suizidal sind. Die Autorin wird an dieser Stelle einige Risikobefindlichkeiten zusammenfassen, die für das Erkennen von Jugendsuizidalität hilfreich sind (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 51). Die Aufzählung hat keinen Anspruch auf inhaltliche Vollständigkeit, sie soll vielmehr eine Beobachtungs- und Gesprächsgrundlage für die Mitarbeitenden des „Vogelsang“ schaffen.

- Gefühle der Niedergeschlagenheit
- Interesse- und Freudlosigkeit
- Fehlen von Perspektiven und Sinn im Leben
- Ohnmacht und Verzweiflung
- anhaltendes und quälendes Grübeln
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Selbstvorwürfe und Selbstbestrafungstendenzen
- Gesteigerte Impulsivität, Ärger und Wut, insbesondere wenn diese Gefühle gegen die eigene Person gerichtet werden
- Angst-, Unruhezustände und Schlafstörungen
- wahnhaftes Erleben und akustische Halluzination (beschimpfende, anklagende und zum Suizid auffordernde Stimme)

6.1.4 Risikosignale

Als Risikosignale werden verbale und nonverbale Hinweise an das Umfeld bezeichnet, die im Rahmen einer suizidalen Krise auftreten können (ebd.). Meist kündigen Jugendliche ihre Suizidabsichten im Vorfeld an, weil sie das Bedürfnis haben, darüber zu sprechen. Die Paradoxie macht die tiefe Verzweiflung und Ambivalenz der Heranwachsenden deutlich (vgl. Bründel 2004: 112). Aussagen wie: „Mich wird ja doch niemand vermissen“ und „Es ist alles so sinnlos“ haben einen stark appellativen Charakter (vgl. ebd.). Sie machen sichtbar, dass Heranwachsende im Grunde genommen nicht sterben wollen, sondern dass sie unter den bisherigen Lebensbedingungen leiden und so nicht mehr weiterleben möchten (vgl. Shneidmann 1980, zit. nach Bründel 2004: 112). Neben den sprachlichen Äusserungen gibt es auch Risikosignale, welche sich auf der Verhaltensebene äussern (vgl. Bründel 2004: 112). Im Folgenden werden typische Verhaltensweisen und psychische Veränderungen suizidge-

fährdeter Adolescentinnen und Adolescenten aufgeführt. Auch diese Auflistung soll einen Überblick verschaffen und ist nicht abschliessend:

Auffälliges Verhalten

- Aggressives, abwehrendes Verhalten
- Wiederholte Unfälle und selbstverletzendes Verhalten
- Sozialer Rückzug
- Weglaufen und Herumstreunen
- Überforderung in der Schule und Schwänzen
- Abschiedsbriefe formulieren und geliebte Dinge verschenken
- Sammeln von Gegenständen zur Selbstverletzung und/oder von Tabletten
- Düstere Bilder malen (Grabsteine, Kreuze etc.)
- Beschäftigung mit dem Tod; auch philosophische Auseinandersetzung mit dem Tod und Suizid
- Veränderung der Essgewohnheiten
- Äusserliche Veränderungen (Vernachlässigung, starke Zu- oder Abnahme des Gewichts)

Psychische Veränderungen

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Stimmungsschwankungen
- Selbstwertkrisen
- Gleichgültigkeit
- Somatische Beschwerden (ständige Kopfschmerzen, Müdigkeit, undefinierbare Bauchschmerzen, Hyperventilation, der organische Grund fehlt oftmals)
- Abnorme Tagträume

(vgl. Amt für Volksschule St. Gallen 2009: 12-15, Oritz-Müller/Scheuermann/Gahleitner 2010: 229-231)

Erkenntnisse

Da die Autorin davon ausgeht, dass die Risikobefindlichkeit und die Risikosignale sich tendenziell schnell verändern können, kommt sie zum Schluss, dass diese Indikatoren in der Praxis laufend neu überprüft werden müssen. Weiter ist für die Praxis zentral, dass die Mitarbeitenden sich im Rahmen der *informellen Diagnose* vergegenwärtigen, dass nicht automatisch eine Suizidgefährdung vorliegt, wenn bei Jugendlichen einzelne Merkmale auftreten (vgl. Oritz-Müller et al. 2010: 231). „Nicht ein einzelner Hinweis gibt also Aufschluss über die

Bedrohlichkeit der Situation, sondern nur das Zusammentreffen mehrerer Faktoren ermöglicht eine realistische Einschätzung.“ (Stein 2009: 110)

6.2 Suizidale Krisenverläufe

Psychosoziale Krisen werden „je nach Plötzlichkeit des Auftretens und Bedeutung des Krisenanlasses“ (Stein 2009: 26) in *traumatische Krisen* und *Veränderungskrisen* eingeteilt.

Traumatische Krisen sind durch ihr plötzliches, unvorhersehbares Auftreten gekennzeichnet. Auslöser hierfür können z.B. Todesfälle nahestehender Personen, das Bekanntwerden von Diagnosen oder Trennungen von der Partnerin oder dem Partner sein. Im Gegensatz dazu stehen die *Veränderungskrisen*, welche ganz allgemein zum Lebensverlauf gehören. *Veränderungskrisen* können bspw. durch Wohnungswechsel, das Verlassen des Elternhauses oder auch durch Alltagssituationen ausgelöst werden. Im Unterschied zu den *traumatischen Krisen* entwickeln sich *Veränderungskrisen* nicht augenblicklich. Sie entstehen innerhalb von einigen Tagen bis hin zu maximal sechs Wochen (vgl. Sonneck et al. 2012: 33-37). Für beide Krisenverläufe gibt es Modelle, welche die unterschiedlichen Phasen ausführlich beschreiben. Diese übersteigen den hier gegebenen Rahmen, weshalb nicht genauer Bezug darauf genommen wird (siehe ergänzend Sonneck et al. 2012: 61). Wesentlich für die *informelle Diagnose* und die Intervention bei Jugendsuizidalität und somit für die Arbeit im „Vogelsang“ ist jedoch die Erkenntnis, dass suizidale Krisen sich unterschiedlich schnell entwickeln und dass bei Zuspitzung *psychosozialer Krisen* ein hohes Risiko besteht, dass Jugendliche suizidal werden (vgl. Stein 2009: 243).

Das grösste Problem im Zusammenhang mit suizidaler Klientel stellen unmittelbare, impuls-hafte suizidale Handlungen dar. Da sich die Suizidalität in solchen Fällen nicht über einen längerfristigen Zeitraum entwickelt, kann das Umfeld in der Regel keine Hinweise und Appelle der Heranwachsenden wahrnehmen. Wählen die Jugendlichen zudem eine *harte* Suizidmethode, wie bspw. einen Sprung von einer Brücke, über die sie gerade gehen, besteht praktisch keine Möglichkeit zur Intervention und Rettung der Adoleszentin oder des Adole-szenten (vgl. Wolfersdorf/Ettersdörfer 2011: 66). Häufig entsteht Suizidalität allerdings über einen Zeitraum von mehreren Wochen, was eine Diagnose und eine entsprechende Inter-vention möglich macht (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 53).

Im Anschluss wird der Verlauf suizidaler Krisen modellhaft beschrieben. Die beiden theoreti-schen Ansätze sollen zur Einschätzung des aktuellen Gefährdungsgrades der Jugendlichen in der Praxis dienen.

6.3 Das Präsuizidale Syndrom nach Erwin Ringel

Das *präsuizidale Syndrom* gehört zu den psychodynamischen Theorien, welche die Entwicklung des Menschen in die Suizidalität beschreiben. Die psychodynamischen Theorien sind bis heute gültig und werden von gegenwärtigen Suizidforschenden wieder aufgenommen (vgl. Bründel 2004: 109). Erwin Ringel führte 1949 in Wien eine Untersuchung mit 745 Erwachsenen, die einen Suizidversuch überlebt haben, durch. Sein Ziel war es die psychische Befindlichkeit vor dem Eintreten des Ereignisses zu erfassen. Bei fast allen untersuchten Personen stiess er auf dieselben drei Komponenten, die dem Suizidversuch voraus gingen: *zunehmende Einengung*, *gehemmte Aggression* und *Suizidfantasien* (vgl. Sonneck et al. 2012: 177). Die Erkenntnisse des Konzepts wurden später auch auf die Lebensphase der Jugend angewendet.

Die in der folgenden Darstellung erfassten drei Merkmale charakterisieren das *präsuizidale Syndrom*. Sie verlaufen nicht chronologisch, sondern beeinflussen sich in wechselseitiger Verstärkung (vgl. Schwalm 2005: 125f.)



Abb. 6: Die Komponenten des präsuizidalen Syndroms (In Anlehnung an: Reiner/Kulesa 1981, zit. nach Schwalm 2005: 126)

Einengung

Ringel unterscheidet vier Arten von Einengung:

In der *situativen Einengung*, verlieren die Betroffenen persönliche Handlungsmöglichkeiten, womit ihre Hilflosigkeit wächst und der Eindruck entsteht, einer Situation machtlos ausgeliefert zu sein (vgl. Giernalczyk 1995: 36). Gemäss Ringel et al. (1995, zit. nach Bründel 2004: 110) empfinden suizidgefährdete Jugendliche ihre Lebenssituation als bedrohlich und scheinen von den Anforderungen regelrecht erdrückt zu werden.

Die *dynamische Einengung* führt zu einer verengten und pessimistischen Wahrnehmung. Selektiv nimmt der Mensch nur noch beunruhigende Informationen zur Kenntnis, alles Positive blendet er aus. Auch in der Gefühlswelt überwiegen Pessimismus und negative Gefühlslagen (Giernalczyk 1995: 36). Suizidgefährdete Adolescentinnen und Adolescenten weisen eine depressive und nachdenkliche Stimmung auf. Ihnen erscheint das Leben traurig und leer, sie sehen für ihre Gegenwart sowie für die Zukunft keine Chancen (vgl. Bründel 2004: 110).

Durch die *Einengung in der zwischenmenschlichen Beziehung* reduziert sich die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen und/oder es werden bestehende soziale Kontakte abgebrochen. Zudem können Freundschaften an Qualität verlieren, weil präsuizidale Menschen ihre Freundinnen und Freunde zunehmend weniger an ihrem Leben teilhaben lassen (vgl. Giernalczyk 1995: 36f.). Nach Freundschaftsabbrüchen befinden sich die Heranwachsenden in einer widersprüchlichen Lage. Sie fühlen sich zum einen einsam und alleingelassen, zum anderen suchen sie die Isolierung, indem sie sich in sich selbst zurückziehen. Die Jugendlichen haben das Vertrauen in ihre Mitmenschen sowie in sich selbst verloren (vgl. Bründel 2004: 110.). Im Gegensatz zu den Erwachsenen bezieht sich der Entfremdungsprozess stark auf die Beziehungsdynamik zwischen ihnen und ihren Eltern. Die Beziehungsstörung wirkt sich sichtbar auf die Kommunikation aus. Die Betroffenen meiden das Gespräch immer mehr (vgl. Ringel 1990, zit. nach Schwalm 2005: 128).

Unter der *Einengung der Wertwelt* wird ein korrelativer „Prozess der Abwertung des Selbstwertgefühls und der damit verbundenen mangelnden Realisierung von Interessen“ verstanden (Ringel 1997, zit. nach Schwalm 2005: 128). Um Verpflichtungen nachzukommen und Aktivitäten zu unternehmen, fühlen sich die Betroffenen unfähig, kraft- und ideenlos (vgl. ebd.). Bei Kindern und Jugendlichen, denen tendenziell finanzielle Wünsche erfüllt werden, anstatt dass ihnen Interesse und Liebe geschenkt werden, besteht die Gefahr, dass sie eine materialistische Weltanschauung ausbilden. Daraus können sinnentleerte Strukturen des Wertelebens entstehen, die als Ausgangspunkt für Suizidtendenzen betrachtet werden können (vgl. Ringel 1989, zit. nach Schwalm 2005: 128f.).

Aggressionshemmung

Als zweites Merkmal beschreibt Ringel in Anlehnung an Freud die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression. Oftmals stellen die Eltern oder sehr enge Freundinnen und Freunde für die suizidgefährdeten Jugendlichen ein Aggressionsobjekt dar. Wird das Aggressionsobjekt von den Heranwachsenden als überlegen eingestuft, führt dies zu einer Aggressionshemmung. Darüber hinaus ist eine Identifikation mit dem Aggressionsobjekt denkbar. In diesem Fall wird wiederum eine Aggressionshemmung ausgelöst, welche zur Folge hat, dass die Jugendlichen eine gegen sich selbst gerichtete Aggression ausbilden. In

der Regel empfinden die Adolescentinnen und Adolescenten Ohnmacht und Wut und suizidieren sich in der Gewissheit, die anderen bis an ihr Lebensende zu strafen (vgl. Bründel 2004: 111).

Suizidfantasien

Die dritte Komponente des Präsuizidalen Syndroms sind die Suizidfantasien, welche verschiedene Stadien der Intensität erreichen können. Zuerst setzen sich die Jugendlichen gedanklich aktiv mit dem Resultat des Sterbens auseinander. Sie träumen vom Tot-Sein, während sie das eigentliche Sterben in ihren Gedanken noch ausser Betracht lassen (vgl. Bründel 2004: 112). In einem zweiten Schritt steht die Beschäftigung mit der Suizidtat im Vordergrund, es werden jedoch noch keine Suizidhandlungen geplant. Zum Schluss konkretisiert sich die Suizidmethode. Es werden alle Details, die zur Durchführung der Suizidhandlung notwendig sind, geplant. Von diesem Zeitpunkt an drängen sich die Suizidgedanken passiv auf. Das heisst, die Gedanken sind zwanghaft und allgegenwärtig. Sie lassen sich durch die Individuen nicht mehr steuern, was eine akute Suizidgefahr bedeutet (vgl. Ringel 1989, zit. nach Schwalm 2005: 129). Mit der zunehmenden Entwicklung der Suizidfantasien steigert sich auch die Motivation dieses Vorhaben zu benennen. Jugendliche besitzen sowohl destruktive als auch lebensbejahende Anteile und bringen ihre Suizidabsichten auf versteckte Art und Weise zum Ausdruck, um dadurch beiden Anteilen gerecht zu werden (vgl. Ringel 1990, zit. nach Schwalm 2005: 129).

6.4 Das Konzept der suizidalen Entwicklung nach Walter Pöldinger

Das *Konzept der suizidalen Entwicklung* nach Walter Pöldinger, welches 1968 entstanden ist, gehört ebenfalls zu den psychodynamischen Theorien und hat grosse Relevanz zur Einschätzung der Suizidgefahr. Gemäss Pöldinger gehen der suizidalen Handlung in der Regel drei Phasen voraus, deren Zeitdauer nicht klar definiert ist. Dieser Prozess kann von wenigen Stunden bis hin zu mehreren Wochen dauern, wobei sich die suizidale Einengung in jeder Phase auflösen kann (vgl. Stein 2009: 111). Schwalm (2005: 134) ergänzt, dass sich die von Pöldinger geschilderte Entwicklungsdynamik auch bei suizidalen Jugendlichen erkennen lässt.

Erwägung

Die Erwägung ist das erste Stadium der suizidalen Entwicklung. Zu diesem Zeitpunkt wird der Suizid als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen, die Suizidgedanken sind allerdings noch sehr vage. Jugendliche beschäftigen sich in diesem Stadium der Entwicklung bspw. verstärkt theoretisch mit dem Thema Suizid. Sind die Betroffenen sozial isoliert und weisen gegen sich selbst gerichtete Aggressionen auf, begünstigt dies den suizidalen Ver-

lauf (vgl. Stein 2009: 111). Zudem haben auch Imitationseffekte einen Einfluss auf den Prozess, z.B. dann, wenn Medienberichte dazu führen, dass noch mehr Suizide vollzogen werden (vgl. Etzersdorfer/Sonneck 2001, zit. nach Stein 2009: 111).

Ambivalenz

In der zweiten Phase erreicht der innere Konflikt seinen Höhepunkt. Die Betroffenen führen einen Kampf zwischen den selbstzerstörenden und selbsterhaltenden Tendenzen aus. Die massive innere Anspannung und die Zweifel kommen durch direkte suizidale Äusserungen und Drohungen oder bereits durch Suizidversuche zum Vorschein. Suizidmittel werden zwar beschafft, jedoch birgt die Bedrohlichkeit der Situation auch die Chance in sich, dass die Betroffenen sich Hilfe holen oder ihre Appelle von der Umwelt wahrgenommen werden. In diesem Stadium des Entwicklungsverlaufes sind die suizidgefährdeten Personen tendenziell eher bereit Unterstützung und/oder professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Stein 2009: 111).

Entschluss

Im dritten Stadium wird der Entschluss gefasst die suizidale Handlung umzusetzen. Es kommt zu einer scheinbaren Beruhigung der Situation. Dieser Zustand wird durch die Umwelt vermehrt als Abwendung von der Gefahr und der Krise interpretiert. Ein Teil der suizidgefährdeten Personen täuschen ihre Umgebung auch bewusst, um sich in Ruhe auf den Suizid vorzubereiten. In dieser Phase verspüren die Betroffenen keine Angst und keine Ambivalenz zwischen Leben und Tod, was dazu führt, dass sie sich entspannter zeigen. Falls es noch suizidale Äusserungen gibt, werden diese in der Regel nur noch indirekt angekündigt (vgl. Stein 2009: 111). Kind (2011: 179) bezeichnet diesen Zustand als „Ruhe vor dem Sturm“ und betrachtet das „Schwinden‘ der Suizidalität ohne ersichtlichen Grund“ sowie „das scheinbar gelöste Verhalten eines zuvor depressiv-suizidalen Patienten“ (ebd.: 181) als Alarmzeichen.

In der folgenden Darstellung wird der Verlauf der suizidalen Entwicklung schematisch dargestellt:

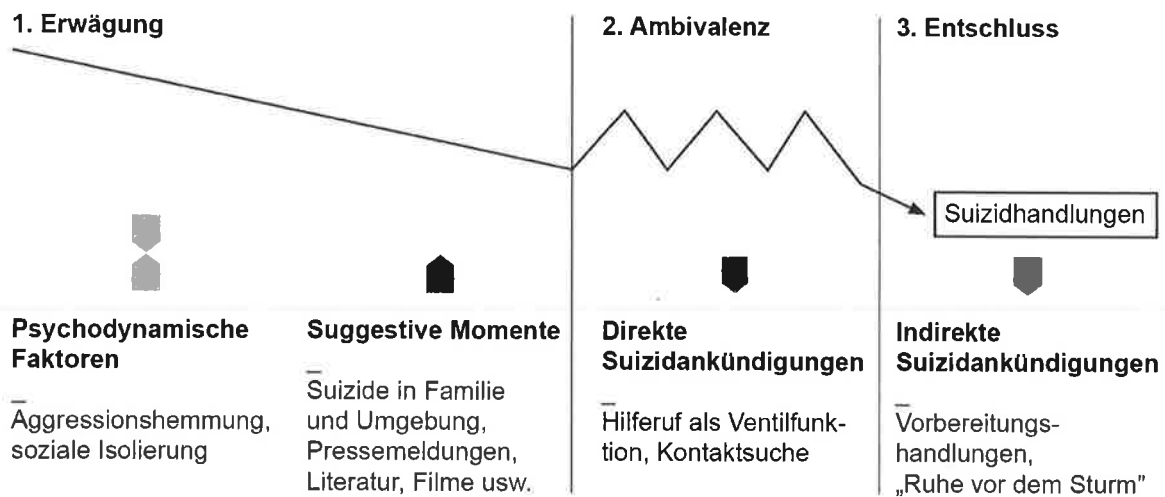


Abb. 7: Die Stadien der suizidalen Entwicklung (In Anlehnung an: Pöldinger 1989, zit. nach Schwalm 2005: 134)

Erkenntnisse

Die Autorin erachtet beide Modelle als übersichtlich und sehr informativ. Das *präsuizidale Syndrom* beschreibt die einzelnen Symptome ausführlich. Da die drei Komponenten jedoch nicht zwingend nacheinander auftreten, ist es schwierig einzuschätzen, an welcher Stelle des suizidalen Krisenverlaufs die Klientel steht. Im Gegensatz dazu lässt sich mit Hilfe des *Konzepts der suizidalen Entwicklung* in der Praxis des Durchgangsheims genauer einschätzen, in welcher Phase des Krisenverlaufs sich die Klientinnen und Klienten befinden.

Auffallend ist, dass beide Modelle keine geschlechterspezifischen Differenzen machen, obwohl es, wie oben erwähnt, deutliche Unterschiede zwischen suizidalen weiblichen und männlichen Jugendlichen geben würde.

6.5 Das Gespräch zur Beurteilung der Suizidalität

Werden bei Jugendlichen Risikosignale beobachtet oder andere Hinweise für das Bestehen suizidaler Tendenzen erkannt, sollen sie unbedingt direkt darauf angesprochen werden (vgl. Bründel 2004: 189). Weit verbreitet ist die Angst, dass durch das Nachfragen bei den Jugendlichen Suizidgedanken ausgelöst werden können. Laut Oritz-Müller et al. (2010: 231f.) werden Personen, die vor einem Gespräch keine Suizidgedanken hatten, durch das Nachfragen nicht plötzlich welche entwickeln. Im Gegenteil: Durch die Konfrontation mit den Beobachtungen wird den Heranwachsenden vermittelt, dass jemand um sie in Sorge ist und

festgestellt hat, dass es ihnen nicht gut geht (vgl. Bründel 2004: 189). „Sehr oft sind Jugendliche (...) erleichtert, dass überhaupt jemand bemerkt hat, wie sie sich fühlen, und sehr häufig öffnet dies Türen zu weiterer Kommunikation und weiteren Hilfsmassnahmen.“ (Ebd.)

Vertrauensvolle Gespräche, in denen sich die Adolescentinnen und Adolescenten öffnen und über ihre Suizidgedanken sprechen, haben bereits eine leicht entlastende Wirkung (vgl. ebd.). Eine entscheidende Voraussetzung, um einen Gesprächszugang zu suizidalen Klientinnen und Klienten zu schaffen, ist eine vorurteilsfreie und empathische Haltung gegenüber der Klientel (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 60). Neben Einfühlungsvermögen und Offenheit sind „vor allem die Akzeptanz suizidalen Verhaltens als Ausdruck seelischer Not, eigene psychische Stabilität, insbesondere die Fähigkeit, sich durch Sorge um das Leben des Klienten nicht lähmen zu lassen, sowie Verlässlichkeit, Sorgfalt und (...) fachliche Kompetenz“ (ebd.: 60f.) gefragt. Im Gespräch mit suizidalen Klientinnen und Klienten sollen offene Fragen gestellt und wichtige Informationen dazwischen kurz zusammengefasst werden. Verharmlosungen sowie Dramatisierung sollten vermieden werden. Um ins Gespräch zu kommen, empfehlen Eink und Haltenhof sich dem Problem schrittweise zu nähern: Zuerst kann bei der Klientel nachgefragt werden, ob aktuell ein Wunsch nach Pause und Ruhe besteht. In einem zweiten Schritt kann allgemein über den Sinn des Lebens und den Tod gesprochen werden. Anschliessend wird nachgefragt, ob auch diese Person, wie viele andere, gelegentlich am Sinn des Lebens zweifeln und, ob sie dies derzeit tut. Die Folgefragen sollten konkreter sein. Wichtig ist, sich zu erkunden, ob die Klientinnen und Klienten mit dem Gedanken spielen, sich etwas anzutun, ob sie konkrete Ideen haben, wie sie sich das Leben nehmen könnten und ob sie die Vorbereitungen dazu und/oder für die Zeit nach dem Tod getroffen haben. Dies stellt eine mögliche Strategie dar, zentral ist allerdings, dass das Gespräch in der Praxis der Situation der Klientel und den Kompetenzen und Handlungsfähigkeiten der Person, welche das Gespräch führt, angepasst wird. Der Gesprächsablauf soll keinem starren Schema folgen, sondern flexibel und situativ gestaltet werden (vgl. ebd.: 62f.). Das Ziel des Gesprächs ist es, sich durch einfühlsames Nachfragen ein möglichst konkretes Bild der Situation zu verschaffen (vgl. Stein 2009: 109; siehe dazu auch Kapitel 7.2.2).

Weitere Voraussetzungen für ein gelingendes Gespräch sind ein ruhiger Ort und ausreichend Zeit. Falls voraussehbar ist, dass die zur Verfügung stehende Zeit nicht ausreichen könnte, sollen die suizidalen Heranwachsenden informiert werden. So kann bereits ein nächstes Gespräch abgemacht oder, wenn dies nicht möglich ist, eine lückenlose Übergabe an eine Arbeitskollegin oder einen Arbeitskollegen organisiert werden (vgl. Eink/Haltenhof 2012: 61). (Siehe ergänzend dazu Ausführungen zum aktiven Zuhören Bründel 2004: 174.)

7. Beantwortung der Fragestellung und Anregungen für die Arbeit im „Vogelsang“

In diesem Kapitel wird die Fragestellung, die zur Erinnerung nochmals aufgeführt wird, ausgewertet: ***Welche theoretischen, diagnostischen und methodischen Grundlagen sollten Professionelle im „Vogelsang“ in der Zusammenarbeit mit suizidalen Jugendlichen kennen und nutzen, um diese in Krisen wirksam begleiten zu können und angemessen zu intervenieren?***

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus der Literatur auf das Heim übertragen mit dem Ziel zentrale Faktoren, relevantes Fachwissen und konkrete Handlungsmöglichkeiten, die im Umgang mit suizidalen Jugendlichen beachtet werden sollen, zusammenzutragen und zu präsentieren. Das Kapitel wird hierzu in drei Teile gegliedert. Als Erstes erfolgt eine kurze Erläuterung zu den theoretischen Grundlagen, bevor ausführlich auf die *informelle Diagnose* sowie das methodische Handeln im Zusammenhang mit suizidalen Heranwachsenden eingegangen wird. Dadurch können Lösungsansätze zur Beantwortung der Fragestellung aufgezeigt werden.

7.1 Theoretische Grundlagen

Die ausgewählten Theorien, Ansätze, Konzepte und Informationen, welche in den Kapiteln 4., 5. und 6. vorgestellt wurden, dienen als Grundlage für die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen im „Vogelsang“. Durch die Auseinandersetzung mit der Epidemiologie von Suizidalität, den Risiko- und Schutzfaktoren sowie der soziologischen Theorie und der ressourcenorientierten Studie können Professionelle Hintergrund- und Erklärungswissen generieren. Die Verfasserin geht davon aus, dass dieses Fachwissen dazu beiträgt, dass die Mitarbeitenden suizidale Phänomene besser verstehen und dass Unsicherheiten in Bezug auf Jugendsuizidalität geklärt oder vermindert werden können. Auf Basis der Informationen im Kapitel 6. können informelle Diagnosen, welche die Grundlage für Interventionen legen, adäquater durchgeführt werden (siehe dazu Kapitel 7.2 und 7.3.). Da das Suizidgeschehen sehr komplex ist, sollen die theoretischen Grundlagen in der Praxis nicht von einander losgelöst, sondern idealerweise ergänzend zueinander verwendet werden.

Wie erwähnt, stellt die vorliegende Bachelor Thesis zum einen Hintergrund- und Erklärungswissen zum Verstehen von Jugendsuizidalität bereit und zum anderen werden Grundlagen zum Einschätzen und zur Intervention bei Jugendsuizidalität im „Vogelsang“ geschaffen, womit das Ziel der Arbeit erreicht wird.

7.2 Einschätzung bzw. informelle Diagnose

Nachfolgend wird davon ausgegangen, dass Jugendliche sich suizidal geäußert haben oder dass andere Hinweise, die auf suizidale Tendenzen schliessen lassen, bestehen. Die Mitarbeitenden des Durchgangsheims sollen im Rahmen der *informellen Diagnose* eine realistische Einschätzung der Suizidgefährdung vornehmen können. Hierzu werden sowohl Beobachtungen und Informationen gesammelt als auch persönliche Gespräche mit der Klientel geführt. Das Kapitel beginnt deshalb mit diesen beiden Teilen, bevor im dritten Teil Ausführungen folgen über den Entscheid, ob ein Unterbruch des Aufenthalts im Durchgangsheim notwendig ist, weil eine Umplatzierung stattfinden muss.

7.2.1 Sammeln von Beobachtungen und Informationen

Das Sammeln von Beobachtungen und Informationen kann in der Praxis z.B. mit Hilfe der Risikoindikatoren *Risikogruppen*, *Risikosituationen* und *Risikosignale* durchgeführt werden.

Ob Jugendliche einer Risikogruppe, wie sie Sonneck et al. beschreiben, angehören oder nicht, kann bereits aus den Informationen aus dem Vor- und Eintrittsgespräch erfasst werden. Falls den Professionellen gewisse Informationen nicht mehr präsent sind, können sie mit Hilfe der Aktenanalyse feststellen, ob die Zugehörigkeit zu bestimmten Risikogruppen gegeben ist. Im „Vogelsang“ wird die Vorgeschichte im Rahmen des Eintrittsgesprächs ausführlich erfasst und protokolliert. Dadurch sollte bspw. erkannt werden, ob Heranwachsende tendenziell zur Risikogruppe *vereinsamte Personen* gehören und ob Suizidalität bereits vor dem Heimaufenthalt ein Thema war. Je nach Situation werden zudem Berichte von Instanzen, die bereits Abklärungen der Klientel vorgenommen haben, eingeholt. Diese Dokumente geben Aufschluss über bestehende *professionelle Diagnosen*, wie z.B. depressive Tendenzen oder Störungen, was bedeuten würde, dass die Jugendlichen der Risikogruppe *depressive Personen* angehören.

Um eine Einschätzung des Gefährdungsgrades Suizidgefährdung vornehmen zu können, ist es zudem hilfreich bestehende Risikosituationen nach Eink und Haltenhof zu erfassen. Die Mitarbeitenden müssen sich einen Überblick verschaffen, was im Umfeld der Heranwachsenden alles geschieht und was diese belastet. Klar ist, dass Jugendliche, die vorübergehend im „Vogelsang“ wohnen, sich in der Regel in einer schwierigen familiären und/oder schulischen Situation befinden. Durch die Platzierung erleben die Jugendlichen eine temporäre Trennung von ihren Familien und allenfalls wird auch ein Schulwechsel veranlasst, was zusätzlich mit der Trennung von Schulfreundinnen und -freunden verbunden ist. Die Autorin kommt zum Schluss, dass solche Trennungen zwar keine endgültigen Verluste, wie z.B. einen Todesfall (vgl. Kapitel 6.1.2), darstellen, die Heranwachsenden dadurch jedoch gleichwohl stark belastet sind und Trennungen dieser Art deshalb eine Risikosituation bedeuten können. Weitere belastende Situationen, die gemäss den Erfahrungen der Autorin bei den

Jugendlichen im Heim häufig auftreten, sind bspw. Konflikte zwischen den Eltern. Diese bilden laut Orbach (1990, zit. nach Bründel 2004: 59f.) einen Nährboden für Fehlentwicklungen und können deshalb Jugendsuizidalität begünstigen und bei Heranwachsenden zudem grosse Loyalitätskonflikte auslösen. Auch die Zeit, in der ungewiss ist, wie es nach dem Aufenthalt im Heim weitergehen soll, kann die Jugendlichen stark bedrücken. Da jede Adolescentin und jeder Adolescent eine subjektive Wahrnehmung haben, sind es ganz unterschiedliche Ereignisse und Herausforderungen aus dem privaten oder schulischen Bereich, die zu Überforderung und/oder Krisen der Jugendlichen führen können. In Folge dessen stellen Risikosituationen in der Praxis einen sehr weitläufigen Bereich dar. Die Autorin erachtet es als zentral, dass jeder Fall einzeln betrachtet wird und Mitarbeitende bei vermuteter Suizidalität zudem Informationen aus dem sozialen Umfeld generieren. Da die Familie und die Schule wichtige Sozialisationsinstanzen darstellen (vgl. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2), empfiehlt es sich, einen Austausch mit den Eltern und den Lehrkräften einzuleiten und nach weiteren Belastungen bzw. Risikosituationen zu fragen.

Der Austausch mit dem nahen Umfeld ist auch im Hinblick auf die Erkennung der Risikosi-gnale von entscheidender Bedeutung. Die Sozialpädagoginnen und -pädagogen können neben der Beobachtung im Heimalltag nach Möglichkeit auch Bezugspersonen aus den Familien sowie der Schule nach psychischen Veränderungen und auffälligem Verhalten der Jugendlichen fragen. In der Regel begleiten Lehrkräfte ihre Schülerinnen und Schüler mehrere Jahre und kennen diese folglich relativ gut. Sie bemerken deshalb auffälliges Verhalten und psychische Veränderungen ihrer Schülerinnen und Schüler tendenziell schnell, weshalb ein intensiver Austausch mit den Lehrkräften sinnvoll ist. Mit Hilfe der im Kapitel 6.1.4 abgebildeten Liste sollte es auch im „Vogelsang“ möglich sein, auffälliges Verhalten zu erkennen. Das Auge der Mitarbeitenden, das durch eine Vielzahl an pädagogischen Beobachtungsaufträgen geschult ist, bietet hier einen grossen Vorteil. Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, psychische Veränderungen zu bemerken, wenn sich suizidale Krisen kurze Zeit nach dem Eintritt ins „Vogelsang“ entwickeln. Je weniger die Mitarbeitenden die Klientel kennen, desto schwieriger ist es Veränderungen dieser wahrzunehmen, weil in solchen Situationen noch nicht bekannt ist, wie sich die Jugendlichen im Alltag verhalten würden, wenn sie nicht suizidal wären. Neben den nonverbalen Signalen treten bei Heranwachsenden gemäss Bründel meist auch suizidale Äusserungen auf, weil diese das Bedürfnis haben, über ihre Absichten zu reden. Wie bereits erwähnt, weisen verbale Äusserungen einen stark appellativen Charakter auf (vgl. ebd.) und müssen daher auf jeden Fall ernst genommen werden. Dies bedingt, dass mit den Betroffenen in der Praxis jederzeit proaktiv das Gespräch gesucht werden soll, um diese Äusserungen und ihre Befindlichkeit zu besprechen.

7.2.2 Das Gespräch mit suizidalen Jugendlichen

Wie sich im Kapitel über die Beurteilung der Suizidalität in Gesprächen erkennen lässt, haben vertrauensvolle Gespräche für suizidale Jugendliche eine zentrale und entlastende Funktion. Damit ein vertrauensvolles Gespräch mit Jugendlichen, die suizidale Tendenzen zeigen, entstehen kann und weitere Hinweise zur Einschätzung gesammelt werden können, gilt es im „Vogelsang“ Folgendes zu beachten:

Als Erstes müssen sich die Mitarbeitenden überlegen, wer das Gespräch führen soll, indem über Suizidalität, was für viele ein Tabuthema darstellt, gesprochen wird. Da das Vertrauen die Basis für ein solches Gespräch bildet, ist es vorteilhaft, wenn eine möglichst vertraute Person mit der Adoleszentin oder dem Adoleszenten redet. Hierzu empfiehlt sich die Bezugsperson, weil sie wöchentlich mit dem Bezugskind ein Bezugspersonengespräch führt und diese die Klientin oder den Klienten gut kennt. Falls die oder der Heranwachsende vor Kurzem ins Heim eingetreten ist und keine Zeit war, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Klientel und der Bezugsperson aufzubauen, schlägt die Autorin vor, dass eine Person, die in den letzten Tagen verhältnismässig viel Zeit mit der Klientin oder dem Klienten verbracht hat, in ein Gespräch einsteigt.

Im Weiteren soll den Heranwachsenden ein Höchstmass an Selbstbestimmung zugestanden werden, wodurch diese mehr Vertrauen in die Mitarbeitenden entwickeln, was sich positiv auf die Beziehung zwischen der Klientel und den Professionellen auswirkt. Die Jugendlichen können z.B. den Ort des Gesprächs, dessen Relevanz von Eink und Haltenhof betont wird, mit aussuchen. Sie sollen sich den Umständen entsprechend wohl fühlen und merken, dass sich die Professionellen für ihre Meinung interessieren.

Um einen Zugang zu den Betroffenen zu schaffen, ist es hilfreich eine empathische Haltung einzunehmen und der Klientel zu vermitteln, dass sie wertgeschätzt wird. Suizidalität soll gemäss Eink und Haltenhof (2012: 60) als Ausdruck seelischer Not akzeptiert und folglich nicht beurteilt werden. Jugendlichen müssen einerseits mit den Beobachtungen der Mitarbeitenden konfrontiert werden und andererseits sollen die Professionellen durch gezieltes Nachfragen noch mehr über die Lebenssituation und die Krise der Heranwachsenden herausfinden.

Im Gespräch mit den Betroffenen können z.B. folgende Fragen, welche die Autorin aus den Erläuterungen zu der Risikobefindlichkeit und dem *präsuizidalen Syndrom* abgeleitet hat, gestellt werden. Wichtig ist, dass sich die Mitarbeitenden, wie im Kapitel 6.5 geschildert, ausreichend Zeit für ein Gespräch mit den Jugendlichen nehmen und Relevantes zwischendurch zusammenfassen.

Fragen zur Risikobefindlichkeit:

- Wie geht es dir?
- Was bereitet dir Freude?
- Was sind deine nächsten Ziele?
- Was für ein Schlafverhalten hast du?

Fragen zum präsuizidalen Syndrom:**Einengung**

- Wie ausgeprägt ist die Einengung:
 - Wie empfindest du deine Lebenssituation?
 - Was läuft momentan gut?
 - Wie muss ich mir deinen Freundeskreis vorstellen? Was hat sich in der letzten Zeit im Freundeskreis verändert?
 - Wie würdest du das Verhältnis zu deinen Eltern beschreiben?
 - Welchen Personen aus deinem Umfeld kannst du vertrauen? Wer kann dich in schwierigen Situationen unterstützen?
 - Wie gelingt es dir aus deiner Sicht deinen Verpflichtungen und deinen Hobbys nachzukommen?

Aggressionshemmung

- Was macht dich wütend?
- Wie gehst du mit deiner Wut und deinen Aggressionen um?

Suizidfantasien

- Wie fortgeschritten sind die Suizidfantasien:
 - Wann und wie oft hast du suizidale Gedanken?
 - Welche Vorbereitungen hast du bereits getroffen?

Hinsichtlich der Fragen zum Freundeskreis möchte die Autorin anfügen, dass die Bedeutung der Freundschaftsbeziehungen für die Heranwachsenden im Jugendalter, mit zunehmender Ablösung von der Familie, zunimmt (vgl. Hurrelmann 2004, zit. nach Bründel 2004: 183). Deshalb geht die Autorin davon aus, dass der Freundeskreis zu einem ähnlich starken Risiko- bzw. Schutzfaktor wird, wie die Familie. Dies hat zur Folge, dass sich Professionelle mit den Jugendlichen ausführlich über deren Freundeskreis austauschen sollen.

Es wird sowohl im Unterkapitel Medien als auch im Rahmen der suizidalen Entwicklung nach Pödlinger darauf hingewiesen, dass bei Jugendlichen die Gefahr der Nachahmung besteht.

Diese ist vor allem gross, wenn Heranwachsende sich stark mit ihren Vorbildern identifizieren oder wenn sie im Sinne des Modelllernens die Lösungsstrategien ihrer Eltern übernehmen (vgl. Kapitel 4.2.1). Es empfiehlt sich deshalb nachzufragen, welches ihre Vorbilder sind und ob in ihren Familien bereits Suizidversuche oder Suizide durchgeführt wurden. Weitere Gesprächsinhalte könnten die momentane Schulsituation, die sexuelle Orientierung und der Konsum von Alkohol und Drogen sein. Da es eine Vielzahl an Merkmalen für Jugendsuizidalität gibt, haben Professionelle verschiedenste Möglichkeiten ein Gespräch zu gestalten. Zentral dabei ist, dass die Mitarbeitenden flexibel auf die Bedürfnisse und Antworten der Klientel eingehen.

Mit Hilfe der Informationen aus den Gesprächen sollte es für Professionelle möglich sein, zu erkennen, in welchem Stadium der *suizidalen Entwicklung* sich die Klientel wahrscheinlich befindet. Wichtig ist, bei einer scheinbaren Beruhigung der Situation, welche im letzten Stadium der *suizidalen Entwicklung*, dem Entschluss, eintritt, nicht automatisch davon auszugehen, dass suizidale Jugendliche ihre Krise überwunden haben. Heranwachsende zeigen sich häufig entspannter, nachdem der Entschluss gefasst wurde, weil sie keine Ambivalenz zwischen Leben und Tod mehr verspüren (vgl. Stein 2009: 111).

Als Ergänzung empfiehlt die Autorin zur Einschätzung die Modelle von Sonneck et al. (2012: 172f., 175), auf welche sie im Verlaufe der Arbeit gestossen ist, herbeizuziehen. Diese Modelle fassen wichtige Aspekte der Einschätzung von Suizidalität sehr knapp zusammen, was bedeutet, dass die theoretischen Grundkenntnisse zu Suizidalität vorausgesetzt sind. Sonneck et al. gliedern die Einschätzung anders, ermöglichen den Mitarbeitenden jedoch im Rahmen der Modelle in kurzer Zeit einen Überblick darüber, was zur Beurteilung der Suizidgefährdung relevant ist.

Der Prozess der Einschätzung wurde in der vorliegenden Arbeit in zwei nacheinander folgenden Schritten veranschaulicht. Dies ist ein idealtypischer Ablauf, der in der Praxis so kaum oder nicht vorkommt. Im „Vogelsang“ werden laufend neue Beobachtungen generiert, auf Basis derer dann Gespräche mit den Betroffenen stattfinden. Deshalb verläuft das Sammeln von Beobachtungen und Informationen parallel zum Führen von Gesprächen. Da sich die Situationen und die Klientel stets verändern können, kommt die Autorin zum Schluss, dass die *informelle Diagnose* wiederholt werden muss, wenn die Mitarbeitenden neue Veränderungen bemerken. Haben die Sozialpädagoginnen und -pädagogen genügend zentrale Informationen erschlossen, geht es jeweils darum zu entscheiden, welche Interventionen und allenfalls Notfallmassnahmen eingeleitet werden müssen. Dabei kann es notwendig werden, gemeinsam mit medizinisch-psychiatrischem Fachpersonal zu eruieren, ob die Jugendlichen

im offenen Rahmen des Durchgangsheims bleiben können oder ob die Platzierung im „Vogelsang“ unterbrochen werden muss, weil die akut gefährdeten Jugendlichen eine andere Behandlung benötigen.

7.2.3 Krisenintervention und/oder Unterbruch der Platzierung bei akuter Suizidgefährdung

Durch die Auseinandersetzung mit der Literatur und die Erfahrungen, welche die Autorin in den letzten viereinhalb Jahren im „Vogelsang“ im Zusammenhang mit Krisensituationen gemacht hat, kommt sie zum Schluss, dass folgende Kriterien hilfreich sind für den Entscheid, ob ein Unterbruch des Aufenthaltes und allenfalls eine vorübergehende oder definitive Umplatzierung in eine andere der Situation angepassten Institution eingeleitet werden sollen.

Wie oben aufgezeigt, kann mit Hilfe von Beobachtungen und Gesprächen das Stadium der *suizidalen Entwicklung* festgestellt werden. Jugendliche, die sich im Stadium der Ambivalenz befinden, machen häufig durch suizidale Äusserungen auf ihre Verzweiflung aufmerksam und sind tendenziell bereit, professionelle Hilfe anzunehmen. Die Autorin kommt zur Erkenntnis, dass sich Professionelle in der Praxis am Stadium Ambivalenz orientieren können. Solange suizidale Heranwachsende pädagogisch erreichbar sind, können sie im Heim bleiben. Wenn mit Suizidversuchen gedroht wird oder diese bereits eingeleitet werden und der Übergang in das Stadium des Entschlusses ansteht, ist grosse Vorsicht geboten. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Einschätzung wird zwingend notwendig, wenn der Kontakt zu den Jugendlichen nicht mehr möglich ist, weil sie auf der Beziehungsebene nicht mehr erreichbar scheinen und auch nicht mehr ansprechbar sind. In solchen Situationen sollte eine psychiatrische Fachperson einschätzen, ob die Klientel psychiatrisch hospitalisiert werden muss, was zu einem Unterbruch des Aufenthaltes im Durchgangsheim führen würde.

Auch die Empfindung der Mitarbeitenden wird von der Heimleitung bei solch wichtigen Entscheidungen stets berücksichtigt. Das Gefühl der Mitarbeitenden stellt deshalb ein zusätzliches Kriterium für den Entscheid dar, ob eine Krisenintervention eingeleitet oder der Aufenthalt unterbrochen werden sollen. Falls die Person, welche die *informelle Diagnose* durchgeführt hat, ein schlechtes oder widersprüchliches Bauchgefühl hat oder sich die Diensthabenden, welche die Verantwortung für die suizidale Klientel tragen müssen, überhaupt nicht wohl fühlen beim Gedanken, dass diese weiterhin im Heim bleiben, sollte reagiert werden. Reichen heiminterne Interventionen nicht aus, gilt es auch in diesem Fall interdisziplinär und möglicherweise mit der Familie nach anderen Lösungen zu suchen.

Da das Durchgangsheim von einem schnellebigen Alltag gekennzeichnet ist, sollte im Hinblick auf eine Entscheidung auch die Gesamtsituation des Heims berücksichtigt werden. Aufgrund des raschen Wandels ist es hilfreich jeweils neu abzuklären, welche Ressourcen

vorhanden sind, wie belastbar das Team ist, ob ausreichend Personal vorhanden ist und wie sich die momentane Gruppenkonstellation der Kinder und Jugendlichen zusammensetzt. Fehlen die nötigen Ressourcen oder würde die Gruppe stark unter der suizidalen Klientel leiden, weil die Diensthabenden z.B. mit der oder dem Jugendlichen absorbiert sind, empfiehlt die Autorin, frühzeitiger ein Unterbruch des Aufenthalts in die Wege zu leiten.

Gemäss Eink und Haltenhof (2012: 46) kann die Suizidalität der Klientel selbst bei Berücksichtigung aller Risikomomente nicht mit Garantie beurteilt werden. Sonneck et al. (2012: 160) betonen zudem, dass die Einschätzung der Suizidalität eine der elementarsten und verantwortungsvollsten Aufgaben bei der Arbeit mit Personen in akuten Krisen darstellt. Aus diesen Aussagen geht hervor, dass solch schwerwiegende und verantwortungsvolle Entscheide in der Praxis nie alleine gefällt werden dürfen, sondern diese in der Regel in Absprache mit den Beteiligten stattfinden müssen. Zu den Beteiligten gehören: die oder der Jugendliche, die Eltern, die Bezugsperson, das Team, die Heimleitung und die Sozialarbeiterin oder der -arbeiter. Allenfalls sind oder werden zusätzlich eine Therapeutin oder ein Therapeut, eine abklärende Kinder- und Jugendpsychiaterin oder ein -psychiater oder auch eine Notfallpsychiaterin oder ein -psychiater involviert (siehe ergänzend dazu Kapitel 7.3.1). Ist keine Notfallmassnahme erforderlich oder ist diese bereits umgesetzt, kann mit den Beteiligten in Ruhe entschieden werden, ob es zur Weiterführung des Auftrages im Durchgangsheim kommt oder ein Abbruch erfolgen muss, weil möglicherweise ein anderer Behandlungsrahmen erforderlich wird.

7.3 Überlegungen zum methodischen Handeln im Heimalltag

Im vorliegenden Kapitel wird den Mitarbeitenden aufgezeigt, wie Informationsfluss und Kooperation im Zusammenhang mit suizidaler Klientel professionell gestaltet werden können. Zudem erarbeitet die Autorin mögliche Interventionsansätze und -ideen, welche den Mitarbeitenden als Grundlage für die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen im Durchgangsheim dienen sollen.

7.3.1 Informationsfluss und Kooperation bei suizidaler Klientel

Wie bereits erwähnt, müssen Entscheidungen im Zusammenhang mit suizidaler Klientel unter anderem in Absprache mit dem Team und der Heimleitung stattfinden. Darüber hinaus ist es auch im Praxisalltag zentral, dass der Austausch unter Mitarbeitenden gepflegt wird. Transparente Kommunikation im Team ist von grosser Bedeutung, weil die Klientel in der Praxis adäquater unterstützt und begleitet werden kann, wenn alle Mitarbeitenden informiert sind. Dies zeigt, dass Beobachtungen und Empfindungen der Teamkolleginnen und -kollegen unbedingt berücksichtigt werden müssen. Weiter dienen diese dazu eine multiper-

spektivische Sichtweise auf den Fall zu erhalten und sich als Sozialpädagogin oder -pädagoge abzusichern. Der heiminterne Austausch findet im „Vogelsang“ in den täglichen Dienstübergaben und den wöchentlichen Teamsitzungen im offiziellen Rahmen statt. Nehmen Mitarbeitende suizidalen Tendenzen wahr, kann das Informieren jedoch nicht bis zur nächsten Dienstübergabe oder Teamsitzung warten.

Damit die Autorin eine Empfehlung bezüglich einem transparenten Informationsfluss im „Vogelsang“ machen kann, differenziert sie zwischen nicht akuten und akuten Gefährdungen. Es wird davon ausgegangen, dass bei akut gefährdeten Jugendlichen eine permanente Präsenz einer oder eines Diensthabenden gefragt ist.

Besteht keine akute Gefahr, sollte die Sozialpädagogin oder der -pädagoge, welche die suizidalen Tendenzen bemerkt hat, als erstes die diensthabenden Arbeitskolleginnen und -kollegen und im Anschluss die Bezugsperson der oder des Jugendlichen informieren. In einem zweiten Schritt müssen die Eltern, die Behörden sowie allfällige Therapeutinnen oder Therapeuten bezüglich der aktuellen Geschehnisse aufgeklärt werden. Bei der nächsten Gelegenheit sollen auch die Lehrkräfte und die Heimleitung benachrichtigt werden. Spätestens nach der folgenden Teamsitzung müssen alle Teammitglieder und alle Leitungspersonen auf dem aktuellen Stand sein.

Ist die Situation hingegen akut und es muss sogleich interveniert werden, empfiehlt sich ein anderes Vorgehen. In diesen Fällen sollte zuerst die Heimleitung informiert werden. Ist aufgrund des akuten Zustandes keine Zeit hierzu, müssen die Diensthabenden unmittelbar benachrichtigt werden. In Absprache mit diesen kann abgeschätzt werden, ob die Notfallpsychiaterin oder der -psychiater beigezogen wird und was die nächsten Schritte sind. Erst wenn sich die Lage beruhigt hat, werden alle Übrigen wie Eltern, Sozialarbeitende, Bezugsperson, Lehrkräfte etc. informiert.

Unabhängig davon, ob eine akute Suizidgefährdung vorliegt oder nicht müssen zwingend alle wesentlichen Beobachtungen sowie Interventionen, die mit der suizidalen Klientel durchgeführt wurden, schriftlich festgehalten werden. Die Dokumentation dient wiederum der Absicherung des „Vogelsangs“ sowie der Mitarbeitenden und ist darüber hinaus relevant, um den Entwicklungsverlauf der Jugendlichen festzuhalten. Auf Basis der Dokumentation wird ein ausführlicher Austausch mit dem Bezugssystem der Klientel möglich.

Neben dem allfälligen Einschalten der Notfallpsychiaterin oder des -psychiaters, sollte zudem der Austausch mit bestehenden Therapeutinnen und Therapeuten oder abklärenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen oder -psychiatern intensiviert werden. Falls suizidale Tendenzen wahrgenommen werden, empfiehlt es sich diese den externen Fachkräften mitzuteilen und gemeinsam zu klären, wer im Folgenden welchen Aufgaben nachkommt und wie regelmässig ein Austausch zwischen ihnen stattfinden wird. Die Herausforderung liegt darin, dass einige Platzierungen im „Vogelsang“ nicht auf freiwilliger Basis beruhen und die

beteiligten Fachkräfte deshalb teilweise nicht von der Schweigepflicht entbunden sind. Im Zusammenhang mit suizidalen Krisen ist es aufgrund dessen hilfreich den Eltern nahe zu legen, dass die Kooperation mit dem medizinisch-psychiatrischen Bereich die salutogene Entwicklung der Jugendlichen unterstützt und es daher sinnvoll wäre, wenn die Eltern die involvierten Fachkräfte von der Schweigepflicht entbinden würden, um einen interprofessionellen Austausch zu ermöglichen. Für den Fall, dass keine Psychologinnen und Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater involviert sind, gilt es abzuklären, ob eine therapeutische Unterstützung notwendig ist.

7.3.2 Interventionsvorschläge für die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen

Zwischen der Diagnose und der Intervention gibt es in der Praxis einen fließenden Übergang. Die Einschätzung der Suizidalität in Form von Gesprächen ist einerseits Teil der *informellen Diagnose*, andererseits gehört sie bereits zum Interventionsprozess und kann, wie in den Kapiteln 6.5 und 7.2.2 erwähnt, für Jugendliche eine entlastende Wirkung haben. Aufgrund dessen erachtet die Verfasserin die wöchentlichen Bezugspersonengespräche als eine Interventionsmöglichkeit, um mit Heranwachsenden regelmässig über ihre Befindlichkeit sowie die Suizidalität zu sprechen und verbindliche Abmachungen zu treffen. Es könnte z.B. ein Vertrag abgeschlossen werden, der das Versprechen beinhaltet, dass sich Klientinnen und Klienten bei den Diensthabenden melden, wenn sie bemerken, dass sich ihre Suizidgedanken intensivieren (in Anlehnung an Eink/Haltenhof 2012: 81). Eine weitere Möglichkeit wäre, zusammen mit der Klientel nach alternativen Lösungen zum Suizid zu suchen. Hierzu könnten zusammen mit der Klientel allfällige Bewältigungsstrategien und lebenserhaltende Faktoren herausgearbeitet werden, um zu ermitteln, wie sie ihre Probleme oder Herausforderungen zu einem früheren Zeitpunkt erfolgreich bewältigt haben und was sie damals motivierte die Krisen zu überwinden. Zudem soll der Umgang mit Aggressionen im Gespräch thematisiert werden. Jugendliche müssen einen angemessenen Umgang mit ihrer Wut erlernen, damit sie ihre Aggressionen nicht, wie in den Kapiteln 4.2.1 und 6.3 beschrieben, gegen sich selbst richten. Hierzu könnte zusammen mit den Betroffenen eine Liste mit Handlungsalternativen erstellt werden.

Für die Planung und Durchführung von Interventionen ist die Erkenntnis, dass Schutzfaktoren die Wirkung der Risikofaktoren abschwächen, sehr zentral (vgl. Wustmann 2003, zit. nach Bründel 2004: 154). Die Autorin kommt zum Schluss, dass es in der Praxis nicht nur Risikofaktoren zu minimieren, sondern auch Schutzfaktoren zu stärken gilt. Die Mitarbeitenden können z.B. durch das Beobachten der Heranwachsenden sowie deren aktueller Lebenslage und Gespräche mit den Betroffenen interpersonale als auch personale Ressourcen

ausfindig machen, welche später in Interventionen gestärkt werden können und somit Suizidversuche und Suizide vorbeugen.

Das Selbstwertgefühl stellt einen der wichtigsten Schutzfaktoren dar und wird bspw. durch Wertschätzung in der Familie, positive Freundschafts- und Liebesbeziehungen sowie Leistungserfolge in der Schule geprägt und gefestigt (vgl. Kapitel 4.2.1, 4.2.2, 4.2.2). Mit Hilfe eines positiven Selbstwertgefühls können Jugendliche unter anderem Kränkungen und Zurückweisungen im privaten und schulischen Kontext, welche gemäss Eink und Haltenhof (2012: 49) häufig den Auslöser für suizidale Krisen darstellen, erfolgreicher bewältigen. Im „Vogelsang“ kann das Selbstwertgefühl durch Situationen, in denen die Heranwachsenden positive Erfahrungen und Erlebnisse sammeln können, gestärkt werden, was eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten offen lässt. Interventionsansätze wären z.B.: Das Aussprechen von Komplimenten gegenüber den Jugendlichen, um ihnen ihre Stärken aufzuzeigen, das Fördern von externen oder internen positiven Freundschaftsbeziehungen, die ihnen Anerkennung schenken und zudem der sozialen Isolation entgegen wirken, Unterstützung bei Hausaufgaben und Prüfungsvorbereitungen, damit Fortschritte und positive Ergebnisse erzielt werden können. Wichtig ist bei der Planung und Durchführung von Interventionen generell, dass realistische Ziele gesetzt werden, weil die Klientel durch das Erreichen von Zielen einerseits zur Weiterarbeit motiviert wird und andererseits ihr Selbstvertrauen, was zudem die Krisenbewältigung vereinfacht (vgl. Nestmann 1997, zit. nach Bründel 2004: 156), gestärkt wird.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit auf der Ebene des Heimpersonals zu intervenieren. Neben der Sensibilisierung der Mitarbeitenden sollte eine zusätzliche Schulung stattfinden, damit diese ihre Unsicherheiten in Bezug auf Jugendsuizidalität ablegen können und lernen, die Anzeichen bei den Jugendlichen frühzeitig wahrzunehmen. Die Sozialpädagoginnen und -pädagogen können zudem beantragen, dass in der Fall- oder Teamsupervision der Umgang mit suizidaler Klientel besprochen wird. Die Auseinandersetzung mit dem Thema im Team kann bewirken, dass das Team zu einer gemeinsamen Haltung findet, was im Umgang mit den Betroffenen Klarheit bringt.

In akuten Situationen sollte eine 1:1-Betreuung gewährleistet sein, was bedeutet, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter die akut suizidale Klientel begleitet, bis sich die Lage beruhigt hat oder die Notfallpsychiaterin oder der -psychiater eingetroffen ist (siehe dazu auch Kapitel 7.3.1.). Selbst wenn keine akute Gefährdung vorhanden ist, kann die Betreuung von Jugendlichen in suizidalen Krisen viel Zeit in Anspruch nehmen. In solchen Situationen wäre es hilfreich, bei der Heimleitung eine verübergehende Erhöhung des Betreuungsschlüssels zu beantragen. Dies nicht zuletzt, damit auch die nicht suizidalen anderen Kinder und Jugendlichen die nötige Aufmerksamkeit und Unterstützung im Alltag erhalten. Im Durch-

gangsheim wurde eine Erhöhung des Betreuungsschlüssels in seltenen Fällen bewilligt. Wenn dies keine Option darstellt, ist eine besonders gute Absprache und Arbeitsaufteilung im Team sowie die Überprüfung, ob genügend Ressourcen vorhanden sind, notwendig.

Im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten des Durchgangsheims könnte z.B. die Zimmeraufteilung optimiert werden. Es wäre sinnvoll, wenn suizidale Jugendliche kein Einzelzimmer hätten, sondern diese zusammen mit einem möglichst vertrauten Gruppenmitglied im Zimmer wohnen könnten. Einen Zimmerwechsel durchzuführen, wäre folglich eine hilfreiche Interventionsidee, weil sich Heranwachsenden so in ihrem Zimmer nicht ungestört auf einen Suizid vorbereiten können und weil sie vermehrt Gemeinschaft erleben, was sozialer Isolation entgegenwirkt. Weiter sollen, wenn suizidale Jugendliche im Haus wohnen, alle Fenster sowie die Schublade mit den Messern in der Küche mit dem Schlüssel geschlossen werden. Da der Standort Hirzbrunnen nahe an den Bahngleisen des badischen Bahnhofes liegt, müsste die bestehende Absperrung zu den Gleisen allenfalls ausgebaut werden.

Es lässt sich erkennen, dass alle aufgeführten Ideen zur Intervention im Umgang mit Jugendlichen in suizidalen Krisen, eine präventive Wirkung haben, weil sie versuchen den Krisenverlauf entgegenzuwirken oder in der akuten Situation suizidale Handlungen zu verhindern. Auf die verschiedenen Ebenen von Suizidprävention (primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsebene) kann nicht näher eingegangen werden, weil dies den Rahmen der Arbeit übersteigt. Als weiterführende Literatur empfiehlt sich Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011: 104-111), welche die Schnittmengen und Unterschiede von Krisenintervention und Prävention aufzeigen.

8. Schlussfolgerungen

Diese Bachelor Thesis dient als Grundlage dafür, dass im „Vogelsang“ Projekte sowie Schulungen zum Thema Jugendsuizidalität durchgeführt und Konzeptpapiere mit Verbindlichkeitscharakter erstellt werden können. Im Rahmen der Arbeit sollten die Mitarbeitenden des Durchgangsheims einerseits sensibilisiert werden und andererseits sollten bestehende Wissenslücken in Verbindung mit Jugendsuizidalität geschlossen werden können. Wenn das Team zusätzlich Weiterbildungen besucht, lernen die Professionellen suizidale Tendenzen schneller zu erkennen. Infolgedessen können Interventionen frühzeitig eingeleitet und akute Notfallsituationen verhindert werden. Heranwachsende äussern ihre Suizidabsichten in der Regel verbal, weil sie das Bedürfnis haben darüber zu sprechen. Häufig wollen Jugendliche nicht sterben, sondern sind mit ihrer Lebenssituation unzufrieden und streben eine Veränderung an. Aufgrund dieser Erkenntnisse kommt die Verfasserin zum Schluss, dass geschulte, aufmerksame Mitarbeitende im „Vogelsang“ eine realistische Möglichkeit haben, suizidale Tendenzen und Krisen zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren.

Bei der Einschätzung suizidaler Krisen sollen Professionelle eruieren, wie gross die Suizidgefährdung der Jugendlichen ist und was diese in ihrer jeweiligen Situation brauchen. Die beschriebenen Risikoindikatoren dienen als zentrale Anhaltspunkte, wobei es zu bedenken gilt, dass beim Auftreten einzelner Hinweise nicht zwingend eine Suizidgefährdung gegeben ist. Bedeutend ist die Erkenntnis, dass die Gefährdung steigt, je mehr der im Kapitel Risikoindikatoren beschriebenen Merkmale bei Jugendlichen auftreten.

Zur Einordnung der gesammelten Informationen aus Beobachtungen und Gesprächen eignet sich im „Vogelsang“, wie oben erwähnt, das *Konzept der suizidalen Entwicklung* nach Pöldinger. Mit Hilfe dieses Konzepts lässt sich genauer einschätzen, in welcher Phase des suizidalen Krisenverlaufs sich Heranwachsende tendenziell befinden. Obwohl es Hilfsmittel gibt, die zur *informellen Diagnose* beigezogen werden können und die Autorin wichtige Bedingungen und Fragen, die es in Gesprächen mit suizidalen Jugendlichen zu beachten gilt, formuliert hat, sollte in der Praxis keinesfalls stur nach einem Schema gearbeitet werden. Vielmehr muss flexibel und situativ auf die Individuen eingegangen werden.

Da die Bewältigung suizidaler Krisen abhängig von inter- und intrapersonellen Ressourcen ist, müssen bestehende Schutzfaktoren analysiert und aktiviert werden. Mitarbeitende sollen bei der *informellen Diagnose* einerseits das Gespräch mit der suizidalen Klientel fördern, um deren persönliche Perspektive zu erfassen und andererseits die eigene Intuition beachten.

Es lässt sich erkennen, dass die Einschätzung und der Umgang mit suizidaler Klientel eine emotionale und fachliche Herausforderung darstellt. Wichtig ist, dass Professionelle ihre ei-

genen Grenzen berücksichtigen, bei Unsicherheiten nicht zögern dies offen zu kommunizieren und in akuten Situationen medizinisch-psychiatrisches Fachpersonal einschalten. Weiter empfiehlt die Autorin ausführliche Selbstreflexion sowie die Interventionen zu evaluieren.

Wie aus dem Kapitel 7. hervorgeht, nimmt „das Heim“ mit allen Bezugssystemen der Klientel Kontakt auf, mit dem Ziel wichtige Informationen zusammenzutragen, um im Alltag eine adäquate Begleitung der Jugendlichen zu gewährleisten und je nach Auftrag eine pädagogische Empfehlung auszusprechen. Die Bezugspersonen stellen einen Knotenpunkt zwischen den Sozialisationsinstanzen Familie und Schule, allfälligen Therapeutinnen und Therapeuten sowie psychiatrischem Fachpersonal dar. Im Kapitel über den Informationsfluss und die Kooperation wird eine Empfehlung für einen möglichen intra- und interprofessionellen Austausch gegeben. Die Kooperation mit externen Fachkräften wird dadurch nur gestreift. Da sich die Arbeit mit suizidaler Klientel an der Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und Psychiatrie befindet, wäre eine weiterführende Frage: „Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit und wie kann diese optimiert werden, damit sie für die Klientel möglichst gewinnbringend ist?“

Für die Praxis nimmt die Autorin mit, dass Suizidalität im Jugendalter verbreitet ist und dass diese im „Vogelsang“ kein Tabuthema mehr sein darf, weil transparente Kommunikation die Chance erhöht Suizidalität frühzeitig zu erkennen. Es gilt eine gemeinsame Haltung zu entwickeln und die suizidalen Äusserungen der Jugendlichen ernst zu nehmen und ihre Resilienz zu unterstützen. Nach Ansicht der Autorin sollte in der Praxis zudem Wert darauf gelegt werden, dass Mitarbeitende in den Bereichen Kommunikation und Gesprächsführung gut ausgebildet sind. Ist dies nicht bereits gegeben, lohnt es sich Weiterbildungen zu besuchen. Stein unterstreicht die Relevanz der Kommunikation, indem er sagt: „Rettung ist, wenn Kommunikation gelingt“ (vgl. Jaspers 1932, zit. nach Stein 2009: 243). Für eine optimale Begleitung der Klientel stellen sich weitere Fragen, wie: „Welche Beschäftigung mit dem Tod ist in der Jugend in welchem Alter angemessen und unauffällig? Wie können die geschlechterspezifischen Unterschiede in Verbindung mit Suizidalität im Umgang mit gefährdeten weiblichen und männlichen Jugendlichen besser berücksichtigt werden?“ Spannend wäre zudem zu eruieren, welchen Einfluss physische und/oder chronische Erkrankungen auf die Entwicklung und den Verlauf von Jugendsuizidalität haben und ob das Medienkonzept des „Vogelsangs“ suizidpräventive Aspekte berücksichtigt und was in diesem Hinblick überarbeitet werden müsste.

Die Autorin ist nun gespannt, welche Prozesse durch diese Arbeit in der Praxis in die Wege geleitet werden.

9. Quellenverzeichnis

9.1 Literaturverzeichnis

Amt für Volksschule St. Gallen (Hg.) (2009). Jugendsuizid. Prävention und Intervention an Schulen. URL:

[http://www.schule.sg.ch/home/volksschule/dienstleistungen/fachstellen/Jugend und Gesellschaft.Par.0018.DownloadListPar.0010.File.tmp/1-8%20Jugendsuizid.pdf](http://www.schule.sg.ch/home/volksschule/dienstleistungen/fachstellen/Jugend_und_Gesellschaft.Par.0018.DownloadListPar.0010.File.tmp/1-8%20Jugendsuizid.pdf)

[Zugriffsdatum: 19.04.2013]

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2008). Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004. URL:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3251>

[Zugriffsdatum: 29.03.2013]

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2012a) Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, nach Alter, Frauen. 1990-2010. URL:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>

[Zugriffsdatum: 29.03.2013]

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2012b) Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, nach Alter, Männer. 1990-2010. URL:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>

[Zugriffsdatum: 29.03.2013]

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2012c). Suizid – Selbsttötung ohne assistierte Suizidhilfe, Schweizer und Ausländer. Fall Ziffer Standard CH 1969-2010 BFS. Neuenburg.¹

Bründel, Heidrun (1993). Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention. Weinheim: Juventa.

Bründel, Heidrun (2004). Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Dross, Margret (2001): Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe.

¹ Tabelle aufgrund persönlicher Anfrage von Erwin K. Wüest erhalten, unveröffentlichte Statistik

Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang' (Hg.) (2004). Handbuch. Rahmenkonzept. Basel: Unveröffentlichte interne Unterlage.

Eink, Michael/Haltenhof, Horst (2012). Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Etzersdorfer, Elmar/Fiedler, Georg/Witte, Michael (Hg.) (2003). Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

familia (Hg.) (2012a). Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang'. Fallführungskonzept. Basel: Unveröffentlichte interne Unterlage.

familia (Hg.) (2012b). Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang'. Konzept Interne Schule. Basel: Unveröffentlichte interne Unterlage.

familia (Hg.) (2012c). Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang'. Kurzkonzept. Basel: Unveröffentlichte interne Unterlage.

familia (Hg.) (2012d). Durchgangs- und Beobachtungsheim 'Im Vogelsang'. Leitsätze – Stationäre Angebote familia. Basel: Unveröffentlichte interne Unterlage.

Giernalczyk, Thomas (1995). Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. München: Kösel.

Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun (2012). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 11. vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Kind, Jürgen (2011). Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Langer, Jürgen (2001). Auf Leben und Tod. Suizidalität bei Jugendlichen als Herausforderung für die Schülerseelsorge. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.) (2008). Entwicklungspsychologie. 6. vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.

Ortiz-Müller, Wolf/Scheuermann, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.) (2010). Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2. überarb. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Reisch, Thomas/Steffen, Timur/Maillart, Anja/Michel, Konrad (2010). Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern. im Rahmen der WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depression. URL:

http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=de&print_style=yes

[Zugriffsdatum: 25.10.2012]

Schröer, Sigrid (1995). Jugendliche Suizidalität als Entwicklungschance. München: Quintessenz.

Schwalm, Patrick (2005). Suizidalität von Jugendlichen. Perspektiven Sozialpädagogischen Handelns. Marburg: Tectum.

Sonneck, Gernot/Kapusta, Nestor/Tomandl, Gerald/Voracek, Martin (Hg.) (2012). Krisenintervention und Suizidverhütung. 2. überarb. Aufl. Wien: Facultas.

Stein, Claudius (2009). Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Steinhausen, Hans-Christoph (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. 7. neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer.

Wolfersdorf, Manfred/Etzersdorfer, Elmar (2011). Suizid und Suizidprävention. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Wunderlich, Ursula (2004). Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen: Hogrefe.

9.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Titelbild (Morta, Sandra 2013)

Abb. 2: Chinesische Schriftzeichen für Krise (in Anlehnung an: Stein 2009: 21)

Abb. 3: Suizidrate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppe von 0-19 Jahren nach Geschlecht von 1969 bis 2009 (eigene Darstellung: Bundesamt für Statistik 2012c: o.S.)

Abb. 4: Suizidrate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppen von 1969 bis 2009 (eigene Darstellung: Bundesamt für Statistik 2012c: o.S.)

Abb. 5: Hauptmethoden Suizidversuche Frauen und Männer in der Agglomeration Bern, Mittelwerte der Jahre 2004 bis 2009 (eigene Darstellung: Reisch et al. 2010: 15)

Abb. 6: Die Komponenten des präsuizidalen Syndroms (in Anlehnung an: Reiner/Kulesa 1981, zit. nach Schwalm 2005: 126)

Abb. 7: Die Stadien der suizidalen Entwicklung (in Anlehnung an: Pöldinger 1989, zit. nach Schwalm 2005: 134)

Tab. 1: Qualitativ-quantitative Typologie und Prävalenz von Suizidgedanken bei 16-jährigen weiblichen und männlichen Jugendlichen (in Anlehnung an: Schröer 1995: 58)