

Wilhelm Rotthaus

# **Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen**

2017

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)  
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)  
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)  
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)  
Dr. Barbara Heitger (Wien)  
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)  
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)  
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)  
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)  
Dr. Roswita Königswieser (Wien)  
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)  
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)  
Tom Levold (Köln)  
Dr. Kurt Ludewig (Münster)  
Dr. Burkhard Peter (München)  
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)  
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)  
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)  
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)  
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)  
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)  
Jakob R. Schneider (München)  
Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)  
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)  
Dr. Therese Steiner (Embrach)  
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)  
Karsten Trebesch (Berlin)  
Bernhard Trenkle (Rottweil)  
Prof. Dr. Sigrd Tschöpe-Scheffler (Köln)  
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)  
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)  
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)  
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 7  
hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus  
Reihendesign: Uwe Göbel  
Umschlag und Satz: Heinrich Eiermann  
Printed in Germany  
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck



Erste Auflage, 2017  
ISBN 978-3-8497-0152-9 (Printausgabe)  
ISBN 978-3-8497-8052-4 (ePUB)  
ISBN 978-3-8497-8053-1 (PDF)  
© 2017 Carl-Auer-Systeme Verlag  
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg  
Alle Rechte vorbehalten



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de).

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten  
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter  
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH  
Vangerowstraße 14 · 69115 Heidelberg  
Tel. +49 6221 6438-0 · Fax +49 6221 6438-22  
[www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de)

# Inhalt

<b>Vorwort der Herausgeber</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>11</b>
<b>2 Suizid</b>	<b>14</b>
2.1 Suizid – eine Herausforderung an die Gesellschaft und jeden Einzelnen .	14
2.2 Die Geschichte des Suizids . . . . .	16
2.2.1 Die Bewertung des Suizids im Laufe von zweieinhalb Jahrtausenden . . . .	16
2.2.2 Die Häufigkeit des Suizids im Verlauf der Geschichte. . . . .	19
<b>3 Suizidverhalten von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>22</b>
3.1 Begriffliche Klärung. . . . .	22
3.2 Todeswunsch und Wunsch nach Veränderung der Umwelt. . . . .	26
3.3 Häufigkeit. . . . .	28
3.4 Geschlecht und Suizid . . . . .	30
3.5 Abschiedsbriefe . . . . .	32
<b>4 Risiko- und Schutzfaktoren für das Auftreten von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>36</b>
4.1 Ein ökologisches Risikofaktorenmodell . . . . .	36
4.2 Selbstverletzung und Suizidalität . . . . .	37
4.3 Homosexualität und Suizidalität . . . . .	40
4.4 Sucht und Suizidalität . . . . .	42
4.5 Der Einfluss von Suggestion und Nachahmung. . . . .	44
4.5.1 Der sogenannte Werther-Effekt . . . . .	44
4.5.2 Lernen am Modell und Nachahmung . . . . .	47
4.5.3 Doppelsuizide und Mehrfachsuizide . . . . .	49
4.5.4 Die Bedeutung von Suizidforen im Internet . . . . .	50
4.6 Schutzfaktoren bei widerstandsfähigen Kindern und Jugendlichen . . . . .	52
<b>5 Anregungen für eine hilfreiche Haltung der Therapeutin gegenüber Kindern und Jugendlichen in einer suizidalen Krise</b>	<b>58</b>
5.1 Ein Bewusstsein für eigene Ängste vor Tod und Selbsttötung . . . . .	58
5.2 Die eigene Entschiedenheit für das Leben . . . . .	60
5.3 Ein Wissen um die eigene Kompetenz . . . . .	61
5.4 Eine bescheidene Selbstgewissheit der Therapeutin . . . . .	61

5.5	Sensibilität für Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse . . . . .	62
5.6	Eine Haltung der Allparteilichkeit gegenüber dem Kind oder Jugendlichen und seinen Angehörigen . . . . .	63
5.7	Moralische und rechtliche Überzeugungen der Therapeutin . . . . .	64
5.8	Die Bedeutung des eigenen Arbeitskontextes . . . . .	66
5.9	Folgen einer Entscheidung zur stationären Einweisung . . . . .	67
5.10	Selbstvergewisserung nach Suizid eines Kindes oder Jugendlichen . . . . .	68
<b>6</b>	<b>Störungsverständnisse auf der Basis von Soziologie, Psychoanalyse und Lerntheorie</b>	<b>69</b>
6.1	Soziologisches Störungsverständnis . . . . .	69
6.2	Psychoanalytisches Störungsverständnis . . . . .	71
6.3	Das Konzept der »erlernten Hilflosigkeit« . . . . .	72
<b>7</b>	<b>Exkurs: Eine kleine Geschichte des Individuums</b>	<b>75</b>
7.1	Das Menschenbild bis zum Ende des Mittelalters . . . . .	76
7.2	Die Erfindung des Individuums . . . . .	77
7.3	Der Mensch als Maß aller Dinge . . . . .	81
7.4	Perspektiven eines neuen Menschenbildes . . . . .	83
<b>8</b>	<b>Systemtherapeutisches Störungsverständnis</b>	<b>85</b>
8.1	Die Verortung suizidalen Denkens und Handelns im familiären Beziehungsgefüge . . . . .	85
8.2	Die Suizidhandlung als »cry for change« . . . . .	88
8.3	Familiäre Konstellationen und Suizidalität . . . . .	89
8.3.1	Rigidität und Erstarrung . . . . .	89
8.3.2	Familiengeheimnisse . . . . .	91
8.3.3	Symbiotische Verstrickung . . . . .	92
8.3.4	Chaos und emotionale Instabilität . . . . .	95
8.3.5	Diffusität von Zuständigkeit und Verantwortung . . . . .	96
8.3.6	Die tödliche Botschaft . . . . .	97
8.3.7	Die Alles-oder-nichts-Idee . . . . .	100
8.3.8	Schuld- und Verdienstkonten in Familien . . . . .	101
8.4	Die Bedeutung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung . . . . .	103
8.5	Krankheit als untauglicher Erklärungsansatz . . . . .	105
8.6	Suizid ist keine Impulshandlung . . . . .	108

<b>9</b>	<b>Erkennen und Einschätzen der Suizidalität</b>	<b>110</b>
9.1	Anzeichen einer Entwicklung zur Suizidalität . . . . .	110
9.1.1	Das präsuizidale Syndrom . . . . .	110
9.1.2	Stadienmodell der präsuizidalen Entwicklung . . . . .	112
9.1.3	Warnhinweise in der Zusammenfassung . . . . .	113
9.1.4	Der Teufelskreis der Kommunikation. . . . .	113
9.2	Merkmale akuter Suizidalität. . . . .	115
9.3	Therapeutisches Vorgehen in der suizidalen Krise . . . . .	117
9.3.1	Notfallpläne . . . . .	117
9.3.2	Non-Suizid-Vereinbarungen . . . . .	120
9.3.3	Jugendliche, die ihre Suizidwünsche und Suizidpläne nicht aufgeben . . .	126
9.4	Aussichtslosigkeit. . . . .	126
9.5	Unrecht und Ungerechtigkeit in der Welt . . . . .	128
9.6	Der Sinn des Lebens . . . . .	129
9.7	Suizid als Bestrafung . . . . .	129
9.8	Äußerung persönlicher Betroffenheit seitens der Therapeutin. . . . .	131
9.10	Inkompetenz-Erklärung der Therapeutin . . . . .	132
9.11	Indikation zur stationären Aufnahme . . . . .	132
<b>10</b>	<b>Systemische Therapie der Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>134</b>
10.1	Leitgedanken für die Arbeit der Therapeutin . . . . .	134
10.2	Leitgedanke 1: Der Jugendliche will sterben, zugleich aber auch leben. . .	136
10.3	Leitgedanke 2: Die suizidale Handlung ist in ihrem Bezug auf das relevante System zu verstehen . . . . .	140
10.4	Leitgedanke 3: Die suizidale Handlung ist ein »cry for change« . . . . .	144
10.5	Leitgedanke 4: Die Unterscheidung von aktuellem Suizidanlass und der basalen Suizidalität . . . . .	145
10.6	Das Gespräch zur Risikoeinschätzung mit dem Kind oder Jugendlichen . . .	146
10.6.1	Ansprechen des Verdachts auf Suizidalität . . . . .	146
10.6.2	Klärung von Anliegen, Ziel und Auftrag . . . . .	147
10.6.3	Rapport herstellen . . . . .	148
10.6.4	Exploration der familiären Situation und des erweiterten Kontextes . . . .	152
10.6.5	Erfragen der Ambivalenz . . . . .	153
10.7	Das Gespräch mit der Familie . . . . .	154
10.7.1	Die Notwendigkeit des Einbezugs der Familie . . . . .	154
10.7.2	Klärung von Anliegen, Ziel und Auftrag . . . . .	158

10.7.3 Die Frage nach der Ursache . . . . .	159
10.7.4 Die Einschätzung der Wiederholungsgefahr . . . . .	159
10.7.5 Die Ernsthaftigkeit der Suizidhandlung. . . . .	161
10.8 Die überflüssige Frage nach dem Warum . . . . .	161
10.9 Systemische Hypothesenbildung . . . . .	163
10.10 Lösungsorientierung - die wichtige Frage nach dem Wohin. . . . .	166
10.11 Ressourcenorientierung. . . . .	168
10.12 Rekontextualisierung . . . . .	171
10.13 Förderung des Kontrollerlebens . . . . .	174
10.14 Die Frage nach dem Sinn des Lebens . . . . .	176
10.15 Rigidität und Erstarrung . . . . .	178
10.16 Familiengeheimnisse . . . . .	183
10.17 Diffusität von Zuständigkeit und Verantwortung. . . . .	189
10.18 Die tödliche Botschaft . . . . .	192
10.19 Umgang mit Tod und Suizid in der Familiengeschichte . . . . .	195
10.20 Telearbeit . . . . .	200
10.21 Reflecting Team . . . . .	204
10.22 Genogrammarbeit . . . . .	206
10.23 Narrative Therapie: Das Entwickeln einer neuen, heilsamen Geschichte . . . . .	208
10.24 Dramatisierungen . . . . .	210
10.25 Gewaltloser Widerstand angesichts der Suiziddrohung. . . . .	213
10.26 Bindungsorientierte Familientherapie als ambulante Nachsorge für Jugendliche nach Suizidversuch. . . . .	216
10.27 Parents-CARE - ein (Präventions-)Programm für Eltern von Jugendlichen in einer suizidalen Krise. . . . .	220
<b>11 Stationäre Therapie</b>	<b>223</b>
<b>12 Amok</b>	<b>226</b>
<b>13 Medikamentöse Therapie</b>	<b>230</b>
<b>14 Schulbasierte Suizidprävention</b>	<b>232</b>
<b>Online-Material</b>	<b>235</b>
<b>Literatur</b>	<b>236</b>
<b>Über den Autor</b>	<b>246</b>

## **8 Systemtherapeutisches Störungsverständnis**

Aus einem systemtherapeutischen Störungsverständnis heraus richtet sich der Blick der Therapeutin im Falle suizidaler Gedanken oder Handlungen von Kindern und Jugendlichen auf das relevante Beziehungssystem. Das ermöglicht ihr, hypothetische Bedingungsfaktoren zu erkennen für das Erleben eines eklatanten Mangels an Kontroll- und Einflussmöglichkeiten oder - in selteneren Fällen - für das Gefühl, von der Verantwortung für die Familie erdrückt zu werden, um darauf aufbauend hilfreich arbeiten zu können. Das suizidale Verhalten des Jugendlichen wird weniger als ein »cry for help«, wie das häufig in der Literatur benannt wird, sondern vielmehr als ein »cry for change« verstanden, ein verzweifelter Hinweis darauf, dass Änderungen im Lebensumfeld notwendig sind, um weiterleben zu können.

Nachfolgend werden Modelle familiärer Konstellationen dargestellt, mit denen verschiedene Autoren die Rolle der Familie beim Entstehen von Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen versucht haben zu beschreiben. Dabei handelt es sich selbstverständlich um Konstruktionen und typisierende Schilderungen. Ihre Darstellung hat zum Ziel, die Aufmerksamkeit und Wachsamkeit von Therapeutinnen für die dargestellten Zusammenhänge im jeweiligen Einzelfall zu fördern und einen entsprechenden gedanklichen Horizont für Fragen und sonstige therapeutische Schritte zu eröffnen.

Abschließend wird dargestellt, weshalb Krankheit als ein wenig hilfreicher Erklärungsansatz für Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen erscheint. Ebenso wird die Idee, Suizid sei eine Impulshandlung, aufgrund der Befundlage kritisch gewertet.

### **8.1 Die Verortung suizidalen Denkens und Handelns im familiären Beziehungsgefüge**

Aus systemischer Sicht ist es ein kardinales Missverständnis, einen Menschen in einer suizidalen Krise als isoliertes Individuum zu betrachten und seine Motivation zu suizidalem Handeln nur als innerpsychi-

sches Phänomen anzusehen. Die hohe Bezogenheit seiner Gedanken in einer suizidalen Krise auf seine wichtigsten Bezugspersonen verweist eindeutig darauf, dass er selbst sein Denken und Handeln im Kontext seines relevanten Beziehungssystems verortet. Selbstverständlich ist er als Mitglied dieses Systems an der Gestaltung desselben in mehr oder weniger großem Umfang beteiligt gewesen. Der suizidale Mensch ist deshalb nicht einseitig Opfer des Denkens und Handelns seiner Bezugspersonen, auch wenn diese – wie das ganz grundsätzlich der Fall ist – seinen Handlungsspielraum weitgehend definieren.

Beim Studium der Literatur zum suizidalen Verhalten von Erwachsenen wie auch von Kindern und Jugendlichen überrascht ein einseitig individuumszentrierter Blickwinkel.

Die Eltern und sonstige wichtige Bezugspersonen werden entweder gar nicht oder als Verursacher des Geschehens wahrgenommen. Selbst von einer Autorin wie Schröer (1995, 1999), die sehr viel systemisches Gedankengut verarbeitet, werden Eltern bzw. Familienmitglieder mit ihrem Handeln nur in Bezug auf das Kind wahrgenommen, aber nicht als gleichwertige Partner der familiären Koevolution mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen, Ängsten und Problemen. Es wird dargestellt, dass das Kind oder der Jugendliche in der suizidalen Krise angesichts einer übermächtig erlebten Umwelt daran scheitert, seine Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, aber es wird übersehen, dass es den Eltern ihrerseits aus den gleichen Gründen nicht gelingt, die eigenen, persönlichen, in diesem Prozess sich stellenden Entwicklungsaufgaben zu lösen. Es fehlt die Allparteilichkeit in der Sicht auf die Familie und ihre – angesichts der Suizidalität eines Mitglieds zu unterstellende – Blockierung der gemeinsamen, aber in ihren Zielen unterschiedlichen Entwicklungen.<sup>3</sup>

Die besondere familiäre Situation von Kindern und Jugendlichen, die Suizidhandlungen begehen, und ihre Ohnmacht, familiäre Verän-  
.....

3 Diese parallelen Entwicklungsaufgaben von Kindern oder Jugendlichen einerseits und ihren Eltern andererseits finden sich tabellarisch dargestellt bei Rotthaus 2015, S. 89 und 99 sowie im Online-Material zu dem Buch: [http://www.carl-auer.de/machbar/aengste\\_von\\_kindern\\_und\\_jugendlichen](http://www.carl-auer.de/machbar/aengste_von_kindern_und_jugendlichen).

derungen zu bewirken, hat Orbach (Suizidales Denken und Handeln im Beziehungsgefüge, 1997, S. 186 ff.) mit der »These vom unlösba- ren Problem« zu erfassen versucht. Er weist darauf hin, dass bereits andere Autoren, beispielsweise Teicher und Jakobs (1966), dieses Phä- nomen des unlösba- ren Problems bei Jugendlichen beschrieben hätten. Sie hätten aber – offensichtlich aus einer zu sehr individuumzentrierten Sicht (W. R.) – die sehr realen Ursachen übersehen, die zu den uner- träglichen Lebensbedingungen geführt hätten. Für Orbach (1997, S. 187) hat das unlösba- re Problem eine Reihe grundlegender Merkmale:

»Erstens hat das Kind keine Möglichkeit, das Problem zu lösen. Zweitens werden in einer solchen Situation die Wahlmöglichkeiten und Handlungs- alternativen des Kindes beschnitten. Drittens zieht jeder Versuch der Prob- lemlösung neue Probleme nach sich. Viertens dient das Problem des Kindes als Tarnung eines tief greifenden familiären Konflikts.«

Als Beispiel beschreibt er den Fall eines zehnjährigen Jungen, der bei zahlrei- chen Gelegenheiten versucht hatte, sich umzubringen. Es sei jedoch unmöglich gewesen, eine Bedingung für sein Verhalten zu erkennen. Das Familienleben sei anscheinend normal gewesen, die Beziehungen des Jungen zu seiner Schwes- ter waren zufriedenstellend. Die Familie habe weder den Verlust eines nahen Angehörigen erlitten noch irgendwelche schweren Krankheiten oder Störungen erlebt. Bemerkenswert sei gewesen, dass das Kind von seinen Freunden zurück- gezogen gelebt habe und sehr stark an sein Zuhause gebunden gewesen sei. Die Familienanamnese habe dann zutage gebracht, dass die ältere Schwester ein Jahr zuvor suizidales Verhalten gezeigt habe. Erst als ihre Selbstmorddro- hungen aufgehört hätten, seien sie bei dem jüngeren Bruder aufgetreten. Das habe den Eindruck erweckt, als brauche diese Familie Selbstmorddrohungen. Die weitere Therapie habe eine versteckte Krise in der Familie ans Licht gebracht. Der Vater habe über lange Zeit mit der Scheidung gedroht. Die Mutter habe mit Panik reagiert, habe diese aber hinter Zurückhaltung und Selbstkontrolle verborgen. Der Vater habe seine Scheidungsabsicht zuerst nach den Selbstmorddro- hungen der Schwester und danach aufgrund der Suizidversuche seines Sohnes zurückgestellt. Als die Eltern angefangen hätten, während der Therapie über die Scheidung zu sprechen, hätten die Selbstmorddrohungen der Kinder sofort auf- gehört. Ihr selbstzerstörerisches Verhalten sei also mit dem Konflikt der Eltern

direkt verknüpft gewesen. Unwissentlich und unbeabsichtigt habe die Mutter dem Vater durch die Kinder die Botschaft übermittelt: »Wenn du gehst, wird hier jemand sterben.« So habe sie den Sohn, wenn er von Selbstmord gesprochen habe, umgehend zum Vater geschickt, damit dieser ihm helfe. Die Mutter habe ihre Kinder als Hebel benutzt, um eine Katastrophe in der Familie abzuwenden. Für die Kinder habe der elterliche Konflikt ein unlösbares Problem dargestellt. Nur die Lösung des elterlichen Konfliktes habe ihnen helfen können.

Orbach (a. a. O., S. 194) schildert noch weitere Beispiele, die demonstrieren, dass sich hinter einem unlösbaren Problem meist eine Familienkonstellation verbirgt, die die Problemlösung verhindert. Er verweist auf die Gefahr, dass die dramatischen Aspekte der Suizidhandlung oft die Aufmerksamkeit der Therapeutin von dem Problem der Familie ablenken, und warnt zu Recht vor der vielfach geäußerten, aber allzu oberflächlichen Hypothese, das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen diene dazu, Aufmerksamkeit zu erlangen. Auf diese Weise würden Familienmitglieder und Therapeutin davor ausweichen, sich mit der basalen Suizidalität und dem problemgenerierenden Hintergrund zu befassen.

## **8.2 Die Suizidhandlung als »cry for change«**

Eine Suizidhandlung, insbesondere wenn sie von einem Kind oder Jugendlichen begangen worden ist, wird häufig als »cry for help« aufgefasst. Diese Idee ist sicherlich nicht ganz falsch, jedoch gefährlich. Leicht kann es dann geschehen, dass der Jugendliche sich im Hinblick auf die Ernsthaftigkeit seiner Entscheidung und damit im Hinblick auf die Seriosität seiner Person nicht ernst genommen erlebt. Wenn die Therapeutin dann zusätzlich diesen vermeintlichen Schrei nach Hilfe bereits als Therapieauftrag versteht, kann es geschehen, dass der Jugendliche sich dem therapeutischen Ansinnen energisch verweigert. Denn den selbst gestellten Therapieauftrag der Therapeutin dürfte er leicht als Angriff auf seinen Selbstwert erleben, den er gerade mithilfe seiner Selbstmordhandlung versucht hatte zu retten (siehe auch Schleiffer 1995, S. 252).

Hilfreicher ist es, die Suizidhandlung als »cry for change« aufzufassen – als Schrei nach einer Veränderung, die notwendig ist, damit der Jugendliche sich in der Lage sieht, weiterzuleben. Unter diesem Blickwinkel begegnet die Therapeutin dem Jugendlichen auf gleicher Augenhöhe. Sie würdigt die Ernsthaftigkeit seiner autonomen Entscheidung über das Letzte, über das er angesichts des Erlebens von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit Kontrolle hat: sein Leben. Erst auf dieser Grundlage der Anerkennung seiner Autarkie kann die Therapeutin in einen ergebnisoffenen Dialog eintreten, in dem es um die Frage eines Therapieauftrags geht.

## **8.3 Familiäre Konstellationen und Suizidalität**

### **8.3.1 Rigidität und Erstarrung**

Familien haben zwei wichtige Funktionen. Sie sorgen zum einen für Sicherheit, Schutz und Geborgenheit und ermöglichen zum anderen Freiheit, Eigenständigkeit und Kreativität. Üblicherweise bewegen sich die Familienmitglieder flexibel zwischen diesen beiden Polen: Zuweilen ist mehr Schutz und Geborgenheit gefragt, in anderen Lebenssituationen mehr Freiheit und Eigenständigkeit. Diese Aufgabe lösen die Familien in unterschiedlicher Art und Weise. In Koevolution aller Familienmitglieder werden gemeinsam besondere Familienkonstellationen entwickelt, die die Verhaltensmuster und Verhaltensstile aller Beteiligten bestimmen. Es werden bestimmte Regeln vorwiegend implizit und in geringerem Maße auch explizit ausgehandelt. Mehr oder weniger subtile familiäre Sanktionen sorgen dafür, dass jeder Einzelne diese Regeln einhält.

Bedingt durch transgenerationale Prozesse, besondere Lebensereignisse und Schicksalsschläge kann es zur Ausbildung von familiären Konstellationen kommen, die die Verhaltensmöglichkeiten der einzelnen Familienmitglieder sehr einengen, je nach ihrem aktuellen Bedürfnis oder entwicklungsbedingten Anforderungen unterschiedliche Verhaltensoptionen zu verwirklichen. Auch kleine Abweichungen

von der familiär vorgegebenen Verhaltensnorm werden sanktioniert. Die Chance des einzelnen Familienmitglieds, Veränderungen in den familiären Verhaltensmustern anzustoßen, ist sehr gering. Sucht ein Jugendlicher in einer solchen Familie beispielsweise seine Entwicklungsaufgaben zu erfüllen, stößt er schnell an eine unüberwindbare Grenze, zumal die Eltern selbst ihre korrespondierenden Entwicklungsaufgaben ignorieren. Nach einer gewissen Zeit führt das bei dem Jugendlichen zwangsläufig zu dem Erleben von Einflusslosigkeit; auf längere Dauer tritt ein Gefühl von Ausweg- und Hoffnungslosigkeit auf. Dieses Muster scheint sich unabhängig davon zu realisieren, ob die Familienmitglieder sehr eng aufeinander bezogene Beziehungen leben oder eher distanzierte, möglicherweise sogar feindliche. Das entscheidende Problem ist die Rigidität der Beziehung und die Angst der Familienmitglieder vor Veränderungen. Sie werden als existenziell bedrohlich für den Zusammenhalt der Familie wahrgenommen, als mögliche Auslöser für den Zerfall der familiären Gemeinsamkeit. Entsprechend gering ist die Einflussmöglichkeit des Jugendlichen, der schließlich nur noch in einer Suizidhandlung eine Lösung sieht.

Sehr eindrucksvoll zeigte sich die Starre und Rigidität bestimmter Vorannahmen und Familienregeln in der Familie von Julia, 17 Jahre, die nach einem zweiten Suizidversuch stationär aufgenommen worden war. Im Gespräch mit ihr, ihren Eltern und ihren zwei Geschwistern äußerten die Familienmitglieder unumstößliche »Gesetze«, an die sich alle gebunden fühlten. Die Mutter, die immer sehr angespannt und angestrengt wirkte, erwies sich bald als der »rule governor«, der für die Respektierung der Werte und die Einhaltung der familiären Normen sorgte. Sie hatte die Regeln offensichtlich von ihrer Mutter übernommen, die da lauteten: »Jeder ist seines eigenen Glückes Schmied!« - »Jeder muss für sich selbst einstehen.« - »Geschenkt bekommt man nichts im Leben!« - »Die Welt ist schlecht. Nur im Kampf kannst du bestehen!« - »Gefühle sind nur was für reiche Leute!« Zuwendung den Kindern gegenüber, die der Vater immer mal wieder versuchte zu zeigen, wurden von ihr abgeblockt.

Die Therapeutin ging in mehreren Familiengesprächen auf diese Werte, Vorannahmen und Regeln ein, versuchte, ihre wertvolle Seite anzuerkennen und zu erfragen, welche Erfahrungen ihnen in der vergangenen Generation wohl

zugrunde gelegen hätten. Dabei entfaltete sich eine Familiengeschichte von Flucht und Vertreibung und dem mehrfach gescheiterten Versuch, »in der Fremde« Fuß zu fassen. Die Therapeutin sprach aber auch die »Kosten« an: den Mangel an weichen Anteilen, an innerfamiliärer Nähe und Harmonie und schließlich auch die zunehmend aufscheinenden Differenzen zwischen den Eltern. Völlig überrascht war sie, als die Mutter im fünften oder sechsten Therapiegespräch plötzlich erklärte, sie wolle nicht länger die Sklavin der Regeln ihrer Mutter sein und habe beschlossen, auch ihre Familie davon zu befreien. Der weitere Therapieverlauf beschränkte sich auf Familiengespräche in weiteren Abständen, in denen die Familienmitglieder deutlich machten, wie jeder von ihnen sein Leben und alle gemeinsam ihr Zusammenleben neu gestalteten.

Miller und Kollegen (1992) ermittelten in ihrer Untersuchung eine hohe Rigidität und eine geringe Flexibilität in den Beziehungen, die nicht an die Veränderungen der Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder angepasst werden können, als entscheidenden Hintergrundfaktor in Familien, in denen Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen auftreten. Die von ihnen befragten suizidalen Jugendlichen schätzten den familiären Zusammenhalt in ihren Familien geringer und die Rigidität der Beziehungen höher ein als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Die Autoren folgerten aus ihren Untersuchungsergebnissen, dass das gleichzeitige Auftreten von distanzierten, aber sehr rigiden Beziehungen besonders oft dazu führe, dass der Jugendliche eine Isolation in einem rigiden Familiensystem wahrnehme. Diese Wahrnehmung von mangelnder Flexibilität und damit geringen Möglichkeiten für Veränderungen in einem Kontext schmerzlicher Isolation würde zu dem ausgeprägten Erleben von Hoffnungslosigkeit führen, das man so oft bei suizidalen Jugendlichen auffinde.

### **8.3.2 Familiengeheimnisse**

Nicht selten steht diese Rigidität und mangelnde Flexibilität in den Beziehungen damit in Zusammenhang, dass innerhalb der Familie ein Geheimnis existiert, das tabuisiert wird und in keinem Fall angesprochen werden darf (Imber-Black 1999, Bradshaw 1999). Solche

Familiengeheimnisse betreffen beispielsweise eine Totgeburt, die die Mutter erlitten hat, die Vaterschaft eines Kindes, das nicht von dem Ehemann der Mutter abstammt, das Weggeben von Kindern, Adoption, Inzest, Suizide und psychische Erkrankungen sowie vor allem auch Suchterkrankungen in der Herkunftsfamilie oder der weiteren Verwandtschaft. Das Verheimlichen und Vertuschen dient in solchen Fällen der Bewältigung von Scham und Furcht vor Stigmatisierung. Die Ereignisse werden entweder ganz zu verdrängen gesucht, oder die Eltern mühen sich, die Kinder vor den selbst erlebten Belastungen zu schützen.

In solchen Familien entwickelt sich in der Regel eine große Sprachlosigkeit, da jedes Familienmitglied befürchten muss, das Tabu in irgendeiner Weise zu lüften, wenn es einmal spontan und unreflektiert reden würde. Die eingeschränkte Kommunikation wird inhaltsarm und kreist immer wieder um die gleichen Themen. In anderen Fällen überdecken familiäre Mythen, die die schmerzliche Realität zuweilen ins Gegenteil verkehren, psychische Krankheiten, Suizide und andere schambesetzte Geschehnisse in vorangegangenen Generationen. Oft breitet sich dann in der Familie eine Atmosphäre des Unheimlichen, Nicht-Greifbaren aus. Die nicht Eingeweihten spüren, dass generell oder bei diesem einen Thema etwas nicht stimmt und dass etwas im Verborgenen brodelt. Versuche beispielsweise eines Kindes oder Jugendlichen, dieses Erleben zum Thema zu machen, werden zumeist heftig abgewiesen (»Du spinnst!« - »Das bildest du dir nur ein!« - »Darüber spreche ich nicht!«). Der Jugendliche vermag nichts zu bewegen und zu verändern. Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühle breiten sich aus.

### **8.3.3 Symbiotische Verstrickung**

Eine symbiotisch verstrickte Familie hat nach Orbach (1997, S. 139f)

»eine stark ausgeprägte, gemeinsame Identität mit nur geringer Unterscheidung zwischen den einzelnen Mitgliedern. Alle werden als Teil eines größeren Ganzen gesehen. Jedes Mitglied empfindet sich nur durch die

emotionale Vermischung mit den anderen vollständig. Bei diesem extremen Hang zur Einheit empfinden die Mitglieder verstrickter Familien oft das paradoxe Gefühl der Isolation und des Identitätsverlustes.«

Bereits 1978 hatte Richman auf die Häufigkeit suizidaler Handlungen in symbiotisch verstrickten Familien hingewiesen. Er führte dazu aus, dass solche Familien ein geschlossenes System bilden und dazu tendieren würden, die Familienmitglieder mit einer Mauer aus Argwohn und Antipathie von der Außenwelt abzuschotten. Die einzigen zulässigen Außenkontakte seien oberflächlich, kontrolliert und funktional. Der einzig zulässige Ausdruck von Loyalität sei nach innen auf die Familie gerichtet, nur hier könne man emotionale Erfüllung suchen. Jeder Öffnung gegenüber der Außenwelt werde mit Feindseligkeit, Entmutigung und furchteinflößenden Taktiken begegnet. Der Ausdruck dieses Lebensstils sei das vollständige Tabu, enge Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen. Logische Folge sei eine tiefe Trennungsangst. Alle Familienmitglieder seien der Überzeugung, dass jedes Anzeichen einer Vereinzelung wahrscheinlich den Zerfall der Familie zur Folge haben und die innere Welt zum Einsturz bringen werde. Die Kinder in diesen Familien hätten das Empfinden, unabhängig von der Familie nicht existieren zu können.

Das Verhalten der Eltern wird in diesen Familien häufig als Überbehütung wahrgenommen. Hoch suizidale Jugendliche nehmen eine fast dreifach höhere Kontrolle, Beaufsichtigung und Einmischung in die eigenen Angelegenheiten wahr als nichtsuizidale Jugendliche (Schroers 1995, S. 89). Dementsprechend fand Wichstrom (2009, S. 116) in ihrer Untersuchung, dass wahrgenommene Überprotektion als Risikofaktor für suizidales Verhalten angesehen werden kann (das gelte nicht für unsichere Bindung, die eher für selbstverletzendes Verhalten Vorhersagewert habe).

Als weiteres Merkmal tritt hinzu, dass Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern kaum stattfindet und oft durch eine geheimnisvolle Qualität geprägt ist. Die Kinder, die in solchen Familien aufwachsen, sehen sich konfrontiert mit einem unlösbaren Dilemma. Wenn sie Individuationsschritte zu machen versuchen, wird das als familiärer Verrat gesehen und mit Ausstoßung aus der Familie

bedroht. Bleiben sie loyal zu ihrer Familie, verzichten sie auf wichtige Beziehungen zu Gleichaltrigen und die Entwicklung ihrer Autonomie. Im Jugendalter verschärft sich diese »double bind«-Situation angesichts der Entwicklungsaufgaben des Jugendlichen. Der Jugendliche muss entweder Individuationsschritte gehen und Ärger und die Gefahr von Ausstoßung ertragen oder er verzichtet auf die eigenen Entwicklungsschritte und verbleibt »in der liebevollen Gefangenschaft seiner Familie« - wie es eine Jugendliche einmal ausdrückte. Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist alleine kaum zu finden, sodass der Suizid als der einzige Weg aus dieser unerträglichen Situation erscheinen mag. Nur in einer Koevolution, in einer parallelen Entwicklung von Mutter, Vater und Kind/Jugendlichem hin zu einem jeweils neuen Entwicklungsstadium kann eine Lösung gefunden werden.

Orbach (1997, S. 144 ff.) berichtet die Fallgeschichte von Jimmy, einem Achtjährigen, der versuchte, sein Leben durch einen Sprung aus dem Fenster zu beenden. Ausgangspunkt war, dass eine seiner Mitschülerinnen Jimmys Hose bis zu seinen Knöcheln heruntergezogen hatte, zum Vergnügen der anderen. Gedemütigt und schockiert lief Jimmy zum Fenster des Klassenzimmers im zweiten Stock und schrie: »Ich werde springen!« Die schnelle Reaktion zweier Mitschülerinnen hinderte ihn an der Ausführung seiner Drohung. Erst später erzählte Jimmy seinem Lehrer, dass er schon lange vor dem Vorfall beschlossen habe, sich umzubringen.

Jimmys Vater wirkte sanft und gutmütig, ein Mann, der sich unermüdlich seiner Familie widmete. Er hatte oft die Arbeitsstelle gewechselt und Aufstiegsmöglichkeiten ausgeschlagen, um ein konstantes, enges Familienleben aufrechtzuerhalten. Jimmys Mutter wirkte erschöpft und müde, von einer auswärts gelegenen Arbeitsstelle ausgelaugt, die sie nicht mochte, die die finanzielle Lage der Familie aber erforderte. Beide Eltern hatten in ihrer Kindheit ein Defizit an liebevoller Zuwendung empfunden und versuchten nun auszuschließen, dass ihre eigenen Kinder jemals diesen Mangel erlitten. So verbrachten sie jede freie Minute mit Jimmy und seiner jüngeren Schwester und riefen im Laufe des Tages häufig zu Hause an, um an den Aktivitäten der Kinder teilzuhaben. Die Mutter verlangte, dass die Kinder sofort nach Schulschluss nach Hause gingen, und schon die kleinste Verspätung versetzte sie in Panik. Ihre Anrufe zu Hause

waren gespickt mit Anweisungen und Strafandrohungen. Während Jimmy seine Hausaufgaben machte, rief sie häufig an, um sein Vorankommen zu überprüfen. Soziale Kontakte außerhalb der Familie wurden sanktioniert. Wenn Jimmy die Mutter bat, hinausgehen zu dürfen, um mit Freunden zu spielen, schalt sein Vater ihn für seinen Mangel an kindlicher Anhänglichkeit, da er seine Freunde den Eltern vorziehe. Außer gelegentlichen Besuchen bei den Großeltern gab es kaum Außenkontakte der Kernfamilie. Jimmys Eltern äußerten ihr Entsetzen über seinen Mangel an Dankbarkeit. Er wisse einfach nicht, ihre Zuneigung und ihre Opfer zu schätzen. Die eigene Beziehung wurde als ein Ideal an Harmonie dargestellt, ohne jegliche Spannung und ohne Konflikte.

Innerhalb der Therapie zerbrach der Mythos der idealen, schutzgewährenden Familie, und es wurde ein hohes Ausmaß an Wut und Aggressionen bei allen Familienmitgliedern deutlich. Orbach resümiert, dass Jimmys Familie charakteristische Merkmale mit anderen symbiotischen Familien geteilt habe: die erstickende Enge, der erdrückende Zugriff auf die Kinder, die strafende Demütigung und das Verlagern von eigenem Leid auf die Schultern der Kinder, die den Sündenbock abgeben müssen.

### **8.3.4 Chaos und emotionale Instabilität**

Orbach (1997) benannte als eine weitere familiäre Konstellation, die zum Auftreten von Suizidhandlungen im Jugendalter beitragen kann, die Multiproblemfamilie. Solche Familien sind durch Chaos und emotionale Instabilität gekennzeichnet, die die Funktion der Familie erodieren lassen und die Interaktion in der Familie negativ prägen. Sie sind belastet durch eine Fülle von chronischen Problemen wie psychische Erkrankungen eines Elternteils, gesundheitliche Schwierigkeiten, Substanzmissbrauch, Kindesmissbrauch, wiederholte Arbeitslosigkeit, häufige Trennungen und Scheidung der Eltern sowie Tod eines Familienmitgliedes. Die Folge ist häufig eine hohe erzieherische Inkonsistenz und Willkür, wie sie häufig von Kindern und Jugendlichen mit Suizidgedanken und Suizidhandlungen wahrgenommen wird (u. a. Schröer 1995, S. 112 f.). Offensichtlich stellt in solchen Familien mehr die chronische, allgegenwärtige Natur dieser Probleme eine Belastung dar als die Belastung durch ein einzelnes schweres Problem. Den Kindern

gelingt es nicht, die notwendigen Bewältigungskompetenzen zu entwickeln, um mit ihrer schwierigen Umwelt umgehen zu können, und sie entwickeln auch nicht die notwendigen Fähigkeiten, um Freundschaften aufzubauen. Solche Kinder erleben in wachsendem Maße Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Der Suizid kann ihnen als vielversprechender Ausweg aus ihrer schmerzhaften Realität erscheinen.

### **8.3.5 Diffusität von Zuständigkeit und Verantwortung**

Sehr belastete Familien mit einer Fülle an chronischen Problemen suchen häufig Unterstützung beim Jugendamt. Andere erfahren Kontrollmaßnahmen durch das Jugendamt zur Sicherung des Kindeswohls, sei es als ambulante Hilfen, sei es durch stationäre Unterbringung. Besonders bei ausagierenden Problemen kann es dazu kommen, dass eine Vielzahl von Helfern involviert ist, die Koordination der Maßnahmen aber nur unzureichend erfolgt. Bei stationären oder erlebnispädagogischen Maßnahmen wird dann nicht selten die begleitende Elternarbeit vernachlässigt. Unzureichende elterliche Unterstützung führt aber häufig zum Scheitern der ambulanten oder stationären Maßnahmen; das Kind oder der Jugendliche wird dann von einer Einrichtung zur nächsten weitergereicht. So kann es geschehen, dass als wesentlicher Hintergrund für das Auftreten von Suizidalität eines Jugendlichen eine hohe Verantwortungsdiffusion im - meist umfangreichen - Kreis der beteiligten Zuständigen und helfenden Erwachsenen festzustellen ist. Jeder der Beteiligten übernimmt von Zeit zu Zeit Verantwortung für den Jugendlichen, scheitert und reicht daraufhin den Stab der Verantwortung an den nächsten weiter, der nach einiger Zeit auch scheitert und wieder den nächsten in die Pflicht nimmt etc. Es ist naheliegend, dass der Jugendliche an einer solchen Wattewand von Verantwortung bzw. Verantwortungslosigkeit keinen Halt findet, dass diese Diffusität ihm weder ein Dafür noch ein Dagegen möglich macht und er nichts als Ohnmacht erlebt.

### 8.3.6 Die tödliche Botschaft

Freud äußerte in *Trauer und Melancholie* (1949, S. 438 f.),

»dass kein Neurotiker Selbstmordabsichten verspürt, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet«.

Diese Idee, dass der suizidale Mensch Tötungsimpulse gegen andere hat, wurde unter Psychoanalytikerinnen zum Allgemeingut, sodass Federn 1929 (S. 288) eine Erweiterung formulieren konnte mit dem Satz:

»Wenn es allgemein gilt, dass nur der sich ermordet, der einen anderen zu töten wünscht, so muss man hinzufügen, dass - (in der Regel) - nur der sich mordet, den ein anderer tot wünscht.«

Einen etwas anderen Aspekt äußerte Sadger 1910 (nach Etzersdorfer 2012, S. 33), wenn er schrieb:

»Das Leben gibt bloß jener auf, der Liebe zu erhoffen aufgeben musste!«

Etzersdorfer unterstellt dazu, dass nicht eine Kritik an Helfern oder Angehörigen gemeint sei, die sich nicht genügend engagieren, sondern dass der Suizidale es so wahrnehme, weil er in der suizidalen Einengung nur Ablehnung und Zurückweisung erleben könne. Allerdings darf man nicht die Augen davor verschließen, dass aggressive Impulse und aggressive Äußerungen in Familien, in denen eine Jugendliche oder ein Jugendlicher einen Suizidversuch oder einen Suizid vollzieht, nicht selten eine große Rolle spielen.

Sabbath (1969) spricht von Familien mit einem entbehrlichen oder überflüssigen Kind (»expandable child«). Es ist ein Kind, das von seiner Familie nicht länger ertragen oder benötigt wird, weder als Objekt von Liebe und Zuwendung noch als Delegierter für die Erfüllung der Wünsche und Bedürfnisse der Eltern. Das überflüssige Kind nimmt die Unzufriedenheit der Eltern mit seiner Anwesenheit in der Familie wahr. Es hört mehr oder weniger direkte Botschaften des Wunsches der Eltern, es wäre nie geboren worden oder es würde am besten verschwinden. Solche elterlichen Haltungen können im Zusammen-

hang stehen mit ungeplanten Schwangerschaften, die beispielsweise die beruflichen Pläne der Mutter oder des Vaters zerstörten, oder mit der Wut einer Mutter, die in ihrem Sohn alle negativen Eigenschaften ihres ehemaligen Ehemanns sieht. Für Sabbath ist es der chronische Charakter solcher feindlichen und abweisenden Kommunikationen, der schließlich den Jugendlichen dazu bewegt, den von ihm wahrgenommenen Wunsch seiner Eltern durch einen Suizid zu erfüllen.

Richman und Rosenbaum (1970) haben in einer klinischen Studie über 100 suizidale Personen jeden Alters gemeinsam mit mindestens einem Familienmitglied interviewt und 36 Personen noch ausführlicher untersucht, um die Rolle von Feindseligkeit und Todeswünschen seitens der Familie und der Gesellschaft bei Suizidversuchen zu erfassen. Sie beschreiben, dass sie sehr beeindruckt waren nicht nur von der Aggression, die die suizidale Person zeigte, sondern von dem Ausmaß der Feindseligkeit und Aggressivität, die gegen diese suizidale Person gerichtet wurden. Ihre Familienstudien hätten darauf hingewiesen, dass Aggressionen ein wichtiges Verhaltensmerkmal jeder Person in dieser Situation gewesen seien. Sie seien verblüfft gewesen darüber, wie häufig sich Familienmitglieder als Opfer ihrer kranken, bösen oder beeinträchtigten Familienmitglieder beschrieben und wie sie die eigenen feindseligen und abweisenden Haltungen als gerechtfertigt gekennzeichnet hätten.

Aus ihrer Befragung sei klar hervorgegangen, dass die meisten suizidalen Menschen - im Unterschied zu den Personen der Kontrollgruppe - feindliche oder abweisende Haltungen und Einstellungen ihrer Familienmitglieder wahrgenommen hatten. So hätten die meisten von ihnen mit »Ja« geantwortet, wenn Fragen gestellt worden seien wie: »Hatten Sie je das Gefühl, dass Ihre Familienmitglieder es satt waren mit Ihnen?« - »Hatten Sie je den Eindruck, Ihre Familienmitglieder würden wünschen, Sie seien tot?« - »Haben Sie selbst je den Eindruck gehabt, den anderen würde es besser gehen, wenn Sie tot oder fort wären?« Unter den interviewten Familienmitgliedern sei zumindest eine Person gewesen, die eine der folgenden Fragen bejaht hätte: »Hat der Patient Sie ärgerlich gemacht?« - »Hatten Sie die Nase

voll von ihm?« - »Hatten Sie je den Eindruck, dass der Patient für Sie eine zu große Belastung darstellte?«

Dieses Erleben des suizidalen Patienten, dass die Familienmitglieder ihn als Belastung sehen und dass es ihnen besser ginge, wenn er tot wäre, ist oft in der Literatur angeführt worden, aber der interpersonale Charakter ist nach Ansicht der Autoren nur unzureichend wahrgenommen worden. Denn die Untersuchung habe gezeigt, dass es sich dabei nicht um Fantasien des suizidalen Individuums handle, sondern um meist verdeckte, aber oft auch überraschend offene und bewusste Botschaften der Angehörigen. In manchen der interviewten Familien seien alle Familienmitglieder einschließlich des Patienten sehr ruhig, beherrscht und tendenziell verschlossen gewesen. Sie hätten ein Minimum verbaler Interaktion gezeigt, demgegenüber jedoch viele Gesten, Seitenblicke, Warnhinweise und andere nonverbale Zeichen, die darauf hingewiesen hätten, dass unter dem Deckel der Verschwiegenheit viel Kommunikation stattgefunden habe. Andere Familien hätten Todeswünsche lachend und in vermeintlich spaßigen, witzigen Anmerkungen geäußert. So habe beispielsweise eine Mutter beim Besuch ihres 20 Jahre alten Sohns, der von einer Brücke gesprungen sei, im Krankenhaus geäußert: »Das nächste Mal nimm eine höhere Brücke!« Als ein dreizehnjähriges Mädchen ihrer Mutter eingestanden habe, einen Suizidversuch mit den Tranquilizern der Mutter gemacht zu haben, habe die Mutter sie als Lügnerin beschimpft und geäußert: »Wenn du alt genug wärst und wüsstest, was du sagst, dann hättest du die ganze Flasche leer gemacht.« Sie habe dann eine nahezu volle Flasche vor ihrer Tochter aufgestellt und das Haus verlassen. Als sie einige Stunden später zurückgekommen sei, habe ihre Tochter im Koma gelegen, die - so die Autoren - nun bewiesen hatte, dass sie »alt genug« war. Die Autoren betonen, dass die suizidogene Botschaft nicht sei: »Ich könnte dich umbringen«, sondern: »Uns würde es allen besser gehen, wenn du tot wärst.«

Das Ausmaß der Streitigkeiten zwischen den Familienmitgliedern sei in den Familiengesprächen wesentlich größer gewesen, als es von den beiden Parteien berichtet worden sei, wenn sie einzeln

befragt wurden. Anders als in Einzelgesprächen sei im Familiengespräch ein hohes Maß an Aggression gegen die suizidale Person geäußert worden, die sich nicht in der Lage gezeigt habe, zu antworten und Beschuldigungen zurückzuweisen. Darauf angesprochen seien Erklärungen gegeben worden wie: »Meine Mutter ist krank; ich darf sie nicht aufregen.« In den Familien, in denen der Patient keine so hohe Ausprägung von Suizidalität gezeigt habe, habe er häufig in einer feindlichen Allianz gemeinsam mit einem Familienmitglied gegen den anderen gestanden und sei oft der Sprecher für den schweigenden Partner in einem familiären Kampf gewesen. Je höher die Suizidalität gewesen sei, umso heftiger hätten oft beide, Patient und Familie, jeglichen Anteil der Familienmitglieder an dem Geschehen geleugnet, und das auch angesichts offen ausgetragener Meinungsverschiedenheiten.

Die Autoren verweisen darauf, dass der Faktor Aggression in Fällen von Suizidhandlungen nur in Gesprächen mit den Familienmitgliedern erkannt und verstanden werden könne, da die Aggression meist von den Familienmitgliedern ausgehe und der Patient als Empfänger der aggressiven Botschaften nicht in angemessener Weise darauf reagieren könne. Er müsse sowohl mit seiner eigenen Aggression als auch mit der Aggression der bedeutsamen Anderen umgehen. In manchen Fällen seien sozialer Druck und Ausstoßungstendenzen seitens der Gesellschaft beispielsweise gegenüber körperlich und geistig Behinderten hinzugetreten. Die Therapeutin müsse nicht nur immer fragen: »Wen möchte der suizidale Patient töten?«, sondern ebenso: »Wer möchte, dass er stirbt?« Bei Jugendlichen richte sich der Blick dabei auf die für ihn relevanten Personen, nämlich die Familienmitglieder, aber auch möglicherweise auf einen Freund oder eine Freundin, den Arzt oder die Betreuerin im Heim, die Gesellschaft – oder aber alle Genannten.

### **8.3.7 Die Alles-oder-nichts-Idee**

Familien, in denen Jugendliche Suizidhandlungen begehen, tendieren oft – ähnlich wie Familien mit Jugendlichen, die sich depressiv zeigen