

Heidrun Bründel

Notfall Schülersuizid

Risikofaktoren – Prävention –
Intervention

Kohlhammer

Kohlhammer

Brennpunkt Schule

Herausgegeben von

Norbert Grewe
Herbert Scheithauer
Wilfried Schubarth

Heidrun Bründel

Notfall Schülersuizid

**Risikofaktoren, Prävention,
Intervention**

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1. Auflage 2015

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-025886-0

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-025887-7

epub: ISBN 978-3-17-025888-4

mobi: ISBN 978-3-17-025889-1

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

Vorwort	9
----------------	----------

I	Suizid von Kindern und Jugendlichen	13
----------	--	-----------

1	Suizidalität	15
----------	---------------------	-----------

2	Epidemiologie	19
----------	----------------------	-----------

2.1	Suizidhäufigkeit	19
-----	------------------	----

2.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede	25
-----	-------------------------------------	----

2.3	Methodenwahl	25
-----	--------------	----

3	Risikofaktoren	27
----------	-----------------------	-----------

3.1	Depression	27
-----	------------	----

3.2	Belastende Lebensbereiche	36
-----	---------------------------	----

II	Angloamerikanische Suizidpräventionsprogramme	53
-----------	--	-----------

1	Programmentwicklung in den 1980er und 1990er Jahren	55
----------	--	-----------

2	Einsetzende Kritik an den Programmen	58
----------	---	-----------

3	Einteilung in Programmkategorien und ihre kritische Wertung	60
----------	--	-----------

3.1	Psychoedukative Präventionsprogramme	61
3.2	Screeningverfahren	67
3.3	Gatekeeper-Programme	69
3.4	Postventive Interventionen	72
III	Deutschsprachige Maßnahmen zur Suizidprävention in Schulen	75
1	Notfallpläne	77
2	Richtlinien für das Verhalten nach einem Suizid	80
3	Fortbildungsveranstaltungen	82
4	Unterrichtseinheiten	87
IV	Gesundheitsförderung	95
1	Studien zur Gesundheit von Jugendlichen	97
2	Die Bedeutung der Schule für die Gesundheitsförderung	100
3	Förderung der positiven Entwicklung von Schülerinnen und Schülern	104
4	MindMatters – Förderung der psychischen Gesundheit in und mit Schule	109

V	Wenn das Unvorstellbare passiert – Suizid eines Schülers	115
1	Eine Schule im Schock	117
2	Krisenteam und Krisenmanagement	123
3	Überbringung der Nachricht an die Schülerschaft	129
4	Trauerverarbeitung	134
5	Nachsorge	145
6	Umgang mit suizidgefährdeten Schülerinnen und Schülern	150
VI	Zusammenfassung	165
Literatur		171
	Klinische Verfahren für Kinder und Jugendliche zur Abklärung depressiver Symptome	176
	Krisen- und Notfallordner	176

Zusatzmaterial

Als Kopiervorlagen gibt es einen PowerPoint-Foliensatz, der kostenfrei im Internet heruntergeladen werden kann (weitere Informationen finden Sie in Kapitel III, 3), sowie Literaturempfehlungen.

Vorwort

Der Gesundheitszustand von Jugendlichen wird im Allgemeinen als gut bezeichnet. Jedoch gibt es viele Jugendliche, die sich in ihrem subjektiven Wohlfühl gestört und damit krank fühlen, auch wenn sie gesund und frei von organischen Krankheiten sind. Gesundheit wird »mehrdimensional als physisches, psychisches, soziales und ökologisches sich wechselseitiges beeinflussendes Wohlbefinden verstanden« (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) 2013, S.17). Im Unterschied zur physischen Gesundheit wird die psychische Gesundheit oftmals unterschätzt. Sie trägt jedoch in entscheidendem Maße zum Wohlbefinden bei. Dies hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 mit dem Slogan »There is no Health without Mental Health« ausgedrückt.

Der Begriff der psychischen Gesundheit orientiert sich am salutogenetischen Modell von Antonovsky (1997). Es besagt, dass psychische Gesundheit nicht mit bloßer Abwesenheit von psychischen Störungen gleichgesetzt werden kann, sondern an die Fähigkeit gekoppelt ist, sich flexibel und angemessen auf externe und interne Lebensbedingungen einzustellen. Das wiederum erfordert, eigene Potentiale zu verwirklichen und Freude am Dasein zu empfinden. Letzteres ist besonders für Jugendliche wichtig, denn was für sie zählt, ist die augenblickliche Daseins- und Lebensfreude, die sie allerdings in ihren Lebensbereichen Familie, Schule, Peers nicht immer empfinden. Häufig erleben sie dort Kränkungen und Frustrationen, die zu Niedergeschlagenheit, Ängsten und Depressionen führen.

Die psychische Gesundheit ist – wie auch die physische Gesundheit – ein momentaner Balanceakt, der ständig neu austariert werden muss. Schon das nächste stressende Ereignis kann die Balance wieder aus dem Gleichgewicht bringen. Die Jugendphase ist eine Entwicklungsphase mit hohen Anforderungen, an denen nicht wenige Jugendliche scheitern. Fehlen Ressourcen und Schutzfaktoren

in Familie, Schule und im Freizeitbereich, stellen sich Einsamkeitsgefühle, Hoffnungs- und Hilflosigkeit ein, die langfristig zu suicidalen Gedanken führen können. Die tragische Folge psychischer Erkrankungen, insbesondere der Depression, ist der Suizid, der bei Jugendlichen zur zweithäufigsten Todesursache zählt. Allein im Jahr 2012 starben in Deutschland insgesamt 580 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10–25 Jahren durch Suizid, davon 450 männliche und 130 weibliche (www.gbe-bund.de: Statistisches Bundesamt, Suizidtabellen; Stand: 3.9.2014).

Unter Suiziden von Kindern und Jugendlichen leiden nicht nur Eltern, Geschwisterkinder, Großeltern und alle Anverwandten, sondern auch Klassenkameraden, Mitschüler und Lehrkräfte. Jeder Suizid eines Schülers oder einer Schülerin löst Entsetzen, Schock, unendliche Trauer, aber auch Gefühle wie Scham, Schuld und Wut aus. Fragen und Selbstvorwürfe tauchen auf, warum niemand die Suizidgefährdung des betreffenden Schülers oder der Schülerin erkannt habe.

Im vorliegenden Buch werden Lehrkräfte, Sozialpädagogen, Schulpsychologen und alle an der Thematik Interessierten in stringenter Form über die Suizidproblematik junger Menschen – insbesondere den Schülersuizid – informiert. Es wird gezeigt, wie Suizidgefährdung von Schülerinnen und Schülern erkannt werden kann und wie damit in der Schule umgegangen werden sollte.

Ausführlich werden sowohl angloamerikanische als auch deutschsprachige Suizidprogramme und Unterrichtseinheiten dargestellt. Neu in diesem Buch ist, Hintergrund- und Handlungswissen mit den Erfahrungen zu verknüpfen, die überwiegend in angloamerikanischen Ländern gemacht worden sind. Es werden besonders Euphorie, Skepsis und Irrtümer bei der Entwicklung jener Programme herausgearbeitet. Bemerkenswert ist, dass qualifizierte, systematische Studien zur Wirksamkeit bei der Mehrzahl der angloamerikanischen Programme fehlen, so dass von einer Evidenzbasierung zur Suizidprävention und -intervention nicht die Rede sein kann. Daher sind die bisherigen internationalen, aber auch nationalen Maßnahmen kritisch zu bewerten.

Trotz des Fehlens evidenzbasierter Qualifikationsmaßnahmen und methodischer Schwächen vieler Studien zur Suizidprävention und -intervention an Schulen bleibt es dennoch sinnvoll und wichtig, Schulleitungen, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler sowie Eltern darin zu unterstützen, professionell und einfühlsam auf den Notfall Schülersuizid zu reagieren. Im vorliegenden Buch werden konkrete Handlungsmöglichkeiten nach einem Suizid sowie Vorgehensweisen bei Suizidverdacht dargestellt.

In der Früherkennung von Suizid und Suizidalität im Unterricht geht es darum, sich nicht zu einseitig auf Themen wie Suizid und Suizidalität festzulegen, sondern ressourcenorientiert im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung vorzugehen. Dies wird u. a. exemplarisch an einem Programm zur Gesundheitsförderung dargestellt.

Gütersloh, im Juni 2014

Heidrun Bründel



Suizid von Kindern und Jugendlichen

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

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

1

Suizidalität

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

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

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

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

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

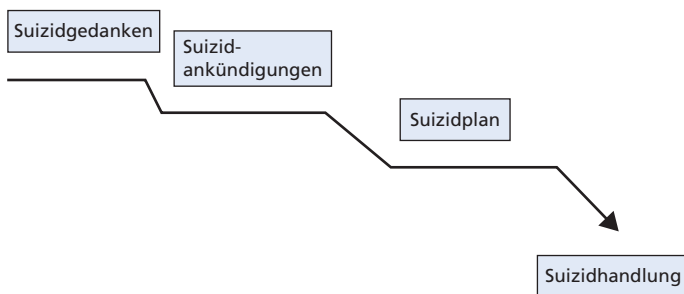


Abb. 1: Stadien der suizidalen Entwicklung (nach Pöldinger 1968)

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

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

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

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

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