

Kapitel 3: Suizidtheorien

Zur Verdeutlichung der komplexen Thematik werden aus der Vielfalt der Suiziderklärungsansätze exemplarisch einige ausgewählt. Bei der Entstehungsfrage von suizidalem Verhalten werden vor allem zwei sehr unterschiedliche Forschungsansätze hervorgehoben:

- soziologische bzw. gruppentheoretische Erklärungsmodelle
- individualtheoretische bzw. psychologische Ansätze.

Seit bekannt ist, dass Monoamine (z. B. Noradrenalin oder Serotonin) das affektive Erleben unmittelbar beeinflussen, beschäftigen sich immer wieder Untersuchungen mit der Frage eines möglichen Zusammenhanges von Minderaktivität monoaminogener Überträgersysteme und Suizidalität (ABLETSHAUSER, 1995, FRANCES et al., 1986; DEMLING, 1991, S.204; MELTZER, H. Y.; ARORA, R. C., 1986; LESTER, 1995, MANN; J. J. , 1998; MANN; J. J. et al., 1986, S.114ff.; BRONISCH et al., 2001; BRONISCH, 2006). Nach den bisherigen Untersuchungsergebnissen bieten biochemische Variablen keine Basis für eine allgemeine Theorie der Suizidalität.

3.1 Soziologische Suizidtheorien

Beim soziologischen Erklärungsmodell werden gesellschaftliche Faktoren für die Auslösung von Suizid als verantwortlich angesehen, insbesondere auf der Ebene einer Beziehungsstörung zwischen Individuum und Gesellschaft.

3.1.1 Integrations-Anomiethorie

Jenes gesamtgesellschaftlich betrachtete Suizidgeschehen wird von DURKHEIM (1897) im Rahmen seiner Integrations-Anomiethorie interpretiert. Der Integrationsgrad einer Person (Individuums) in der Gesellschaft und die Akzeptanz dort gültiger Gesellschaftsnormen und -regeln werden als Determinanten für ein Suizidgefährdungspotenzial betrachtet.

Man unterscheidet hierbei 4 Grundtypen, die DURKHEIM auf differente soziale Kontexte zurückführt: der egoistische, altruistische, fatalistische und anomische Suizid.

Der egoistische Suizid

Charakteristisch für den egoistisch geprägten Suizidtypus ist ein Mangel an gesellschaftlicher Anbindung und Bewusstsein. Ausprägungsmerkmale sind Entfremdungstendenzen von Sinn konstituierenden Rahmensystemen und soziokulturellen Normen, Desintegration und Vereinsamung. Nach Auffassung von DURKHEIM trifft der egoistische Suizid maßgeblich auf Angehörige von Intelligenzberufen zu¹. Beim egoistischen Suizid gehören Depressivität, Enttäuschung und Lebensüberdrüssigkeit zu den Motivlagen.

Der altruistische Suizid

¹ Vgl. BAUMANN, 2001, S.238

Beim altruistischen Suizid besteht eher eine zu starke gesellschaftliche Beziehung eines Individuums, was im Kern eine Loyalitätsproblematik beinhaltet. Infolge einer schwach ausgeprägten Individualität kann sich das Individuum dem Gruppendruck bzw. der Gruppenkonformität nicht entziehen. Es handelt sich hierbei um gesellschaftlich erzwungene und nicht um individuelle Entscheidungen. Folglich wären Terror-Anschläge, die zugleich die eigene Vernichtung des Attentäters bedingen, als formal erweiterte, altruistisch motivierte Suizidhandlungen (WEDLER, 2001), beispielsweise dem religiös motivierten Terror-Suizid durch Selbstsprengung, dem „Suicide Bombing“ bzw. „Murder-suicide“ (WOLFERSDORF und FRITZE, 2002¹), zu verstehen. Nach BAECHLER (1981) weist dieser Opfer-Typus des Suizides auf die Tatsache hin, dass ein Individuum eine Sache höher bewertet als das eigene Leben und bereit ist, sein Leben für einen anderen oder etwas anderes auszulöschen². Jeder Opfer-Suizid, bzw. dessen pathologischer oder nicht-pathologischer Charakter ist vor dem Hintergrund des entsprechenden Ziel-Mittel-Verhältnisses und dem jeweiligen Werte- und Normenhorizont zu beurteilen (RACHOR, 2001). Augenscheinlich scheint bei dieser Form der Anteil an heteroaggressivem Potenzial zu überwiegen. Bereits DURKHEIM (1897/1990) weist darauf hin, dass der altruistische Suizid die Gefahr beinhaltet, sich zum erweiterten Suizid auszudehnen.

Berechtigt ist sicher die Frage, inwieweit auch über Suizidforen im Internet verabredete Suizide von Jugendlichen (s. S.171ff.) dazugerechnet werden können. Der Suizidale gerät durch seine eigenen Suizidankündigungen und die damit verbundenen Nachfragen anderer Internet-Chatter, die eine speziell definierte gesellschaftliche Gruppierung darstellen, unter einen externen Druck bzw. Handlungszwang, der letztlich die Intention zu seinem Suizid verstärkt, verbunden mit Erwartung einer Wertschätzung durch die ihn „tragende Gesellschaftsgruppe“.

Der fatalistische Suizid

Diese Suizidform kennzeichnet sich primär als eskapistisch oder aggressiv motivierte Schlusshandlung in einer vermeintlich andauernden und unabänderbaren Situation, sie ist beispielsweise typisch für Inhaftierte.

Der anomische Suizid

Ausgehend von der Anomiebedeutung im Sinn einer makrosozialen Normen- und Regellosigkeit erlebt ein Individuum diese auf seine Mikroebene transportierte Entwertung stabiler Orientierung als negativ. Eingebunden in einen progressiven Prozess von Bindungsverlust, Zunahme von Unruhe, Ängsten und Unzufriedenheit nimmt das Suizidrisiko zu³.

¹ Vgl. dazu WOLFERSDORF und WEDLER (2002)

² Vgl. dazu ALVAREZ (1974)

³ BULMAHN (2000b) beschreibt das Suizidgeschehen als Indikator für Anomie.

Anzumerken ist, dass DURKHEIM explizit von einem anthropologischen Grundkonzept von Grenzenlosigkeit menschlicher Bedürfnisse¹ ausgeht (BAUMANN, 2001). Infolge ausufernder individueller Bedürfnisse müssten diese gesellschaftlich reglementiert werden. Bei zu geringer oder fehlender sozialer Reglementierung kann das Individuum ein Zustand von Zufriedenheit nie erreichen.

MERTON (1963) definiert Anomie über gesellschaftliche Determinanten und Ziele. Aus gemeinschaftlichen Werten und Zielen sowie mittels institutionalisierter Regulative konstituieren sich kulturelle und soziale Strukturen eines Systems, einer Gruppe². Folglich bedingen Nonkonformität und Desintegration einen anomischen Zustand, einen „*breakdown in the cultural structure*“ (ebd., S.126).

Soziologisch orientierte Suizidtheorien, die wie DURKHEIM von der zentralen Bedeutung einer sozialen Regulation ausgehen und sich mit der Entstehung von Anomie beschäftigen, verlieren an Aussagekraft, wenn sie zur Definition individuellen Verhaltens herangezogen werden (SEYFRIED, 1995).

HALBWACHS (1930), ein Schüler DURKHEIMs, formuliert in seinem Erklärungsansatz einen direkten Zusammenhang zwischen Suizidhäufigkeit und dem Grad der sozialen Isolation, wobei die soziale Isolation wiederum vom Urbanitätsgrad bedingt wird. Als intervenierende Variablen führt er die Begriffe „soziale Isolation“ und „seelische Gesundheit“ ein.

Durchaus mit einem ähnlichen Blickwinkel entwickelten GIBBS und MARTIN (1964) die „Statusintegrationshypothese“. Zentraler Ausgangspunkt dieses Erklärungsmodells ist der jeweilige soziale Integrationsgrad eines Individuums. WELZ (1978, S.67) resümiert dazu wie folgt, „*dass soziologisch Suizidalität immer verbunden ist mit einer hochgradigen sozialen Isolation und Desintegration eines Individuums.*“ Sowohl auf Erwachsene als auch auf Jugendliche trifft gleichermaßen zu, dass von dem Akzeptanzgrad des Individuums durch dessen Bezugsgruppe, im Verbund mit einem Gefühl von vermittelter Geborgenheit sowie einer Kongruenz der Werte Haushalte und Wertevorstellungen, die Entstehung von suizidalen Tendenzen/Verhalten wesentlich beeinflusst wird (HURRELMANN und ULICH, 1991³).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Grundgedanken DURKHEIMs nach über hundert Jahren weitestgehend zutreffend sind. Soziale Integration und Desintegration, das Fehlen von allgemein verbindlichen Normen und Werten oder deren vernachlässigte Geltung sowie Zwänge und soziale Einengung werden sowohl in der Soziologie als auch in der Suizidologie als interdependente Bedingungsfaktoren für Suizidalität betrachtet.

¹ Die Bedürfnisse und Begierden in DURKHEIMs Anomietheorie bezeichnet GINSBERG (1980) als Erwartungsniveau und verweist darüber hinaus auf die Ebene der sozialen Interaktion und deren rollenanalytische Interpretation. Nach Auffassung von (SCHALLER und SCHMIDTKE, 1988a, S.188) stellen enttäuschte Erwartungen zentrale Anomiebedingungen dar.

² Vgl. auch dazu WOLTER (1983)

³ Vgl. auch dazu WINTERLING (1996)

3.2 Psychologische Erklärungsmodelle

3.2.1 Psychoanalytischer Erklärungsansatz nach FREUD (1917)

Im Vergleich zur Soziologie hat sich die Psychoanalyse erst Anfang des 20. Jahrhunderts dem Suizidphänomen zugewendet. Vielfach wird die sogenannte Diskussion über Suizidalität¹ in der „Wiener Psychoanalytischen Vereinigung“ 1910² als erste psychoanalytische Auseinandersetzung mit der Thematik angesehen (ETZERSDORFER und BECKER-PFAFF, 2003³).

Die Veröffentlichung „Trauer und Melancholie“ (1917) enthält die wohl bekanntesten Überlegungen FREUDs zum Suizid. In dem auch als Aggressionstheorie bekannten Erklärungsansatz beschreibt FREUD ein Gegeneinander- und Zusammenwirken zweier angeborener Triebkräfte, die er als Todestrieb und Lebenstrieb bezeichnet. Jener Todestrieb (Thanatos) zielt regressiv orientiert auf die Wiederherstellung eines harmonischen Urzustandes. Diesem destruktiven Prozess wirkt der Lebenstrieb (Eros) entgegen. Kompensatorisch wirksam soll der masochistisch geprägte Autodestruktionsvorgang nach außen geleitet und in eine libidinöse Objektbeziehung umgekehrt werden.

Die Kompensationsmechanismen Regression und Fixierung sind von zentraler Bedeutung für die Prägung des kindlichen Ichs bzw. dienen als Grundlage für die Definition von Depressivität.

Depressiv-suizidale Menschen weisen nach BRÜNDEL (1993) spezifische Entwicklungsstörungen im Zusammenhang mit oraler, analer und genitaler Phase auf. D. h., infolge eines Kränkungs geschehens projizieren sich entstandene Hass- und Mordgefühle gegen das Libidoobjekt, mit dem eine ausgeprägte Identifikation bzw. Fixierung besteht. Die Konsequenz ist eine Umkehr der Aggression in eine Autoaggression⁴. Jene ursprünglichen Mordgedanken sollen durch Suizidvollzug befriedigt werden. Folglich verbirgt die suizidale Person in sich einen gehemmten Mörder (MENNINGER, 1938/dt. Übers. 1978, S.37): *„Selbstmord ist ein Mord durch das Selbst. Es ist ein Tod, bei dem Mörder und Ermordeter in einer Person vereinigt sind.“*

Auch in RINGELs „präsuizidalem Syndrom“ (1953)⁵, das den Suizid als Ende einer psychopathologischen Entwicklung darstellt, wird der Gedanke von Aggressionshemmung und -umkehr aufgegriffen.

STENGEL (1969) betrachtet Aggression als wesentlichen Faktor für ausgelöste Suizidversuche, denen er einen appellativen Charakter zuschreibt.

MENNINGER (1938/1978) bezeichnet im Sinn von FREUD den Suizid als Sieg von Thanatos über Eros, wobei er weitere Formen wie Trunksucht, Operationssucht und Selbstverstümmelung mit einbezieht.

¹ Insbesondere hatte sich der sogenannte „Schülersuizid“ zum einem größeren Problem der damaligen Zeit entwickelt, siehe dazu auch STEKEL (1910).

² Hierbei handelte es sich um eine angeregte Diskussion in FREUDs „Mittwochsgesellschaft“ an zwei Abenden, siehe dazu NUNBERG; FEDERN (1977).

³ Vgl. dazu auch ALVAREZ (1974, S.115)

⁴ SONNECK (1995a) thematisiert die Kanalisierung der Autoaggression nach außen.

⁵ Vgl. dazu auch LÖCHEL (1984, S.219): „präsuizidale Symptomatik“ bei Kindern und Jugendlichen

Nach LINDEN (1969, S.78) und FEUERLEIN (1971) ergeben sich für Suizide zwei unterschiedlich profilierte Motive. Die eine Motivlage ist durch ihre postmortale Erwartung charakterisiert, während die andere eine Intensionsrichtung darstellt, die aus dem Leben selbst heraus „erwartet“ wird. FRIESE und SCHLEIDER (1993) verstehen suizidale Handlungen bei Kindern und Jugendlichen als Notsignal bzw. Drohung, indem der Wunsch nach Wiedervereinigung mit einer geliebten, verstorbenen Person in auto- oder heteroaggressiven Formen zum Ausdruck kommt.

3.2.2 Die Narzissmustheorie (HENSELER, 1974)

Der Suizid ist nach FREUD (1981) und ADLER (1976) ein aggressiver Akt. Nach Sichtweise der psychoanalytischen Narzissmustheorie bedeutet Suizidalität eine konfliktbesetzte Störung des narzisstischen Regulationssystems, d. h. einer narzisstischen Kränkung (WOLFERSDORF, 1989¹). „*Unter Regulation des Narzissmus versteht die Psychoanalyse die Aufrechterhaltung eines affektiven Gleichgewichts bezüglich der Gefühle von innerer Sicherheit, von Wohlbehagen, Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, im folgenden kurz Selbstgefühl genannt*“ (HENSELER 1974, S.73). Für Suizide bedeutet dies, dass der typische Suizident eine Person mit sehr labilem Selbstgefühl ist, die sich permanent durch Verunsicherungen bedroht fühlt, weswegen sie die Realität verleugnet und sich selbst idealisiert. Führt dieser Weg nicht zur angestrebten Restabilisierung des Selbstgefühls, zieht sie sich in der Fantasie in den harmonischen Primärzustand zurück. Erfolgt diese Regression nicht nur in der Fantasie sondern auch auf der Handlungsebene, tendiert das Verhalten zum Suizid, da Fantasien von „... *Sicherheit, Geborgenheit, Ruhe und Seligkeit* ...“ (HENSELER, 1974, S.85) vorzugsweise im Tode ihre vermeintliche Erfüllung finden.

¹ Vgl. dazu auch HARTMANN; MILCH (1995, S.131ff.)

Motivstruktur der suizidalen Handlung

nach LINDEN (1969), mod. nach HENSELER (1981), zit. aus FELBER, 1989, S. 8

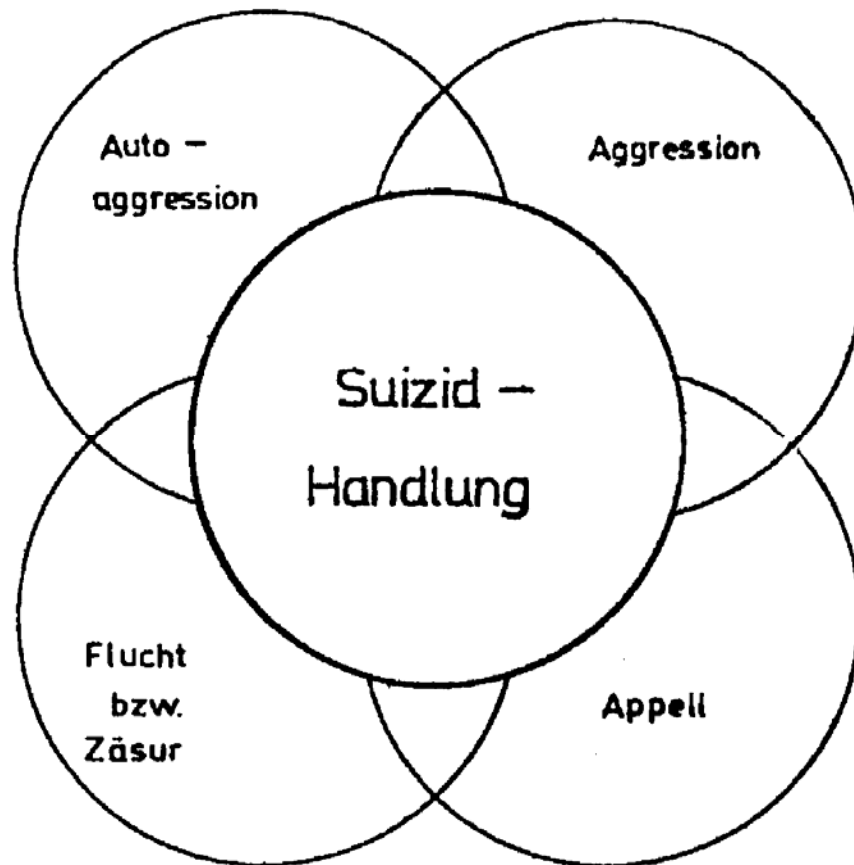


Abbildung 2: Motivstruktur der suizidalen Handlung nach LINDEN (1969), mod. nach HENSELER (1981), zit. aus FELBER, (1989, S.8)

Nach BATTEGAY (1996) geht es beim Suizid nicht um eine intendierte Autodestruktion, sondern um eine Beendigung eines als unerträglich empfundenen Leids. Durch den Suizid soll eine Transformation in ein anderes Leben realisiert werden, verbunden mit der Erwartung der Erfahrung, in ein diesseitiges Jenseits überzutreten.

Nach dem Frustrations-Aggressionskonzept von HENRY und SHORT (1954) handelt es sich beim Suizid um eine sozialisationsbeeinflusste Störung, die die ursprünglich nach außen gerichtete Aggression umkehrt.

Bei erweiterter Interpretation eines libidinösen Objektbegriffes, der auch kulturelle Werte oder sozialstatusabhängige Ziele mit einschließt, kann die Feststellung von nicht erreichten Zielen zur Enttäuschung, Kränkung führen und somit eine Störung der Libido-Objektbeziehung auslösen.

Im Vergleich zu FREUD definiert ADLER Aggression als grundsätzliches Motiv menschlichen Lebens. Aggression wird nicht nur als destruktiv profilierter Trieb, sondern auch als ein mit der menschlichen Sozialisation und dem Erwachsenwerden verbundene Prozess betrachtet. Erweist sich der Einfluss durch Erziehung und Kultur auf ein Kind positiv, wird der Aggressionstrieb neutralisiert. Versagen jene Deutungstransmitter, kommt es zur Eruption des Triebes.

3.2.3 Psychodynamisches Modell

Präsuizidales Syndrom (Ringel, 1953)

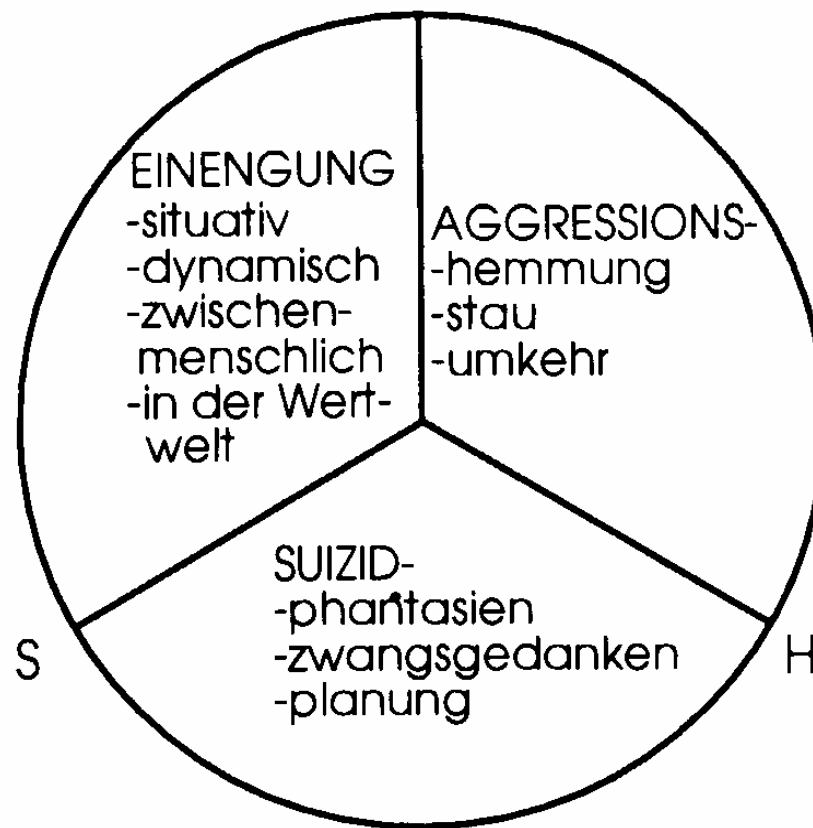


Abbildung 3: Präsuizidales Syndrom nach RINGEL entnommen aus BRÜNDEL (1993, S.49)

Das präsuizidale Syndrom, das der Suizidhandlung (S-H) vorausgeht, wird, wie RINGEL in mehreren Untersuchungen an erwachsenen Überlebenden von Suizidhandlungen zeigen konnte, im Wesentlichen durch drei Symptome charakterisiert:

- Selbstmordphantasien (ausgesprochen oder nicht)
- Aggression (gehemmt und gegen sich selbst gerichtet)
- Einengungssymptome (situativ, dynamisch, zwischenmenschlich und in der Wertwelt),

Schließt man psychosomatische Störungen in die Betrachtung ein, so gelten die Ergebnisse von Ringel auch für Kinder und Jugendliche (LÖCHEL, 1983¹; 1984²; 1986³). Demzufolge kann der Suizid auch nicht prinzipiell als pathologisches Ereignis betrachtet werden (HEINATSCH, 1988).

3.2.4 Das lerntheoretische Konzept

Nach lerntheoretischer Sichtweise handelt es sich bei suizidalen Handlungen um erworbene, erlernte Verhaltensweisen. Jene Handlungen sind als Ausdruck konkreter Hilflosigkeit zu interpretieren. Wie Erfahrungen

¹ Ebd. S.61 ff.

² Ebd. S.214 ff.

³ Ebd. S.134 ff.

beweisen, haben Suizidenten oft bestimmte Suizidmethoden und -fälle im näheren Bekannten- und Verwandtenkreis erlebt (vgl. S.50)¹. Depressive Symptome bzw. Stimmungslagen sind Basis dieser Problematik. Bei depressiver Symptomatik nehmen die Betroffenen ihre Umwelt nur noch selektiv wahr. Unter der Annahme, dass bestimmte Reaktionsmuster im Rahmen des individuellen Sozialisationsprozesses erlernt wurden, ergibt sich die theoretische Möglichkeit der Umkehrbarkeit². Demnach ergibt sich ein anderes, nicht auf den Ausdruck einer Krankheit bezogenes Verständnis von Depressivität und suizidaler Neigung. Dies stellt sich als ein erworbenes, erlerntes Verhalten dar (vgl. S.45).

3.2.5 Kommunikationstheoretisches Konstrukt

Das von MITTERAUER (1986) konzipierte Modell wird von der Kernhypothese geprägt, dass der Suizidversuchende entweder intendiert oder unbewusst das Zuwendungsverhalten seiner menschlichen Umgebung einfordert. Im Falle eines vollendeten Suizides wird eher ein abwehrendes, abwendendes Verhalten bei der näheren Umgebung entstehen.

Die gesellschaftliche Gemeinschaft mit ihren Beziehungssystemen ist für einen Suizidenten, der kurz vor der Realisierung seines Vorhabens steht, ohne jegliche Bedeutung. Dieser Bindungsverlust bzw. die Kommunikationsunterbrechung bedingt auch die ablehnende Haltung des Suizidenten, externe Hilfe zu akzeptieren.

Beim Suizidversuchenden stellt sich die Situation anders dar. Primär geht es um die Aufrechterhaltung von Kontakt. Folglich kennzeichnet sich der Suizidversuch durch seinen zum näheren Umfeld adressierten, appellativen Charakter als ein Kommunikationsversuch (MÖLLER-HÖMMEN und WITTE, 1990).

Bei beiden Verhaltensweisen sind Veränderungen des Individuums zu beobachten. Positive Veränderungen vermitteln beispielsweise den nahestehenden Beziehungspersonen den Trugschluss eines intakten seelischen Zustandes des Individuums und maskieren die eigentliche dahinter verborgene suizidale Problematik.

Setzt ein Suizidgefährdeter die Zermürbung seiner Beziehungspersonen ständig durch angekündigte, nicht „wirklich intendierte“ Suizidvorhaben fort, riskiert er dadurch nicht nur seine Glaubwürdigkeit sondern erzeugt auch einen Vertrauensverlust bei den Bezugspersonen. Hieraus kann sich eine nicht zu unterschätzende Gefahr für den Betroffenen entwickeln, indem aufgrund vorangegangener Erfahrungen wirkliche suizidale Situationen durch jene Bezugspersonen als marginalisiert eingestuft, falsch interpretiert werden und womöglich sogar Reaktionen, die in einem Ernstfall womöglich lebensrettend wären, ausbleiben.

3.2.6 Stresstheoretisches Modell

Dieses Person-Umwelt-Interaktionsmodell lässt sich durchaus in ein Lebenslagekonzept („Life event“) integrieren. Hinweislich der Ergebnisse der Life Event- und Stressforschung wird beim stresstheoretischen Ansatz

¹ Vgl. auch dazu SCHMIDTKE und HÄFNER (1986a; S.502ff.); SCHMIDTKE und HÄFNER (1988, S.341ff.)

² Vgl. u. a. KÄSLER und NIKODEM (1996, S.65ff.)

Suizidalität als ein Zusammenwirken von belastenden Lebensereignissen¹, sogenannten Life Events, individueller Persönlichkeit und sozialen Bedingungen angesehen (SCHMIDTKE, 1988b; WELZ, 1988; KATSCHNIG, 1980). Verfügt ein Individuum nur über wenige externe soziale Stützwerte, ist es infolge mangelnder externer Ressourcen verstärkt auf das eigene Lösungsrepertoire angewiesen. Primär greift das Individuum auf Bewältigungsstrategien zurück, die sich bereits als praktikabel und erfolgreich erwiesen haben. Ist adäquates Erfahrungswissen nicht vorhanden bzw. erweisen sich angewandte Lösungsversuche als nicht erfolgreich, setzt negativer Stress ein. Als Konsequenz müsste nun das Individuum die Suche nach Alternativstrategien zum Stressabbau fortsetzen. Da sich das persönliche Lösungsrepertoire mit den bestehenden Anforderungen als inkompatibel offenbart, kann das Stressgeschehen nicht bewältigt werden, was als persönliche Inkompetenz empfunden und erlebt wird. Mangels weiterer Handlungsalternativen und zunehmendem Stress scheint der einzige Ausweg nur noch im Suizid zu liegen.

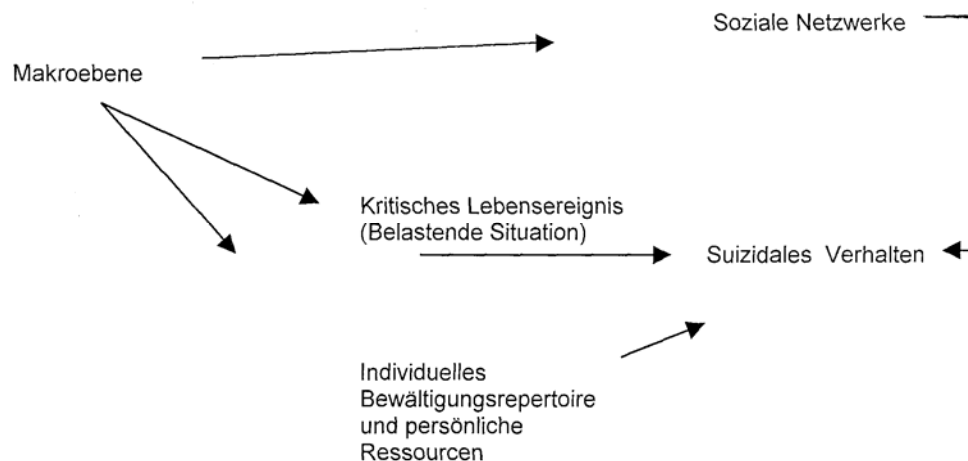


Abbildung 4: Stresstheoretisches Modell

Zentrales Problem ist und bleibt die Vorhersage von suizidalem Verhalten (HENGEVELD et al., 1988; KICK, 1992).

Zusammengefasst vermitteln die dargestellten Suizidtheorien nur Aspekte eines sehr komplexen Themas. Während die Gruppen der soziologischen Theorien die Aspekte von Gruppenzugehörigkeit und des Wohlfühlens in einer Gemeinschaft hervorheben oder Aspekte von mehrdimensionalen Disparitäten als Gründe für verschiedene nationale Suizidentwicklungen

¹ Vgl. dazu auch FILIPP (1995, S.3ff.)

anführen, stellt die Psychoanalyse die Aggression bzw. Aggressionsumkehr in Form einer Triebtheorie in den Vordergrund.

In Bezug auch auf junge Menschen vermittelt der psychodynamische Erklärungsansatz die Folgen von mehrdimensionaler Einengung und verdeutlicht das ambivalente Verhalten und den Appellcharakter bei Suizidenten, die eigentlich leben wollen, jedoch gewisse Lebensumstände nicht bewältigen können.

Das lerntheoretische Modell zeigt paradoxe, anscheinend positive Effekte von Suizidversuchen in Interaktion mit Bezugspersonen auf, sodass positive Bestätigung zur Fortsetzung weiterer Suizidversuche führt.

Beim durchaus als Individual-Umwelt-Konzept zu bezeichnenden stresstheoretischen Erklärungsmodell spielt im Bindungsgefüge zu vorhandenen Netzwerken und eigenen Ressourcen die subjektive Einschätzung von belastenden Situationen in Form von negativem, gesundheitsabträglichen Stress die zentrale Rolle.

Von seinem Individual-Umwelt-Interaktionsansatz ausgehend erscheinen das stresstheoretische Modell als auch das für junge Menschen übertragbare psychodynamische Konzept RINGELs als Bestandteile für eine Rahmentheorie gut integrierbar.

3.3 Prädisponierende Faktoren für Suizide und Suizidversuche von Jugendlichen

Das Wissen über suizidbegünstigende Faktoren bei Jugendlichen basiert überwiegend auf Erkenntnissen retrospektiver Untersuchungen von bekannt gewordenen Suizidversuchen, die zu stationären Behandlungen bzw. Kriseninterventionen führten, oder z. B. auf Befragungen des nahen Personenumfeldes jugendlicher Suizidenten, da in der Vielzahl der Fälle keine Abschiedsbriefe jugendlicher Suizidanten vorliegen, aus denen wichtige Informationen über die genaueren Hintergründe des vollendeten Suizids hervorgehen könnten. Die Unvollständigkeit des Wissens über das Suizidphänomen bei Kindern und Jugendlichen wird vielfach durch eine in ihrer Größenordnung nur schwer quantifizierbare Dunkelziffer von Suiziden und statistisch nicht erfassten Suizidversuchen erklärt.

„Zweifellos ist das Selbstmordproblem außerordentlich komplex, und man kann daher nicht einen einzigen Faktor als die Ursache annehmen“ (FROMM, 1981, S.16). Das Suizidphänomen bei Jugendlichen ist multifaktoriell und multidimensional zu betrachten. Unter den Jugendlichen gibt es Gruppen, die im Vergleich zur Gesamtpopulation von Jugendlichen als erhöht suizidgefährdet gelten.

Obwohl - wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde - der krankheitsbezogene Suizid nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, sollen trotzdem aus Gründen der Vollständigkeit auch ausgewählte krankheitsspezifische Suizidrisiken in der Übersicht suizidfördernder Faktoren genannt und beschrieben werden. Die Darstellung suizidbegünstigender Faktoren systematisiert sich wie folgt:

- Krankheitsspezifische Faktoren (z. B. Sucht, Depression, Schizophrenie, chronische Krankheit),
- selbsterstörerisches Verhalten (z. B. „Ritzen“, Essstörungen),
- beziehungsmotivierte Faktoren (z. B. Elternhaus, soziale Herkunft Partnerschaftsprobleme, Trennung von Bezugspersonen),
- Faktor wirtschaftliche und soziale Situation,
- Faktor Schule,
- Faktor Geschlecht,
- Faktor suizidale Gedanken,
- Faktor vermittelte Suizidmotivation,
- Faktor versuchte und missglückte Suizide.

Krankheitsspezifische Faktoren

Immer wieder wird in Untersuchungen über ein erhöhtes Suizidrisiko bei Psychischkranken (MOOS et al., 2004; BRONISCH und WUNDERLICH, 1998; SCHMIDTKE et al., 1998) berichtet. Nach Ansicht von BRONISCH (2000) und ROY (2001) besteht bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nachweislich ein erhöhtes Suizidrisiko. Eine gefährdete Gruppe sind beispielsweise die Drogenabhängigen. *„Der Suizid als Todesursache bei Suchtabhängigen wird auf 40 bis 50% geschätzt und steht häufig in Zusammenhang mit Entzugssymptomen, Rückfällen, Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, strafrechtlichen Konsequenzen oder Leistungsversagen“* (BUSCH, M. 1990, S.447).

Suizidversuche werden häufiger von Drogen- und Medikamentenabhängigen als von Alkoholikern unternommen. Bezogen auf die vollendeten Suizide wird

hingegen der Anteil der Alkoholiker größer geschätzt¹. Bei Drogentodesfällen besteht häufig eine Unsicherheit, diesbezüglich zwischen einer absichtlichen oder unabsichtlichen Drogenüberdosierung zu unterscheiden².

Neben der Sucht des bzw. der Betroffenen selbst kann auch die Alkoholsucht der nächsten Bezugspersonen, wie z. B. Eltern, zur Gefährdung beitragen (BARNOW; LUCHT; FREYBERGER, 2002³). RAUSCH (1993) stellte in ihrer Untersuchung mit offen suizidalen Patienten fest, dass in zwei Drittel der untersuchten Familien Konstellationen vorzufinden sind, bei denen der Alkohol fast immer als enthemmender Faktor zu beobachten war.

Weiterhin besteht ein Gefährdungsrisiko bei Jugendlichen mit psychischen Störungen. Depressiv Kranke bilden die am meisten gefährdete Gruppe. Bei einer prospektiven Studie (Prüfung bzgl. Vorkommen von Depression und Hoffnungslosigkeit) mit 129 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren im Zeitraum 1976 bis 1983, unter Einsatz des 'Depressionsfragebogens für Kinder und Jugendliche' nach WEINBERG et al. (1973) wurde ein Zusammenhang zwischen suizidalen Handlungen und Depressionen und Hoffnungslosigkeit für diese Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen herausgefunden. Es ergaben sich auch Hinweise, dass altersentsprechende depressive Anteile sich anders als bei Erwachsenen darstellen, aggressive Verhaltensweisen, reduzierte soziale Anpassung sowie schulische Störungen sollten unter diesen Bedingungen als hingewiesene Depressionen interpretiert werden. Fast alle der Untersuchten (97%) hatten dysphorische Stimmungslagen und bei 61% lag Hoffnungslosigkeit vor (STOBER und BUSCH, 1984).

Trotzdem kann ein Zusammenhang zwischen Depression und Suizid nicht gänzlich verallgemeinert werden. Es ist eher anzunehmen, dass eine biografisch bedingte und in der Primärfamilie erlernte Rollenerwartung in Bezug auf Real- und Idealbewertung als zuverlässigerer Prädiktor für Suizidalität angesehen werden kann. Folglich sind bei weitem nicht alle depressiven Menschen gleichsam als akut selbst gefährdet einzustufen. Eine nicht unerhebliche Anzahl von Personen mit ernsthaften Suiziderwägungen ist nicht im engeren Sinn klinisch depressiv (KÖHLER, 1987). Auch andere Autoren stellen einen Zusammenhang zwischen Depression und Suizid in Frage: „*Empirische Studien, seien sie psychologischer Art (BRONISCH, 1995) oder biologischer Art (VAN PRAAG et al., 1986), konnten allerdings keinen sicheren entstehungsgeschichtlichen oder ursächlichen Zusammenhang zwischen Depression und suizidalem Verhalten finden. Depressive Symptome und depressive Störungen können daher nur als Spurensucher für Suizidalität dienen*“ (BRONISCH, 1995, S.39).

Nach ENNIS et. al. (1989) passieren Suizidversuche während einer emotionalen Krise. Jene Krisen scheinen bei jüngeren Personen meistens direkte Folge von Konflikten mit wichtigen Bezugspersonen zu sein. Die Tatsache, dass nach dem Suizidversuch im Allgemeinen hohe Werte auf den Depressionsskalen erreicht werden, ist jedoch nicht mit der klinischen Diagnose einer Depression gleichzusetzen.

Bei einer weiteren Reihe von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen kann eine erhöhte Suizidgefährdung angenommen werden: z.

¹ Vgl. dazu DRIESSEN et al. (1998, S.889ff.)

² Die Identifizierungsproblematik („Dunkelzifferproblematik“) bei Drogenüberdosierungen, d. h. liegt ein Unfallgeschehen oder ein Suizid vor, wird im Kap. 5.2 näher thematisiert.

³ Vgl. dazu KLEIN, M. (2001, S.118ff.), des weiteren siehe auch dazu ROY (2000, S.2050ff.)

B. präpubertäre Psychose, neurotische Zustände, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Entwicklungskrisen¹ und Essstörungen.

Faktor selbstzerstörerisches Verhalten

Suizidalität drückt sich in mannigfaltigen Formen und in verschiedenartigsten Begleitsymptomen, wie z. B. in Essstörungen, aus. Nicht zu vergessen ist ein indirektes selbstzerstörerisches Verhalten, das sich auf vielerlei Art, z. B. in aktiver oder in passiver Form darstellen kann. In der Bundesrepublik Deutschland verletzen sich pro Jahr ca. 200000 Menschen, die meisten davon sind junge Frauen zwischen 16 und 30 Jahren (ACKERMANN, 2002). Experten berichten eine Zunahme von Fällen seit den 90er Jahren (SACHSSE, 2002). „Durch das selbstverletzende Verhalten wird jene innere Not verdeutlicht, die nicht verbalisiert werden kann“² (MAKOWSKI und DULZ, 2000, S.40). Autodestruktives Verhalten lässt sich nicht immer von dem der Suizidalität trennen (SACHSSE, 1996).

Daraus ableitend ergäbe sich anscheinend die Notwendigkeit, den Suizidalitätsbegriff weiter zu fassen, um die immer größer werdende Bandbreite von möglichen Variationen aus aktueller Sicht von „Indirect Self-destructive Behaviour“ (ISDB) mit einschließen zu können. Jedoch erfolgen vorsätzliche Selbstverletzungen nicht in suizidaler Absicht³. Die offene Form drückt sich durch z.B. „schnippeln“ und schneiden an Unterarmen und Unterschenkeln, schlucken von scharfen Gegenständen (KÄMPFER, 1996 GÜTHLIN; OBERSTEINER, 1993) oder durch selbst verursachtes Verbrennen mit Feuerzeug oder Bügeleisen im Bereich von Bauch, Brust und Gesicht aus. Deutlich überwiegt der Anteil von weiblichen Patienten mit fast 80 Prozent⁴, während bei den männlichen Patienten belastende traumatische Erlebnisse meist anders verarbeitet werden, z. B. in Form von Gewalt (Aggression) gegen andere⁵. Dieser hohe Anteil von Mädchen/jungen Frauen wirft die Frage nach einer möglichen Geschlechtsspezifität auf. Viele Autoren, u. a. auch TEUBER (1999) gehen von einem Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Selbstverletzung, d. h. einem Anteil missbrauchter Mädchen und Frauen bis zu 70% aus.

Somit soll mittels Selbstverletzung der seelische Schmerz durch einen körperlichen, vermeintlich leichter zu ertragenden Schmerz ersetzt werden (ECKHARDT, 1996⁶).

¹ Suizidversuche bei Jugendlichen können auch Ausdruck einer persönlichen Krise sein, d. h., sie können demonstrativ geprägt oder von einem Verlangen bestimmt sein, sich mit einem Abwesenden oder einem bereits Verstorbenen vereinigen zu wollen (OTTO, 1983).

² TEUBER (1999) sieht in der Selbstverletzung ein Symbol für Suizid, den sich junge Frauen gelegentlich wünschen.

³ Sprachlich trägt auch die seit der Einführung der 10. Revision des internationalen Diagnoseschlüssels (ICD 10, ab 1998) geführte Bezeichnung „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ (Positionen „X 60-84“) zur Verwirrung bei, unter der auch in den Todesursachenstatistiken die vollendeten Suizide statistisch erfasst sind.

⁴ Nach Einschätzung von SCHMIDTKE et al. (2005, S.91) berichten zwischen 70-80% aller weiblichen Patienten mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen in ihrer Vorgeschichte selbstbeschädigende Verhaltensmuster.

⁵ Vgl. dazu LÖSEL; BLIESENER (2003)

⁶ Vgl. dazu Lübke-SOMMER (1996)

MENNINGER (1938/1978) verwendete die Bezeichnung „Focal Suicide“, um Verhaltensweisen wie Selbstverstümmelung, Simulantentum, Vielfachoperationen, zweckgerichtete Unfälle, Impotenz, Frigidität usw. zu beschreiben. Ferner führte er den Begriff „Chronic Suicide“ ein, um Verhaltensweisen wie Askese, Märtyrertum, neurotische Invalidisierung, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, antisoziales Verhalten und psychotische Zustände zu benennen. Dieses Verhalten sah er als Resultat einer wechselhaften Balance zwischen Lebens- und Todestrieben, die in Interaktion mit verschiedenen Mustern von Schuld, Aggression und Erotik traten. HALLER (1986) interpretiert vielfältiges Verhalten wie z. B. überhöhten Alkoholgenuss, Drogenkonsum, riskantes Rad- und Mofafahren von Jugendlichen als nicht seltenen Ausdruck von selbstzerstörerischem Verhalten. Mit „Hidden Suicide“ bezeichnete MEERLOO (1968) die indirekte Form von selbstzerstörerischer Aktivität.

SHNEIDMAN (1968) prägte die Definition „Subintentional Death“ zur Beschreibung eines vorzeitigen beschleunigten Todes, der letztendlich nicht bewusst intendiert wird.

Zusammenfassend ist das Konstrukt des indirekten selbstzerstörerischen Verhaltens bis heute nicht abschließend geklärt¹, zumal verschiedene psychische und körperliche Krankheiten, Lebensstile sowie andere psychosoziale Charakteristika im Zusammenhang stehen können. Demzufolge scheinen Personen mit deutlichem ISDB oft wenig in der Lage zu sein, kontinuierliche und bedeutungsvolle Beziehungen zu Mitmenschen aufbauen zu können. Sie tendieren eher zu einem Appetenzverhalten von Anspannung, wobei der Ablauf oft wichtiger ist als das Ergebnis. ISDB könnte somit jegliche Form von risikobehafteten, suchtähnlichen Handlungen gegen das Leben beinhalten².

Beziehungsmotivierte Faktoren

Bei der Suche nach möglichen suizidrisikosteigernden bzw. auslösenden Faktoren bei Jugendlichen wird allgemein primär der familiäre Kontext hinsichtlich sozialer Auffälligkeiten, z. B. soziales Umfeld, Familiensituation etc. betrachtet. U. a. reagieren Kinder und Jugendliche auf sich auflösende Familienstrukturen und/oder Beziehungslosigkeit mit Suizid (LIMMER, 1996). REUBAND (1989) berichtet von einer Hamburger Studie aus dem Jahre 1973 mit Schülern und Schülerinnen aus vier verschiedenen Schultypen. Dort ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass Jugendliche mit einem niedrigen Bildungsniveau der Eltern sowie, gemessen an dem Beruf des Vaters, niederer Schichtzugehörigkeit in der Gruppe der Suizidgefährdeten überrepräsentiert sind. So entstammten 40% derjenigen Schüler bzw. Schülerinnen mit einem Suizidversuch und 51% derer mit mehreren unternommenen Versuchen der sogenannten Unterschicht.

In einer Untersuchung mit 315 jugendlichen Patienten (bis zum 18. Lebensjahr), die als psychiatrische Notfälle im Zeitraum 1980 bis 1984 stationär aufgenommen wurden, fand man bei der retrospektiven Analyse der Krankengeschichten eine auffallende Häufigkeit von Aggressionsakten in Form von Autoaggression (Suizidversuche) und Fremdaggression sowie ein starkes Auftreten von „sozialer Verwahrlosung“. Die Mehrzahl der

¹ Vgl. dazu auch PAAR (1996, S.137ff.)

² Vgl. dazu ECKHARDT (1994)

Untersuchten sind, soweit aus den vorhandenen Berufsangaben deutbar, der Unterschicht zugehörig. Mitbedingungen für eine missglückte Sozialisation können als gegeben angesehen werden. Der Zusammenhang zwischen der Unterschichtzugehörigkeit einer Familie und dem Risiko von Störungen in der familiären Beziehung wird in der familiensoziologischen Fachliteratur unterstrichen. Die in der Untersuchung beobachtete Beziehung zwischen Dissozialität und Suizidalität lässt einen Symptomenwandel, ausgedrückt durch soziale Defizite und Unfähigkeit zur Lebensbejahung, vermuten, wobei es sich nicht unbedingt um eine psychiatrische Diagnose handelt, deren Ätiopathogenese als multifaktoriell angesehen werden muss (AMANN und KÖNIG, 1988).

Mögliche Risikofaktoren wie Bildungsniveau und Zugehörigkeit zu einer niedrigen Schicht können jedoch nicht monokausal betrachtet werden. Der sonst mögliche reziproke Schluss, dass eine positive sozioökonomische Situation in der Herkunftsfamilie bzw. ein höheres intellektuelles Vermögen des Jugendlichen als Prädiktor für ein vermindertes Suizidrisiko einzustufen sei, ist nicht zutreffend. Auch in der Gruppe der sozioökonomisch benachteiligten Jugendlichen treten Faktoren auf, die das individuelle Suizidrisiko vermindern, ebenso kommt es unter scheinbar optimalen sozialen Umfeldbedingungen immer wieder zu Suizidhandlungen von Jugendlichen. Letztlich ist der Status der elterlichen Familie unbedeutend, wenn sich der Jugendliche beispielsweise vom Elternhaus abgewendet und eine eigene ökonomische Basis gefunden hat.

MEIER (1984, S.2) ist der Auffassung, dass der Zusammenhang zwischen Selbsttötungsversuch und Familienstruktur durch folgende Erlebnisse verdeutlicht wird: *„Viele der Jugendlichen, die sich das Leben nehmen wollten, hatten kurz zuvor eine ihnen nahestehende Person verloren oder befürchteten diesen Verlust. Zu Hause nicht daheim zu sein ist kein unvermitteltes Ereignis; Einsamkeit ist keine Verhaltensstörung.“* TEICHER (1972) und JACOBS (1967) sehen nicht nur im Verlust oder im Teilverlust von Eltern einen wichtigen Faktor für suizidales Verhalten, vielmehr erscheint die Gesamtbiografie im Rahmen des sozialen Umfeldes wichtig zu sein, insbesondere die der Familie. Nach Ansicht jener Autoren stellen suizidale Handlungen von Jugendlichen erreichte Endpunkte von Entwicklungen dar, die eine ausweglose Situation als real erscheinen lassen. *„Die bei suizidalen Jugendlichen gehäuft festzustellenden Äußerungen, gerade vonseiten vertrauter Bezugspersonen zu wenig Verständnis, Akzeptierung und Toleranz zu finden, keinen Halt im Sinne einer ‚Geborgenheit auf höherer Ebene‘ in der Familie zu spüren, wobei sie sich selbst distanziert in diesen einstmals engen Bindungen erleben, all dies weist auf ein emotionales Defizit hin, resultierend aus defizitären zwischenmenschlichen Beziehungen“* (HOBRÜCKER et al., 1980, S.219).

WITTE (1989), Geschäftsführer der Beratungseinrichtung für suizidgefährdete Kinder und Jugendliche NEUland¹ in Berlin, interpretierte die auffallend vielen Aufnahmen von ausländischen Kindern und Jugendlichen in der der Beratungsstelle angegliederten Krisenwohnung *„als Ausdruck mangelnder Rückzugsmöglichkeiten von Familien mit sozialen Problemlagen in einer Krisensituation, die dann häufiger das*

¹ NEUland: Berliner Kriseneinrichtung, die Hilfen für selbstmordgefährdete Kinder und Jugendlichen anbietet (Beratungsstelle, Krisenunterkunft, Therapeutische WG) und Netzwerkpartner des Berliner Krisendienstes ist.

Aufnahmeangebot nutzen“. RAUSCH (1993) berichtet, dass latent Suizidgefährdete neben den offiziellen Kranken im Familienverband als unproblematisch und „pflegeleicht“ eingeschätzt werden. Dies führt wiederum bei den Suizidalen zu Ausgrenzungen während ihrer Sozialisation. Da dieses Interaktionsverhalten zur Isolation bei den Betroffenen führt, verfügen jene kaum über stützende Netzwerke außerhalb der Familie.

Trennung von den Eltern z. B. bedeutet, neben möglichen familiären und materiellen Veränderungen, zusätzlichen Stress für den Jugendlichen. Während solcher Reifungskrisen sind immer weniger soziale Orientierungspunkte bzw. funktionierende Netzwerke vorhanden, die hilfreich bei der Beantwortung der weiteren Lebensplanung wären. Die Adoleszenzphase beinhaltet eine Ambivalenz in der Selbstfindung, dem Pendeln zwischen dem Kindsein und dem Erwachsen werden (VON BRACHEL und MÜLLER, 1989). *„Das Gefühlsleben des Jugendlichen wird im Entwicklungsalter zum hervorgehobenen Erlebnisbereich. Das Lösen aus primären Beziehungsstrukturen und die folgende Neuorientierung sind in erster Linie ein intrapsychischer Prozess, der das Identitätsverständnis des Individuums maßgeblich tangiert und konturiert“* (SUTARSKI und FELBER, 1991, S.54).

Der Bereich Familie und seine Bedeutung ist im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen (s. Kap. 3) zu den wichtigsten Faktoren auf der Interaktionsebene bei der Entwicklung von jugendlicher Suizidalität zu rechnen. So z. B. waren bei der Untersuchung von AMANN und KÖNIG (1988) bei 10% der jugendlichen Patienten deren Eltern geschieden, bei 29% die Eltern und die Geschwister zerstritten. 40,3% der Untersuchten wurden durch Erziehungsberechtigte geschlagen. Ferner wurde in diesem Zusammenhang berichtet, dass bei 17,7% der Probanden deren Väter und bei 7,3% deren Mütter dem Alkohol „verfallen“ seien. RINGEL (1953, s. S. 40) wies in seiner Untersuchung mit 745 geretteten Selbstmördern auf jene Fälle (50 Patienten) von Trunksucht hin, die primär die Ehe zerstörten. Bei manchen dieser Patienten lag bei der anamnestischen Betrachtung in deren Kindheit eine Trunksucht bei den Eltern vor. Viele Suizidgefährdete entstammen aus inkompletten Familien (NISSEN und TROTT 1989).

In vielen weiteren Studien wird die bereits erwähnte sogenannte „Broken-Home-Situation“ („BHS“) als belastender Faktor bezeichnet. BHS zählt zu den Randbedingungsfaktoren, die inadäquate Bewältigungsstrategien infolge mangelnder sozialer Unterstützung begünstigen (SCHALLER und SCHMIDTKE, 1991). SCHENCK und MANSMANN (1983) schätzen, dass BHS viel häufiger bei chronisch emotionalen als bei akut emotionalen Störungen vorkommt. In jüngeren Untersuchungen (SCHALLER und SCHMIDTKE, 1991, S.75) sind *„im Vergleich zu den Grundraten in der Allgemeinbevölkerung die (...) „broken-home-Raten“ suizidaler Gruppen tatsächlich signifikant höher.“* Die Bedeutung der Familie für suizidales Handeln von Kindern ist selbstverständlich viel früher erkannt worden, *„wenn auch zumeist nicht mit kontrollierten, empirisch-statistischen Untersuchungen“* (SCHLEIFFER, 1983, S.101). BIENER (1986b) rechnet den Faktor „BHS“ zu den Hauptursachen für Suizide bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 5. und 15. Lebensjahr.

Bei der Untersuchung von 85 Jugendlichen (22 männliche und weibliche Probanden im Alter zwischen 14 und 18 Jahren) entstammten 40% aus

Familien mit zerrütteten Ehen und 45% wiesen Beziehungsstörungen mit Geschwistern auf, wobei lediglich 7% der untersuchten Jugendlichen Einzelkinder waren (MANSMANN und SCHENCK 1983).

Bei einer statistischen Erhebung von 157 Patienten, mit 57 männlichen und 100 weiblichen Probanden im Alter von 10 bis 18 Jahren - lediglich zwei der Untersuchten waren unter 10 Jahre alt - konnte beobachtet werden, dass Suizidversuche mit zunehmenden Alter häufiger wurden. Bei einem Drittel des Untersuchungskollektives lag eine nicht intakte „Broken-Home-Situation“ vor. Jene Patienten kennzeichneten sich durch signifikante häufigere soziale Auffälligkeiten (REMSCHMIDT und SCHWAB 1978). Nicht alle Autoren vertreten jedoch die Auffassung, dass ein Zusammenhang zwischen der Familiensituation und dem Suizidrisiko bestehe. Die Autorin LINDNER-BRAUN (1990, S. 346) berichtet: *„Der Selbstmord ist nahezu demokratisch auf alle Schichten verteilt.“* Ebenso hierzu betrachten FRIEDRICH und AMMINGER (1995) einen niedrigen sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie nicht als spezifischen Risikofaktor für suizidales Verhalten von Jugendlichen. Sie ordnen den Status der Familie vielmehr den allgemeinen kinderpsychiatrischen Risikofaktoren zu.

Auch statusunabhängige Konflikte mit den Eltern können zum Suizidrisiko beitragen. MANSMANN und SCHENCK (1983) untersuchten in den Jahren 1975/78 ein Patientenkollektiv von stationär behandelten Jugendlichen (63 weibliche und 22 männliche Patienten im Alter von 14-18 Jahren) mit der Zielsetzung, die Hintergründe bei einem zu unternehmenden Suizidversuch herauszubekommen. Dominierend waren die Elternhauskonflikte mit 87% sowie Selbstwertprobleme bei 70% der Befragten. Chronische emotionale, meist seit der frühen Kindheit bestehende Beziehungsstörungen ließen sich bei zwei Dritteln der untersuchten Jugendlichen nachweisen. RICHTER (1974) weist in einem solchen Zusammenhang darauf hin, dass Eltern einen erheblichen Anteil an einem mangelnden Selbstwertgefühl, welches zum Suizidversuch führen konnte, haben könnten.

Nicht selten wird berichtet, dass es bei untersuchten Fällen von jugendlichen Suizidversuchen in den Familien Suizidhandlungen oder -drohungen Erwachsener gegeben hat¹. In ihrer Untersuchung mit offen suizidalen Patienten stellte RAUSCH (1993) fest, dass in den Familien dieser Patienten gehäuft, z. T. über mehrere Generationen, einschlägige Vorgeschichten und tradierte Suizidhandlungen² vorgekommen sind. Nach GILLIAND (1995) besteht in Familien mit suizidalem Verhalten und berichteten Suizidversuchen ein 7-fach höheres Suizidrisiko. Umgekehrt stellten jedoch WELZ und HÄFNER (1984, S.73) bei ihren Untersuchungen der Umgebung von Suizidpatienten fest: *„Selbstmordversuche finden auch innerhalb des sozialen Umfelds jener Individuen, die selbst einen Selbstmordversuch durchgeführt haben, nicht häufiger als bei Individuen in der Allgemeinbevölkerung statt“.*

¹ Vgl. auch dazu BLUMENTHAL; KUPFER (1986)

² *„Schon oft wurde bemerkt, dass sich in den betroffenen Familien oft auch andere Familienmitglieder mit Suizidideen herumgetragen oder gar Suizid begangen haben. Dann besteht eine ‚Suizidtradition‘ (SCHLEIFFER, 1979), die ein solches Konfliktlösungsverhalten gewissermaßen nahe legt“ (SCHLEIFFER, 1983, S.102); vgl. auch dazu OSHERSON (1993, S.40ff.): der verletzte Vater als Fehlidentifikation.*

In der Literatur werden neben dem familiären Konfliktbereich auch Partnerschaftskonflikte als wichtige suizidauslösende Faktoren genannt. So z. B. waren in der Untersuchung von REMSCHMIDT und SCHWAB (1978) an 157 jugendlichen Patienten in dem Zeitraum 1963 bis 1973 familiäre Konflikte bei 32,6%, Partnerschaftskonflikte bei 16% der insgesamt Befragten zu finden. Nach KONRAD et al. (1994) stehen bei Jugendlichen als genannte Gründe für Suizidversuche an erster Stelle Konflikte mit den Eltern mit ca. 80% der Nennungen, gefolgt von Konflikten mit Freunden und Liebeskummer mit ca. 50% und Vereinsamung mit 40%.

Beim Stichprobenvergleich von 50 Jugendlichen nach Suizidhandlungen mit einer klinischen und einer normalen Kontrollgruppe (HOBRÜCKER, 1983) mit 49 Probanden (42 weibliche und 7 männliche) wurden als Anlässe Streitigkeiten mit Freund und Partner bei 24,5%, Leistungsprobleme bei 20,4%, Streitigkeiten mit der Mutter bei 16,2% und Streitigkeiten mit dem Vater bei 12,2% herausgefiltert. In rund 55% der Fälle waren damit Konfliktmotive ausschlaggebend für die Suizidhandlung. Dabei bildeten die Konflikte mit Familienangehörigen bei ca. 30% aller angegebenen Anlässe den deutlichsten Schwerpunkt. KERKHOF, A. J. F. M. et al. (1988) stellten bei einer Untersuchung für Personen der Altersgruppe unter 25 Jahren fest, dass diese bei ihrem ersten Suizidversuch keine ernstesten Suizidabsichten hatten; sie wollten primär andere, insbesondere die Eltern mobilisieren.

Bei einer Motivanalyse (SCHMITZ und HOBRÜCKER, 1983) im Zeitraum zwischen 1972 und 1980 entfiel rund ein Drittel der psychiatrischen Konsiliartätigkeit auf Suizidversuche, wovon über 13% jugendliche Patienten unter 18 Jahren ausmachten. Bei der größeren Anzahl der weiblichen Patienten dieser Altersgruppe wurden als häufige Ursachen pubertäre Lösungsspannungen und Partnerkonflikte bestätigt (DANKE, 1983).

ESSAU et al. (1995) beobachteten bei ihrer Stichprobenuntersuchung an 215 Jugendlichen eines Bremer Gymnasiums (97 männliche und 118 weibliche Probanden im Alter von 11 bis 19 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 14,7 Jahren) einen Anstieg der Symptome von Trennungsangst von der Gruppe der 11-12-Jährigen zu der Gruppe der 13-14-Jährigen. Die weiblichen und die männlichen Untersuchten unterschieden sich in der Gesamtheit der Trennungsangstsymptome nicht signifikant voneinander. Jedoch ergab sich bei genauerer Analyse bei den männlichen Probanden mit zunehmendem Alter eine Minderung der Trennungsangstsymptome, während sich bei den weiblichen Jugendlichen der umgekehrte Effekt abzeichnete. In der Altersgruppe der 17-19-Jährigen wiesen die weiblichen Untersuchungsteilnehmer deutlich mehr Symptome von Trennungsangst auf als die gleichaltrigen männlichen Teilnehmer.

Bei 239 weiblichen und 199 männlichen in Zürich untersuchten Suizidenten unter 25 Jahren wurde als häufigster Grund für den Suizidversuch Liebeskummer angegeben. Bei ca. einem Drittel der weiblichen und bei jedem fünften der männlichen Untersuchten wurde dieser Grund angegeben. Mehr als einen Grund gaben 14% der männlichen und 7% der weiblichen Teilnehmer des Untersuchungskollektives an. Kein eindeutig erkennbarer Anlass lag bei 22% der Weiblichen und bei 20% der männlichen Jugendlichen vor (BIENER, 1986a). Der Autor bezeichnet neben der bekannten „Broken-Home-Situation“ erste sexuelle Enttäuschungen und Schuldgefühle als weitere Hauptursachen für Selbsttötungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr.

„Sogenannter Liebeskummer stellt sich für junge Menschen als ein sehr ernst zunehmendes Problem dar, einhergehend mit Störungen im Selbstwertgefühl und mit Störungen in ihrer Beziehung mit sich selbst“ (SCHNELL, 1992).

Bei den bei Jugendlichen eher seltener vorkommenden Doppelsuizidversuchen liegen überwiegend „Romeo-und Julia- Fälle“ vor¹. *„Spezifisch für das Erleben von Jugendlichen ist im Falle von Trennungserlebnissen mit Freunden oder Freundinnen das Regredieren in alte Abhängigkeiten zur Familie, aus der sie der Partner befreit hat. Der Suizid oder Suizidversuch kann so als (mittelbare) Folge des Verlustes eines vermeintlichen oder echten Liebesobjektes gesehen werden“ (ESSAU et al., 1995).*

Als ein suizidbegünstigender Belastungsfaktor für Jugendliche ist der bevorstehende bzw. erfolgte Trennungsverlust einer nahestehenden Bezugsperson einzuschätzen. Wahrscheinlich lässt sich im weiteren Sinn auch der Verlust des „Lieblingstiers“ mit einbeziehen. *„Scheidung kann von den Scheidungskindern als persönliche Kränkung erlebt werden; kränken macht krank. Auch hier kann es dann zu aggressiven Bewältigungsstrategien kommen, wie sie gleichfalls nicht selten von Erwachsenen vorgemacht werden“ (DICKHAUT, 1995, S.149).* Der Autor stuft schwere Verluste, z. B. ein Trennungserlebnis von lieb gewonnenen Menschen, als Voraussetzungen für eine selbstmörderische Entwicklung bei Jugendlichen ein. VON BRACHEL und MÜLLER² (1989) verstehen Suizidversuche als schwerwiegende psychosoziale Krisen, die im Zusammenhang mit dem Verlust einer wichtigen Person, z. B. Eltern, Geschwister, Partner³ oder mit schweren Krankheiten stehen.

Faktoren wirtschaftliche und soziale Situation

„Äußerst schwierig ist eine empirische Verallgemeinerung formulierbar, die die wirtschaftliche Situation im Zusammenhang mit der Selbstmordhäufigkeit auf gesamtgesellschaftlicher und individueller Ebene wiedergibt“ (LINDNER-BRAUN, 1990, S.382). Ihrer Ansicht nach sei DURKHEIMs These (1897) bezüglich der Feststellung von Suizidziffern während wirtschaftlicher Prosperität und wirtschaftlicher Depression zumindest nicht widerlegbar.

Dem Faktor Arbeitslosigkeit wird eine nicht unerhebliche, jedoch kaum genau quantifizierbare Bedeutung für das Suizidgeschehen zugerechnet. Es ist anzunehmen, dass ein erhöhtes Suizidrisiko bei Arbeitslosigkeit eher bei den Erwerbsfähigenaltersgruppen über 25 Jahren vorliegt, wobei eine geschlechtsspezifische Wirkung bei Männern, im Alter zwischen 30 und 45 Jahren durch die Selbstdefinition per Erwerbsstatus (WIESNER und HABERLAND, 1996) eintreten könnte.

Bei einem Vergleich einiger gesundheitlicher und sozialer Faktoren in den bundesdeutschen Großstädten (BOJANOVSKY, J. und BOJANOVSKY, A., 1982) trat vor allem ein Unterschied zwischen Städten der beiden Industriegebiete Ruhr und Rhein-Main-Neckar auf. Die Ruhrgebietsstädte

¹ Gemeinschaftlich verabredete Suizide (Doppelsuizide) werden auch bei älteren Menschen beobachtet, zumeist im Zusammenhang mit dem Eintritt bestimmter Situationen oder Lebenslagen. Im Unterschied zur eher libidinös besetzten Motivlage bei Jüngeren bezieht sich hier die Motivlage auf Abhängigkeitsängste im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit.

² Siehe auch dazu STEIN, CL. (2003, S.5)

³ BOJANOVSKY, J. (1977) verweist am Beispiel der USA auf eine erhöhte Suizidalität bei jüngeren Verwitweten bis zum 35. Lebensjahr.

zeigten eine viel mehr sozial integrierte Bevölkerung mit kleinerer Suizid- und Kriminalitätsrate, einen kleineren Anteil an geschiedenen, einen kleineren Anteil sozialer Mobilität und unehelichen Kindern. Die Suizidraten waren im Zeitraum 1971 bis 1978 im Ruhrgebiet und im Randgebiet niedriger als im Rhein-Main-Neckar-Gebiet. Daraus könnte man schließen, dass bei sozial Vereinsamen das Suizidrisiko erhöht ist, wobei diesbezüglich noch Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen zu vermuten wären. BRONISCH (1995) weist auf die Stadt-Land-Unterschiede bei den Suizidraten in vielen Ländern hin, d. h. hohe Suizidzahlen in den Städten und niedrige in den ländlichen Regionen. Im Allgemeinen besteht in größeren Städten eine größere Anonymität und entsprechend eine geringere Aufmerksamkeit für die Situation des Mitbürgers mit der Folge verminderter Kommunikationsmöglichkeiten.

Faktor Schule

Der von zahlreichen Krisen und vielfachen Belastungen für die Schüler geprägte Schulalltag¹, aber auch spektakuläre Fälle wie beispielsweise der Amoklauf und anschließende Suizid eines ehemaligen Schülers an einem Erfurter Gymnasium im April 2002 oder Suizide von Mobbingopfern an Schulen könnten dazu verleiten, den schulischen Bereich als suizidbegünstigendes Problemfeld² zu betrachten. Unterstützt wird eine solche Betrachtung auch durch die Tatsache, dass Schule neben einem pädagogischen Bildungsauftrag selektierend wirkt³, d.h. durch leistungsorientiertes Vorfiltern Einfluss auf den späteren Berufsweg der Schüler nimmt⁴. Aktuelle Probleme in der Schule können Auslöser für eine suizidale Handlung sein, alleiniger Beweggrund für Suizide Jugendlicher sind schulische Angelegenheiten im Allgemeinen jedoch nicht⁵. Anhand eines parallelen Stichprobengruppenvergleiches von 98 jugendlichen Patienten nach einem Suizidversuch in den Jahren 1955 bis 1959 und 1975 bis 1979 mit vergleichbaren Gruppen von Jugendlichen mit anderen klinischen Störungsfeldern fiel bei der Gesamtbetrachtung auf, dass nicht ein einzelnes Problem zu suizidalen Handlungen führt. Sogenannte scheinbare minimale Auslöser führten bei 57% der Patienten zu plötzlichen Suizidversuchen. Jene Auslöser sind nicht zufällig, sie stehen in direktem Zusammenhang mit den latenten Problemen (SCHMITZ und HOBRÜCKER, 1983). Wie die Autoren weiter ausführten, ermöglichen solche Auslöser, wie es RINGEL (1953)(vgl. S.40) verdeutlichte, als Schlüssel den Zugang zu der individuellen, unbewältigten Psychogenese.

In diesem Zusammenhang sei an die notwendige multifaktorielle Betrachtungsweise beim Suizidgeschehen Jugendlicher in Bezug auf die anderen hier genannten Faktoren erinnert. Wie die Untersuchungsbefunde von REMSCHMIDT und SCHWAB (1978) an 157 jugendlichen Patienten in

¹ Vgl. dazu WISSINGER (1996, S.16ff.): Schulorganisation als psychosozialer Belastungsfaktor

² Vgl. dazu BIENER (1986a)

³ Vgl. dazu THUREAU-DANGIN (1998, S.218)

⁴ Ein häufig genanntes Motiv für Schülersuizide ist insbesondere bei Haupt- und Sonderschülern, teilweise auch bei Realschülern und Gymnasiasten eine erkannte oder vermeintlich erkannte Aussichtslosigkeit in der beruflichen Zukunft (BÄRSCH, 1989).

⁵ Siehe LAUBERT (1988, S.4)

dem Zeitraum 1963 bis 1973 zeigten, fühlten sich nur 11,5% der insgesamt Befragten von schulischen bzw. beruflichen Schwierigkeiten betroffen. In der Untersuchung von KONRAD et al. (1994) sind bei Jugendlichen als genannte Gründe für Suizidversuche Probleme in der Schule als nachrangige Ursachen beschrieben worden. Die bereits erwähnte Untersuchung (vgl. S.51) mit 50 suizidalen Jugendlichen von HOBRÜCKER (1983) nennt Schwierigkeiten in der Schule bzw. am Ausbildungsplatz als Motiv bei 20,4% der befragten Jugendlichen. Damit wird ein relativ großer Anteil der Motive mit Schule und Ausbildungsplatz in Zusammenhang gebracht. Im Vergleich zu den anderen in der Untersuchung genannten Hauptmotiven ist die Schule jedoch ein weniger bedeutender Faktor.

Die Schule bildet für den überwiegenden Teil der Schüler einen festen sozialen Verband mit verschiedenen Netzwerken zum Auffangen von Problemsituationen. Sie schafft soziale Kontakte außerhalb der Familie und bedeutet für viele Schüler auch eine zeitweilige Ausweichmöglichkeit vor etwaigen häuslichen Problemen. Bei der Vielzahl der Bezugspersonen in der Schule sind fast immer Ansprechpartner verfügbar. Fast jeder Schüler hat mindestens zu einem Lehrer der Schule ein Vertrauensverhältnis¹, das es ihm ermöglicht, z. B. Unmut über das Verhalten von Lehrkräften, aber auch eigene Sorgen und Nöte zu artikulieren.

„Auffällige Schüler, Störer, aggressive Typen sollten in der Schule nicht ausgeklammert, sondern soweit möglich, eingegrenzt werden“ (HUISKEN, 1996; S.77).

Faktor Geschlecht

Im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung (FAUST und WOLF, 1983) mit 2668 zufällig ausgewählten Jugendlichen und Heranwachsenden aus drei verschiedenen Schultypen (935 männliche und 1733 weibliche Schüler) im Alter von 15 bis 20 Jahren ergab sich, dass 38% der jugendlichen Probanden Suizidfantasien entwickelten und 6% der insgesamt interviewten Schüler gaben an, Vorbereitungen zu einer Suizidhandlung getroffen zu haben. Dabei zeigte sich eine Dominanz der Schülerinnen. 42% der Schülerinnen, aber nur 30% der Schüler berichteten von Suizidfantasien. Ernste Suizidvorbereitungen trafen 8% der weiblichen und 3% der männlichen Schüler. Insgesamt 4% der 2668 Befragten, d. h. ca. 100 Schüler, gaben an, mehr oder minder heimlich einen Suizidversuch unternommen zu haben. Von den befragten Schülerinnen hat nach den Befragungsergebnissen jede zwanzigste, von den Schülern jeder fünfzigste einen Suizidversuch unternommen². EGGERS und ESCH (1988) schätzen, dass im Gegensatz zu den vollendeten Suiziden Suizidversuche 2-3 Mal häufiger von Mädchen als von Jungen unternommen werden. FRIEDRICH und AMMINGER (1995) sprechen von einem Überwiegen der Suizidversuche der Mädchen zu denen der Jungen im Verhältnis 4:1.

¹ Siehe dazu KORTHALS (1997, S.35ff.): Die Rolle des Lehrers als Berater bei der Suizidprävention.

Nach Auffassung LIMMERs (1996, S.4) nimmt die Schule bei der Suizidprävention eine bedeutende Rolle ein, weil dort die Jugendlichen regelmässig erreichbar und sie jeden Tag in ihrer Entwicklung wahrnehmbar sind.

² Trotz kleiner Prozentzahlen bezüglich der Dokumentation eines erneuten Suizidversuches (lediglich 1% der erfassten Probanden) zeichnete sich beim zweimaligen Versuch keine Geschlechtsdifferenz ab, jedoch überwogen die Schülerinnen bei mehrmaligen Versuchen.

WELZ (1991) geht von einer Suizidversuchsrate bei weiblichen Jugendlichen von 465 Versuchen je 100000 Personen aus. Daraus resultiert, dass diese Gruppe die höchste Suizidversuchsrate der Frauen aller Altersgruppen aufweist.

Etwas hysterisch anmutende Suizidandrohungen wie z. B. *„dann bringe ich mich eben um“* sind unter Schülerinnen häufiger als bei Erwachsenen (THOMAS, 1986).

Hinsichtlich der vollendeten Suizide Jugendlicher besteht hingegen in der Bundesrepublik Deutschland ein deutlicher Überhang des männlichen Geschlechts.

Faktor suizidale Gedanken

Bei der bereits erwähnten Hamburger Studie (REUBAND, 1989) mit Schülern der Altersgruppe zwischen 13 und 19 Jahren von vier verschiedenen Schultypen aus dem Jahr 1973 (vgl. S.47) berichteten ca. ein Drittel von erlebten ernsthaften Suizidgedanken¹. Die Zahl derer, die bereits einen Suizidversuch unternahmen, betrug 2% der befragten Schüler, darunter 29% mit mehreren Versuchen. In der Untersuchung von FAUST und WOLF (1983) mit Schülern und Schülerinnen im Alter von 15 bis 20 Jahren gaben 38%, d. h. 1000 von 2668 Befragten an, Suizidfantasien zu entwickeln, vier Prozent der Schüler unternahmen einen Suizidversuch (vgl. S. 54). Beide Untersuchungen zeigen trotz des Abstandes von einer Dekade ein vergleichbares Ergebnis.

„Fast jeder Jugendliche hat Suizidgedanken, d. h. hinter jedem Schwänzen, Weglaufen aus der Schule, Abenteuersuche, der Teilnahme bei gefährlichen, noch als Sport zu nennenden Mutproben, dem Probieren von Rauschmitteln und anderer gefährlicher Substanzen, hinter diesen Handlungen können sich mehr oder minder unbewusst suizidale Gedanken verbergen“ (DICKHAUT, 1995).

Bei einer Studie zu den Suiziderfahrungen Jugendlicher mit 134 Schwesterschülerinnen im Durchschnittsalter von 20 Jahren, 119 männlichen Auszubildenden im Durchschnittsalter von 20,5 Jahren sowie 114 Medizinstudenten des 7. und 8. Semesters in der Schweiz stellte BIENER (1982) folgende geschlechtsspezifische Unterschiede fest: Die männlichen Befragten lehnten den Suizid häufiger als die weiblichen Befragten ab. Mehr als ein Drittel des gesamten Befragungskollektives berichteten über Suizidgedanken, wobei die weiblichen Probanden Suizidgedanken häufiger als die männlichen Probanden äußerten².

Faktor vermittelte Suizidmotivation

SCHMIDTKE und HÄFNER (1986a³) beschrieben die Rolle des Fernsehens bezüglich der Vermittlung von Suizidmotivationen anhand fiktiver Modelle, beispielhaft dargestellt durch die Folgen der um 1,5 Jahre zeitversetzten Wiederholungsausstrahlungen (1981 und 1982) der Fernsehserie *„Tod eines Schülers“*⁴ mit einem fiktiven Eisenbahnselbstmord eines 19-jährigen

¹ Siehe dazu auch DÖBLER-MIKOLA und ANGST (1986, S.83ff.)

² Siehe dazu auch WUNDERLICH et al. (2001, S.332ff.) und WEISSMAN et al. (1999, S.9ff.)

³ Siehe dazu auch die Stellungnahme RINGELs (1997, S.57ff.)

⁴ Sechsteilige Sendereihe des ZDF von R. STROMBERGER

männlichen Schülers¹. Hier kam es, verglichen mit anderen Zeitperioden im damaligen Bundesgebiet vor, zwischen und nach den beiden Sendungen, unmittelbar nach der Sendung zu einem erheblichen Anstieg dieser speziellen Suizidmethode. In der Altersgruppe der 15 bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen betrug der Anstieg von methodengleichen Suiziden in einem Zeitabschnitt von 70 Tagen während und nach der 1. Ausstrahlung 175%, bei den gleichaltrigen weiblichen Jugendlichen 165%. Die Eisenbahnsuizide² zeigten eine Häufigkeitszunahme in der Altersgruppe der 15 bis 29-Jährigen in einem Zeitintervall von 70 bzw. 68 Tagen nach den beiden Sendungen. Die Häufigkeitszunahmen waren korreliert mit den ermittelten Einschaltquoten der Altersgruppe der 14 bis 29-Jährigen bei beiden Sendungen. Es scheint damit gelungen zu sein, die Hypothese über das Lernen am fiktiven Modell als Auslöser für suizidale Handlungen zu belegen (HAENEL, 1996). Die Fernsehserie gab somit für eine beachtliche Anzahl Jugendlicher den Anstoß zum Suizid, d. h. führte zur Umkehr der eigentlichen Absicht dieses Beitrages (URECH, 1996b³). Dieses Nachahmungsphänomen wird als „Werther-Effekt“ (nach GOETHES literarischer Vorlage des Briefromans „Die Leiden des jungen Werthers“, 1774/1999) bezeichnet. *„Unter dem Aspekt alter psychiatrischer Erfahrung war das Deutsche Fernsehen sicherlich nicht gut beraten, als es in einer mehrteiligen Abendserie den ‘Tod eines Schülers’ präsentierte und der ‘Stern’ das entsprechende Buch auf den Markt brachte“* (MÜLLER-KÜPPERS, 1983, S.5⁴).

Nach PHILLIPS (1981, S.111) ergibt sich ein „Werther-Effekt“ nachweislich bei der Gleichzeitigkeit von Partnerverlust und Veröffentlichung von Suizidberichten. Hier liegt dann ein Zusammentreffen mehrerer Beweggründe vor, welches als besonderer Risikofaktor gilt (vgl. S. 53).

Versuchte oder missglückte Suizide

Die Diskussion der Suizidproblematik wäre unvollständig, ginge man nicht auf das Problem der versuchten Suizide ein. Frühere Suizidversuche, zu denen auch parasuizidale Handlungen⁵ (vgl. S.10) rechnen, können als negativer Prädiktor für weitere Suizidversuche angesehen werden, wenn das auslösende Grundproblem fort besteht. Wie bereits erwähnt, entzieht sich der Suizidversuch in Ermangelung eines geeigneten, bundesweit-

¹ KNEISL (1981) bezeichnet den Fernsehbeitrag „Tod eines Schülers“ als plastisches Beispiel dafür, dass über das suizidale Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mehr gesprochen wird, auch als Ausdruck eines veränderten Problembewusstseins (S.1).

² In der Unfallstatistik der DB stellen Bahnsuizide ein bedeutsames, nicht seltenes Ereignis dar (ERAZO et al., 2005, S.119). Durchschnittlich springen pro Tag in Deutschland rund 3 Menschen vor einem Zug. (ERAZO et al.; 2004, S.119). Damit rechnen Bahngleise zu den sogenannten „Hot Spots“. In der Suizidforschung bedeutet „Hot Spot“ ein Ort, an dem im Vergleich zu anderen Plätzen sich überzufällig gehäuft Suizide ereignen (WOHNER; SCHMIDTKE; SELL, 2005, S.114).

³ Vgl. dazu BARTHELMES (2001; S.84ff.): Funktionen von Medien im Prozess des Heranwachsendens.

⁴ Vgl. auch hierzu HEINRICH (1997).

⁵ MÖLLER, H.-J. (1982) vertritt die Auffassung, dass ein Großteil der Suizidversuche nicht primär suizidal sondern parasuizidal sind.

einheitlichen Erfassungsverfahrens im Regelfall der statischen Erfassung¹. Die Folge sind Vermutungen und Schätzungen mit begrenzter Aussagekraft. Verschiedene Studien, z. T. mit nicht unbedingt vergleichbaren Personengruppen, führen zu sehr unterschiedlichen Angaben hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Suizid und Suizidversuch (Tabelle 1, S.57).

Tabelle 1: Verhältnis zwischen vollendeten und versuchten Suiziden		
Literaturquelle	Personengruppe	Verhältnis Suizid zu Suizidversuch
VAN WISSEN (1994)		1 : 10
FRIEDRICH und AMMINGER (1995)		1 : 120
WETZEL (1991)		1 : 50 bis 1 : 100
NISSEN und TROTT (1989)		1 : 8 bis 1 : 10
FRIESE und SCHLEIDER (1993)		1 : 8 bis 1 : 10
DÖBERT und NUNNER-WINKLER (1984)	männl. Jugendliche <20 Jahre	1 : 12 (1 : 0,8 bis 1 : 63)
DÖBERT und NUNNER-WINKLER (1984)	weibl. Jugendliche < 20 Jahre	1 : 39 (1 : 4 bis 1 : 165)
WELZ (1988)		1 : 7
WEDLER (1984)	männliche Jugendliche	1 : 10
BÜHRING (2002)		1 : 10 bis 1:15

Die Literaturangaben weisen eine Bandbreite von ca. 10 Suizidversuchen je vollendetem Suizid (VAN WISSEN, 1994; BÜHRING, 2002 u. a.) bis zu 120 Versuchen je Suizid (FRIEDRICH und AMMINGER, 1995) auf. Viele Autoren geben das Verhältnis zwischen Suizid und Suizidversuch in der Größenordnung 1 : 10 an. Die von DÖBERT und NUNNER-WINKLER (1984) berechneten durchschnittlichen Verhältnisse von Suizidversuch zu vollendetem Suizid für männliche und weibliche Jugendliche im Alter bis 20 Jahren ergeben, geschlechtsspezifisch betrachtet, eine 3-fach höhere Häufigkeit bei den weiblichen Jugendlichen².

WELZ und KNÖPFEL (1986) beschrieben Anfang der 80er Jahre nicht nur eine größere Suizidversuchsfrequenz bei Jugendlichen im Vergleich zu Älteren, sondern auch eine in vielerlei Hinsicht bestehende Unterschiedlichkeit bei den Suizidversuchen.

Zusammenfassung:

Aus der Vielfalt suizidbefördernder Faktoren bei Jugendlichen, abgesehen von krankheitsassoziierten erhöhten Risikopotenzialen, scheinen die Faktorbereiche Elternhaus, soziales Umfeld und Partnerschaftsprobleme zu den wichtigsten Faktoren auf der Interaktionsebene bei der Entwicklung von jugendlicher Suizidalität zu zählen. Die Familie und ihre Bedeutung als

¹ „Unterlagen über Suizidversuche in den alten Bundesländern wurden bis 1965 beim Bundeskriminalamt nachgewiesen. Seit 1966 ist dies nicht mehr der Fall.“ (REMSCHMIDT, 1982).

² Nach EGGERS und ESCH (1988) überwiegen bei Suizidversuchen die Mädchen gegenüber den Jungen im Verhältnis von 2-3:1.

Sozialisationsinstanz bei der Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen sind unbestritten. Inkomplette Familiensysteme, sogenannte „Broken-Home-Situationen“, Trennungssituation der Eltern, mangelnde soziale Unterstützung, Suizidfälle in der Familie oder im näheren sozialen Umfeld sowie partnerschaftliche Konfliktkonstellationen führen, wie Ergebnisse retrospektiver Untersuchungen nachweisen, zu signifikant erhöhten Suizidgefährdungen. Diese Faktoren beinhalten zusammengefasst Isolations- und Ausgrenzungsängste. Einen eigenständigen Themenbereich bildet das vorsätzliche selbstverletzende Verhalten bei Jugendlichen, bei dem oft eine eindeutige Grenze zu suizidalen Handlungen nicht erkennbar ist. Von Experten wird eine Zunahme dieser autodestruktiven Handlungen seit den 90er Jahren berichtet. Der hohe weibliche Personenanteil bei den Betroffenen von rund 80% deutet auf einen geschlechtsspezifischen Problemhintergrund, z. B. labiles Selbstwertkonstrukt, eine Personen-Umwelt-Beziehungsstörung, hin. Spektakuläre Suizide von Schülern vermitteln leicht den Eindruck, dass Schule ein besonderes Problemfeld in der Suizidthematik darstellt, da die Schule neben ihrem pädagogischen Auftrag auch eine selektive Funktion hat. Jedoch relativiert sich bei näherer Betrachtung dieser Eindruck zugunsten der positiven Aspekte. Bei den Suizidversuchen weisen die Befunde aus der Literatur auf einen deutlich höheren Anteil weiblicher Jugendlicher hin.

3.4 Protektive Faktoren

Bei der Betrachtung von protektiven Faktoren erscheint eine Kategorisierung in persönliche/psychologische und interpersonelle Faktoren sinnvoll, wobei im Zusammenhang mit meinem thematischen Schwerpunkt von systemischen Kontexten das Hauptaugenmerk auf interpersonellen Faktoren beispielsweise Familie, Freunde und weitere extrafamiliäre Netzwerke liegt. Aus Gründen der thematischen Vollständigkeit sollen die gesundheitsfördernden personalen Schutzfaktoren in einem kurzen Überblick dargestellt werden.

Eine gute Zusammenfassung von gesundheitsförderlichen personalen protektiven Faktoren liefert PFLAUMER (1994, S.229) in ihrem Schutzfaktorenmodell. Die Autorin nennt folgende Schutzfaktoren im persönlichen Bereich:

- *„Ich-Identität, Integration verschiedener psychischer Energien und widerstrebender Kräfte zu einem einheitlichen Ganzen*
- *Selbstwertgefühl, im Sinne von Selbstbestimmung, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen*
- *Beziehungsfähigkeit*
- *Fähigkeit, sich bei anderen Unterstützung und Hilfe zu suchen*
- *Kontrollüberzeugung*
- *Sinnfindung*
- *Bewältigungspotenzial als Bewertungshandeln und als Fähigkeit zu problemlösendem Verhalten sowie Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeit“.*

Im sozialen Bereich sind nach Ansicht von PFLAUMER „stabile Beziehungsstrukturen mit Integrationsfunktion“ und „das Vorhandensein sozialer Stützsysteme“ protektive Komponenten.

Interpersonelle Faktoren beziehen sich auf Familie, Freundschaften, gesellschaftliche Gruppierungen (z.B. Religionsgemeinschaften), Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, die ich als Partner bzw. Vertreter von unterstützenden sozialen Netzwerken bezeichnen möchte, deren Unterstützungssegmente, je nach Art des Netzwerkes, von direkter emotionaler Zuwendung über lebenspraktische (informative) bis hin zu materiellen Hilfen reichen.

Die Wirksamkeit von sozialen Netzwerken besteht nach KOLIP (1991) aus zwei Ebenen, dem direkten und indirekten Einfluss. Während die erste Form sich direkt auf das subjektive Wohlbefinden auswirkt, entfaltet bei der indirekten Form der Integrationsstatus eines Individuums in einem sozialen Netzwerk eine eher mildernde kompensatorische Wirkung auf die erlebte Belastungssituation. Von Bedeutung sind hierbei die morphologischen Merkmale des Netzwerkes wie Erreichbarkeit/Ansprechbarkeit, die (Mitglieder-) Dichte, die Verbundenheit, die Kontaktfrequenz, die Reichweite, die Aufgaben und Zielsetzungen. Fühlt sich ein Individuum in einem sozialen Netzwerk eingebunden, liegt für ihn eine positive nach außen protektive Netzwerkstruktur vor. Die Annahme von positiven protektiv-wirksamen Faktoren eines sozial stützenden Verbundes, im Sinne auch von gesundheitsfördernden und Ressourcen stärkenden Komponenten für das Individuum, ist seit Jahren fester Bestandteil in der Sozialen Arbeit¹. Als unbestritten gilt dieses nicht nur für Verarbeitungsprozesse von besonderen Belastungen (u. a. bei Trauer²), sondern auch bei der Bewältigung von alltäglichen Erfordernissen/Anforderungen.

Da Kinder/Jugendliche in sehr unterschiedlichen Netzwerken (z. B. Familie, Schule, Ausbildungsplatz, Sportverein) leben und dort verschiedene Formen von sozialer Unterstützung erfahren, ist es sinnvoll, die einzelnen Netzwerkebenen (primäre, sekundäre, tertiäre) näher zu beschreiben und in Bezug auf deren Hilfefpotenziale zu betrachten.

Primäre (mikrosoziale) Netzwerke

Unter primärem Netzwerk versteht man ein persönliches, lokalbezogenes gemeinschaftliches soziales Bezugssystem auf mikrosozialer Ebene (Familie, Lebenspartner, Nachbarschaft, Freunde etc.), in dem ein Individuum durch Geburt oder eigene Auswahl Mitglied wird. Der engere Familienkreis, zu dem Eltern, Geschwister zählen, ist für die ersten Lebensjahre das wichtigste Bezugssystem (vgl. S.22). Es ist zugleich das kleinste und dichteste Netzwerk.

Dem schließt sich im Allgemeinen das Netzwerk weiterer Familienangehöriger beispielsweise der Großeltern, Onkel, Tanten, Kusinen an. Infolge des allgemeinen Geburtenrückganges, demzufolge auch geringerer Anzahl von Geschwistern (s. S.23), hat sich dieses Netzwerk von

¹ HILDEBRANDT (2002) beschreibt Soziale Arbeit als „*helfende Intervention*“ (S.217) und „*soziale Hilfe*“ (ebd. S.219). Ich verwende im Folgenden den Begriff „Soziale Arbeit“ für die Summe der Felder, in denen sozialpädagogisch Handelnde tätig sind.

² Verlust einer nahen Bezugsperson, Suizidalität (vgl. S.48)

Verwandten im Vergleich zu früher quantitativ verkleinert, jedoch hat es nach wie vor eine große Bedeutung im gesellschaftlichen Kontext bzw. in der individuellen Lebenswelt.

Die soziologische Systemtheorie¹ bezeichnet die Familie als ein auf sich zentriertes soziales System², mit relativer Autonomie in seiner Ausgestaltung³. Sie besteht im Wesentlichen nicht nur aus Individuen (Mitgliedern) sondern auch aus deren alltäglicher Kommunikation⁴ und Interaktion verbunden mit dem Ziel, Zusammenhalt und Gemeinsamkeit aufrecht zu erhalten (ERLER, 1996⁵). Auch in modernen Gesellschaften ist die Familie eine grundlegende Organisationsform sozialen Lebens (RÜLCKER, 1980a).

Vor dem Hintergrund vermehrter sozialer Risiken und damit verbundener Desintegrationsprozesse⁶ in einer sich schärfer konturierenden Drittelgesellschaft⁷ zeichnet sich ab, dass bisher auch stabile Lebenswelten und Familiensysteme weniger in der Lage sind, quasi durch eigene Ressourcen und Selbsthilfe, Beeinträchtigungen ihrer sozialen Integration zu kompensieren bzw. zu korrigieren (RÜLCKER, 1976⁸). In der Lebenswelt, die das Bindeglied zwischen Individuum/Familie und Gesellschaft darstellt, ergeben sich Kontakte zu anderen Individuen (z. B. Nachbarn, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Freizeitsektor).

Diese können sich zu tragfähigen Netzwerken entwickeln. Bei schulpflichtigen Kindern/Jugendlichen nehmen die Kontakte zu Erwachsenen mit zunehmendem Alter ab, während das Interesse an Gleichaltrigen oder Älteren für die Bereiche Kommunikation und Freizeit wächst⁹. Das heißt, dass der Einfluss des familiären Netzwerkes allmählich schwindet, während der Einfluss der selbst gewählten „Peergroup“ als Identifikationsmatrix und stabilisierender Faktor, etwa bei generationsspezifischen Problemlagen, an

¹ Vgl. PARSONS (1972)

² Siehe dazu LUHMANN (1990, S.196ff.), des weiteren LUHMANN (1997) und BOMMES; SCHER (2001).

³ Nach Verständnis der Systemtheorie ist unter Autonomie „*Handeln nach eigenen Gesetzen*“ zu verstehen. Relative Autonomie der Familie bedeutet also das Gestalten der Eigenwelt nach eigenen, auf sich selbst bezogenen Gesichtspunkten. Die Familie verkörpert nach LUHMANN (1991) ein selbst referentielles, wertefundiertes System.

RÜLCKER (1981) stellt Familie als autonomen Lebensraum in Frage, da Lebensform und Lebensklima, die Möglichkeiten, die Menschen in ihr haben, tiefgreifend von außerfamiliären gesellschaftlichen Institutionen und Prozessen geprägt werden.

⁴ Nach Auffassung von NOACK (1997) umfasst intersubjektive Korrespondenz sowohl die materielle (z. B. Kleidung, Nahrung) als auch die informelle transmaterielle Austauschebene (Informationsübermittlung, Interaktion).

⁵ Vgl. dazu auch GRUNDMANN (1999, S.139ff.)

⁶ HEITMEYER stellt einleitend in seinem 1997 veröffentlichten Sammelband fest: „*Desintegration avanciert zu einem Schlüsselbegriff der zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklung*“ (1997a, S.9). In dem im selben Jahr publizierten Folgeband merkt er als Pendant zu dieser Aussage an: „*Die Frage nach der Integrationsfähigkeit moderner Gesellschaften ist zu einem zentralen öffentlichen wie wissenschaftlichen Diskussionsthema avanciert*“ (1997b, S.9).

⁷ Vgl. dazu BECK (1986)

⁸ Vgl. auch dazu KRAKER-KNILLI; RÜLCKER, T. (1985a, S.21)

⁹ Siehe dazu auch den 12.Kinder-und Jugendbericht (BMFSFJ, 2005, S.214ff.), des weiteren siehe auch dazu ADLER, M. (2005, S. 11ff.). Befunde einer Befragung von rund 2200 Jugendlichen (DYBOWSKI; HARTWIG, 1996) zur Freizeitorientierung ergaben, dass fast 50% der Jugendlichen „Freunde in der Freizeit“ als das Wichtigste ansehen.

Bedeutung gewinnt¹. Befragungsergebnissen der SHELL-Jugendstudie 2002 (GENSICKE, 2002, S.146) zur Folge ist der Wunsch nach vielen Kontakten zu anderen Menschen in der jugendlichen Wertehierarchie höherrangig platziert als bei der übrigen Bevölkerung.

Bei näherer Betrachtung ergibt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied. Mädchen betonen die Relevanz von Beziehungen und Kontakten. Vieles deutet darauf hin, dass sich Mädchen unmittelbarer auf Beziehungen konzentrieren, bzw. es ihnen leichter zu fallen scheint, auch solche einzugehen, während Jungen häufiger dafür Umwege benötigen². Bei ihnen entwickeln sich eher Kontakte über gemeinsame Aktivitäten.

Ein zusammenfassender Blick auf Freundschaften/Kontakte von Jugendlichen verdeutlicht, dass sich die Geschlechter voneinander unterscheiden; daher können Vorteile aber auch Nachteile kumulieren³. Im Durchschnitt sind Mädchen „sozial eingebundener“ und verfügen im Vergleich zu den Jungen über einen größeren Anteil an festen Partnerschaften und gleichgeschlechtlichen Einzelfreundschaften. Demzufolge verfügen sie bei Problemsituationen über eine größere Dichte von potenziellen Ansprechpartnern.

Sekundäre (makrosoziale) Netzwerke

Unter sekundären Netzwerken sind global-gesellschaftliche (makrosoziale) Bezugssysteme zu verstehen, in die ein Individuum hineinsozialisiert wird, die zugleich auch das Alltagsgeschehen des Individuums maßgeblich mitprägen (z. B. Kindertagesstätten, Schulen). Trotz institutioneller Krise hat die Schule ihre besondere Rolle als Ratgeber und Ansprechpartner für Jugendliche nicht eingebüßt. Die Befunde einer Kinder-Jugendstudie mit 10-18-Jährigen belegen dies eindeutig (ZINNECKER et al., 2002). Bei der Frage, wo es nützlichen Rat für junge Leute gibt, favorisierten die Befragten mit 32 % den Beratungslehrer an der Schule noch vor den außerschulischen Pädagogen z. B. den (Sozial-) Pädagogen des Jugendzentrums (mit 21%) und des Jugendamtes (mit 14%)⁴.

Tertiäre (mesosoziale) Netzwerke

Die Veränderungen in den primären Netzwerken (Erosion der Familie) sowie in den sekundären Netzwerken (beispielsweise durch rückläufige Beschäftigungsmöglichkeiten, Veränderungen in den Bildungsinstitutionen) führten zu einer zunehmenden Bedeutung von mesosozialen Netzwerken. Sie stellen nicht nur vielfach eine Ergänzung oder gar Alternative zu den anderen Netzwerken auf mikro- oder makrosozialer Ebene dar, sondern nehmen auch eine intermediäre Funktion zwischen den primären und sekundären Netzwerken ein. Zu den Akteuren des tertiären Netzwerkes rechnen alle als Ansprechpartner zur Verfügung stehenden professionellen

¹ Siehe dazu ergänzend den „Peer-Education-Ansatz“ in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (NÖRBER, 2003).

² Siehe auch dazu ZINNECKER et al.(2002)

³ Vgl. auch dazu MAYR-KLEFFEL (2004, S.304ff.) zum Aspekt Netzwerke und Gender

⁴ Aus Sicht der geisteswissenschaftlichen Pädagogik merken DE HAAN und RÜLCKER (2002) an, dass sich Pädagogen als Anwälte der Kinder begreifen sollten, um sie vor externen Zumutungen zu schützen. D. h., deren Aufgabe bestehe darin, Interessen des Staates und anderer Gruppierungen zu prüfen, inwieweit sie tatsächlich der Entwicklung Heranwachsender zuträglich sind.

Helfer, die als psychosoziale Beratungs- und Dienstleistungsanbieter sowohl in öffentlichen als auch in nicht staatlich organisierten Institutionen (z. B. in Wohlfahrtsverbänden, in Selbsthilfeorganisationen etc.), in Gesundheitsversorgungseinrichtungen¹ tätig sind.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung und Ausgestaltung umfassender sozialer Leistungsgesetze und deren Zielsetzung von individuellem Nachteilsausgleich und verfassungsgarantiertem besonderen Schutz der Familie (Artikel 6 des Grundgesetzes², das Kinder- und Jugendhilfegesetz/Sozialgesetzbuch VIII) expandierten gleichzeitig über nahezu drei Jahrzehnte soziale Fachdienste bzw. Jugendfreizeiteinrichtungen. In einer gegenwärtig durchaus als Rezession zu bezeichnenden Phase wandeln sich derzeit makrosoziale Netzwerke. Infolge eines schnellen gesellschaftlichen Wandels in den Ausbildungs-, Arbeits- und Wertsystemen werden Jugendliche vor die ständige Aufgabe gestellt, immer wieder ihren Standort neu zu bestimmen, was die Fähigkeit zu einer reflektiven Selbstkontrolle voraussetzt (ZINNECKER, 2001). Verbunden mit sich steigender Beschäftigungslosigkeit, sinkenden Ausbildungschancen für viele junge Menschen durch quantitativ zu geringe Angebote, zunehmenden Einschränkungen sozialer Hilfen und Leistungsansprüchen, definiert sich das Verhältnis zwischen den Akteuren, d. h. zwischen dem Einzelnen und den vorgenannten Institutionen und Organisationen neu³. Als Folgeerscheinung von reduzierten Unterstützungsfunktionen des Netzwerkes verändern sich auch die morphologischen Netzwerkmerkmale wie Dichte, Erreichbarkeit und Reichweite.

Psychosoziale und sozialpädagogische Angebote, insbesondere Beratungsangebote, sind hier umso mehr für diejenigen gefordert, die nur über wenige eigene Ansprechpartner verfügen oder deren traditioneller Sozialisationsinstanzen (Eltern, Familie, Schule) selbst die Auslöser für Sorgen, Ängste und Probleme der Jugendlichen sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass neben persönlichen Ressourcen und Kompetenzen wie z. B. ein ausgeprägtes und stabiles Selbstwertkonstrukt, soziale Eingebundenheit und zur Verfügung stehende stützende Kooperationspartner als Angehörige sozialer Netzwerke von entscheidender Bedeutung sind. Ergebnisse von Jugendstudien (z. B. SHELL-Jugendstudie 2002; BEHNKEN et al. 1991b; BARTHELMES;

¹ Beispielsweise zählen dazu: niedergelassene Fachärzte wie Kinder- und Jugendpsychiater und Psychiater, Psychologen, Mitarbeiter von ambulanten Krisendiensten und stationären Kriseninterventionszentren in Kliniken, etc.

² Vgl. dazu MARQUARD (2005, S.357): „Der Staat muss im Sinne von Art. 6 Abs. 1 GG positive Lebensbedingungen für die Familien gewährleisten. Die öffentliche Verantwortung ist heute konstitutiv eingewoben in die private Verantwortung für das Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen: Die Lebensbedingungen sind so zu gestalten, dass Eltern und junge Menschen für sich selbst und füreinander Verantwortung tragen können“. (A. a. O.): „Als Rahmenbedingung für die geforderte Entwicklungsperspektive ist am Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) des Grundgesetzes und der gesamtstaatlichen Verpflichtung auf die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und Chancengleichheit festzuhalten“. Des Weiteren siehe dazu auch WEICK (2005, S.534).

³ Vgl. dazu MINGIONE (1996)

SANDER 2001) unterstreichen den besonderen Stellenwert des Freizeitbereiches für Jugendliche als wichtigen Entfaltungsraum, in dem Kontakte zu Gleichaltrigen entstehen, andere Regeln als die in der Erwachsenenwelt gelten und Selbstbehauptung stattfinden kann.

„Die Art, in der Normen, Werte und Verhaltensmuster an das Kind herangetragen werden, hat wesentlichen Einfluss auf seine Anpassung an die Gesellschaft und auf sein seelisches Gleichgewicht“ (SCHENK-DANZINGER, 1984, S.203).

Überschaubare bestehende soziale Beziehungen in der Familie, im Freundeskreis, im nachbarschaftlichen Umfeld, sowie in ethnischen und religiösen Gemeinschaften stellen nicht nur eine wesentliche Ressource sondern auch einen Gradmesser sozialen Zusammenhalts dar (BARTELSHEIMER; SCHMITT, C., 2002).

Professionelle Helfer und Hilfsangebote sind für diejenigen gefordert, bei denen entweder andere Netzwerke nicht zur Verfügung stehen oder vorhandene Netzwerke aus verschiedenen Gründen nicht helfen können. Die Kernaufgabe des tertiären Netzwerkes in der modernen Gesellschaft besteht darin, gesellschaftsbedingte Exklusionsrisiken bei Individuen abzufangen, in Krisen Geratene „zum Leben einzuladen“¹.

Die Übersicht über protektive Faktoren wäre unvollständig, wenn nicht - zumindest ansatzweise - der mögliche Einfluss von Religion auf das Suizidgeschehen beleuchtet wird.

Ob eine religiöse Überzeugung bzw. Grundhaltung eine suizidhemmende Wirkung entfaltet, ist nicht einfach zu beantworten. Bei einem nicht religiös gebundenen Individuum sind weniger Schuldgefühle zu vermuten, zumal die Befürchtung von ewiger Verdammnis entfällt.

Die Ergebnisse einer großen, transnationalen Studie mit 28085 Personen wiesen aus (NEELEMAN et al., 1997), dass die Suizidraten in religiös geprägten Ländern niedriger ausfallen. Ferner zeigten die Befunde einen deutlich größeren Zusammenhang zwischen Suizidraten und Religiosität und der Einstellung zum Suizid als zwischen Suizidrate und Religionszugehörigkeit². Angesichts dessen scheint die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Suizid eine bedeutende Rolle zu spielen.

Empirische Studien früherer Jahre ergaben höhere Suizidraten in protestantischen Ländern wie beispielsweise in Skandinavien als in katholischen Ländern z. B. Italien. Jedoch sagen solche Ergebnisse wenig darüber aus, welche Schlüsse daraus zu ziehen sind (HAENEL; BODENMANN, 2003). Unterschiedliche Suizidniveaus sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in katholischen Regionen Suizide tabuisiert

¹ Hierunter verstehen sich komplexe Vorgänge wie die Bearbeitung von Ankoppelungsproblemen, die Erarbeitung neuer Ausgangspositionen und Eröffnung neuer gesellschaftlicher Reintegrationspfade.

² Nach Auffassung von KREITMAN (1980) spielt nicht eine bestimmte religiöse Überzeugung die entscheidende Rolle, sondern das Zusammengehörigkeitsgefühl mit anderen. D. h., das Gefühl einer sozialen Einbindung wirkt sich suizidhemmend aus.

waren, somit auch Motive bestanden, Suizide beispielsweise als Unfall zu tarnen (vgl. S.80). Im Zeichen der thematischen Öffnung durch Ökumene sind solche Ergebnisse kaum mehr feststellbar.