

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Muttenz

Wenn die Last der Jugend zu schwer wird

Jugendliche im Spannungsfeld von Depression und Suizidalität

Bachelor-Thesis vorgelegt von
Basil Schwendimann
15-635-631

Eingereicht bei
Herr Dr. Olaf Geramanis
Muttenz, am 17. Juli 2020

Abstract

Jedes Jahr nehmen sich ca. 1000 Menschen aller Altersstufen in der Schweiz das Leben. Insbesondere bei jungen Menschen gehören Suizide nach Unfällen zu den zweithäufigsten Todesursachen. Unterschiedlichste Faktoren und Bedingungen führen dazu, dass Jugendliche den eigenen Tod als einzigen Ausweg ihrer aktuellen Situation in Betracht ziehen. Eine Hauptursache davon sind psychische Störungen, besonders eine Depression ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Suizidalität. Diese Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit der Frage, wann eine Depression bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren den kritischen Punkt erreicht, dass ein Suizid wahrscheinlich wird. Es stellt sich heraus, dass der Übergang von Depression zu einem Suizid sehr komplex ist und von unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst wird. Ausserdem wird darauf eingegangen, inwiefern Fachkräfte der Schulsozialarbeit in der Institution Schule, in der Jugendliche einen Grossteil ihrer Jugend verbringen, mittels Prävention und Intervention reagieren können und welche Grenzen sie erreichen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Praktische Relevanz	1
1.2	Theoretische Relevanz	2
1.3	Fragestellung	3
1.4	Aufbau der Arbeit	3
2	Suizidalität und Depression bei Jugendlichen	4
2.1	Epidemiologie und Geschlechterunterschiede	4
2.1.1	Statistiken von Jugendlichen mit Suizidalität	4
2.1.2	Statistiken von Jugendlichen mit Depressionen	6
2.1.3	Suizidalität und Depression	8
2.2	Definition und Abgrenzung	9
2.2.1	Definition Suizidalität	9
2.2.2	Definition Depression	10
2.3	Theorien und Modelle zur Entstehung von Suizidalität	12
2.3.1	Das Krisenmodell	12
2.3.2	Das Krankheitsmodell	15
2.3.3	Das präsuizidale Syndrom nach Ringel	16
2.3.4	Die präsuizidale Entwicklung nach Pöldinger	17
2.4	Risiko- und Schutzfaktoren bei Suizidalität	18
2.4.1	Allgemeine Risikofaktoren	18
2.4.2	Komorbidität von Suizidalität	23
2.4.3	Schutzfaktoren	23
2.5	Entstehung von Depression bei Jugendlichen	24
2.5.1	Kognitive Theorie nach Beck	24
2.5.2	Kritische Lebensereignisse	26
2.5.3	Verlauf von Depression	28
2.5.4	Komorbidität von Depression	29
2.6	Jugendliche zwischen Depression und Suizidalität	30
2.7	Zwischenfazit	35
3	Schulsozialarbeit im Umgang mit Suizidalität und Depression	35
3.1	Leitbild und Handlungsprinzipien der Schulsozialarbeit	35
3.2	Allgemeine Prävention	37

3.3	Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen	39
3.4	Gesundheitsförderung	41
3.5	Krisenintervention	43
3.6	Zwischenfazit	45
4	Jugendliche im Spannungsfeld von Depression und Suizidalität – Beantwortung der Fragestellung	45
5	Abschluss der Arbeit	50
5.1	Zusammenfassung der Erkenntnisse	50
5.2	Limitation	50
5.3	Ausblick und weiterführende Überlegungen	51
6	Literaturverzeichnis	52
	Anhang	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf von Depression und Suizidalität 46
Quelle: Eigene Darstellung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teil 2 – Beschreibung und Erkennungsmerkmale von 55
Depression und Suizidalität bis zum Suizid.
Quelle: Eigene Darstellung

1 Einleitung

1.1 Praktische Relevanz

Suizide und andere suizidale Handlungen sind Problematiken, die weder in der Gesellschaft noch in einem privaten und sozialen Umfeld gerne thematisiert werden. Besonders Kindern und Jugendlichen fällt es schwer innerhalb der Familie, bei Freunden oder in der Schule dieses Thema anzusprechen oder Hilfe anzunehmen, weil Suizidgedanken mit Scham und Tabuisierung behaftet sind.

Wie sieht die aktuelle Sachlage im Hinblick auf Suizide in der Schweiz aus?

In Bezug auf die Daten des Bundesamtes für Statistik (2015) hält das Bundesamt für Gesundheit (BAG) fest, dass sich zwischen 1980 und 2010 eine Reduktion bei der Rate, der nicht assistierten Suizide verzeichnen lässt. Seit dem Jahr 2010 stagniert diese Rate jedoch auf einem gleichbleibenden Niveau. Konkret bedeutet dies, dass 2013 ca. 13.3 Personen einen Suizid begangen haben pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Gemessen an den Europäischen Werten, liegt die Schweiz im mittleren Bereich. Im Folgejahr 2014 verstarben in der Schweiz 754 Männer und 275 Frauen durch einen Suizid. Das sind durchschnittlich zwei bis drei Suizide pro Tag und vier Mal mehr Todesfälle als durch Strassenverkehrsunfälle. Nach einem Suizidversuch wurden 2014 ca. 10'000 Menschen medizinisch behandelt. Die Dunkelziffer ist bei Suiziden und vor allem bei Suizidversuchen noch grösser, da diese nicht alle erkannt (z.B. Vertuschung durch Unfall) oder gemeldet werden. Tatsache ist, dass Menschen jeder Altersgruppe durch Suizide sterben. Die meisten suizidalen Handlungen treten während vorübergehenden Belastungskrisen oder psychischen Störungen auf. Jeder Suizid ist individuell und erzählt eine andere Lebensgeschichte, z.B. einen langen Leidensweg durch chronische Krankheiten oder eine kurzfristige extreme Belastungskrise (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: 4-6).

Wie sieht die aktuelle Problematik bei der Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Altersgruppe der Erwachsenen aus? Sind diese besonders gefährdet?

Wird von den aktuellen Fallzahlen ausgegangen, so steht die Gruppe der Erwachsenen mittleren Alters im Vordergrund. Wird der Fokus jedoch auf relative Indikatoren gerichtet, so dominieren Jugendliche und junge Erwachsene (16 bis 29 Jahren) sowie betagte und ältere Menschen (85+). In den Jahren 2009 bis 2013 starben in der Schweiz durchschnittlich 133 junge Menschen pro Jahr durch Suizid. Davon sind 32 Menschen vor ihrem 20. Lebensjahr verstorben. Bei den jungen Erwachsenen waren acht von zehn Verstorbenen

männlich. Jugendliche und junge Erwachsene haben im Vergleich zu anderen Altersgruppen eine markant höhere Suizidversuchsrate. Bei Erwachsenen dominieren psychische Erkrankungen als Ursache von Suiziden/Suizidversuchen, hingegen bei Jugendlichen mehrheitlich akute Belastungsstörungen ausgelöst durch Beziehungsprobleme oder Konflikte in der Schule und Familie. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass besonders bei Jugendlichen psychischen Erkrankungen oft nicht ausreichend erkannt oder behandelt werden. Jugendliche und junge Erwachsene weisen ausserdem die höchste Suizidversuchsrate auf. Tatsache ist, dass 2% der 15- bis 29-Jährigen der Schweiz jeden zweiten Tag Suizidgedanken haben. Das sind knapp 30'000 junge Menschen (vgl. ebd.: 12-14). Bründel erwähnt auch auffallende Unterschiede bei Jugendlichen im Alter und Geschlecht. So ist bereits in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen die Suizidrate von Jungen deutlich höher als die von Mädchen. In der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen sei die Suizidrate drei Mal so hoch. Für das gibt es unterschiedliche Begründungen, wie das Rollenverständnis der Geschlechter, Erziehungsstile sowie der Lebensstil von Jungen und Mädchen (vgl. Bründel 2015: 25). Diese Daten weisen darauf hin, dass Suizide und Suizidalität von Kindern und Jugendlichen, trotz stagnierenden Fallzahlen, immer noch eine aktuelle Problematik darstellen. Jedes Leben, dass zu früh verloren geht, ist ein enormer Verlust für das soziale Umfeld, Schulen und vor allem für die Angehörigen.

1.2 Theoretische Relevanz

Die Ursachen für suizidale Gedanken und Handlungen sind verschieden und verstärken das Suizidrisiko vor allem in ihren Kombinationen. Häufig genannte Faktoren bei Kindern und Jugendlichen sind aktuelle Belastungskrisen, wie Trennung der Eltern, Liebeskummer, schulische Belastungen oder chronische physische Erkrankungen. Psychische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und Angststörungen sind weitere Faktoren bei Suizidalität (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: 6).

In der aktuellen Fachliteratur wird besonders die Depression als komorbide Störung erwähnt, welche das Suizidrisiko deutlich erhöht. So verweisen Wewetzer und Quaschner auf den Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depressionen. Sie nehmen Bezug auf eine amerikanische Untersuchung von Nock et al. (2013), die Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren untersuchten. Von den 4.1% der Jugendlichen, die einen Suizidversuch vollzogen, litten 96.1% unter einer depressiven Störung. Mit 75.5% war die depressive Störung die häufigste Diagnose. Symptome, wie gedrückte Stimmung, Interesse-/ Freudlosigkeit, geringer Selbstwert, Selbstschädigung und Schlafstörungen lassen sich bei Depressionen und Suizidalität oder in deren Kombination auffinden (vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 12). Dies zeigt auf, dass der Übergang einer Depression in die Suizidalität in seiner Komplexität nur schwer zu definieren ist.

Die Schulsozialarbeit nimmt in der Prävention und Intervention bei Jugendlichen, die suizidal gefährdet sind, eine wichtige Rolle ein. Neben anderen Angeboten wie Beratung, Einzelfallhilfe und Gruppenarbeiten, gehören Prävention und Intervention zu der Kernaufgabe der Schulsozialarbeit. Ihre Ziele sind die Früherkennung von Risikogruppen, Förderung deren Gesundheitszustands sowie Unterstützung in Kriseninterventionen (vgl. Stüwe et al. 2017: 316). Inwiefern die Fachkräfte der Schulsozialarbeit explizit bei depressiven und suizidalen Schülerinnen und Schülern intervenieren können, bleibt hier offen.

1.3 Fragestellung

Im Hinblick auf diese oben erwähnten Gründe für die notwendige Bearbeitung von Suizidalität und Depression bei Jugendlichen durch die Soziale Arbeit und anderen Professionen, ergibt sich unter Berücksichtigung des starken Zusammenhangs zwischen Depression und Suizidalität, für diese Bachelor-Arbeit nun folgende Fragestellung:

«Ab welchem Zeitpunkt wird die Depression eines Jugendlichen (im Alter von 13 bis 18 Jahren) so kritisch, dass sich daraus eine Suizidalität entwickelt?»

Anhand dieser Leitfrage und mit Hilfe von Fachliteratur werden zudem folgende Fragen beantwortet: Welche Faktoren spielen beim Individuum sowie im sozialen Umfeld zwischen Depression und Suizidalität eine wesentliche Rolle? Und welche Aufgaben und Massnahmen kann die Schulsozialarbeit als Profession innerhalb von Schulen unternehmen, um Jugendliche in solchen bedrohlichen Lebenssituationen zu unterstützen?

1.4 Aufbau der Arbeit

Um die Fakten für die Beantwortung dieser Fragen strukturiert darzulegen, ist diese Bachelor-Arbeit in fünf Kapitel gegliedert. Nach der Einleitung wird in Kapitel 2 «Suizidalität und Depression bei Jugendlichen» zuerst auf empirische Daten und Definitionen zu der Suizidalität und Depression eingegangen. Mittels Theorien und Modellen wird aufgezeigt, wie die Depression und die Suizidalität entstehen können und welche Faktoren diese begünstigen. Im dritten Kapitel «Schulsozialarbeit im Umgang mit Suizidalität und Depression» wird aufgezeigt, wie die Schulsozialarbeit mittels Präventionen und Interventionen die betroffenen Jugendlichen unterstützen können und an welchen Stellen ihre Grenzen und Herausforderungen dabei sind. In Kapitel 4 «Jugendliche im Spannungsfeld von Suizidalität und Depression – Beantwortung der Fragestellung» wird das Wissen zur Beantwortung der Fragestellung konkreter dargestellt. Anhand der Daten und Erkenntnisse wird aufgezeigt, ab wann eine Depression sich in eine suizidale Krise entwickeln könnte, welche Faktoren

dabei eine Rolle spielen und wie die Schulsozialarbeit darauf reagieren kann. Das abschliessende Kapitel 6 «Abschluss der Arbeit» gibt den Lesern nochmals einen Überblick über die gewonnenen Erkenntnisse sowie einen Ausblick für die Soziale Arbeit in der Jugendarbeit.

2 Suizidalität und Depression bei Jugendlichen

Das folgende Kapitel setzt sich mit den zwei Begriffen Suizidalität und Depression vertieft auseinander. Anhand statistischer Daten wird aufgezeigt, wie diese beiden Phänomene sich auf unsere Gesellschaft auswirken. Die Definitionen geben Auskunft, was in dieser Arbeit genau unter Depression und Suizidalität zu verstehen ist. Es folgen Theorien und Modelle, die Auskünfte über Entstehung, Ursachen und Faktoren geben, welche Depression und Suizid positiv und/oder negativ beeinflussen. Am Ende dieses Kapitels wird aufgezeigt, welche Merkmale es für einen Übergang der Depression in die Suizidalität gibt sowie welche Gemeinsamkeiten sie verbindet und welche Unterschiede sie trennt.

2.1 Epidemiologie und Geschlechterunterschiede

2.1.1 Statistiken von Jugendlichen mit Suizidalität

Global betrachtet gehören Suizide heute immer noch zu den 20 häufigsten Todesursachen, so sterben jedes Jahr ca. 1 Million Menschen durch Suizid. Diese Mortalitätsrate übersteigt jene von Mord, Krieg und Naturkatastrophen (vgl. Freisleben 2018: 31f). In Bezug auf die WHO-Statistiken (2014) und den Daten von Wolfersdorf (2008) stellt Altenburger fest, dass sich ca. 800'000 Menschen pro Jahr selbst suizidieren. Das ergibt eine Mortalitätsrate von 15 Suizide pro 100'000 Personen. Die Rate der Suizidversuche wird ca. 20-Mal höher geschätzt. Somit ist Suizidalität eine aktuelle Aufgabe in der Gesundheitsversorgung, wie Medizin und Psychiatrie (vgl. Altenburger 2017: 1). Schenk untermauert diese Erkenntnisse und ergänzt, in Bezug auf die älteren WHO-Daten, dass die Suizidrate von 2003 bis 2013 weltweit um 60 Prozent zunahm. Bei jedem Suizid sind etwa vier bis sechs Personen im nahen Umfeld unmittelbar betroffen. In Deutschland sterben jährlich ca. 10'000 Personen durch einen Suizid, von denen 3-4 Mal mehr Männer als Frauen betroffen sind. Den Zusammenhang erklärt Schenk mit der Wahl der Methoden. So neigen Männer mehr zu «härteren» Methoden wie Schusswaffen, Erhängen etc. und Frauen mehr zu Selbstverletzungen, wie Schnittwunden oder die Einnahme von Medikamenten. Schätzungsweise finden in Deutschland jedes Jahr 100'000 Suizidversuche statt (vgl. Schenk 2014: 12-13). In der Schweiz hat sich die Rate der Suizide und Suizidversuche von 1980 bis 2010 deutlich reduziert, stagniert aber seitdem. Jedes Jahr suizidieren sich immer noch ca. 1000 Menschen in der Schweiz und ca. 10'000 begehen einen Suizidversuch. Laut dem Aktionsplan der

BAG sei das Ziel, bis im Jahr 2030 die Anzahl der Suizidtode pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 25% zu reduzieren (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: 4).

Wie sieht die aktuelle Sachlage bei Kindern und Jugendlichen aus?

Nach Bründel seien Suizide bei Kindern unter dem zehnten Lebensjahr sehr gering. Sie sieht dahingehend einen Zusammenhang, dass Kinder in ihren ersten Jahren noch kaum ein Verständnis für den Tod entwickelt haben und die damit verbundene Irreversibilität, also das Erlöschen aller Lebensfunktionen, noch nicht nachvollziehen können. Ausserdem ist das Leben von jungen Kindern noch stärker von einer stabilen Elternbeziehung geprägt. Die Suizidhäufigkeit steigt jedoch mit zunehmendem Alter an. Besonders in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ist das Suizidrisiko sehr hoch (vgl. Bründel 2015: 20).

Welche Unterschiede gibt es aber zwischen den Geschlechtern?

Bründel erwähnt, dass bereits in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen die Anzahl Suizide von Jungen deutlich höher als die von Mädchen ist. Bei den 15- bis 20-Jährigen ist die Suizidrate von Jungen drei Mal höher ist, als die von Mädchen. Erklärungen hierfür beschreibt Bründel in den heutigen unterschiedlichen Erziehungsstilen sowie die damit verbundenen Rollenverständnisse (vgl. Bründel 2015: 25-26). So nutzen die Geschlechter unterschiedliche Arten der Konfliktlösung. Mädchen sind empathischer und richten im Vergleich zu den Jungen ihre Aggressionen nicht so stark nach aussen. Sie neigen aber vermehrt zu Depressionen und starker Selbstkritik (vgl. Bründel 2004: 52). Ausserdem verwenden männliche Jugendliche mehr externalisierende Formen der Konfliktlösung und neigen vermehrt zu Gewalt gegen Andere und gegen sich selbst. Ihr Lebensstil ist zudem oft riskanter als der von Mädchen, was die Unterschiede in den Fallzahlen erklären könnte (vgl. Bründel 2015: 25-26). Kratzer und Juen sehen weitere Unterschiede in der emotionalen Entwicklung von jungen Menschen. Jungen sehen ihre Zukunft mehrheitlich positiv, Mädchen hingegen empfinden diese vermehrt emotional negativ und zeigen ein geringes Selbstwertgefühl auf. Das Risikoverhalten nimmt bei den meisten Jugendlichen in der Pubertät stark zu und klingt mit dem frühen Erwachsenenalter ab (vgl. Kratzer/Juen 2020: 150).

Wie bereits betrachtet, gibt es einige Daten über Suizide von jungen Menschen und über die Unterschiede bei den Geschlechtern. Bei den Suizidgedanken und Suizidversuchen sieht es nochmals anders aus. Besonders bei den Suizidversuchen gehen Wewetzer und Quaschner von einer hohen Dunkelziffer aus. Bei Mädchen und Jungen erscheinen ausserdem Suizidgedanken sehr häufig. In Bezug auf die Untersuchung von Wunderlich et al. (1998) halten die Autoren fest, dass 10,2% der befragten Jugendlichen bereits unter Suizidgedanken gelitten haben. 6.8% hatten die Gedanken über einen längeren Zeitraum und 4.3% entwarfen bereits einen konkreten Suizidplan (vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 6ff).

Forkmann et al. untermauern diese Daten anhand der Untersuchungen der World Mental Health Survey der WHO (2014), welche zehn Industrieländer und elf Schwellen- bzw. Entwicklungsländer systematisch an einer Stichprobe von 109'377 Personen untersuchten. Aus den Ergebnissen wurde ersichtlich, dass die Rate der Suizdversuche deutlich höher ist, als die der vollendeten Suizide. So wurde in Stichproben von einer Lebenszeitprävalenz suizidaler Gedanken von 29.9% und eine 12-Monats-Prävalenz von 19.3% berichtet. Schlussfolgernd zeigt dies auf, dass Suizidgedanken bei jungen Menschen sehr weit verbreitet sind, nur wenige Menschen jedoch tatsächlich einen Suizid als endgültigen Entschluss in Erwägung ziehen (vgl. Forkmann et al. 2016: 20).

2.1.2 Statistiken von Jugendlichen mit Depressionen

Wie bei der Suizidalität stehen auch die Depression und ihre Begleiterscheinungen immer mehr im Zentrum der medizinischen, sozialen sowie psychiatrischen Forschung und Behandlung. Wie sieht die aktuelle Sachlage im Hinblick auf Depression aus?

Anhand der Daten von Wittchen et al. (2011), erwähnt Scherr, dass die Depression noch vor Demenzerkrankungen und Alkoholmissbrauch zu den meist verbreiteten Krankheitslasten in Europa gehört. Die Prävalenzangaben verschiedener europäischer Länder ergaben, dass schätzungsweise über 30 Millionen Personen 2011 unter einer Depression litten (vgl. Scherr 2016: 63). Fricke verdeutlicht dies und erwähnt, dass depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören. Bereits in jungen Jahren können erste Anzeichen einer Depression auftreten. So sind etwa 3% der Kinder und Jugendlichen vor der Pubertät und 6% während und nach der Pubertät davon betroffen. Depressive Episoden verlaufen unterschiedlich lang, können chronisch werden und die psychosoziale Entwicklung des Jugendlichen dauerhaft beeinträchtigen. Die Wahrscheinlichkeit eines Jugendlichen nach der ersten Episode erneut zu erkranken, liegt zwischen 50 und 70% (vgl. Fricke 2018: 4). Warpakowski geht von einer Lebenszeitprävalenz von 12% aus, bereits nach dem Vorschulalter verdopple sich die Rate bis in die Pubertät. Bis zum erwachsenen Alter erhöhe sich die Prävalenz weiter um 8 Prozent (vgl. Warpakowski 2003: 3). Fricke geht näher auf die Ursachen der Daten ein und erwähnt anhand von Daten der Krankenkassen wie DAK und Barmer-Versicherungen, dass Jugendliche in Deutschland immer mehr depressive Symptomatiken aufzeigen. Grund dafür wäre die Persönlichkeitsentwicklung, Druck seitens der Schule oder Studium sowie die Ansprüche der Eltern und der Berufswelt. Zudem laufen Kinder und Jugendliche Gefahr, Opfer von Mobbing und Perfektionismus zu werden. Dabei entwickeln die Hälfte der jungen Leute mit einer depressiven Veranlagung bereits im jungen Alter die ersten Symptome, welche nach Fricke bereits einer frühzeitigen Förderung der Gesundheit in Kita oder Kindergarten erfordert (vgl. Fricke 2018: 4). Bezo-

gen auf das Jugendgesundheitssurvey grenzt Schulte-Körne das Auftreten von depressiven Störungen und deren Ursachen noch genauer ein und erwähnt, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer weltweiten Prävalenzrate von 12-20% auftreten. Dazu gehören Depressionen, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Nur ein Drittel der akuten sowie chronisch leidenden Kinder und Jugendliche sind jedoch in ärztlicher Behandlung. Dies stellt ein internationales Problem dar. Folgende Gründe führen dazu: nicht ausreichende ärztliche Versorgungen, Ängste der Betroffenen psychisch krank zu sein und stigmatisiert zu werden, Unsicherheiten der Minderjährigen und ihrer Eltern ob Behandlungsbedarf besteht, geringes oder fehlendes Wissen über vorhandene Hilfsangebote (vgl. Schulte-Körne 2016: 183). Auch Kocaleyent und Hegerl sehen einen grossen Optimierungsspielraum in Bezug auf Prävention und Intervention. Dies zeigt sich, wenn Betroffene beim Besuch des Hausarztes über somatische körperliche Beschwerden klagen, die einer Depression zugrunde liegen und schnell übersehen werden. Von den Betroffenen, die klinisch diagnostiziert werden, erhalten nur 60% eine adäquate Behandlung (vgl. Kocaleyent/Hegerl 2010: 13f).

Welche geschlechtlichen Unterschiede gibt es aber bei Jugendlichen mit depressiven Störungen? Renschmidt ist der Meinung, dass vor der Pubertät Depressionen häufiger bei Jungen als bei Mädchen auftreten. Während nach der Pubertät verschiebt sich dieses Verhältnis zu Ungunsten der Mädchen. Im Jugendalter ergibt sich ausserdem ein Anstieg der Prävalenzrate um das Eineinhalb bis Zweifache (vgl. Renschmidt 1999: 1501). Weiter ergänzt Lehmkuhl hier anhand der Bremer Jugendstudie, dass 18% aller Jugendlichen bereits einmal in ihrem Leben an einer depressiven Störung erkrankten, 14% litten an einer Major Depression. Mädchen waren davon doppelt bis drei Mal mehr davon betroffen (vgl. Lehmkuhl 2002: 26-28). Zudem treten nicht selten depressive Störungen in Verbindung mit anderen psychischen Erkrankungen auf, wie Angststörungen, Suchtmittelkonsum, Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Bei männlichen Jugendlichen zeigt sich dies eher im Drogenkonsum und Störungen des Sozialverhaltens wie aggressives, impulsives Verhalten auf. Bei Mädchen sind es vermehrt Essstörungen oder Selbstverletzungen z.B. sich ritzen etc. (vgl. ebd. o.S)

Es zeigt sich also, dass heutzutage depressive Erkrankungen ein doch verbreitetes Problem für Jugendliche sind und dies besonders für Mädchen. Zudem ist noch ein grosser Bedarf an Prävention und Intervention von Nöten, um diesen Menschen zu helfen. Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche Überschneidungen bereits bei den vorhandenen Daten über Suizidalität und Depression sich finden lassen.

2.1.3 Suizidalität und Depression

Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche Zusammenhänge und Unterschiede von Depression und Suizidalität in empirischen Daten bestehen. Wie bereits betrachtet, gehören Depression mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 0,9 und 25 % zu den häufigsten Erkrankungen. Dabei führt die Depression, so Hatzinger, nicht selten zum Tod. Es sterben ca. 4-15% der Patienten mit unipolarer Depression durch einen Suizid. 90% der Suizide lassen sich auf psychische Erkrankungen zurückführen und in über 60% der Fälle trifft der Suizid als Ende einer langwierigen Depression ein (vgl. Hatzinger 2007: 14-17).

Nach Scherr wurde auch anhand der Untersuchungen von Beesdo-Baum und Wittchen (2011) ersichtlich, dass bei Personen mit einer schweren Depression 20-60% einen Suizidversuch unternahmen und 15% sich suizidierten. Weiter erwähnt Scherr, dass Menschen nicht nur unter der Depression und Suizidalität leiden sondern auch unter weiteren Folgen innerhalb der Gesellschaft, wie Vorurteile gegenüber psychischen Krankheiten und die damit verbundene Selbststigmatisierung, welche zum Verlust von Selbstvertrauen führen kann (vgl. Scherr 2016: 64f). Auch Wewetzer und Quaschner erkennen anhand verschiedener Untersuchungen, dass bei Kindern und Jugendlichen ein grosser Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken/Handlungen und eine Reihe von komorbiden psychischen Störungen besteht. So zeigte sich in Bezug auf eine deutsche Studie von Wunderlich et al. (1998), dass 91% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die ein Suizidversuch unternahmen, die Diagnose einer psychischen Erkrankung hatten. 79% der Betroffenen hatten mehrere Diagnosen und 45% litten mindestens unter vier psychischen Störungen (vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 11). Bezogen auf eine Zürcher Langzeitstudie erwähnt Hatzinger, dass Betroffene mit einer unbehandelten Depression eine drei Mal höhere Suizidrate haben als diejenigen, die behandelt werden. Dabei sei das Suizidrisiko in der Akutphase bei stationären Behandlungen und nach Entlassung aus der Klinik am höchsten. Somit sollte mit Betroffenen immer ein fester Therapieplan ausgehandelt werden, da eine adäquate Behandlung zur Senkung der Symptome und zur Abnahme der Suizidgefährdung führt. Leider werden nicht nur Erwachsene, sondern auch suizidgefährdete Jugendliche oft gar nicht oder nur ungenügend medikamentös behandelt (vgl. Hatzinger 2007: 14-17).

Bereits diese Daten stellen dar, dass die Zusammenhänge von Suizidalität und Depression sehr komplex sind und auch mit anderen psychischen Störungen in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Auch nicht suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen kurz NSSV, sind eine Problematik, die in dieser Arbeit aus Umfanggründen nicht näher betrachtet werden kann.

2.2 Definition und Abgrenzung

In diesem Unterkapitel werden Fachbegriffe wie Suizidalität und Depression und weitere Begleitbegriffe erklärt. Es gibt nicht den Suizid sowie es nicht die Depression gibt. Hier werden nur mögliche sinnvolle Definition vorgestellt, die helfen sollen, diese beiden Phänomene und ihren Verlauf besser zu verstehen.

2.2.1 Definition Suizidalität

Die Klassifikation von Suizidalität und suizidalen Verhalten ist nicht leicht. In Bezug auf die ICD-10, dem Klassifikationssystem der WHO, sei es nicht möglich, Suizidalität als eigene Störung zu definieren. Man kann Suizidalität nur unter «vorsätzlicher Selbstschädigung» (X60 bis X84) verschlüsseln (vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 3). Hier werden Definitionen vorgestellt, welche von einigen Autoren oft verwendet und als gemeingütig betrachtet werden.

Der Begriff **Suizidalität** beinhaltet alle Gedanken und Handlungen, welche den Zweck verfolgen, das eigene Leben zu beenden. Suizidalität ist kein Stillstand, sondern ein fortlaufender Prozess mit mehreren Phasen. Oft beginnt dieser Prozess mit Aufkommen von Suizidgedanken. Werden diese intensiver und dauern länger an, erhöhen sie den Handlungsdruck für suizidale Handlungen. Aus den Gedanken entwickeln sich genauere Suizidabsichten, die die geplanten Handlungen vorausgehen und sich bereits in Vorankündigungen äussern. Haben sich die Absichten konkretisiert, entsteht ein Suizidplan, welcher die Methoden, den Ort und die Zeit der Ausführung beinhaltet. Durch einen äusseren Impuls oder durch eine getroffene Entscheidung wird nach einem Suizidplan ein Suizidversuch unternommen. Sobald dieser Suizidversuch erfolgt ist endet er in Suizid oder Selbsttötung (vgl. Bründel 2015: 15-17). In Bezug auf die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003), erwähnt Bründel weiter, dass Suizidalität keine Krankheit im eigentlichen Sinn sei, sondern vielmehr ein Symptom einer Krankheit. Die Betroffenen befinden sich in einem objektiven und subjektiven Zustand des Leidens, der sich in eine krisenhafte Situation zuspitzt (vgl. Bründel 2004: 35f).

Suizidgedanken bezeichnen alle Gedanken, Vorstellungen, Überzeugungen und andere Kognitionen, welche eine Person im Hinblick auf die absichtliche Beendigung ihres Lebens hat. In Bezug auf Silverman et al. können diese Gedanken anhand ihrer Intensität, Häufigkeit ihres Auftretens sowie unter damit verbundenen Handlungsdruck unterschieden werden (vgl. Forkmann et al. 2016: 18). Schenk ergänzt hier, dass sich anhaltende Denkprozesse sich während einer suizidalen Krise zu sogenannten «Grübeln» entwickeln können.

Der/die Betroffene knetet die negativen Gedanken immer weiter bis er/sie in einer Gedankenstruktur gefangen sind. Es gibt eine starke Verbindung zwischen Gedanken und Emotionen, welche bei suizidalen Krisen unbewusste Abläufe beeinflussen, mit denen sich die Betroffenen nur schwer auseinandersetzen können. So kann es zum Suizid kommen aufgrund von Ängsten, dass eigene Vorstellungen, Bestrebungen oder Werte nicht mehr erfüllt werden können (vgl. Schenk 2014: 17).

Suizidversuch: Im Hinblick auf das amerikanische Klassifikationssystem des Center for Disease Control and Prevention (CDC) nach Crosby et al., beschreiben Forkmann et al. den Suizidversuch als ein gegen die eigene Person gerichtetes selbstschädigendes Verhalten, das nicht zum Tod führte, jedoch mit einer gewissen Absicht damit verbunden war. Sie unterscheiden Suizidversuche zudem hier in zwei weiteren Gruppen, in «abgebrochene Suizidversuche» und «unterbrochene Suizidversuche». Die Gruppen unterscheiden sich sofern, dass der unterbrochene Suizidversuch durch eine andere und nicht durch die eigene Person unterbrochen wurde, bevor es zur Selbstschädigung kam. Ohne Eingreifen hätte der Suizid stattgefunden (vgl. Forkmann et al. 2016: 16).

Suizid leitet sich aus dem lateinischen Wort «sui caedere» (sich töten) ab. Im Mittelalter stand dieses Wort für die Selbsttötung oder für den Freitod einer Person als heroischer Akt. Auch wurde Suizid mit Selbstmord, also Mord-Akt an sich selbst bezeichnet. In den heutigen Fachkreisen wird jedoch nur noch vom «Suizid» oder der «Selbsttötung» gesprochen, da Freitod und Selbstmord der kritischen Situation der Betroffenen nicht gerecht werden (vgl. Schenk 2014: 11).

In unserer modernen Zeit ist jedoch unklar, inwiefern risikohafte Sportarten, Drogenmissbrauch oder Selbstverletzungen als suizidale Tendenzen angesehen werden können. Schenk unterscheidet bei der Selbsttötung zwei Gruppen. Menschen, die aufgrund ihres Alters vor dem Lebensende stehen und wegen ihres Gesundheitszustands würdevoll sterben möchten und Menschen, die unter Einfluss bestimmter Entwicklungen und Veränderungen in ihrem Leben, der Überzeugung verfallen sind, so nicht mehr weiterleben zu können. Der Suizid geht oft kein freier bewusster Entscheid voraus. Im Gegenteil, Suizid ist eine Ausdrucksform fehlender Wahlmöglichkeiten durch subjektive und objektive erlebte Not (vgl. Schenk 2014: 9-11).

2.2.2 Definition Depression

In Bezug auf die ICD-10, erwähnt Scherr, dass die Depression zu den psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99) gehört. Innerhalb dieser Gruppe wird sie den af-

fektiven Störungen (F30-F39) zugeordnet (vgl. Scherr 2016: 64). Zu den depressiven Störungen gehören Major-Depression, die Dysthymie und weitere nicht näher bezeichnete Störungen. Obwohl bei den Kriterien für depressive Kinder und Jugendliche nicht von jenen der Erwachsenen unterschieden wird, so kann das Kriterium «depressive Verstimmung» gegen «Reizbarkeit» ausgetauscht werden. Dies verdeutlicht, dass sich depressive Symptome über die Reizbarkeit von Jugendlichen aufzeigen und die subjektive negative Gefühlslage dadurch oft übersehen wird (vgl. Essau 2007: 20f). Wie bereits erwähnt, zählen Depression zu den affektiven Störungen (ICD-10 Gruppe F3) und können beim Betroffenen die Stimmung, das emotionale Befinden und die gefühlsmässige Anteilnahme an ihrer sozialen Umwelt beeinflussen. Depressionen können auch das inhaltliche Denken und die konfliktsfähigen Fähigkeiten beeinträchtigen sowie sich in körperlichen Symptomen äussern. In der Gruppe der Affektiven Störungen kann die Depression weiter eingeteilt werden. Die primäre Gruppe der affektiven Störungen wird weiter in unipolare und bipolare Störungen unterteilt. Während die unipolaren Störungen (z.B. Depression, Dysthymie) von depressiven Symptomen geprägt sind, wechseln sich bei den bipolaren Störungen die depressiven und manischen Episoden, wie gehobene Stimmung, Sorglosigkeit, Rededrang, Grössenwahn und Aggressivität gegenseitig ab. Die Gruppe der sekundären affektiven Störungen beinhaltet weitere medizinische Krankheitsfaktoren und Faktoren des Drogenkonsums, auf die hier nicht weiter eingegangen wird. In dieser Arbeit wird weiter auf die unipolaren Störungen eingegangen, die sich in ihren Schweregraden des Auftretens (leicht, mittel und schwer) und/oder nach symptomatischen Kriterien unterscheiden lassen. Weiter kann die Depression in ihrem zeitlichen Ablauf sowie in Häufigkeit im Auftreten und Dauer unterschieden werden. Jedoch leiden nicht alle Personen, die depressive Symptome zeigen auch an einer Depression (vgl. Scherr 2016: 65-58).

Major-Depressionen sind durch eine oder mehrere depressive Episoden gekennzeichnet. Dabei müssen über mindestens zwei Wochen, täglich eines der beiden Kernsymptomen auftreten wie erstens depressive (reizbare) Verstimmung und zweitens deutlich reduziertes Interesse oder Freude an fast allen Dingen oder Aktivitäten. Nebenbei müssen mind. vier Begleitsymptome ersichtlich sein wie deutlicher Gewichtsverlust oder -zunahme, Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf, psychomotorische Unruhe, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle der Wertlosigkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit und wiederkehrende Suizidgedanken oder Suizidfantasien. Der Schweregrad von Depressionen wird oft in leichte, mittlere und schwere Episoden unterteilt. Leichte Episoden sind von fünf bis sechs Symptomen gekennzeichnet, die leichte Beeinträchtigungen im Alltag aufweisen. Schwere Episoden liegen vor, wenn die Anzahl der Symptome für eine Diagnose überschreitet, also

mehr als 6 Symptome und das Alltagsleben massiv beeinträchtigt ist. Dabei wird noch differenziert, ob bei schweren Episoden Wahnvorstellungen und Halluzinationen vorliegen oder nicht. Die mittleren Episoden liegen zwischen den leichten und den schweren Episoden (vgl. Essau 2007: 20f).

Bei der **Dysthymie** geht es um eine chronische aber weniger schwere Form von depressiven Störungen. Die Symptome und Stimmungslage treten die meiste Zeit des Tages auf und dies über mindestens zwei Jahre. Wie bei den Kernsymptome der Major-Depression müssen mind. zwei davon für eine Diagnose vorliegen. Die Dysthymie kann einen frühen Beginn in der Kindheit haben und sich im Verlauf der Adoleszenz zu einer Major-Depression oder zu einer Komorbidität mit anderen Störungen weiterentwickeln (vgl. ebd.: 23).

2.3 Theorien und Modelle zur Entstehung von Suizidalität

Es gibt heute einige Modelle und Theorien, die versuchen zu erklären, wie sich Suizidalität entwickelt. Einige Modelle betrachten Suizidalität als ein Symptom einer Krankheit oder als tragischen Höhepunkt einer Krise. Dieses Unterkapitel dient dem Zweck, mehrere bekannte Modelle und Theorien aufzuzeigen, um das Verständnis über den Verlauf von Depression und/zur Suizidalität zu erweitern.

2.3.1 Das Krisenmodell

Der Mensch durchläuft in seiner Entwicklung verschiedene Entwicklungsphasen in unterschiedlichen Geschwindigkeiten. Gewissen Phasen sind mehr oder weniger kritisch und führen bei erfolgreichem Überwinden zur nächsten Entwicklungsstufe, welche für die gesamte Entwicklung des Menschen von Bedeutung ist. Solche «normalen» kritischen Momente stellen für sich allein noch keine Krisensituation dar. Jedoch können sie sich im Verlauf zu psychosozialen Krisen entwickeln. Von einer Krise ist die Rede, wenn ein kritisches Lebensereignis mit den bisher vorhandenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen nicht überwunden werden kann. Eine der schwierigsten Phasen eines Menschen ist die Pubertät. In der Pubertät setzt sich der Jugendliche mit seiner eigenen genitalen Reifung, der Sexualität, der eigenen Identität und anderen körperlichen Veränderungen auseinander. Negative Erlebnisse wie Kränkungen oder Enttäuschungen können rasant eintreten sowie Selbstzweifel und Stimmungsschwankungen hervorrufen. Zudem setzen sich die Jugendlichen vermehrt mit der Sinnhaftigkeit des Lebens auseinander. Von diesen Veränderungen ist auch das soziale Umfeld betroffen, welches nicht selten mit Unverständnis, Sanktionen oder Hilflosigkeit reagiert (vgl. Sonneck et al. 2016: 127f). Bezogen auf Caplan (1964) und Cullberg (1978) ergänzen Wolfersdorf und Etzersdorfer, dass bei psychosozialen Krisen Menschen ihr psychisches Gleichgewicht verlieren, weil sie das Ausmass der Krise nicht

mit ihren eigenen Fähigkeiten, erworbenen Erfahrungen und Hilfsmitteln bewältigen können. Suizidalität wird hier als Symptom von Depressivität gesehen, die sich in eine psychosoziale Krise zuspitzt. (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 84f). Weiter ist Braun-Scharm der Meinung, dass jeder Mensch belastende oder kritische Situationen erlebt, die mit kurzfristigem Auftreten von Suizidgedanken verbunden sein können. Treten solche Gedanken oder Fantasien jedoch öfters auf, können die Betroffenen sich nicht mehr gedanklich davon distanzieren oder sie überlegen sich konkrete Suizidpläne. Im Kontext einer psychischen Störung, sind sie als ernstzunehmende Bedrohung anzusehen (vgl. Braun-Scharm 2002: 83).

Von welchen Krisen sind Jugendliche heute vermehrt betroffen, die zu suizidalen Gedanken und Handlungen führen können? Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle?

Bei Jugendlichen können «traumatische Krisen» eine plötzliche, belastende Erfahrung zugrunde liegen, die nur schwer zu bewältigen sind. «Lebensveränderungskrisen» erleben hingegen die meisten Menschen, die Veränderungen im Leben ausgesetzt sind, welche sie nicht bewältigen können oder als positive Veränderung und Chance erleben. Beim Krisenmodell sind Krisen grundsätzlich lösbar und gehen bislang von einer psychisch gesunden Persönlichkeit aus. Was die Neigung zu depressiven Bewältigungsstrategien nicht ausschliesst. Der Zugriff auf soziale Ressourcen wie Familie, Freunde etc. ist auch nicht möglich. Es entsteht ein innerer Spannungszustand, der sich in eine «Krisensymptomatik» weiterentwickeln kann. Solche Symptome können dann Unruhe, Schlafstörungen, Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Panikzustände sein. Oft werden auch wechselnde Gefühle, wie Wut, Aggression und Verzweiflung oder Störungen des Realitätsbezugs wahrgenommen. Es kann aber auch nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten auftreten. Mündet die Situation in eine «suizidale Krise», so kommen auch Faktoren wie, psychische Erkrankungen, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, früherer Suizidversuche, Suizide im sozialen Umfeld oder seelische Schmerzen, welche im Glauben der Betroffenen nur in der Selbsttötung gelöst werden können, hinzu. Es gibt weitere Arten von Krisen, wie die narzisstische Krise, emotionale Krise etc. Auf diese wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 80f).

Weiter ergänzt Bründel, dass auch Situationen wie z.B. Schulversagen, bei gewissen Jugendlichen zu einer Krise führen, bei anderen hingegen als leicht belastende Situationen wahrgenommen werden. Die meisten Jugendlichen können solche Krisen gut bewältigen oder benötigen nur kurzfristig externe Hilfe von Eltern, Freunden oder Fachkräften. Dies hängt natürlich auch von der psychischen, biologischen und sozialen Ausgangslage des Jugendlichen ab. Sie sind vor allem dann gefährdet, wenn sie destruktiven Konfliktbewälti-

ungsverhalten zeigen, kombiniert mit Symptomen wie Wut, Depression, körperliche Unruhe, Angst und Panik. Solche Symptome werden besonders subjektiv von den Betroffenen als schwere Belastung empfunden, wenn bisherige Bewältigungsmechanismen nicht ausreichen und externe Hilfe nicht mehr erkannt wird. Die subjektive Wahrnehmung wiederum ist abhängig von der Zuversicht, die Krise zu bewältigen. Jugendliche sind für Krisen anfälliger, je unsicherer sie sind und wenn sie keine Hilfe von ihrem Umfeld erwarten oder keine in Anspruch nehmen (vgl. Bründel 2004: 95-97).

Faktoren, welche die Entwicklung von Jugendlichen beeinflussen können und evtl. zu den krisenhaften Entwicklungen beitragen, sind nach Sonneck:

- Die emotionale Einbettung in der Familie. Gefährdungen können sich bei unvollständigem oder schwierigem Elternhaus ergeben sowie im Erziehungsstil (autoritär-repressiv oder vernachlässigend-unbeachtet).
- In der Identifikation und Bearbeitung mit der Geschlechterrolle und der eigenen Sexualität.
- In der Kontakt- bzw. Beziehungsherstellung mit Gleichaltrigen beider Geschlechter und damit verbundenen Problemen (z.B. Liebeskummer).
- Erfolge und Misserfolge bei der Suche nach Leit- oder Vorbildern.
- Das Bedürfnis nach Gruppenzugehörigkeit, wenn Gruppenzwang in Kriminalität umschlägt.
- Die eigene Stellung in der Schule und später im Beruf, sowohl im Leistungs- und Beziehungsbereich.
- Die Auseinandersetzung der Jugendlichen mit den Normen und Werten der Gesellschaft.

Ob die Krise eines Jugendlichen zum Wachstum oder zur Katastrophe wird, die in einem Suizid endet, hängt nach Sonneck von folgenden Faktoren ab (vgl. Sonneck et al. 2016: 160):

1. vom Krisenanlass
2. dessen subjektive Bedeutung für die Betroffenen
3. ihrer Krisenanfälligkeit
4. von der Reaktion der Umwelt
5. Hilfsmöglichkeiten, über welche die Betroffene selbst verfügen
6. vom Mass ihrer sozialen Integration

Bezogen auf diese Punkte beschreiben Wolfersdorf und Etzersdorfer die Krise anhand eines Beispiels. Eine psychische Krise besteht aus einem «Krisenanlass», wie z.B. Tod eines

Angehörigen, Missbrauchs, Trennung der Eltern und der «subjektiven Bedeutung» vom Betroffenen. Also wie er/sie frühere ähnliche Situationen erlebt und bearbeitet hat und wie die aktuelle Situation bewertet wird. Die «Krisenanfälligkeit» hingegen beschreibt die Häufigkeit, frühere erlebte Krisen und die Verletzlichkeit gegenüber belastenden Situationen. So wird z.B. ein Jugendlicher, der früh die Trennung der Eltern erlebt, in Zukunft anfälliger sein, bei den eigenen Beziehungen die drohende oder erlebte Trennung als existenziell bedrohlich und krisenauslösend zu erleben. Es ist also ein Spannungsverhältnis von inneren und äusseren Umständen vorhanden, die immer untersucht werden müssen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 86f). Wie mit Krisen umgegangen werden sollte, wird im «Kapitel 3.2 Krisenintervention» genauer beschrieben.

2.3.2 Das Krankheitsmodell

Beim Krankheitsmodell wird anhand von psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Bipolare-Störung und Depression versucht zu erklären, wie diese die Entwicklung von Suizidalität begünstigen. In Bezug auf Wolfersdorf (2000), erwähnt Bründel, dass Depression solch ein erblicher Faktor sein kann. Es ist bewiesen, dass Kinder von depressiven Eltern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression haben. Solche Depressionen können aber auch durch Veränderungen des Transmittersystems im Gehirn hervorgerufen werden. Beim Krankheitsmodell wird unter krankhafte Entwicklung das Vorhandensein einer psychischen Krankheit verstanden, welche psychopathologischen Symptomen wie Einsamkeit, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit aber auch Wahnvorstellungen, Angst und Panik aufweisen (vgl. Bründel 2004: 101). Beim Krankheitsmodell wird Suizidalität auch als Symptom einer psychischen Erkrankung gesehen. Besonders häufig wird von einer depressiven Erkrankung ausgegangen, die dann zum Suizid führt (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 94, 96). Wolfersdorf entwickelte das Krankheitsmodell von Suizidalität weiter in ein Modell «suizidaler Dynamik», welches speziell auf die Entwicklung suizidalen Verhaltens bei Menschen mit Depression eingeht. Hier geht es um die Zusammenhänge zwischen Auslösefaktoren wie Trennungen, Lebensbelastungen und körperliche Erkrankungen mit einer depressiven Persönlichkeitsstruktur und damit verbundenen Abwehrmechanismen sowie Einflüsse aus dem sozialen Umfeld. Die «Einengung» wie Ringel sie bereits beschrieb, die «Ambivalenz» nach Pöldinger sowie das Wegfallen von Ressourcen münden dann schlussendlich in die suizidale Handlung. Solche Modelle sind zwar keine belegten Theorien, können aber als «klinische Hypothesen» oder «Verständissmodelle» betrachtet werden. Krisen- und Krankheitsmodelle von Suizidalität haben sich im klinischen Alltag sehr bewährt und lassen sich auch in andere und neue Modelle integrieren (vgl. ebd.: 101-103).

2.3.3 Das präsuizidale Syndrom nach Ringel

In Bezug auf das «präsuizidale Syndrom» nach Ringel (1953) erwähnen Wolfersdorf und Etzersdorfer, dass dieses Modell die suizidale Entwicklung in drei weitere Aspekte eingliedert. Der erste Aspekt, die «Einengung» beschreibt, dass äussere Verhalten und Erlebnisse sowie Ressourcen eingeschränkt sind. Dies geschieht im Rahmen einer depressiven Hoffnungslosigkeit, die einen Rückzug/Selbstisolation aus der eigenen Welt herbeiführt. Die Betroffenen sind in ihrem Handeln und Denken immer mehr eingeengt. Sie entwickeln paranoide Denkweisen und erleben einen Verlust an sozialen Beziehungen und deren existenzsichernde Bedeutung (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 69-72). Gerngross präzisiert, dass die Gedanken, Wünsche, Vorstellungen und Stimmungen in Richtung Suizid eingeengt werden. Die Betroffenen fühlen sich auch im Hinblick auf soziale Beziehungen eingeengt. Sie isolieren sich und fühlen sich miss- oder nichtverstanden. Das Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen geht verloren (vgl. Gerngross 2020: 34f). Ursachen für diese Einengung können unterschiedlich sein. Wie z.B. körperliche Erkrankungen, Verlust eines Mitmenschen oder einer Beziehung. Menschen mit Depression gelten in diesem Modell jedoch als Prototyp für das präsuizidale Syndrom, weil die suizidale Entwicklung mit Gefühlen der Wert-, Hilf- und Hoffnungslosigkeit bzgl. der eigenen Zukunft einhergehen und verdeutlicht, dass es nur noch auf die eigene Sicht der Welt ankommt.

Der zweite Aspekt, die «Aggression» beschreibt das unbewusste Erleben von Aggressionen seitens der Betroffenen. Nicht selten werden diese Aggressionen auf eine Person gerichtet aufgrund von Trauer oder Trennung und anschliessend die suizidale Handlung auf das eigene Leib verübt, um die Person zu schaden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 69-72). Es findet auch ein Aggressionsumkehr statt, wenn suizidale Menschen sich selbst Vorwürfe machen und sich selbst die Schuld an allem geben. Für die klinische Abschätzung hat sich jedoch der Aspekt der Aggression weniger bewährt.

Bedeutsamer ist der dritte Aspekt der «Suizidfantasien». Das Modell beschreibt aktive und passive Suizidfantasien und Gedanken. Der Unterschied besteht darin, ob Suizidgedanken aktiv herangezogen und wieder auf die Seite geschoben werden. Die passiven Gedanken sind schlimmer, da sie unkontrolliert und passiv sich den Betroffenen immer wieder aufdrängen und das gesamte Denken und Fühlen einnehmen können (vgl. ebd.: 69-70). Ausserdem meint Bründel, dass Suizidfantasien immer mit den ersten Vorankündigungen einhergehen. So erwähnen Jugendliche Aussagen wie «Ich kann nicht mehr», «Es ist alles sinnlos» oder «Bald ist alles vorbei». Solche Signale zeigen die tiefe Verzweiflung und Ambivalenz auf. Sie haben einen Appellcharakter und wenden sich mit solchen Botschaften an die Angehörigen und Freunde. Bei Suizidalität können sich neben Ankündigungen auch andere Anzeichen wie Isolation, Schulverweigerung, von Zuhause weglaufen, Interesslosigkeit an Dingen und Hobbys und Freundschaften bemerkbar machen (vgl. Bründel 2004:

109-112). Die Entwicklung der Suizidalität hat in diesem Modell keinen genauen zeitlichen Verlauf. Die drei Aspekte sind nicht chronologisch und existieren nebeneinander zeitgleich (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 71f).

2.3.4 Die präsuizidale Entwicklung nach Pöldinger

Neben dem präsuizidalen Syndrom nach Ringel, ist die präsuizidale Entwicklung nach Walter Pöldinger (1968) auch eine der bekanntesten Theorien für die Entwicklung von Suizidalität. Bezogen auf diese Theorie erwähnt Gerngross, dass die Entwicklung von Suizidalität in drei Stadien unterschieden werden kann. Das erste Stadium ist die «Erwägung», welchen bei den Betroffenen, die ersten Todeswünsche und Suizidgedanken auftreten. Der Suizid wird als universale Problemlösungsmöglichkeit angesehen. Dabei beziehen sich die Gedanken darauf, dass alle Probleme bald ein Ende haben. Psychodynamische Faktoren wie Aggressionshemmung, Isolation und Wut sowie Suizid in der Familie oder Berichte in den Medien haben einen grossen Einfluss in diesem Stadium (vgl. Gerngross 2020: 32f). Hier zeigen suizidale Personen erste Zeichen von Appellen, was mit ihrer Hoffnung verbunden ist, dass ihre Hilferufe erkannt werden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 68f).

Im zweiten Stadium «der Ambivalenz» oder «Abwägung», stehen selbsterhaltende und selbstzerstörende Tendenzen in Wechselwirkung. Es wird immer wieder abgewogen was für oder gegen den Suizid spricht. Bereits in diesem Stadium werden oft erste Suizidgedanken direkt oder indirekt preisgeben. Solche Appelle oder Notsignale sind in Bezug auf Teismann und Dormann (2014) ein Ausdruck des unerträglichen Ambivalenzerlebens und müssen daher vom Umfeld erkannt werden, da sie eine Chance zur Rettung/Hilfe sind (vgl. Gerngross 2020: 32f). Direkte Hinweise sind oftmals das offene Ansprechen eigener Gedanken/Wünsche über den Tod und damit verbundenen Verbesserungen. Indirekte Äusserungen sind mehr philosophischer Art. Die Betroffenen erwähnen den Suizid nicht direkt, sondern dass sie z.B. einfach Ruhe haben möchten oder die Sinnhaftigkeit des Lebens anzweifeln. Falls Personen im Umfeld solche Aussagen auffallen, kann ihnen nur ein offenes, vorbehaltloses Gespräch darüber Klarheit bringen. Werden solche Warnhinweise nicht erkannt, weil sie z.B. oft schwer verschlüsselt sind, fühlen sich die Betroffenen nicht ernstgenommen oder nicht verstanden, was zum dritten Stadium führt (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 68f). Im dritten Stadium «des Entschlusses» wird der Suizid konkret vorbereitet. Die Betroffenen sind in diesem Stadium oft ruhig und machen nur noch indirekte Ankündigungen. Die Ambivalenz ist bis zum Schluss vorhanden und daher oft mit der Hoffnung auf Rettung, Auffindung oder vorzeitiger Erkennung verbunden. Die Dauer und zeitliche Entwicklung dieser drei Phasen sind sehr unterschiedlich. Bei depressiven Erkrankungen ist der Zeitraum oft grösser. Es gibt aber auch impulsive Handlungen, wobei die Spanne zwischen Erwägung und Entschluss sehr kurz sind. Es können auch Wechsel zwischen

den Stadien entstehen, so sind teilweise die Betroffenen vom Entschluss zurück in die Ambivalenz gekehrt. In dieser Phase können sie über Jahre hinweg verweilen. (vgl. Gerngross 2020: 33f). In Bezug auf Drömann (1983) ergänzt Bründel auf die Gefahr, welche besonders Jugendliche im dritten Stadium betrifft, dass gewisse Jugendliche, welche den Entschluss gefasst haben, danach eine Erleichterung verspüren. Sie wirken heiter und geben ihrer Umwelt und den Angehörigen kaum noch eine Chance ihr Leid zu erkennen (vgl. Bründel 2004: 113f). Diese Modelle können nicht nur Professionelle, sondern auch Angehörigen helfen Suizidalität näher zu bringen. Sowie die Situation von Betroffenen zu erklären und frühzeitig zu erkennen.

2.4 Risiko- und Schutzfaktoren bei Suizidalität

Nach Gerngross kann die Suizidalität als komplexes Geschehen betrachtet werden, in dem unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren vorhanden sind und sich gegenseitig beeinflussen. Daher können vereinzelt Faktoren nur bedingt Rückschlüsse auf vorhandene Suizidalität geben (vgl. Gerngross 2020: 37). Bevor näher auf die Depression eingegangen wird, werden nun zuerst die Risikofaktoren genauer betrachtet, um die Fragestellung besser beantworten zu können.

2.4.1 Allgemeine Risikofaktoren

Familie: Gesunde Beziehungen innerhalb der Familie sind ein essenzieller Schutzfaktor für Kinder und Jugendliche. Hingegen kann ein zunehmender Verlust an Liebe und Vertrauen, sowie das Erleben von Misshandlungen und sexueller Missbrauch, eine langanhaltende Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen entwickeln (vgl. Bründel 2015: 36f). Auch Oberhofer erwähnt, dass körperliche und seelische Gewalt die Selbstmordgedanken bei Kindern und Jugendlichen massiv erhöhen. In Bezug auf die Untersuchung der National Survey of Children's Exposure to Violence, erwähnt Oberhofer, dass von 1200 Jugendlichen 4% ernsthafte Suizidgedanken hatten. Dabei zeigte sich, dass diese Risikogruppe, welche von ihren Eltern drangsaliert, geschlagen, gedemütigt oder mit Liebesentzug bestraft wurde, ein 4,5-mal höheres Suizidrisiko hatten. Diese Resultate waren gegen die Erwartung, dass elterliche Fürsorge für Jugendliche nicht mehr so eine wichtige Rolle spielt (vgl. Oberhofer 2013: 8). Scheidungen oder Trennungen der Eltern bzw. Erziehungsverantwortlichen sind weitere Faktoren die Suizidalität begünstigen können, da sie die betroffenen Kinder emotional stark belasten. Es ist davon abhängig wie Scheidungen und Trennungen ausgetragen werden und inwiefern die Kinder z.B. in Solidaritätskonflikten involviert sind sowie ob die Nachbetreuung sichergestellt wird (vgl. Bründel 2015: 37).

Eine weitere Problematik ist die Art und Weise wie Jugendliche auf ihre Not aufmerksam machen und wie die Familie, insbesondere die Eltern auf diese reagieren. So wird z.B. das

Verhalten es Jugendlichen ambivalent erlebt. Nicht selten sind die Betroffenen in der Entscheidungsphase fröhlich und gelassen, was wiederum die Familienangehörige vermitteln «das Problem sei gelöst». Auch täuschen Jugendliche bewusst ihr Umfeld und zeigen nicht ihre wahren Gefühle, da sie bereits fest entschlossen sind. Eltern sind ausserdem oft mit ihren eigenen Problemen (z.B. Arbeitswelt) beschäftigt, sie möchten die Notsignale ihres Kindes nicht wahr haben oder tun ihr depressives Verhalten als «Teenagerverhalten» ab. Angehörige und Freunde, welche die Signale ernstnehmen, sind leider oft zurückhaltend und möchten die Privatsphäre der Betroffenen nicht verletzen oder sie fühlen sich nicht qualifiziert genug ihr/ihm zu helfen (vgl. ebd.: 40-43).

In Bezug auf die Untersuchungen von Warnke und Mitarbeiter (1996), ergänz Wewetzer und Quaschner hier weiter, dass von den suizidalen Kindern und Jugendlichen, die stationär behandelt wurden, 20% davon die Abwesenheit eines Elternteils durch Trennung, Scheidung oder Tod erlebten. Bei 19% hatte mindestens ein Familienmitglied eine psychische, depressive Störung. Bei 8% der familiären Beziehungen lag ein Mangel an emotionaler Wärme vor. Auch hier werden Konflikte in der Familie mit einer deutlichen Zunahme von Suizidalität in Verbindung gebracht. Dabei zeigten die Jugendlichen neben suizidalen Verhalten oft auch eine depressive Verhaltensweise (vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 23). Kratzer und Juen sehen vor allem das Fehlen von sozialen Beziehungen bei Jugendlichen zu den Bezugspersonen in der Familie, zu Gleichaltrigen oder zu anderen Erwachsenen als Risikofaktor. Solche Beziehungen ermöglichen erst die Entwicklung von personalen, emotionalen, sozialen und kognitiven Coping-Mechanismen, was wiederum ein Schutzfaktor wäre. Suizidalität und psychische Erkrankungen unter Familienangehörige sind auch Risikofaktoren bei Jugendlichen. Die Kommunikation von depressiven Eltern zu ihren Kindern ist eingeschränkt. Die Depressionen, welche die Jugendliche bei ihren Eltern miterleben, kann zu einer Resignation und einer passiven Grundhaltung führen. Auch die Vorbildfunktion der Eltern, welche eine Suizidversuch unternahmen, wirkt sich auf ihre Kinder aus (vgl. Kratzer/Juen 2020: 142-144).

Freundschaften, Beziehungen und Sexualität: Freundschaften sind innerhalb und ausserhalb der Schule wichtige Schutzfaktoren. So können Jugendliche in Vereinen und bei Hobbys Freundschaften schliessen und Aktivität unternehmen. Leider können aber freundschaftliche Beziehungen auseinanderbrechen und Enttäuschungen, Neid und Konkurrenz verursachen, was Suizidalität begünstigt (vgl. Bründel 2015: 43).

Beziehungen zu Freunden oder Freundinnen sowie die Peer-Gruppe sind für die meisten Jugendliche der elementarste Teil ihres sozialen Lebens. Sie erfahren dort Zusammengehörigkeit, Schutz, Geborgenheit und Orientierung. Sie erleben auch Akzeptanz und Ablehnung und können so ihr Verhalten neu auslegen oder optimieren. Beziehungen fördern

ausserdem ihr Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und steigert die Persönlichkeitsentwicklung. Ausserdem erleben sie Wertschätzung, Anerkennung und emotionale Unterstützung. Freundschaften und Beziehungen sind einer der wichtigsten Schutzfaktoren. Wiederum sind der Abbruch oder die Trennung aus dem Freundschaftskreis oder aus der Beziehung ein Risikofaktor, denn sie führen zur Isolation und Einsamkeit (vgl. Kratzer/Juen 2020: 145). Bei sexuellen Beziehungen ist es ähnlich. So sind gesunde intime Beziehungen prophylaktisch gegen Suizidalität, hingegen wenn diese auseinanderbrechen sehen Jugendliche oft einen Grund sich spontan und ohne Vorwarnung das Leben zu nehmen. Bei Homosexuellen Jugendlichen, besonders bei männlichen, ist das Suizidrisiko noch höher, denn sie haben in der Schule oder im Umfeld mit Diskriminierung zu kämpfen. Einige haben das Problem ihre sexuelle Orientierung zu akzeptieren oder sich in der Familie zu outen. In Bezug auf die Studie von Bass und Kaufmann (1999), erwähnt Bründel hier, dass die Suizidversuchsrate von gleichgeschlechtlichen orientierten Jugendlichen vier- bis siebenmal höhere ist als bei heterosexuellen, 18 Prozent der Befragten hatten schon einen Suizidversuch begangen (vgl. Bründel 2015: 45f). Es fehlt auch heutzutage noch an Aufklärung und Akzeptanz bei Jugendlichen mit anderen sexuellen Orientierungen (vgl. Kratzer/Juen 2020: 146f). Auch Jugendliche, die sich aus Sehnsucht nach Freundschaft an Gruppen anschliessen, die zu kriminellen Verhaltensweisen und anderen Verhalten wie Alkohol- und Drogenmissbrauch neigen, fördern nicht nur die Abhängigkeit und Sucht, sondern auch das Risiko für Suizid (vgl. Kratzer/Juen 2020: 146).

Mobbing hat einen wesentlichen Einfluss auf die Suizidalität von Jugendlichen. In Bezug auf die Studie Liu und Mustanski (2012) erwähnt Altenburger, dass Schikanierungen und Diskriminierungen das Risiko für suizidale Gedanken um das 2,5-fache erhöhen. Nach den Ergebnissen von Pearson und Wilkinson (2013) haben diese Jugendliche ein höheres Risiko für Depressionen, Suchterkrankungen oder suizidale Verhaltensweisen (vgl. Altenburger 2017: 28f). Nach Oberhofer lässt sich bei Mobbing und sexuellen Übergriffen von Gleichaltrigen ein 2,5 bis 3,5-fach erhöhtes Suizidrisiko erkennen. Bei Jugendlichen, die sich in einer andauernde Opferrolle befinden war das Risiko sechs Mal höher (vgl. Oberhofer 2013: 8). Unter Mobbing können schwere feindselige Handlungen sowie tiefste Demütigungen verstanden werden, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Auch wenn Fälle von schwerer Brutalität und Grausamkeit sehr selten sind, so wurden in den letzten Jahrzehnten der Aufklärung und Prävention immer mehr Fälle bekannt. Täter und Opfer lassen sich bei Mobbing nicht immer klar trennen, da einige Täter zugleich Opfer sind. Meistens sind männliche Jugendliche unter Tätern und Opfer zu finden. Mobbing allein ist zwar keine Ursache für Suizid, jedoch ein Risikofaktor, welche die Suizidalität mitbegünstigt (vgl. Bründel 2004: 70).

Medien und Suizidforen: In Bezug auf die JIM-Studie und die SINUS-Jugendstudie (2012), erwähnt Bründel, dass generell alle Jugendliche heute Zugang zu modernen Medien und Technologien haben. Obwohl Medien die Möglichkeit geben neue online Freundschaften zu schliessen und sich auszutauschen, so birgt die moderne Technik und das Internet auch Gefahren in Bezug auf Suizidalität. So können Erfahrungen von Gruppenmisshandlungen (Happy slapping) oder das Weiterreichen von Nacktfotos (Sexting) nach Beziehungsende die Betroffenen sehr demütigen. Solche psychische und physische Gewalt kann die Opfer traumatisieren, was wiederum die Suizidalität fördert (vgl. Bründel 2015: 44). Neben online Diensten, welche die Beratung für Jugendliche in suizidalen Krisen anbieten, gibt es sogenannte Suizidforen, die ein gesellschaftlicher Risikofaktor für Suizidalität darstellen können. Suizidforen sind internetbasierte Diskussionsgruppen, in denen sich Betroffene über ihre suizidalen Gefühle und Gedanken anonym austauschen und diese gegenseitig unterstützen können. Sie können jedoch durchaus positive Effekte haben, so wird in Bezug auf Mehlum (2000) erwähnt, dass zwischen Websites unterschieden werden kann, die über Suizid informieren und Hilfe anbieten und solche die nur über Suizid berichten bzw. diskutieren. Als hilfreich von Suizid-Foren können die emotionale Entlastung und der Prozess der Öffnung gesehen werden. In Bezug auf die Untersuchungen von Eichenberg et al. (2003), erwähnen Kratzer und Juen, dass sich bei 164 jungen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eines Suizidforums ihre Suizidalität im Verlaufe der Teilnahmen deutlich reduzierte. Auch wenn andere skurrile Suizidforen ein starkes Suizidrisiko beinhalten, haben die meisten Suizidforen einen suggestiven Effekt. Der nächste Schritt wäre hier der Ausbau solche Foren mit Verknüpfung zu professionellen Hilfsangeboten (vgl. Kratzer/Juen 2020: 151f). Dlubis-Mertens betrachtet dies kritischer und ist der Meinung, dass solche skurrilen Auskünfte und Meinungen, die zur Gruppensuiziden aufrufen und Methoden für die Selbsttötung weitergeben, den Betroffenen den Eindruck geben, dass Suizid eine adäquate Lösungsmöglichkeit für sozialen Krisen und Depressionen sei (Dlubis-Mertens 2003: 370).

Physische und psychosoziale Faktoren: Neben den psychischen Erkrankungen, auf die später nochmals genauer eingegangen wird, zeigte sich, dass physischen Erkrankungen mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden sind. Besonders Krebs, chronische Schmerzen oder schwere neurologische Erkrankungen sind Risikofaktoren für Suizidalität. In Bezug auf die Autopsie-Studie von Hughes und Kleespies (2001), erwähnen Forkmann et al., dass 30-40% der Suizidenten unter einer körperlichen Erkrankung litten. Zudem wird vermutet, dass körperliche Erkrankungen in Kombination mit psychosozialen Faktoren wie Depressionen, Drogenmissbrauch, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Impulsivität das Suizidrisiko

stark erhöhen. Dies ist besonders bei jüngeren Personen der Fall. Weiter können auch biologische Faktoren wie Dysfunktionen im serotonergen System des Gehirns mit einem erhöhten Risiko in Verbindung stehen (vgl. Forkmann et al. 2016: 24f). Zu den psychischen Risikofaktoren gehören ein niedriges Selbstwertgefühl, Depressivität, Ängstlichkeit, hohe Hilfs- und Hoffnungslosigkeit sowie posttraumatische Erlebnisse. Daraus entstehen dann Beziehungsstörungen und destruktive Verhaltensweisen. Ausser der Demenz und Minderbegabung sind neben den allgemeinen psychischen Erkrankungen besonders die schweren psychischen Erkrankungen eine spezifische Risikogruppe für Suizidalität. Zu den psychischen Störungen gehören Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und Süchte (Verhaltens- und div. Substanzsucht). Bei Jugendlichen sind es vor allem die Depression und die Persönlichkeitsstörungen, welche eine enge Verbindung zu Suizidalität aufweisen (vgl. Braun-Scharm 2002: 84).

Frühere Suizidversuche und Suizidgedanken: In Bezug auf die Untersuchungen von Gibb et al. (2005) erwähnen Forkmann et al. hier, dass bei 28% der Betroffenen, welche bereits in Kliniken wegen eines Suizidversuch behandelt wurden, in den folgenden 10 Jahren mindestens einen weiteren Suizidversuch unternahmen. 4.6% starben bei weiteren Versuchen. Nach einer klinischen Behandlung sei das Risiko in den nächsten zwei Jahren am höchsten. In Bezug auf die interessanten Daten von Joiner et al. (2005), wird ausserdem erwähnt, dass bei Personen mit mehrerer Suizidversuche nicht zwingend ein Zusammenhang mit anderen Faktoren wie psychische Erkrankungen, Einsamkeit etc. bestehen muss. Es scheint vielmehr, dass suizidales Verhalten mit der Zeit sich funktional verselbstständigt. Neben früheren Suizidversuchen sind auch Suizidgedanken ein wichtiger Indikator für zukünftige Suizide und Suizidversuche. So gingen bereits aus der Studie von Brown et al. (2005) hervor, dass schon passive Suizidgedanken wie der «Wunsch zu sterben» mit einer sechsfachen höheren Suizidrisiko einhergehen. Ausserdem wird bezogen auf das WHO World Mental Health Survey von Forkmann et al. erwähnt, dass 30% der Betroffenen die Suizidgedanken hatten auch einen Suizidplan erstellten und versuchten diesen umzusetzen. Bei 60% der Betroffenen war der Übergang vom Suizidgedanken bis zum Suizidversuch innerhalb eines Jahres (vgl. Forkmann et al. 2016: 25f). Eine Untersuchung der Universität Dresden bestätigt, dass Kinder und Jugendliche, die bereits einen Suizidversuche unternommen hatten, oft einen zweiten Suizidversuch unternehmen. Beim Alter gibt es auch einen Unterschied, je jünger die Betroffenen beim ersten Versuch waren, desto wahrscheinlicher wird zweiter Versuch. Ursachen für Depression und wiederholte Suizidversuche können Spannungen mit den Eltern, Stress, Selbstzweifel, Ängste oder der Umzug in

eine neue Stadt sein. Anscheinend vergehen oft Jahre bis suizidale Jugendliche einen erneuten Versuch wagen, was die Verhinderung umso schwieriger macht (vgl. Universität Dresden 2000: 4).

Schulen: Die Schule ist neben der Familie eine wichtige Sozialinstanz. Schülerinnen und Schüler verbringen einen Grossteil ihres Tages in der Schule, wo sie Freundschaften schliessen, sowie Kommunikations- und Verhaltensstrategien lernen und ausprobieren (vgl. Bründel 2004: 67). Bründel erwähnt, dass Schulen zwar Jugendliche nicht direkt in den Suizid treiben, jedoch durch Notengebung, Leistungsdruck und Versetzungen, Schülerinnen und Schülern, die sich in einer Krise befinden, zum Suizid motivieren können. Die Schulen können zwar Anlässe für suizidale Gedanken geben, jedoch liegen die Ursachen für Suizidalität oft tiefer. So erhöhen z.B. schlechten Noten erst durch die Reaktionen der Eltern mittels Sanktionen das Suizidrisiko (vgl. Bründel 2015: 38f). Suizidalität muss insbesondere bei Jugendlichen immer im Gesamtkontext betrachtet werden.

2.4.2 Komorbidität von Suizidalität

Komorbidität von Suizidalität deutet auf die verschiedenen Kombinationen und Muster in der Suizidalität als Begleitsymptom oder «Begleiterkrankung» von anderen Erkrankungen hin. Wie bereits gesehen können körperliche Faktoren und andere das Suizidrisiko erhöhen, jedoch wird vor allem die Entwicklung einer psychischen Störung in Verbindung mit Suizidalität gesehen. So meint Schenk und auch andere Literaturen, dass bei ca. 90 Prozent der Menschen, die sich das Leben nahmen, im Verlauf ihres Lebens eine psychische Störung diagnostiziert wurde (vgl. Schenk 2014: 12-13). Auch Forkmann et al. erwähnen, dass Studien aufzeigten, dass Krankheitsbezogene Faktoren wie psychische Erkrankungen in 90% der Suizidfällen bereits vorhanden waren. Sehr häufig werden affektive Störungen (43%), substanzbezogene Störungen (26%), Persönlichkeitsstörungen (16%) sowie psychische Störungen (9%) erwähnt. Abhängig davon ob eine psychische Störung zu einem vollendeten Suizid führt ist die Symptomschwere und das Vorliegen komorbider psychischer Störungen bei einer Person (vgl. Forkmann et al. 2016: 22-28). Auch Depressionen sind im Jugendalter eine häufige Erkrankung, welche in Verbindung mit anderen Störungen eine hohe Komorbidität aufweist. Vor allem Mädchen sind in der Pubertät doppelt so häufig von einer Depression betroffen (vgl. Kratzer/Juen 2020: 141f). Später wir noch näher auf die Komorbidität von Suizidalität und Depression eingegangen.

2.4.3 Schutzfaktoren

Im Gegensatz zu Risikofaktoren, welche sehr gut erforscht sind, gibt es zu den Schutzfaktoren, welche das suizidale Risiko reduzieren nur wenige Untersuchungen und Studien.

Allgemein ist bekannt, dass z.B. eine positive Integration in einer Gruppe mit einem reduzierten Risiko in Verbindung stehen. Auch positiver Selbstwert und Selbstwirksamkeit, Problemlösungsfähigkeit und soziale Unterstützung können schützend wirken (vgl. Forkmann et al. 2016: 22-28). Wie beim Risikofaktor Familie bereits erwähnt wurden, zeigten auch einige Studien auf, dass die Beziehung der Jugendlichen zu ihren Eltern eine schützende Wirkung haben kann (vgl. Altenburger 2017: 28-31). Familien haben ausserdem einen starken Einfluss auf das Selbstbild des Jugendlichen. Durch emotionale Verbundenheit, konstruktives Lösen von Konflikten sowie in das Miteinbeziehen von Entscheidungsprozesse stärken Familien das Selbstbild und Selbstbewusstsein des Jugendlichen (vgl. Kratzer/Juen 2020: 146). Neben den allgemein bereits bekannten Schutzfaktoren wie positive emotionale Beziehungen, gehören auch soziale und religiöse Werte und Normen zu den schützenden Faktoren. Zu den indirekten Schutzfaktoren zählen Gesetze oder Sperren, die den Zugang zu Suizidmitteln verwehren oder erschweren z.B. Verschärfungen in den Waffen- und Betäubungsmittelgesetz oder Blockaden bei Zugübergänge und Sicherungen von Gebäuden (vgl. Gerngross 2020: 37).

Im Kapitel 3. werden die Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Prävention und Intervention nochmals näher betrachtet.

2.5 Entstehung von Depression bei Jugendlichen

Im Vergleich zu den Theorien über die Entstehung von depressiven Störungen gibt es nur wenige Erklärungsansätze für den Depressionsverlauf und dessen Ausmass. Kognitive Perspektiven oder Erklärungsmodelle sind heute besonders für die Behandlung von Depressiven von grosser Wichtigkeit. Einige Modelle zeigen, dass depressiv fördernde Kognitionen oft bis in die frühe Kindheit der Betroffenen zurückreichen und durch aktuelle Belastungen wieder aktiviert werden. Jugendliche befinden sich noch in der Entwicklung, so bauen neue kognitive Strukturen auf bereits vorhanden auf und diene als Basis für die zukünftige kognitive Entwicklung.

2.5.1 Kognitive Theorie nach Beck

Der Begriff Kognition wird allgemein sehr weit gefasst. So kann Kognition alle Gedanken, Überlegungen, Meinungen oder Einstellungen und Gefühle und Emotionen als «Kognitionen» bezeichnen. Es beschreibt wie eine Person eine Situation einschätzt und welche Auffassung sie von ihrer eigenen Person, der Welt, der Vergangenheit und der Zukunft hat (vgl. Essau 2007: 137). Nach der kognitiven Theorie von Beck (1996), neigen Depressive bei der Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Erfahrungen und ihrer Umwelt zu negativen, irrationalen Denkmustern, als auch logischen Denkfehlern, was sich in drei Komponenten zeigt:

- Die kognitive Triade beschreibt alle negativen Bewertungen gegenüber der *eigenen Person*, der *eigenen Erfahrungen in der Umwelt* und der *eigenen Zukunft*. In einem negativen Selbstbild sehen sich die Betroffenen als fehlerhaft und schlecht. Sie kritisieren sich selbst und reduzieren ihr Selbstwert. Schwierige Ereignisse und Situationen werden überbewertet. Im Hinblick auf die Zukunft sehen sie nur potenzielle Fehlschläge und Niederlagen.
- Die «Schemata» lassen sich als kognitive Verarbeitungsmuster verstehen, welche Personen in bestimmten Situationen und Umgebungen wahrnehmen. Diese werden bewertet und in eigene Erfahrungen strukturiert eingebettet. Daraus entwickelt der Mensch ein Konzept, welches sein Verhalten in ähnlichen Situationen bestimmt. Bei depressiven Personen können sich schon in früher Kindheit negative Denkschemata durch schwere Ereignisse verfestigen. Auch nach Jahren ohne solche Ereignisse können schwierige Stationen diese Denkschemata wieder aktivieren. Die neuen Informationen werden diesen Schemata wieder angepasst, dabei entstehen sogenannte Denkfehler (vgl. Groen/Petermann 2002: 109-111).
- «Kognitive Verzerrungen» oder «Denkfehler» zeichnen sich bei Depressiven dadurch aus, dass sie aus allen Situationen willkürliche Schlussfolgerungen ziehen, indem sie Situationen und Ereignissen negativ interpretieren, obwohl keine Fakten oder Schlüsse dies rechtfertigen (z.B. «ich erhielt kein Geschenk, meine Eltern lieben mich nicht»). Eine weitere Verzerrung ist die «selektive Abstraktion», das bedeutet Schlüsse werden nicht gesamtheitlich aus einer Situation betrachtet, sondern nur vereinzelt. Ein weiterer Fehler ist die Übergeneralisierung. Das heisst die Schlussfolgerung einer Situation werden auf alle anderen Situationen übertragen (vgl. Essau 2007: 106). Bronisch ergänzt hier, dass diese Denkfehler sich wiederum zu einem negativen Selbstbild, Einstellung und Erwartungen führen sowie sich negativ auf Bewältigungsstrategien auswirken. Was wiederum die bereits erwähnte kognitive Triade verstärkt. Solche kognitiven Verzerrungen werden immer weiter eintrainiert und verfestigen sich bei den Betroffenen. (vgl. Bronisch 2020: 112f).

Hoffnungslosigkeit: Ein weiterer wichtiger Faktor bei Depression, welcher von mehreren Autorinnen und Autoren wiederholt erwähnt wird, ist die Hoffnungslosigkeit. Die Hoffnungslosigkeit spiegelt sich in den drei Triaden aus Becks kognitiven Model und beschreibt die generelle Erwartung von depressiven Menschen für künftige Ereignisse. Dabei ist die Hoffnungslosigkeit ein bedeutender Prädiktor für suizidales Verhalten, als auch für Depressivität. Hoffnungslosigkeit kann als Konsequenz betrachtet werden, die darauf hindeuten, dass nicht genügend Problemlösungsfähigkeiten vorhanden sind und die Betroffenen daher

glauben es gebe auch in Zukunft keine Lösungen. Sie sind somit hoffnungslos. Hoffnungslosigkeit ist somit eine subjektive Einschätzung und nicht eine objektive Betrachtung einer Situation oder eines Ereignisses, welches mit der aktuellen Depression in Verbindung steht (vgl. Bronisch 2020: 117f).

2.5.2 Kritische Lebensereignisse

Der Anstieg von Depression und depressiven Störungen in der frühen Adoleszenz bei Jugendlichen ist nach Essau et al. darauf zurückzuschliessen, dass Jugendliche in der Pubertät verschiedene biologische, psychologische und soziale Veränderungen unterliegen. Neben Veränderungen beim Körper nehmen auch die Beziehungen zu Gleichaltrigen, die Ablösung von der Familie, die Selbständigkeit, Rollenanforderungen und schulische Anforderungen stetig zu. Solche Veränderungen stellen mögliche Problemquellen für belastende Lebensereignisse dar, welche das Risiko für depressive Störungen erhöhen. Geschlechtliche Unterschiede zeigten sich in verschiedenen Studien dadurch, dass Mädchen eine höhere Sensibilität gegenüber Lebensereignissen entwickeln. Sie scheinen bzgl. Identitätsfindung und Entwicklung von Selbstwertgefühl stärker von ihrem sozialen Umfeld abhängig zu sein. Somit konnte besonders bei Mädchen mit belastenden Lebensereignissen und Problemen im sozialen Umfeld ein erhöhtes Ausmass an depressive Störungen festgestellt werden (vgl. Essau et al. 2002: 68ff).

Neben den biologischen Faktoren, die ein eigenständiges Forschungsgebiet abdecken, werden jetzt hier die psychosozialen Faktoren von kritischen Lebensereignissen wie: Krisen, Traumata und Mangel an positiven Gefühlen genauer betrachtet. Dabei zeigt das Konzept der Lebensereignisse grosse Ähnlichkeiten wie jenes Krisenmodell der Suizidalität. Kritische Lebensereignisse bedeuten Ereignisse, die von den Betroffenen stark Anpassung erfordern. Unterschiedliche Studien konnten bereits nachweisen, dass negative Lebensereignisse bei depressiven Jugendlichen schon vor Beginn der depressiven Episode eintreten. 77% der Jugendlichen sehen ihre Depression als Reaktion auf Ereignisse wie: Liebeskummer, Probleme mit den Eltern und Schulschwierigkeiten. Wird zwischen positive und negative Lebensereignisse unterschieden, so zeigte sich, dass depressive Jugendliche signifikant öfter als nicht-depressive Jugendliche von negativen Lebensereignissen berichten. Die Lebensereignisse, welche Risiko für eine Major-Depression gelten, treten bei Jungen und Mädchen in unterschiedliche Arten und Kombinationen auf. In Bezug auf Reinherz et al. (1993), erwähnt Essau beispielsweise, dass der Tod eines Elternteils vor dem 15. Lebensjahr, eine Schwangerschaft oder gesundheitliche Probleme ein Risikofaktor besonders bei Mädchen darstellt. Bei Jungen hingegen war es die Wiederheirat eines Elternteils (vgl. Essau 2007: 147f).

Von den primären Risikofaktoren von Jugendlichen gehören davon 70% zu den kritischen Lebensereignissen. Solche Ereignisse sind Verlust eines Elternteils, Trennung/Scheidung der Eltern, psychische und physische Erkrankungen eines Elternteils, längerfristige Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr und niedriger Sozialstatus. Andere andauernde Belastungen wie Probleme in sozialen Beziehungen, Mangel an Freundschaften, subjektiv gering empfundene Attraktivität, schulische Unter- und Überforderung sowie Schulwechsel können eine Depression auslösen oder begünstigen (vgl. Mehler-Wex/Kölch 2008: 151). Neben kritischen Lebensereignissen können auch alltägliche Belastungen ein Risikofaktor sein. Dazu gehören Konflikte mit und zwischen den Eltern, Konflikte mit Geschwistern, Gleichaltrigen und Lehrern, die finanziellen Sorgen der Familie oder den eigenen schulischen Problemen. Kritische Lebensereignisse und Stress sowie die Überwindung von Entwicklungsanforderungen, sind nicht nur Risikofaktoren für psychische Störungen. Die Bewältigung und Auseinandersetzung mit verschiedenen Lebensanforderungen stellen auch eine wichtige Quelle für die Entwicklung der Persönlichkeit, der Fertigkeiten und der Kompetenzen dar. Viele Jugendliche zeigen nämlich trotz erhöhtem Stress und belastenden Situationen keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit. Daher geht die Lebensforschung von einem transaktionalen Stressmodell aus, wobei Stress als wechselseitige Auseinandersetzung zwischen Person und Umwelt verstanden wird. Die subjektiven Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse und soziale Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle. Unterschiedliche Studien weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang von Lebensereignissen und belastenden Erfahrungen auf der einen Seite, und depressive Symptome sowie Störungen auf der anderen Seite durch personale und soziale Merkmale verstärkt werden wie: negative Kognitionen (z.B. geringes Selbstwertgefühl), mangelnde soziale Unterstützung und beeinträchtigte Bewältigungs- und Problemlösungskompetenzen (z.B. passiv und vermeidender Umgang mit Problemen) (vgl. Groen/Petermann 2002: 113f).

Nach Essau gibt es aber auch Hinweise, die aufzeigen dass kritische Lebensereignisse eine unspezifische Bedeutung für den Beginn einer Major-Depression haben. Es gibt Jugendliche, die unter gleichen Bedingungen keine Depression entwickeln, was darauf schließen lässt dass gewisse Menschen empfindlicher auf solche Ereignisse reagieren. In Bezug auf das Modell von Nezu et al. (1989), stellt ein ineffektives und defizitäres Problemlöseverhalten einen wesentlichen Faktor für die Entstehung von Depression dar. Problemlösen beschreibt den Prozess, in dem eine Person effektive individuelle Verhaltensweisen zur Bewältigung einer problematischen Situation anwendet. Depressive Jugendliche weisen hier oft ein Defizit auf, besonders bei kritischen Lebensereignissen. Auch bei Bewältigungsstrategien, wo es darum geht wie Jugendliche mit negativen Lebensereignissen umgehen,

konnte bei depressiven Jugendlichen festgestellt werden, dass diese sich schlechter an die Situation anpassen und daher die Situation schwerwiegender erleben, als Jugendliche ohne Depressionen. (vgl. Essau 2007: 154f). Es lässt sich Schlussfolgernd sagen, dass weitere Faktoren wie z.B. Bewältigungsstrategien und Problemlösungsverhalten etc. auch eine wichtige Rolle in der Entstehung und Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und Depression spielen (vgl. ebd.: 157). Obwohl die verschiedenen Untersuchungsergebnisse zeigten, dass ein wesentlicher Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Depression besteht, ist dieses Forschungsgebiet jedoch noch lange nicht völlig erforscht. Es gibt unterschiedliche Konzepte, Modelle und Ansätze, die weiter versuchen die Entwicklung von depressiven Störungen auf psychologische, biologische und soziale Wege zu erklären. (vgl. Mehler-Wex/Kölch 2008: 151).

2.5.3 Verlauf von Depression

Nach Lehmkuhl gibt es in der Erforschung von Depression im Kindes- und Jugendalter nur wenig Erfahrungswissen über den Verlauf einer manifestierenden Depression. Unterschiedliche Studien anhand depressiven Erwachsenen legen jedoch nahe, dass bereits die ersten depressiven Episoden in der Kindheit und im Jugendalter zwischen dem 15- und 19-Lebensjahr auftreten. So sind Kinder von depressiven Eltern eher von einer Früherkrankung betroffen, als Kinder ohne depressive Eltern. Die depressiven Symptome sind Lebens- und Entwicklungsalter abhängig. Bereits im Säuglingsalter und in der Kindheit können Symptome wie Schlafstörungen, Gehemmtheit, Trennungsängstlichkeit und Antriebsminderung vorhanden sein. Bei Schulkindern sind Anzeichen wie Spielunlust und Rückgang der Fantasietätigkeiten Anzeichen einer depressiven Entwicklung. Bis ins Jugendalter kommen andere Hinweise einer Depression hinzu wie: Schlaf- und Appetitstörungen, sozialer Rückzug von Familie und Freunden, Gewichtsverlust oder -zunahme, verschlechternde Schulleistungen sowie Klagen über Müdigkeit und Passivität. Im zunehmenden Alter können sich bereits die ersten Suizidgedanken und -handlungen entwickeln. Besonders im Jugendalter wird die Depression von einer niedrigem Selbstwert begleitet. Bei Jugendlichen verlaufen Depressionen oft chronisch, so dauert eine depressive Episode ca. 30 Wochen, es wurden auch schon längere Verläufe nachgewiesen. In Bezug auf Kovacs et al. (1984) erwähnt Lehmkuhl, dass die Dauer einer depressiven Episode von Faktoren wie ein dysfunktionales Familienumfeld sowie vom Schweregrad der erstmaligen Depression und Umfang der Interventionsmassnahmen abhängt. Mädchen haben deutlich längere Episoden als Jungen. Bei depressiven Jugendlichen kommt es vermehrt zu Rückfällen. Bezogen auf die Untersuchungen von Emslie et al. (1997) waren 98% der Patienten und Patientinnen innerhalb des ersten Untersuchungsjahrs wieder genesen, bei 47% er-

eignete sich einen Rückfall und bei knapp 70% innerhalb von zwei Jahren. Faktoren, welche diese Rückfälle begünstigten, waren Suizidgedanken, erste Suizidversuche, ein hoher Schweregrad der ersten Episode, frühes Alter bei Störungsbeginn und andauernde pessimistische und selbstabwertende Kognitionen. Bei Nachuntersuchungen zeigten Jugendliche ausserdem ein erhöhtes Ausmass an psychosozialen Beeinträchtigungen. Solche Beeinträchtigungen standen in Verbindung mit Problemen innerhalb familiärer und freundschaftlicher Beziehungen, schulischen Probleme und bei Konflikten mit dem Gesetz. Zudem treten bestimmte depressive Symptome in unterschiedlichen Altersgruppen anders häufig auf. So zeigten sich bezogen auf die Untersuchungen von Goodyer und Cooper (1993), dass bei Jugendlichen aller Altersstufen die häufigsten genannten Symptome Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gewichtsveränderungen, sowie Drogen- und Alkoholkonsum sind. Obwohl es bis heute keinen deutlichen genetischen beweis für die Übertragung von Depressionen innerhalb der Familien gibt, so kann ein depressiver Elternteil als eines der Hauptrisiko für die Entwicklung einer Depression im Kindes- und Jugendalter benannt werden, was auch zahlreiche Familienstudien belegen. So hatten Kinder von depressiven Eltern ein sechsfaches höheres Risiko als Kinder von psychisch gesunden Eltern. Psychosoziale Faktoren für diese Übertragung können in einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehung, bei Ehekonflikten und bei der Beeinträchtigung der elterlichen Kompetenzen durch ihre Depression gesehen werden (vgl. Lehmkuhl 2002: 28-31).

2.5.4 Komorbidität von Depression

Komorbidität kann definiert werden als Auftreten mehr als einer spezifischen Störung bei einer Person in einen bestimmten Zeitfenster. Die Komorbidität kann bei Menschen sehr unterschiedlich variieren. So kann z.B. eine Angststörung der Depression vorrausgehen oder umgekehrt. Dies zeigt auch die Untersuchungen von Lewinsohn et al. (1998), Essau erwähnt hier, dass die Lebenszeitdiagnose von depressiven Jugendlichen bei Angststörungen 21%, mit Verhaltensstörungen 12.4%, bei Suchtmittelkonsum 20.1% und mit Essstörungen 2.6% betragen. In den meisten Studien tritt als häufigste Komorbiditätsmuster das von Angst- und depressiven Störungen auf (vgl. Essau 2007: 65-68). Es gibt auch geschlechtliche Unterschiede. Bei Jungen sind vor allem Drogen- und Alkoholmissbrauch, und aggressives Verhalten sowie andere Verhaltensstörungen komorbid mit Depressionen zu finden. Mädchen hingegen weisen vermehrt Angst- und Essstörungen in Verbindung mit Depression auf. Weil es nicht ausreichende allgemeine Konzept zu Studium der Komorbidität gibt, können solche Komorbiditätsbefunde frei interpretiert werden (vgl. Lehmkuhl 2002: 28).

Eine weitere Problematik sieht Remschmidt, dass die Komorbidität einer Depression das Erkennen der Krankheit erschweren könnte. So können Angst- und Zwangsstörungen die

depressiven Symptome überdecken und die Behandlungsstrategie verkomplizieren (vgl. Remschmidt 1999: 1501). Weiter ergänzen hier Groen und Petermann bezogen auf Kaslow et al. (1998), dass in der Behandlung von Komorbidität einer Depression zuerst die ursächliche Störung behandelt und die Depression weiter beobachtet werden sollte. Ist z.B. die Angststörung aufgehoben und bestehen die Depression weiterhin, so sollte die Weiterbehandlung der Depression unternommen werden. Bei einer aktuellen Suizidgefahr sind spezielle Behandlungsmassnahmen zu unternehmen wie z.B. eine vollstationäre, geschützte Unterbringung, medikamentöse Behandlung und eine spezielle Krisenintervention. Dabei erwiesen sich Kognitive-Verhaltenstherapien als Hilfreich in der Behandlung mit depressiven Jugendlichen, welche regelmässige Suizidgedanken und Suizidversuchen aufweisen. Wobei die Suizidalität sich oft mit der Depression reduzierte (vgl. Groen/Petermann 2002: 178f).

2.6 Jugendliche zwischen Depression und Suizidalität

Wie bereits betrachtet wurde können Depression und Suizidalität gemeinsam, sowie komorbid mit anderen psychischen Störungen auftreten und sich gegenseitig beeinflussen. Um nun die Fragestellung beantworten zu können, wird in diesem abschliessenden Kapitel betrachtet, ob eine solche Grenze von Depression zu Suizidalität definierbar ist und welche Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede sich finden lassen.

Depressive Erkrankungen gehören nicht nur in der Allgemeinbevölkerung zu den häufigsten psychischen Störungen, sondern gelten auch als «Prototyp» für Suizidalität. Kein anderes psychisches Störungsbild, wie die Depression, grenzt so stark mit ihren negativen, lebensverneinenden Tendenzen und Erwartungen sowie Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und existenzielle Bedrohung an die Suizidalität. In Bezug auf psychologische Autopsie-Studien von Barraclough et al. (1974) erwähnen Wolfersdorf und Etzersdorfer, dass 60% aller Suizide von Menschen mit einer depressiven Störung durchgeführt werden. Die unipolare Depression sei dabei die psychische Erkrankung, welche am stärksten mit Suizidalität assoziiert wird. Beim Prädiktor Lebenszeitsuizidrisiko fand die Studie heraus, dass bei Menschen mit Depressionen eine 4-6% Wahrscheinlichkeit einer suizidalen Handlung besteht. Jedoch ist dieser Prädiktor von der aktuellen Suizidrisiko zu unterscheiden. Die aktuelle Suizidgefährdung hängt von Faktoren wie Psychopathologie, konkreten Anzeichen einer Suizidalität (z.B. Suizidgedanken, Suizidankündigungen) und akuten Lebensereignissen sowie weiteren Faktoren ab (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 153).

Auch Bronisch konnte rückblickend auf die kognitive Verhaltenstherapie von Beck (1967) feststellen, dass suizidale Verhaltensweisen ein depressives Denkschema zugrunde liegen. Depressive Personen sehen die Welt und die Zukunft schwarz, ohne Hoffnung, sodass ihnen nur noch der Suizid bleibt. Anhand von Autopsie-Studien, erwähnt Bronisch weiter,

dass 40-70% der Verstorbenen eine depressive Störung hatten. Auch bei Patientinnen und Patienten von stationären Einrichtungen, liessen sich vor und nach Suizidversuchen depressive Symptome feststellen. Kritisch betrachtet Bronisch jedoch andere empirische Befunde, die keinen sicheren Zusammenhang zwischen Depression und suizidalen Verhalten fanden. Depressionen können daher eher als Risikofaktor für Suizidalität gesehen werden (vgl. Bronisch 2020: 103f). Statistische Zahlen können zwar Aussagen über Unterschiede und Gemeinsamkeiten von verschiedenen Risikogruppen machen, jedoch lässt sich die aktuelle individuelle Suizidgefahr nicht wirklich daraus ableiten (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 148). Auch Braun-Scharm ist der Meinung, dass keine zwei psychiatrischen Störungsbilder sich so stark überschneiden wie die Depression und die Suizidalität. Dennoch sind Depression und Suizidalität nicht deckungsgleich. Nicht alle Menschen mit einer depressiven Störung entwickeln eine Suizidalität und nicht alle suizidalen Menschen sind gleichzeitig depressiv (vgl. Braun-Scharm 2002: 81f). Anhand der Untersuchungen von Berger et al. (2009) meint Scherr, dass die meisten psychisch erkrankten Menschen, letztendlich nicht an Suizid sterben. Die Suizidmortalitätsrate von depressiven Personen liegt bei 2%, bei depressiven Personen mit Stationärenbehandlung bei 4% und bei Personen, die wegen suizidaler Handlungen klinisch behandelt werden bei 9% (vgl. Scherr 2016: 71).

Wie ist es aber bei Jugendlichen die von Depression und/oder Suizidalität betroffen sind? Bezogen auf die Studie von Oldehinkel et al. (1999), erwähnen Groen und Petermann, dass Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren mit einer Major-Depression (10.4%) oder Dysthymien Störung (25.5%) in einem Zeitraum von 14 bis 24 Monaten nach der Untersuchung deutlich häufiger Suizidgedanken als Jugendliche ohne Depressionen (3.6%) hatten. Auch Suizidversuche kamen bei den erwähnten Störungen (4.4% Major-Depression und 17.3% Dysthymie Störungen) deutlich häufiger vor. In Bezug auf Kovacs et al. (1993) konnte festgestellt werden, dass zudem das Risiko eines Suizidversuchs bei der Langzeitdiagnose einer Depression gegenüber der Kontrollgruppe um das Fünffache erhöht war. Das Risiko stieg um das fast Dreifache nochmals an, wenn die Depression in der Kombination mit anderen Störungen, wie Drogenmissbrauch oder Störungen des Sozialverhaltens auftrat. Somit hat also bereits die Diagnose einer Depression doch eine wesentliche Vorhersagekraft im Hinblick auf mögliche suizidale Handlungen (vgl. Groen/Petermann 2002: 67f).

Gibt es aber Anhaltspunkte, um zu erkennen ob die Depression eines Jugendlichen in eine akute Suizidalität umschlägt? Wewetzer und Quaschner sind der Meinung, dass viele Symptome, die Jugendliche mit Depressionen aufzeigen, sich auch bei suizidgefährdeten Jugendlichen finden lässt. Dazu gehören Symptome wie gedämpfte Stimmung, Interesse- und Freudlosigkeit, sowie geringer Selbstwert, Unruhe, Selbstschädigung und Schlafstörungen. Bei suizidalen Verhalten zeigt sich am häufigsten eine komorbide affektive Störung

(vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 12). Schulte-Körne geht bei der Ursache und Wechselwirkung noch näher darauf ein und meint, dass die Hauptsymptome einer Depression Konzentrationsprobleme, Freudlosigkeit, Selbstwertverlust, Schlafstörungen, Aktivitäts-, Interesse- und Appetitsverlust sind und die Suizidalität besonders bei mittelschweren und schweren Depressionen auftreten. Wiederum beeinflusst die Suizidalität die psychosoziale und schulische Entwicklung des Jugendlichen massiv. Sie erhöht das Risiko, dass die Betroffenen eine Klasse wiederholen oder die Schule wechseln müssen. Dies wiederum hängt mit der Depression aufkommende neurokognitive Störungen zusammen. Die Jugendliche sind nicht mehr fähig die Schulaufgaben zu meistern und beziehen dann ihr Versagen auf ihre eigenen Fähigkeiten. Sie können die Lernbeeinträchtigungen und Stress im Alltag nicht mehr kompensieren und es fällt ihnen schwer, dann noch Hilfe zu suchen. Auch ein negatives Schulklima und eine geringe Schulverbundenheit können sich negativ auf das Erkrankungsrisiko für Depressionen und Suizidalität auswirken (vgl. Schulte-Körne 2016: 183). Scherr ist der Meinung, dass die Ursache für das häufige gemeinsame Auftreten von Depressionen und Suizidalität sich daraus rückschliessen lässt, dass beide Phänomene aus denselben Risikofaktoren entstehen. Zu diesen Faktoren gehören besonders das männliche Geschlecht, psychische Erkrankungen und Suizidversuche innerhalb der Familie, Hoffnungslosigkeit, vergangene Suizidversuche, Drogenmissbrauch und weitere komorbide Störungen. Es ist möglich auf kognitiver Ebene noch detaillierter auf beide Phänomene einzugehen. So zeigen sich im Kontext von Depression, als auch bei erhöhter Suizidalität, oft negative kognitive Schemata bei den Betroffenen bzgl. der Einschätzung gegenüber der eigenen Zukunft. Die kognitive Flexibilität ist bei Suizidalität und Depression gleichermaßen eingeschränkt (vgl. Scherr 2016: 92-94).

Unter Berücksichtigung der Untersuchungen von McGirr et al. (2007), erwähnt Scherr weiter, dass es auch gravierende Unterschiede gibt zwischen depressiven Menschen und Depressive, welche durch Suizid verstarben. So litten depressive Personen, welche sich suizidierten, öfters unter Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Gefühlen von Wertlosigkeit, Schuldgefühlen oder Suizidgedanken, während sie seltener von Müdigkeit, Konzentrationsstörungen oder Entscheidungsunfähigkeit betroffen waren (vgl. ebd.: 96).

Um aber klar Darzustellen, wie sich depressive und suizidale Jugendliche von anderen Jugendlichen mit leichten Depressionen oder anderen Störungsbilder unterscheiden lassen, können hier die vier Symptomgruppen von Wolfersdorf und Etzersdorfer herangezogen werden, welche wie folgt beschrieben werden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 151):

Kognitive Symptome

- Gedanken der Wertlosigkeit, Schuld sowie Scham.
- Fehlendes Selbstbewusstsein.
- Altruistische Gedanken (die Welte wäre ohne mich besser).
- Gefühle und Gedanken der Hoffnungslosigkeit/Hilfslosigkeit.
- Einengungen im Denken
- Depressiver Wahn von Untergang der eigenen Person sowie existenzielle Bedrohung

Psychomotorische Symptome

- Äussere Agitiertheit und innere Unruhen
- Ein Zunehmender Antrieb trotz depressiver Gestimmtheit

Psychosomatische Symptome

- Anhaltende Schlafstörungen
- Schlaflosigkeit

Verhalten

- Rückzug aus Kontakten und soziale Isolation
- Abreisendes Verhalten gegenüber äusseren Kontaktaufnahmen
- Appelle und verbale Hilferufe. Das Gefühl man hätte keine andere Wahl als den Suizid (Ambivalenz)

Wie bereits im Theorieteil betrachtet wurde, können auch akute und chronische belastende Ereignisse und Krisen bei Jugendlichen zu depressiven und suizidalen Reaktionen führen. Dabei spielen familiäre Probleme wie Trennung/Scheidung oder psychische Erkrankungen der Eltern eine entscheidende Rolle. Akute Belastungen führen vor allem dann zu suizidalen-depressiven Reaktionen, wenn sie sich auf emotionale, soziale und psychophysiologische Zustände des Jugendlichen treffen. Daraus entstehen dann weitere Belastungen, die auf die depressive Störung und auffälligen Verhaltensweisen des Jugendlichen selbst zurück zu führen sind (vgl. Braun-Scharm 2002: 89f).

Weiter muss auch berücksichtigt werden, dass die suizidalen Handlungen oft im Zusammenhang mit einem impulsiven Ausbruch auftreten. Dabei stehen die depressiven Anteile eher im Hintergrund. Von diesem spezifischen Subtyp können nach Braun-Scharm drei Formen unterschieden werden:

1. Impulsivität als Durchführungsmodus: Der Suizid tritt nach einer längeren depressiven Entwicklung impulsartig ein, wodurch die Handlungen spontaner wirken als sie sind. Dabei verwenden die Betroffenen oftmals Mittel wie Medikamente, Alkohol oder Drogen, um ihre Ambivalenz und Hemmschwelle zu reduzieren.
2. Impulsivität als Persönlichkeitsmerkmal: Aufgrund von impulsiven Handlungen die speziell bei Borderliner-Patienten oft auftreten, kann nicht immer klar unterschieden werden ob die impulsiven Handlungen aufgrund der Grunderkrankungen oder in Bezug auf den Suizidakt selbst auftreten.
3. Impulsivität als Verhalten: Bei Jugendlichen lassen sich Überschneidungen finden von Suizidalität und Dissozialität. Dabei können Aggressionen, Feindseligkeiten und Ärger nahe beieinander liegen und impulsartig auftreten (vgl. ebd.: 95f).

Abschliessend erwähnen Wolfersdorf und Etzersdorfer in Bezug auf Linden (1969) die Begriffe «Bedenkzeit» und «Entschlusszeit», welche die zeitliche Dauer von den ersten Suizidgedanken bis zum Entschluss, den Suizidplan in die Tat umzusetzen, genauer ein- bzw. abzugrenzen. Dabei fand Linden in seinen Untersuchungen an Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen heraus, dass zwei Drittel der Betroffenen eine Bedenkzeit von weniger als einen Tag hatten. Über die Hälfte der Suizidenten (58.5%) habe in den ersten Stunden nach einer Suizididee den Entschluss gefasst sich zu suizidieren. Bei 61% wurde jedoch die Umsetzung ohne konkreten Plan unternommen. Aus klinischer Sicht stellen solche impulsive Handlung, die in psychosozialen Krisen stattfinden, die grösste Bedrohung dar, da keine längere Entwicklungszeit von Suizidalität vorhanden scheint, was das Intervenieren erschwert. Depressiv Erkrankte hingegen weisen oft eine längere Entwicklungsphase der Suizidalität auf. Die Entscheidung sich selbst das Leben zu nehmen impliziert jedoch nicht eine zeitliche Aussage, wann der Entschluss durchgeführt werden soll. Aus diesen Grund kann man in vielen Modellen und Theorien keine genauen Aussagen dazu finden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 65f). Neben impulsiven Entscheidungen, depressiven Symptomen und kritischen Lebensereignissen, eignen sich nach Scherr die Aussagen von Jugendlichen über Suizidgedanken, Suizidpläne oder Suizidversuche als klarstes Indiz für eine akute Suizidgefahr. Sind ausserdem depressive Episoden so schwer, dass die Schule nicht mehr besucht werden kann oder können Alltagsaufgaben nicht mehr richtig bewältigt werden, muss von einer schweren Depression ausgegangen werden, welche eine stationäre Behandlung erfordert (vgl. Scherr 2016: 64f).

2.7 Zwischenfazit

Im Hauptteil dieser Bachelor-Arbeit wurde aufgezeigt, dass Depression und Suizidalität zwei Phänomene sind, die in unsere Gesellschaft eine aktuelle Problematik und eine Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellen. Depression und Suizidalität sind bei den Betroffenen so individuell, dass es keine einheitliche Definition gibt. Zudem gibt es nur mögliche Theorie und Modelle, die versuchen die Entstehung, die Ursachen und die Faktoren aufzuzeigen, welche Depression und Suizidalität verursachen und beeinflussen. Dabei wurde ersichtlich, dass die Depression und Suizidalität eng miteinander verbunden sind und in einer Wechselwirkung zueinanderstehen. Besonders bei Jugendlichen spielen bei der Entstehung und Verlauf einer Depression und Suizidalität viele Faktoren eine Rolle. Es wurde aufgezeigt, dass Suizidalität und die damit Verbundenen Anzeichen wie Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche etc. bereits als Symptom für leichte und vor allem schwere Depression bzw. Major-Depression oder Dysthymie auftreten können. Kritische Lebenssituationen und unterschiedlichste Arten von Krisen begünstigen die Entwicklung und den Verlauf von Depression und Suizidalität. Dabei kann der Suizid/die Selbsttötung als schrecklichen Ausgang einer impulsiven Entscheidung oder als langwieriger Entscheidungsprozess solch einer Krise gesehen werden. Obwohl Suizide bei depressiven Jugendlichen sehr selten sind, spielen hier die Prävention und Intervention eine wichtige Rolle, denn jeder suizidierte Jugendliche ist ein verlorenes Leben zu viel. Wie die Schule und vor allem die Schulsozialarbeit auf Depression und Suizidalität reagieren können und wo ihre Grenzen sind wird im nächsten Teil der Arbeit betrachtet.

3 Schulsozialarbeit im Umgang mit Suizidalität und Depression

3.1 Leitbild und Handlungsprinzipien der Schulsozialarbeit

Weil es bis heute keine einheitliche Definition von Schulsozialarbeit gibt und dies weitere fachliche Diskussionen in Zukunft benötigt, wird hier prägnant versucht eine klare Definition zu verwenden. In Bezug auf die Definition von Speck (2006) erwähnt Mallek, dass es sich bei Schulsozialarbeit um sozialpädagogische Fachkräfte handelt, die am Institutionsort Schule kontinuierlich mitwirken und auf einer kooperativen Basis mit anderen Lehrkräften zusammenarbeiten um die soziale, individuelle sowie schulische Entwicklung von jungen Menschen zu fördern. Weiter versucht die Schulsozialarbeit kurz SSA die Bildungsbenachteiligung von Kindern und Jugendlichen abzubauen und Erziehungsberechtigte, sowie Lehrkräfte in beraterische und erzieherische Tätigkeiten mit einzubeziehen (vgl. Mallek

2013: 9). Auch wenn Kinder und Jugendliche die Hauptzielgruppe der SSA sind, so richten sich die Hilfsgruppe an weitere Zielgruppen wie die Erziehungsberechtigten, andere Bezugspersonen, sowie an die Lehrkräfte und die Schulleitung. Lehrkräfte sind nicht nur für die Zusammenarbeit wichtig, sie sind auch Fachkräfte, die bei Problemsituationen mit Schülerinnen und Schülern selber Beratung benötigen. Die Unterstützung von Lehrkräften kommt auch den Jugendlichen zu gute (vgl. Mallek 2013: 10-12).

Zu den Zielen der Schulsozialarbeit gehören zusammengefasst die Stärkung und Begleitung von Jugendlichen zur eigenen Lösungsfindung bei Problemsituationen, Erhöhung ihrer Handlungskompetenz, die Reduzierung des sozialen Anpassungsdrucks sowie den Erwerb sozialer Kompetenzen. Weiter Ziele sind andere Fachkräfte und Hilfsangebote mit den Bedürfnissen der Jugendlichen und ihrer Familie zu verknüpfen, Ressourcen zugänglich zu machen, das Einrichten regelmässiger Angebote im Schultag, die Stärkung der Selbstwahrnehmung, Interventionen bei aktueller Gefährdung sowie Sozial Trainings zur Erlangung sozialer Schlüsselkompetenzen und die Unterstützung Lehrkräfte etc. (vgl. Just 2016: 30f). Weiter bietet die SSA verschiedene Leistungsangebote an wie: Die Einzelfallberatung, in der die Jugendliche freiwillig und selbstständig ein Beratungsangebot annehmen können aus den unterschiedlichsten Gründen sowie Eltern- und Familienberatung, wenn diese in Krisen- und Konfliktsituationen mit ihren Kindern stehen (vgl. ebd.: 36f).

Stüwe et al. ergänzen hier noch den Umfang an Angeboten der SSA, so gehören auch die Begleitung und Einzelfallhilfe dazu, in der mit lösungsorientierten Ansätzen versucht wird Jugendlichen in belastenden persönlichen, schulischen und familiären Krisen- bzw. Lebenssituationen zu unterstützen. Das Ziel ist es, dass Jugendliche befähigt werden schwere oder negative Lebenssituationen zu bewältigen und einen unerwünschten Zustand oder Verhalten (z.B. Feedback von Dritten) zu verändern. (vgl. Stüwe et al. 2017: 284). Auch bietet die SSA viele präventive und intervenierende Angebote an. Soziale Gruppen- und Projektarbeiten als Methoden der Sozialen Arbeit sind ein fester Bestandteil der offenen Kinder- und Jugendhilfe. Solchen Gruppenangebote können dann Jugendliche ihre Fähigkeiten, Kompetenzen und Handlungsstrategien neu entdecken und reflektieren lernen. Projektarbeiten der SSA können eine grosse Bandbreite von Themen beinhalten wie: Sozialkompetenztrainings, Themen der Adoleszenz, Suchtmittelkonsum, psychische Erkrankungen, oder Berufsorientierung. Es gibt präventive Sozialtrainings wie «Fit for Life», welche gemeinsam mit der Klassenleitung durchgeführt und systematisch in den Stundenplan aufgenommen werden können (vgl. ebd.: 303). Zudem sind die Eltern und Erziehungsverantwortliche für die SSA wichtige Kooperationspartner und als soziale Ressource oft eine sekundäre Zielgruppe in der Begleitung von Jugendlichen. Die Fachkräfte der SSA zielen dabei auf eine frühe Unterstützung der Eltern in ihre Erziehungskompetenzen, be-

sonders wenn diese in ihrer Erziehung verunsichert sind oder an die Grenzen ihre Belastbarkeit kommen (vgl. ebd.: 324f) Angebote der SSA setzten niederschwellig und präventiv darauf ab, das Jugendliche befähigt werden, Konflikte konstruktiv mit anderen Schülerinnen und Schülern zu bewältigen. Dies kann zur Stärkung des Schulklima beitragen, sodass die Schule zu einem positiven Lern- und Lebensort für Jugendliche wird, wo sie sich wohlfühlen (vgl. ebd.: 333f).

Die Schulsozialarbeit hat also eine grosse Bandbreite an Leistungen, die mittels unterschiedlichster Methoden und Mitteln erbracht werden. Auch die Prävention und Intervention gehören dazu. Die nächsten Unterkapitel werden aufzeigen was die Schulsozialarbeit unter Prävention versteht und in welche drei Gebiete die Prävention und Intervention von Depression und Suizidalität eine wichtige Rolle spielen.

3.2 Allgemeine Prävention

Das Spektrum in der Suizid- und Depression-Prävention ist gross und umschliesst ein eigenständiger Themenbereich, was den Umfang hier sprengen würde. Hier wird darauf eingegangen was die Schulsozialarbeit bzw. die Schule in der Prävention und Intervention tun kann und was berücksichtigt werden sollte.

Nach Stüwe et al. orientiert sich die Prävention an der Gesundheitsförderung in allen Sozialbereichen. Im Zentrum steht das gesunde Aufwachsen und das Wohl des Jugendlichen. Dies erfolgt durch die Förderung und Festigung von Kompetenzen zur Lebensbewältigung, stabilen Lebensverhältnisse und Unterstützung (primär Prävention) sowie Verhinderung von Konflikten und Lebenskrisen (sekundäre Prävention). Die Tertiärprävention richtet sich an den Einzelnen, der/die sich in dauerhaften Krisen befinden und wird vor allem von Fachdiensten und Institutionen geleistet. In dem die SSA alltagsorientierte Bildung gewährleistet und Kompetenzen zur Bildungs- und Lebensbewältigung fördert, fungiert sie persönlichkeitsstärkend. Schulsozialarbeit analysiert, welche Methoden sie der gesamten Zielgruppe zukommen lassen kann. Zudem greifen Fachkräfte bei Belastungen Einzelner und Gruppen ein wie z.B. bei Mobbing. Dies kann sie nur gewährleisten, wenn die SSA frühzeitig von der Schule und sozialem Umfeld des Jugendlichen miteinbezogen wird. Dazu sucht sie ihrerseits offensiv die Zusammenarbeit und Auseinandersetzung innerhalb und ausserhalb der Schulen (vgl. Stüwe et al. 2017: 46-47). Da Jugendliche sich jedoch nur selten direkt an eine erwachsene Person wenden, sollten Informationen über den Umgang mit Warnsignalen und Sachverhalte von Risikogruppen breiter gestreut werden. Suizidprävention richtet sich somit an alle Menschen, die sich mit suizidalen Jugendlichen beruflich oder privat befassen. Prävention sollte nicht zeitlich begrenzt, sondern vielmehr das System Schule in einem gesundheitsbezogenen Entwicklungsprozess begleiten (vgl. Kratzer/Juen 2020: 156f). Wie bereits gesehen wurde, birgt die Institution Schule durch ihren Leistungsdruck,

Notengebungen und Sanktionen die Gefahr suizidale Krisen zu verstärken. Die Schule hat aber als Sozialinstanz auch die Möglichkeiten Schutzfaktoren von Jugendlichen zu fördern und zu bilden. So sind Leistungserfolge beispielsweise ein schützender Faktor, sie stärken das Selbstwertgefühl der Schülerinnen und Schüler und fördern ihre Anerkennung. Lehrkräfte helfen mittels respektvollen Umgangs den Schülern nicht nur in Bildungsaufgaben, sondern auch in Umgang mit Gleichaltrigen und unterstützen diese in Bewältigungsaufgaben. Jugendliche befinden sich bis zu 8 Stunden in Schulen und Fördereinrichtungen, ihr Leben ist komplex und verändert sich ständig, darum müssen sich auch die Angebote der Schule sich weiterentwickeln und zu einer Verbesserung von lern- und Lebenschance der Schülerinnen und Schüler beitragen. Die Schule hat somit nicht nur einen bildungs- sondern auch einen Erziehungsauftrag (vgl. Bründel 2004: 162-164).

Weiter sollte im Hinblick auf Suizidalität bei Jugendlichen, die Prävention auf verschiedene Ebenen ansetzen. Grundlegend soll durch Präventionen verhindert werden, dass Jugendliche eine Suizidalität entwickeln, einen Suizid begeht oder einen erneuten Suizidversuch unternehmen. Dazu sind allgemeine Massnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung, die Vernetzung von Hilfesystemen, die Darstellung in Medien sowie die Identifikation und Betreuung von Risikogruppen notwendig. So hat die SELYE-Studie in verschiedenen Länder Europas gezeigt, dass ein Programm für 14 bis 16 Jährige durch Förderung von Wissen über seelische Gesundheit und Problemlösefähigkeiten zu einer Verringerung von suizidalen Handlungen und ausgeprägten suizidale Gedanken geführt. Auch die Fortbildung von Ärzten und Hausärzten in der Früherkennung von Suizidalität führt zu einer Reduktion von Suiziden. Bzgl. des Jugendbereichs fehlen jedoch hier noch aussagekräftige Daten. Daher käme hier die Fortbildung von Kinderärzten eine wesentliche Bedeutung zu. Zudem braucht es, eine bessere Vernetzung zwischen den ambulanten und stationären Bereich von Institutionen sowie zwischen Schulen und andere Hilfsorganisationen (vgl. Wewetzer/Quaschner 2019: 27-29).

Neben den schulischen Präventionsmöglichkeiten sind auch Aspekte wie die Psychotherapie und Therapie mit Anti-Depressiva wichtige Unterstützungen für Jugendliche mit schweren Depressionen. Eine Psychotherapie in moderner Form einer Verhaltenstherapie mit Berücksichtigung kognitiver Aspekte hat sich bis heute bewährt. Folgende Elemente wie: Aufbau einer tragfähigen Beziehung, Abbau belastender Kognitionen, Förderung positiver Lebenszüge und soziale Kontakte haben zur Besserung und Stabilisierung von Depressiven geführt (vgl. Remschmidt 1999: 1501). Weiter ist die Medikation von schweren Depressionen auch für die Suizidprophylaxe sehr wichtig, da vor allem aus Untersuchungen bei Erwachsenen bekannt ist, dass viele depressive Patienten, die sich suizidieren wollten, unentdeckt oder unbehandelt waren (vgl. Braun-Scharm 2002: 92-94).

Die Schulsozialarbeit kann zwar in diesem Bereich keinen wesentlichen Einfluss nehmen, sie hat aber die Möglichkeit externe Dienstleistungen aus dem Gesundheitsbereich beizuziehen, die solche Hilfsmöglichkeiten wie stationäre Behandlung, Therapie und Medikation einleiten können. Neben der Therapie können die Fachkräfte der Schulsozialarbeit die Jugendliche darin unterstützen, die Folgen ihrer Erkrankungen aufzuarbeiten. Das bedeutet sie weiter bei der Bewältigung sozialer und schulsicher Probleme zu helfen, damit sie sich wieder in ihre Lebenswelt besser integrieren können (vgl. Groen/Petermann 2002: 179f). Neben diesen Bereich ist es für die SSA möglich mit sogenannten «Public Health Education» innerhalb von Gemeinden die Eltern zu informieren und Themen wie Entwicklungsproblemen, Kommunikationsfähigkeiten, Verbesserungen elterlichen Kompetenzen zu thematisieren (vgl. Nevermann/Reicher 2009: 244f).

3.3 Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen

Inwiefern die Früherkennung von suizidgefährdetem Jugendlichen eine wichtige Rolle spielt wird nun im folgenden Text behandelt. Dabei deutet Müller-Spahn auf die Wichtigkeit der Früherkennung von Suizidalität hin und meint in Bezug auf die WHO-Daten, dass, ca. 70 bis 75 Prozent aller Suizide vorangekündigt werden. Jeder zweite Mensch suchte vor der Selbsttötung einen Arzt auf. So sei die Früherkennung und das richtige Einschätzen von Suizidalität ein wichtiger Schritt in der Prävention (vgl. Müller-Spahn 2000: 9).

Wie bereits im Theorieteil betrachtet wurde, gehören zu den Warnsignalen von Depression und Suizidalität die Kernsymptome wie länger andauernde Traurigkeit, Freudlosigkeit und Antriebsmangel, welche von Begleitsymptomen wie Schlaf- und Appetitstörungen, sowie Konzentrationsmangel, Schuldgefühle und reduzierte Selbstwertgefühl begleitet werden. Suizidalität wird von Jugendlichen sehr unterschiedlich ausgedrückt. Sie können Verhalten wie Aggression, Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit, Isolation oder Leistungsabfall in der Schule gezeigt werden. Jedoch deuten eines oder mehrere Anzeichen nicht immer direkt auf eine Suizidalität hin. Als konkrete Hinweise für eine akute Suizidgefahr gelten Äusserungen von direkten und indirekten Todeswünschen. Besonders wenn nach genauerem Nachfragen, die Betroffenen sind nicht glaubwürdig von den Suizidgedanken distanzieren können. In Bezug auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2016) kann ausserdem von einer hohen Suizidgefahr ausgegangen werden, wenn die Suizidabsichten geäußert, Suizidhandlungen schon geplant und vorbereitet sind sowie ausgeprägter Leidensdruck oder Autoaggressivität (aggressives Verhalten gegen andere und sich selbst) vorhanden sind (vgl. Kratzer/Juen 2020: 151-153). Meister und Bröckelmann ergänzen hier, dass neben Vorankündigungen auch Alarmsignale wie intensive Beschäftigung mit dem Tod, Schilderungen von Suizidab-

sichten (verbale Pläne, Briefe), verschenken von lieb gewordenen Gegenständen, gleichgültige Äusserungen und plötzliche Erleichterung trotz unveränderten Krisensituationen ein unmittelbares Handeln seitens des Fachpersonals erfordern (vgl. Meister/Bröckelmann 2007: 14). Auch kritische Lebensereignisse, wie suizidale Handlung innerhalb der Familie, Misshandlungen oder sexuelle Übergriffe, ungewollte Schwangerschaft, Verlust einer geliebten Person etc. sind mögliche Hinweise auf eine akute Suizidalität (vgl. Meister/Bröckelmann 2007: 14). Solche Alarmsignale gilt es von den Fachkräften aber auch von Schülerinnen und Schüler zu beachten. Werden diese Signale wahrgenommen, muss interveniert werden, das heisst die Lehrkraft oder Fachkraft der SSA spricht die Schülerinnen oder den Schüler an. Oft sind die Betroffenen schon erleichtert, sie erkennen, dass sie von ihrem Umfeld wahrgenommen werden. Die nächste Schwierigkeit liegt darin, dass die gefährdeten Jugendlichen fachliche und externe Hilfe annehmen (vgl. Bründel 2004: 187-189).

In der Risikoeinschätzung von gefährdeten Jugendlichen geht Braun-Scharm noch einen Schritt weiter und differenziert zwischen allgemeinen und individuellen Warnsignalen. Die allgemeinen Kriterien basieren auf hypothetischen und nachgewiesenen Kriterien. Folgende Kriterien so Braun-Schwarm, sprechen für ein hohes allgemeines Suizidrisiko (vgl. Braun-Scharm 2002: 97):

- Bereits frühe Suizide im sehr jungen Alter
- Familiäre Belastungen
- Direkte Erfahrungen mit suizidalen Handlungen innerhalb der Familie
- Schwere somatische und psychische Störungen
- Drogenmissbrauch
- Nicht nachvollziehbare suizidale Handlungen
- Konkrete Suizidplanung mit geringer Wahrscheinlichkeit der vorzeitigen Auffindung
- Nur wenige Appelle und Hilferufe im Verlauf
- Verwendung harter Methoden, so dass die Selbsttötung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eintritt.
- Geringe Distanzierungsfähigkeiten
- Mangelnder Zugang zu den eigenen Gefühlen

Folglich stimmt das individuelle Suizidrisiko oft mit dem Allgemein überein. Je nach Lebenssituation können aber durch andere Risikofaktoren auch andere Konstellationen entstehen. Die entscheidenden Ebene bleibt aber in der individuellen Einschätzung der Suizidgefahr. Das weitere Vorgehen in der Begleitung/Behandlung des Jugendlichen hängt von dem Schweregrad der Gefährdung ab, die festgestellt wurde. Bei niedrigem Risiko reiche oft

ambulante Massnahmen aus, wie ambulante Therapie. Bei einem sehr hohen eingeschätzten Risiko steht die Suizidprophylaxe im Mittelpunkt, also das verhindern/verhüten von neuen oder wiederkehrenden suizidale Handlungen, was leider oft nur in einer stationären Behandlung und gegen den Willen der Betroffenen möglich ist. Weiter ist wichtig, dass der Kontakt ob nun von der Therapeutin/Therapeut oder von der Fachkraft der SSA weiter aufrecht erhalten bleibt. Zudem muss die Familie miteinbezogen und informiert werden. Abschliessend lässt sich festhalten, dass alle Schweregrade von Depression suizidale Gedanken und Stimmungen beinhalten können. Schwere und langanhaltende Verlaufsformen sollten möglichst schnell erkannt und behandelt werden. Nicht alle psychische Störungen enden in einem Suizid und nicht alle suizidale Handlungen gehen von einer psychischen Erkrankung aus. Es zeigt sich, dass es eine überschneidende Linie gibt, die nur schwer voneinander zu trennen ist. (vgl. Braun-Scharm 2002: 98f).

3.4 Gesundheitsförderung

Nach Kratzer und Juen reicht das Erkennen von Risikofaktoren in der Prävention nicht aus. Jugendliche müssen aktive durch Prävention und Interventionen gestärkt werden, um sich aus der Suizidalität zu befreien. Einer der Hauptschutzfaktoren von Jugendlichen ist das Vorhandensein einer positiven sozialen Beziehung (vgl. Kratzer/Juen 2020: 141f). Auch Bründel ergänzt hier, dass aus den Ergebnissen der salutogenetischen Forschung und Resilienz-Studien bekannt sei, dass Förderung von Schutzfaktoren die Suizidalität von Jugendlichen zwar nicht komplett verhindern, jedoch stark vermindern lässt. Dies unabhängig davon ob die Ressourcen bei den Jugendlichen selbst liegen (personelle Ressourcen) oder sich im Umfeld (soziale Ressourcen) finden lassen. So sei Suizidprävention zugleich auch Salutogenese (Erhalten und Entwicklung von Gesundheit) und zielt auf die Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen sowie auf ihre Fähigkeiten der Stress- und Problembewältigung. Die Sozialisationsinstanzen wie Familie, Freunde und Schulen spielen dabei eine wichtige Rolle (vgl. Bründel 2004: 154f). Weiter sollte die Gesundheitsförderung nicht eine optionale Aufgabe, sondern ein essenzieller Bestandteil der Schule sein, wo Jugendliche nicht nur auf die Beruflichen, sondern auch auf die Herausforderung im Leben geschult werden. Dies kann die Schule z.B. durch ein positive Schulklima, positiven Leistungserwartungen und transparentes Regelsystem sowie Einbeziehung der Eltern etc. erreichen (vgl. Bründel 2015: 100-103).

Die Potenziale, Stärken und Fähigkeiten von Jugendlichen liegen auch im Fokus der SSA. Für die Fachkräfte gilt es diese zu entdecken, zu stärken und zu nutzen. Ressourcen können neben persönlicher auch familiäre, sozioökologischer (z.B. soziales Umfeld), sozioökonomischer oder kultureller Art sein (z.B. Normen und Werte). Ausserdem unterstützt die

SSA Jugendliche in ihrem Selbstwertgefühl und Persönlichkeitsbildung. Besonders in belastenden Situationen, in denen Defizite (z.B. Schulversagen) im Fokus stehen, sind Jugendliche darauf angewiesen ihre positiven Seiten zu sehen, sich bestätigt und anerkannt zu fühlen, um wieder handlungsfähig für Veränderungen zu werden (vgl. Stüwe et al. 2017: 49).

Nevermann und Reichler erwähnen mögliche Ansatzpunkte, um die Gesundheit zu fördern und depressive Erkrankungen und damit Suizidalität zu verhindern oder zu verringern, die hier kurz zusammengefasst werden:

1. Emotionale Kompetenzen stärken: Jugendliche lernen ihre eigenen Emotionen kennen, diese zu regulieren und in die Tat umzusetzen (z.B. für eine Leistung zu motivieren). Auch spielt Empathie eine wichtige Rolle, um die Gefühle der Anderen zu erkennen und damit umzugehen. Zudem müssen Kinder und Jugendliche nicht nur in der Schule, sondern auch Zuhause geschult werden mit der eigenen Frustrationstoleranz umzugehen sowie lernen, dass sie ihren Gefühlen nicht aussichtslos ausgeliefert sind. Sich mit eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen und diese auch zu beruhigen sind wichtige Fertigkeiten der «Emotionsregulation». Jugendliche sollten lernen bei Verstimmungsschwankungen die aufgrund von Belastungen, Überforderungen, Stress und zu wenig Entspannung entstehen, diese Belastungen zu reduzieren und Erholung zu ermöglichen. Solche Präventionsstrategien finden tagtäglich in Schulen und Zuhause statt ohne dass sie gross geplant werden. Das Bewusst werden dieser Strategien scheint jedoch sinnvoll. (vgl. Nevermann/Reicher 2009: 236-239).

2. Positive Gedanken und Optimismus: Optimismus ist eine innere Haltung, die jeden Menschen davon bewahrt bei grossen Problemen in eine Hoffnung- und Hilfslosigkeit sowie Passivität und Depression zu verfallen. Optimismus beruht zwar auf den Charakter und Temperament des Menschen, kann aber auch durch Erfahrungen erlernt/beeinflusst werden. In Bezug auf das Konzept der erlernten Hilfslosigkeit von Seligman (1999), welche ein Immunisierungsprogramm für Schulkinder entwickelt und erprobt hat, sollten Eltern, Trainer, und andere Fachkräfte im Schulsystemen helfen den Schülerinnen und Schüler optimistische Denkweisen und Überzeugungen zu vermitteln, dass sie mit schweren Situationen selber fertig werden können.

3. Selbstvertrauen/Selbstwirksamkeitserwartungen: Jugendliche zu verhelfen, Situationen und Aufgaben zu meistern sowie eigene Schwächen und Stärken zu akzeptieren, stärkt ihr Selbstvertrauen, Selbstakzeptanz und ihre Überzeugung zukünftige Ereignisse auch selbständig bewältigen zu können.

4. Problem- und Stressbewältigungsstrategien: Depressionen können ausgelöst werden, wenn Jugendliche ihre Probleme nicht mehr selbst bewältigen können. Daher ist es

wichtig mit ihnen Strategien einzutrainieren, die ihnen helfen, Probleme schrittweise anzugehen, Impulse zu kontrollieren und mögliche Folgen sowie der Erfolg eine positive Problemlösung zu erkennen.

5. Soziale Kompetenzen: Die Förderung von soziale Fertigkeiten/Fähigkeiten wie Nein-Sagen, Wünsche und Forderungen zu äussern und Kontakte mit anderen zu knüpfen und aufrecht zu erhalten sind für das Zusammenleben von Jugendlichen und Erwachsenen wichtig und erweisen sich als präventiv gegenüber Risikofaktoren.

6. Kommunikative Kompetenz: Um Jugendliche in ihren Kommunikativen Kompetenzen zu unterstützen ist es wichtig selbst durch aktives, richtiges Zuhören als Vorbildfunktion zu dienen. Positive Wertschätzung zu äussern und empathisch sich in die Lage der Betroffene hineinzufühlen hilf Jugendlichen ihre Kompetenzen am Modellernen zu verbessern (vgl. ebd.: 239-244).

3.5 Krisenintervention

Wie im Theorieteil bereits betrachtet wurde, können kritische Lebensereignisse und Krisen die Entwicklung von Depression und Suizidalität begünstigen. Was wird aber unter Krisenintervention verstanden und was kann die SSA unternehmen, um mit solchen Krisensituationen umzugehen?

Unter Krisenintervention können alle Bemühungen und allgemeine Unterstützung durch professionelle Fachkräfte oder durch Laien verstanden werden, die sich mit einer krisenhaften Situation oder Ereignis beschäftigen. Dies beinhaltet Beratung und psychotherapeutische Methoden und Techniken bis hin zu einer begrenzten psychiatrischen Behandlung innerhalb oder ausserhalb einer Klinik. Krisenintervention kann auch als allgemeine psychosoziale Unterstützung angesehen werden, die jeden Tag bei Familien, Gemeinden, Gruppen etc. stattfinden und krisenhafte Situationen oder Ereignisse verhindern bzw. vermindern (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 126). In Bezug auf Henseler (1981), erwähnen Wolfersdorf und Etzersdorfer weiter, dass Kriseninterventionen eine gute Möglichkeit sind um Menschen in suizidalen Krisen schnell eine Entlastung zu bringen, jedoch benötigen Betroffene mit chronischen Erkrankungen oder Suizidalität weitere psychiatrische und therapeutische Unterstützung (vgl. ebd.: 137).

Wie geht aber die Schulsozialarbeit in Krisen vor?

Nach Stüwe et al. versteht die Schulsozialarbeit unter Krise eine plötzlich auftretende Belastungssituation, welche Lehrpersonen, Jugendliche und ihre Eltern sowie die Schulbehörde nur schwer bewältigen können. Um solchen Krisensituationen zu begegnen benötigen Schulen eine Kriseninterventionsteam. Dafür sollte die Fachkraft der SSA in ein Team aus psychologischen Fachkräften, Notfallseelsorge, Ärzte und Polizisten etc. integriert sein.

Um das Wohl eines Jugendlichen zu schützen oder wiederherzustellen muss die SSA bei Krisensituationen schnell intervenieren. Das Ausmass der Krise gibt Anlass, welche Ziele in der Intervention gesetzt werden und welche Rolle die Fachkraft der SSA einnimmt. Interventionen haben das Ziel in Krisen deeskalierend zu wirken, Schutz des Jugendlichen herzustellen, die Normalität des Schulbetriebs aufrecht zu erhalten und Settings sowie Angebote zur Krisenbewältigung anzubieten. Eine gute Voraussetzung für eine gelingende Krisenbewältigung kann die SSA insofern erarbeiten, indem sie frühzeitig eine positive Arbeitsbeziehung zu den Schülerin und Schüler und besonders zu den bereits ersichtlichen Gefährdeten aufbaut. Eine Krisenintervention kann nur auf langer Sicht wirksam sein, wenn sie prozessorientiert vorgeht und die Ressourcen der Betroffenen sowie ihre gesamte Lebenswelt berücksichtigt. Dafür nutzt die SSA Methoden wie Einzelfallhilfe, Beratung oder Kontakt zu einer spezifischen Fachstelle. Eine akute Krisenintervention versucht möglichst rasch eine Reduzierung des Stressniveaus für alle Beteiligte zu bewirken. Bei Krisen, in denen viele Beteiligte der Schule betroffen sind, ist eine professionelle Zusammenarbeit von Schulleitung, Lehrkräften und anderen pädagogischen und nichtpädagogischen Personal unerlässlich. Um dies zu gewährleisten werden an immer mehr Schulen Kriseninterventionsteams installiert und Ablauf- bzw. Handlungspläne erarbeitet. Dabei werden Rolle und Ablauf des Krisenteams bestimmt und schriftlich verankert (vgl. Stüwe et al. 2017: 3340-343).

Zudem sollte das soziale Umfeld der Betroffenen wie Familie und evtl. Freunde in den Interventionsprozess miteinbezogen werden. Die Entlastung der psychischen Not steht dabei immer im Vordergrund (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 130).

Meister und Bröckelmann ergänzen hier, dass der Krisenstab wie SSA etc., die Jugendlichen in einem vertrauten Gespräch direkt auf ihr möglichen Suizidabsichten ansprechen können. Es ist nicht zu befürchten, dass durch Direktheit die Suizidalität verstärkt wird, im Gegenteil, man zeigt, dass man den/die Schüler/Schülerin versteht, was wiederum eine Entlastung bewirkt. Zusätzlich sollten weitere Hilfemassnahmen in Absprache mit den Eltern eingeleitet werden, ausser dem familiären Umfeld ist der Auslöser für die Suizidalität. (vgl. Meister/Bröckelmann 2007: 16f).

Die therapeutische Begleitung der Betroffenen nach einer Suizidversuche sollte von ärztlichen und psychologischen Therapeuten übernommen werden. Vollbringt ein Jugendlicher oder eine Jugendliche den Suizid, so sollten anhand des Notfallplans rasch und gezielt weitere Massnahmen getroffen werden, um alle Beteiligte in einer Schule zu unterstützen sowie das Thema Suizid präventiv zu thematisieren, um auf interne und externe Beratungsstellen aufmerksam zu machen (vgl. Bründel 2004: 177-180). Neben medizinische und therapeutische Erstversorgung von Suizidgefährdeten gibt es auch sogenannte Notfallpläne,

welche individuell mit den Betroffenen erarbeitet werden und auf die sie nach einer wiederkehrenden Phase der Suizidalität zurückgreifen können. Solche Notfallpläne helfen der Regression dieses Zustandes, sie beinhalten Verhaltensmuster, Bewältigungstechniken oder Schritte (z.B. die Seelsorge anrufen), welche die Gefährdeten in ihrer aktuellen Lage unternehmen können (vgl. Arwanitakis 2020: 94f).

3.6 Zwischenfazit

Wie betrachtet wurde, möchten Schulen und die Fachkräfte der Schulsozialarbeit, dass Kinder und Jugendliche innerhalb und ausserhalb der Institution Schule in einem gesunden Umfeld aufwachsen. Besonders am Leitbild und Handlungsprinzipien der Schulsozialarbeit, sowie anhand ihrer Angebote konnte gesehen werden, dass die Begleitung und Unterstützung von allen Schülerinnen und Schülern im Zentrum ihrer beruflichen Tätigkeiten steht. Anhand der drei Bereiche wie Früherkennung, Gesundheitsförderung und Krisenintervention konnte aufgezeigt werden, woran gefährdete Jugendliche zu erkennen sind, damit sie schnell Hilfe erhalten. Mittels präventiver Angebote aus der Gesundheitsförderung werden die Ressourcen, die Resilienz, das Selbstwert und die sozialen Kompetenzen von Jugendlichen gestärkt, damit sie krisenhafte Situationen besser bewältigen können, was sich als effektivste Präventionmethode herausgestellt hat. Die Krisenintervention zeigte, dass Fachkräfte der SSA zwar nicht kognitive Verhaltenstherapie oder medikamentösen Therapie wie Fachkräfte der Psychologie und Medizin anwenden können, jedoch sind sie eine wichtige erste Anlaufstelle von gefährdeten Jugendlichen in einer Schule. Zudem ist die SSA ein Bindeglied zwischen den Jugendlichen, ihr soziales Umfeld und externe Fachstellen. Ausserdem kann die SSA den Jugendlichen auch vor bzw. nach stationären Behandlungen helfen mit alltäglichen Herausforderungen umzugehen und ihre Kompetenzen fördern. Im folgenden Kapitel wird zur Beantwortung der Fragestellung noch mehr darauf eingegangen.

4 Jugendliche im Spannungsfeld von Depression und Suizidalität – Beantwortung der Fragestellung

In der Einleitung dieser Bachelor-Arbeit wurde aufgrund der Tatsachen, dass sich in der Schweiz jedes Jahr ca. 1000 Menschen das Leben nehmen (Sterbehilfe ausgeschlossen), davon ca. 100 Jugendliche und junge Erwachsene sowie psychische Erkrankungen wie Depression als Hauptrisiko/Hauptursache für Suizidalität sind, die Fragestellung formuliert: «Ab welchem Zeitpunkt wird die Depression eines Jugendlichen (im Alter von 13 bis 18 Jahren) so kritisch, dass sich eine Suizidalität daraus entwickelt?».

Um die Fragestellung beantworten zu können wird hier anhand einer erstellten Grafik und mittels Kernaussagen aus den bereits betrachteten wissenschaftlichen Theorien, Modellen

und Erklärungsansätzen versucht einen möglichen Verlauf einer Depression und Suizidalität zu veranschaulichen. Zusätzlich befindet sich im Anhang dieser Arbeit eine Tabelle, welche die wichtigsten Definitionen beinhaltet sowie Erkennungsmerkmale, welche die fünf Phasenabschnitte im Verlauf der Grafik prägnant beschreiben. Dabei können die Grafik,

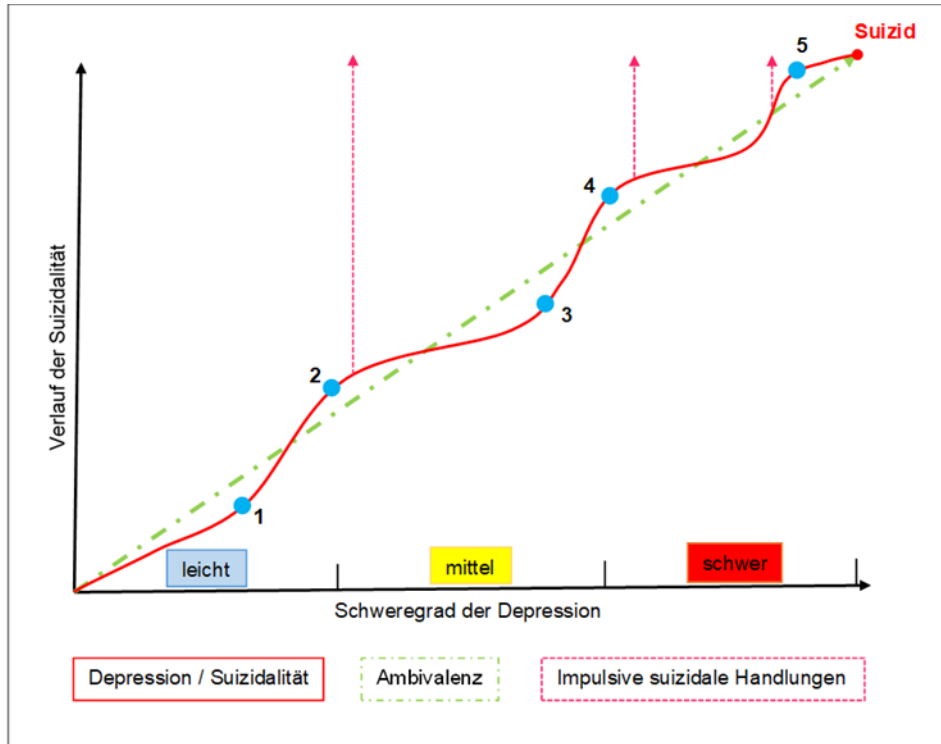


Abbildung 1: Verlauf von Depression und Suizidalität

Quelle: Eigene Darstellung

die Tabelle und die Aussagen nicht als absolut gültig betrachtet werden. Sie sind vielmehr ein Versuch, den Verlauf von Depression und Suizidalität bis zum Suizid zu veranschaulichen, was wiederum für die Intervention in der Schulsozialarbeit von Nutzen sein kann. Dieses Modell könnte zudem in Zukunft mittels weiteren Wissens ergänzt und optimiert bzw. erweitert werden.

Wie untersucht wurde sind Depression und Suizidalität multifaktoriell bedingt, das heißt unterschiedlichste Faktoren verursachen und beeinflussen eine Depression und/oder die Suizidalität. Wie die Definition von Depression aufzeigte, können depressive Störungen in leichte, mittelschwere und schwere Depressionen unterteilt werden.

Die **Phase 1** in der Grafik stellt hier die Entstehung der Depression grafisch dar. In Bezug auf die kognitive Theorie von Beck wurde ersichtlich, dass Depression bei Jugendlichen durch negative kognitive Denkfehler, negative Schemata sowie negative Ansichten/Gedanken bzgl. der eigenen Gegenwart, der eigenen Person und der eigenen Zukunft begünstigt werden. Dabei können Symptome wie Bauch-, Kopfschmerzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit

oder auch Gefühle der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, Ängste, tiefe Traurigkeit, Aggressionen, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit sowie soziale Isolation Anzeichen solch einer Depression sein. Das Modell der kritischen Lebensereignisse verdeutlichte Faktoren, die von außen kommen, wie Krisen die Jugendliche nicht mit ihren eigenen Fähigkeiten und Strategien überwinden können. Solche Krisenanlässe können eine Depression und Suizidalität auslösen oder begünstigen. Dazu gehören traumatische Erlebnisse wie Misshandlungen, sexuellen Missbrauch, Tod eines Angehörigen aber auch alltägliche Probleme wie Konflikte in der Familie, Konflikte mit der Schule oder mit dem Gesetz und schulische Schwierigkeiten (Leistungsdruck) etc.

In der **Phase 2** nehmen die Symptome einer Depression zu und halten länger als zwei Wochen an. Aus dem Krankheitsmodell wissen wir, dass psychische Störungen insbesondere die Depression als eine Art «Prototyp» für Suizidalität gelten, was bedeutet, dass die Suizidalität als Symptom von Depression sich aus den gleichen Risikofaktoren begünstigt bzw. verursacht wird. Solche Risikofaktoren können sein traumatische Erlebnisse, selbstverletzende Verhaltensweisen (Schneiden, Ritzen etc.), andauernde Konflikte im sozialen Umfeld, Schulstress, Mobbing/Cybermobbing, Identitätskrise, Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, Medien/Suizidforen, Familie und Freunde mit Suizidhintergrund oder psychische Erkrankungen und vorherige Suizidversuche der Betroffenen. Einer dieser Faktoren kann nur wenig Aufschluss geben über aktuelle Gefährdung, daher scheint es sinnvoller zu sagen, dass Jugendliche, die neben depressive Symptome auch vermehrt Kombinationen solcher Risikofaktoren aufzeigen, mit hoher Wahrscheinlichkeit gefährdeter sind als Jugendliche mit keiner oder einer leichten vorübergehenden Depression. Diese Gefährdung steigert sich in der Phase 3 bis zum Suizid immer wie mehr. Weiter entstehen in der Phase 2 die ersten Suizidgedanken und Suizidfantasien wie Ringel sie beschrieb. Solche neg. Gedanken werden immer wie mehr in das Denkmuster der Betroffenen geknetet und die Selbsttötung wird als Lösungsoption in Erwägung gezogen.

In der **Phase 3** entstehen aus der Suizidgedanken, die sich weiter verselbstständigen, die ersten direkten und indirekten Ankündigungen. Die Daten aus unterschiedlichen Studien zeigten, dass mehr als 70% der Suizide/Suizidversuche vorangekündigt werden. Solche Ankündigungen sind Hilfeschreie, welche leider noch heute zu oft bagatellisiert werden. Das soziale Umfeld der Betroffenen müssen solche Hilferufe ernstnehmen, vor allem von professioneller Seite gilt es diese zu beachten und anzusprechen. Zwar können solche Ankündigungen eine Chance sein für die Unterstützung und Behandlung von Depressiven und/oder Suizidgefährdeten, jedoch muss auch beachtet werden, dass wie Pöldinger beschrieb, die Jugendlichen bis zum Suizid eine Ambivalenz (grüne Linie) verspüren. Sie sind hin und hergerissen zwischen «Leben zu wollen» oder «den Sorgen des Lebens zu entge-

hen». Diese Ambivalenz ist eine Chance für die Früherkennung, kann aber auch zur spontanen Selbsttötung führen, was das Eingrenzen dieses Zeitfensters aus der Fragenstellung erschwert. Ausserdem nehmen in der dritten Phase die Risikofaktoren, die depressiven Episoden und Symptome weiter zu, die Betroffenen verlieren das Interesse an fast Allem, wodurch äusserlich immer wie mehr erkenntlich wird, dass sie Hilfe benötigen.

In der **Phase 4** befinden sich die Betroffenen in der Endphase, das bedeutet es werden konkrete Suizidpläne erstellt. Die Mittel (z.B. Medikamente/Waffen/Seil) und die verwendeten Methoden sowie der Ort und Chancen auf vorzeitiges Auffinden werden durchdacht bzw. abgeschätzt. Abschiedsbriefe werden erstellt und geliebte persönliche Gegenstände werden verschenkt. Hier weist der/die Jugendliche eine schwere Depression auf, welche sich z.B. als Major-Depression zeigt und durch mehr als 6 depressive Symptome gekennzeichnet ist. Der gelebte Alltag ist massiv eingeschränkt, die Betroffenen bleiben teilweise oder ganz der Schule fern und isolieren sich von der Aussenwelt.

Die **Phase 5** beschreibt in diesem Modell das mögliche kritische Ende eine schwere Depression und Suizidalität. Aus dem Krisenmodell wissen wir, dass Krisen wie bei der Depression das Risiko von Suizidalität massiv erhöhen. Dabei kann der Suizid als Ende einer krisenhaften Zuspitzung oder als Ende einer psychischen Störung wie Depression, Angststörung etc. gesehen werden. Bevor die betroffene junge Person eine Suizidversuche unternimmt, zeigt sie eine ungewöhnliche Gelassenheit. Sie scheint mehr Motivation und Energie zu haben, da sie dem Ende der aktuellen Krise und die damit verbundenen Hoffnungslosigkeit entgegenblickt.

Anhand dieses Modells und dem theoretischen Wissen konnte aufgezeigt werden, dass ein enger Zusammenhang zwischen Suizidalität und einer schweren Major-Depression oder Dysthymie (chronische Depression) bestehen kann. Diese Erkennungsmerkmale dieser Phasen könne in verschiedenen Verbindungen und Intensität auftreten. Andere Faktoren wie die Hoffnungslosigkeit können immer vorhanden sein. Es ist jedoch unmöglich einen allgemeinen definierbaren Zeitpunkt zu finden in der eine Depression in eine Suizidalität umschlägt und diese zum Suizid führt, da jede Depression und Suizidalität individuell ist und unterschiedlich verläuft. Auch Linden erwähnte die Begriffe «Bedenkzeit» und «Entschlusszeit». Sie zeigen, dass Jugendliche individuell lange über den Suizid nachdenken und den Entschluss unterschiedlich schnell fassen können. Besonders Depressive haben längere Bedenkzeit. Weiter wurde ersichtlich, dass impulsive Entscheidungen und suizidale Handlungen (siehe Grafik) die grösste Gefahr für das Leben eines Jugendlichen darstellen. Es sind doch einige Suizide aufgrund von Trauer, Liebeskummer oder Aggression etc. sowie auf impulsive Kurzschlüsse zurückzuführen. Solche impulsiven Handlungen sind für die Intervention die grösste Herausforderung. Der Entschluss sich das Leben zu nehmen, gibt

nicht Auskunft über die zeitliche Durchführung des Suizids, weshalb auch in Theorien und Modellen keine genauen Angaben sich dazu finden lassen.

Weiter muss festgehalten werden, dass nur ein kleiner Prozentsatz von Jugendlichen mit Depressionen auch einen Suizid begehen. Bereits Jugendliche mit einer leichten Depression können erste Suizidgedanken aufweisen, welche aber in den meisten Fällen wieder abklingen. Wer depressiv ist, ist nicht automatisch suizidgefährdet und wer Suizidalität aufzeigt ist nicht immer depressiv. Neben der Fragestellung wann ein Suizid wahrscheinlich wird, stellte sich ausserdem die Frage was die Schulsozialarbeit und die Schule im Hinblick auf Depression und Suizidalität tun können?

Es lässt sich festhalten, dass die Prävention und Intervention innerhalb von Schulen sowie das professionelle Leitbild der Schulsozialarbeit darauf abzielen die allgemeine Gesundheit von allen Jugendlichen zu fördern. Mittels unterschiedlichsten Angeboten und Methoden wie Beratung, Einzelfallhilfe, Elternberatung, Konfliktbearbeitung, Gruppensettings und andere Angebote, sowie durch Unterstützung der Lehrkräfte und Vermittlung von externen Hilfsangeboten wie z.B. der Jugendhilfe, fördert die SSA die Jugendlichen in ihren sozialen Kompetenzen, ihrer Ressourcen, ihrem Selbstwert als auch in ihrer Fähigkeiten mit kritischen Lebenssituationen umzugehen. Solche unterstützenden Angebote der SSA und der Institution Schule gelten als massgebende Prävention, um das Aufkommen von depressiven Störungen, sowie Suizidalität zu verhindern oder zu verringern.

Weiter wurde anhand spezifischer Symptome und Warnsignale wie Ankündigungen etc. betrachtet, dass die Früherkennung von Suizidalität und Depression bei gefährdeten Jugendlichen eine massgebende Rolle spielt, um Suizide zu verhindern. Hier ist vor allem die Wachsamkeit seitens der SSA und der Schule sowie deren Auseinandersetzung mit Suizidalität und psychische Erkrankungen durch Weiterbildungsangeboten eine wichtige Voraussetzung. Selbst wenn es zu einer suizidalen Krise kommt, können Fachkräfte der SSA eine erste Anlaufstelle sein. Finden die Betroffenen im Gespräch ein offenes Ohr, so lässt sich bei ihnen meistens eine erste Erleichterung feststellen. Mittels Krisenintervention, das heisst durch spezifische Begleitung und Beratung wie in der Einzelfallhilfe können Fachkräfte der SSA die Jugendlichen in ihrer Alltagsbewältigung sowie mittels Vermittlung von medizinischen und therapeutischen Anlaufstellen, schnelle Unterstützung leisten. Was die Schulsozialarbeit und die Schule nicht können, sind gefährdete Jugendliche therapeutisch oder medizinisch betreuen. Dazu benötigt es andere professionelle Fachkräfte der Psychologie und Medizin, welche die Jugendliche mittels kognitiver Verhaltenstherapie und/oder Antidepressiva und andere Methoden behandeln. Ob eine stationäre Behandlung in einer Klinik notwendig ist hängt von der Beurteilung dieser Experten ab, worauf die SSA und Schule geringen oder keinen Einfluss haben.

5 Abschluss der Arbeit

5.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Diese Bachelor-Arbeit betrachtete die Depression und die Suizidalität, sowie ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Anhand theoretischer Literatur, Modelle und Ansätze wurde aufgezeigt, wie die Depression und die Suizidalität definiert und ihre Entstehung sowie Ursachen erklärt werden können. Ausserdem wurde, um die Fragestellung zu beantworten darauf eingegangen, wie von einer Depression bis zum Suizid sich diese zwei Phänomene gegenseitig und multifaktoriell beeinflussen. Es wurde ersichtlich, dass viele Faktoren einen Einfluss auf die depressive und suizidale Entwicklung von Menschen und besonders von Jugendlichen nehmen. Dies kann so kritisch werden, dass junge Menschen den Suizid als letzte Entscheidungsmöglichkeit sehen. Suizid ist kein Ausdruck einer freien Entscheidung, sondern im Gegenteil Ausdruck einer eingeschränkten Sicht im Hinblick auf das eigene Leben und der eigenen Zukunft. Es wurde betrachtet, wie die heutige Schulsozialarbeit in der Institution Schule auf Alarmsignale und Risikofaktoren mittels Prävention und Intervention reagieren kann und wo ihre Möglichkeiten begrenzt sind.

5.2 Limitation

Diese Bachelor Thesis hat nur einen kleinen Blick auf die Thematik der Depression und Suizidalität geworfen. Die Depression und die Suizidalität erstrecken beide ein Forschungsgebiet das noch bei weitem nicht oder nie abgeschlossen sein wird. Die Statistiken zeigten, dass in unserer modernen Zeit mit all ihrer Herausforderungen und Stress, viele Menschen, vermutlich alle, schon einmal eine depressive Episode in einem bestimmten Alter erlebten. Selbst Suizidgedanken und die Auseinandersetzung mit dem eigenen gedanklichen Tod haben vermutlich alle Menschen in ihrem Leben erlebt. Die Forschung versucht weiterhin die Gründe und Ursachen von Depression und Suizidalität mit moderneren Modellen und Ansätzen zu erklären und auch neue Verbindungen in genetischen und neurobiologischen Faktoren zu finden. Auch die Präventions- und Interventionsmöglichkeiten sind in der Gesellschaft und insbesondere in der Institution Schule noch lange nicht ausgeschöpft. Diese Arbeit konnte prägnant nur drei Stränge von Prävention und Intervention betrachten. Es gilt weitere Methoden zu erarbeiten, welche die Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen vereinfachen und die Gesundheitsförderung mittels präventiver Programme und Bildung langfristig in die Schule zu implementieren. Auch die kritische Betrachtung bzgl. Effektivität solcher Präventionsprogramme sollte ein Kernpunkt in der Forschung darstellen.

5.3 Ausblick und weiterführende Überlegungen

Obwohl die statistischen Zahlen von Suizidalität und Depression momentan stagnieren, bleibt die Prävention und Intervention eine aktuelle Aufgabe. Ausserdem stehen hier noch einige Fragen im Hinblick auf die Soziale Arbeit im Umgang mit Depression und anderen psychischen Erkrankungen sowie im Umgang mit Suizidalität noch offen. So wäre ein weiteres interessantes Forschungsfeld, die Postvention, die sich damit beschäftigt was nach einem vollendeten Suizid gemacht werden kann. So wären Methoden im Umgang mit den Angehörigen oder das Informieren von Schülerinnen und Schülern sowie Bewältigen eines öffentlichen Suizids als traumatische Erlebnisse interessante und wichtige Themengebiete, die weitere Nachforschungen benötigen. Weitere offene Fragen ergeben sich auch im Hinblick auf die klinische Soziale Arbeit, wie sie mit gefährdeten Jugendlichen umgeht, die in stationären Behandlungen sind und welche Methoden wie z.B. Fragebögen oder klinische Tests auch für Fachkräfte der Schulsozialarbeit infrage kommen würden. Parasuizide sind ein weiteres Teilgebiet der Suizide, welche nichttödliche, selbstverletzende Handlungen von Jugendlichen beschreibt. Dies als auch andere Themen wie Amokläufe, Gruppensuizide usw. benötigen vielmehr mehr Aufmerksamkeit in der Sozialen Arbeit und in unserer Gesellschaft, damit junge Menschen schneller und besser unterstützt werden können. Mit einem interessanten Zitat von Braun-Scharm (2002: 81f) wird hier diese Bachelor-Arbeit abgeschlossen:

«(...) Suizidalität bei Kinder und Jugendlichen ist vielleicht der eindrücklichste Beleg dafür, dass auch in diesem Altersbereich nicht alle Möglichkeiten offenstehen(...). Einen verpflichteten Grund zum Leben gibt es ebensowenig wie eine allgemeingültige Begründung des Suizids (...). Es gehört daher zu den lebenslänglichen Entwicklungsaufgaben, dem Leben einen individuellen Sinn zu geben und zu erhalten.»

6 Literaturverzeichnis

- Altenburger, M. (2017). Wenn das Leben zur Krise wird. Suizidalität bei Jugendlichen einer sexuellen Minorität. AV Akademikerverlag.
- Arwanitakis, C. (2020). Hilfe bei akuter Suizidalität. In: Gerngross, Johanna (Hg.) (2020). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Braun-Scharm, H. (2002). Suizidalität, affektive Psychosen und Depression. In: Braun-Scharm, Hellmuth (Hg.) (2002). Depression und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bronisch, T. (2020) Die klinische Sicht – Ursachen und Behandlung von Suizidalität. In: Gerngross, Johanna (Hg.) (2020). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bründel, H. (2004). Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Bründel, H. (2015). Notfall Schülersuizid. Risikofaktoren – Prävention – Intervention. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2016). In: Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionspläne/aktionsplan-suizidpraevention.html> [Zugriffsdatum: 15.03.2020]
- Dlubis-Mertens, K. (2003). Suizidforen im Internet: Ernst zunehmende Beziehungen. In: Deutsches Ärzteblatt 7/100 vom 14.02.03. Seite 370. URL: https://www.wiso-net.de/document/DAE__eab72de5103a7e00fcb2bdf3bc553f02f600b46e [Zugriffsdatum: 25.03.2020 [Zugriffsdatum: 18.01.2020]
- Essau, C. A./Groen, G./Petermann, F. (2002). Belastende Lebensereignisse und Depression bei Kindern und Jugendliche. In: Braun-Scharm, Hellmuth (Hg.) (2002). Depression und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Essau, C. A. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen. Psychologische Grundlagenwissen. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Forkmann, T./Teismann, T./Glaesmer, H. (2016). Diagnostik von Suizidalität. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Freisleben, C. F. (2018). Selbstmorde verhindern. Die Zahl der Suizide ist in Österreich seit den 1980er-Jahren zwar zurückgegangen – umfassende Präventions- und Schulungsmaßnahmen sind jedoch weiterhin wichtig. In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ. Nr. 12/2018 vom 07.12.2018 Seite: 31,32. Ressort: Was Menschen hilft. URL: https://www.wiso-net.de/document/OEKZ__cb911684ac6b2083e5cc10d9dc772e7cf7e487cf [Zugriffsdatum: 23.02.2020]

- Fricke, A. (2018). Depression in der Jugend: Ärzte warnen vor Spätfolgen. In: Ärzte Zeitung, Heft 182/2018, S. 4. URL: https://www.wiso-net.de/document/AEZT__88c1da4366871272da52e706dbaf3d17ffd919c2 [Zugriffsdatum: 02.04.2020]
- Gerngross, J. (Hg.) (2020). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Groen, G./Petermann, F. (2002). Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen-Bern: Hogrefe Verlag.
- Hatzinger, M. (2007). Depression und Suizidalität. In: ARS Medici Dossier IX. S. 14-18. URL: <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici-dossier/2007/09/Depression-und-Suizidalitaet.pdf> [Zugriffsdatum: 18.02.2020]
- Kratzer, D./Juen, B. (2020). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen. In: Gerngross, J. (Hg.) (2020). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Just, A. (2016). Handbuch Schulsozialarbeit. 2. Auflage. Münster: Waxmann Verlag.
- Jost, K. (2019). Prävention nicht aus dem Blick verlieren! In: Ärzte Zeitung, Heft 226/2019, S. 2 URL: https://www.wiso-net.de/document/AEZT__32f3f35682b59e9ba17b214ef2facf66932158b2 [Zugriffsdatum: 02.04.2020]
- Kocalevent, R.-D./Hegerl, U. (2010). Depression und Suizidalität. In: Public Health Forum 18 Heft 66. URL: <http://www.elsevier.de/phf> [Zugriffsdatum: 16.03.2020]
- Lehmkuhl U. (2002) Epidemiologie und Verlauf. In: Braun-Scharm, H. (Hg.) (2002). Depression und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Mallek, K. (2013). Konzepte in der Schulsozialarbeit. Vergleich der konzeptionellen Grundlagen der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein. Saarbrücken: AV Akademikerverlag
- Mehler-Wex, C./Kölch, M. (2008). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt 9/105 vom 29.02.08 Seite 149-155. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59092/Depressive-Stoerungen-im-Kindes-und-Jugendalter> [Zugriffsdatum: 02.03.2020]
- Meister, B./Böckelmann C. (2007). Suizid und Schule. Prävention, Früherkennung, Intervention. Kanton Zürich Bildungsdirektion. FSSZ Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich. URL: https://stopp-gewalt.zh.ch/internet/microsites/stopp_gewalt/de/hinweise_schulen/unterstuetzung_s/publikationen/_jcr_content/contentPar/downloadlist_0/downloaditems/brosch_re_suizid_und.spooler.download.1497009348271.pdf/BIL_148x210_Suizid_DE-2017_2.pdf [Zugriffsdatum: 15.03.2020]
- Müller-Spahn (2000). Das richtige Einschätzen der Suizidalität ist ein wichtiger Schritt zur Prävention. Wer vom Suizid redet, handelt nicht? Ein großer Irrtum! In: Ärzte Zeitung Nr. 24 vom 10.02.2000, Seite 9. URL: https://www.wiso-net.de/document/AEZT__f5d2d6cc8fb0c5e0fcd12f3c872810b4bb1b957d [Zugriffsdatum: 18.04.2020]

- Nevermann, C./Reicher, H. (2009). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen – Verstehen – Helfen. 2. Auflage. Berlin und Graz: C.H. Beck.
- Oberhofer, E. (2013). Streit mit Eltern: Teenies denken da oft an Suizid. In: Ärzte Zeitung Nr. 3 vom 09.01.2013, Seite 8. URL: https://www.wiso-net.de/document/AEZT__208ecd5d18007ab8f2a83a8d3c9ec72aeab36b4f [Zugriffsdatum: 02.03.2020]
- Remschmidt, H. (1999). Depressive Störungen auf verschiedenen Altersstufen: 23. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer «Fortschritt und Fortbildung in der Medizin» vom 20. Bis 23. Januar 1999. In: Deutsches Ärzteblatt 22/96 vom 04.06.99 Seite 1501. URL: https://www.wiso-net.de/document/DAE__93f19c9f9323632194cbe4b958ee350eaabb6a7a [Zugriffsdatum: 19.04.2020]
- Schenk, M. (2014). Suizid, Suizidalität und Trauer. Gewaltsamer Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.
- Scherr, S. (2016). Depression – Medien - Suizid. Zur empirischen Relevanz von Depressionen und Medien für die Suizidalität. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schulte-Körne, G. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. In: Deutsches Ärzteblatt 11/113 vom 18.03.16. Seite 183. URL: https://www.wiso-net.de/document/DAE__4c6a34e3cb5f2b42fc0e8f4ee56aa5f46ca12de8 [Zugriffsdatum: 15.04.2020]
- Sonneck, G./Kapusta, N./Tomandl, G./Voracek, M. (Hg.) (2016). Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Auflage. Wien: UTB Verlag.
- Stüwe, G./Ermel, N./Haupt, S. (2017). Lehrbuch Schulsozialarbeit. 2. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Universität Dresden. Studie der Universität Dresden über Wiederholungen von Suizidversuchen durch Kinder und Jugendliche. Je jünger Kinder sind, desto höher ist das Risiko. In: Ärzte Zeitung Nr. 176 vom 04.10.2000, Seite 4. URL: https://www.wiso-net.de/document/AEZT__8c85500536645947e0edb1c2048c46f0303b90ec [Zugriffsdatum 15.04.2020]
- Warpakowski, S. A. (2003). Kinder und Jugendliche mit Depressionen sind für Hilfe sehr dankbar. In: Ärzte Zeitung Nr. 49 vom 14.03.2003, Seite 3. URL: https://www.wiso-net.de/document/AEZT__cca6e997d64562effd50a049463552ce4f640e73 [Zugriffsdatum: 08.04.2020]
- Wewetzer, C./Quaschner, K. (2019). Suizidalität. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wolfersdorf, M./Etzersdorfer, E. (2011). Suizid und Suizidprävention. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Anhang

Tabelle 1: Teil 2 – Beschreibung und Erkennungsmerkmale von Depression und Suizidalität bis zum Suizid. Quelle: Eigene Darstellung

Teil 2 - Beschreibung und Erkennungsmerkmale von Depression und Suizidalität bis zum Suizid	
Definitionen Depression	Definitionen Suizidalität/Suizid
1. ICD-10	1. Präsuizidales Syndrom nach Ringel
Depression gehört zu den psychischen affektiven Störungen und lässt sich in Major-Depression, Dysthymie und Bipolare Störungen unterteilen (vgl. Essau 2007: o.S.).	Jugendliche sind in ihrer Suizidalität von drei wesentliche Aspekte wie, Einengung, Aggression und Suizidfantasien betroffen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: o.S.).
2. kognitive Entwicklung nach Beck	2. Präsuizidale Entwicklung nach Pödingner
Die Depression beinhaltet drei wesentliche Merkmale:	Suizidalität ist durch drei Stadien gekennzeichnet
1. Die kognitive Triade (neg. Sicht auf sich selbst, die eigene Umwelt und die eigene Zukunft), 2. neg. Denkschemata und	1. die Erwägung, 2. die Ambivalenz und 3. der Entschluss.
3. Denkfehler bzgl. neue Erfahrungen oder Situationen (vgl. Groen/Petermann 2002: o.S. und Bronisch 2020: o.S.)	Zwischen Erwägung und Zeitpunkt des Entschlusses können Stunden (impulsiv) oder Jahre vergehen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: o.S. und Bründel 2004: o.S.)
3. Depression durch kritische Lebensereignisse	3. Suizidalität durch Krisen
Ähnlich wie bei Krisen, die zur Suizidalität führen, können kritische Lebensereignisse wie psy. Erkrankungen oder Suizide im soz. Umfeld, Mobbing etc. und nicht ausreichende Ressourcen, Problemlösefähigkeiten und/oder Bewältigungsstrategien dazu führen, dass die Entwicklung einer Depression und deren Verlauf begünstigt werden (vgl. Groen/Petermann 2002: o.S. / Essau 2007: o.S.).	Schwierige Ereignisse wie Trennung, Tod, Traumata und Alltagsproblemen etc. führen zur suizidalen Krisen, die nicht selbstständig überwunden werden können (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: o.S.).
Erkennungsmerkmale im Verlauf der Depression und Suizidalität (siehe Grafik - Teil 1)	
1. Depression	4
depr. Verstimmung/ Reizbarkeit und/oder Krisenanlass	konkrete Suizidpläne, Beschaffung der Suizidmittel
somatische Symptome: Schlaflosigkeit, Müdigkeit	mehr als 6 depressive Symptome, Alltag ist massiv eingeschränkt, Fernbleiben der Schule
Energielosigkeit und kognitive Symptome wie Konzentrations-schwierigkeiten, Schuldgefühlen,	Abschiedsbriefe, Verschenken pers. Gegenstände
erste Suizidgedanken/ Suizidfantasien	Umsetzung Suizidversuch/Suizid, Höhepunkt einer Krise
depr. Episoden und Symptome nehmen zu und halten länger als zwei Wochen an	plötzliche Gelassenheit, hohe Agiertheit den Suizid umzusetzen
depr. Episoden und Symptome nehmen zu und halten länger als zwei Wochen an	
unterschiedliche Risikofaktoren wie Mobbing, Drogenmissbrauch, Konflikte, Krisen, Selbstverletzungen etc. nehmen immer mehr zu	
Hoffnungslosigkeit und Ambivalenz sind zwei beständige Faktoren	
Impulsive suizidale Handlungen	