



Foto mauritius images

Das Handy, eigentlich des Jugendlichen liebstes Spielzeug, wird für Pia immer mehr zur Bedrohung. Seit ein paar Wochen erhält sie darüber Nachrichten wie „Du fette Kuh, dich wird keiner vermissen“. Pia, der es seit des Umzugs ihrer Familie vor zwei Jahren nicht gelungen ist, einen neuen Freundeskreis aufzubauen, und die schon seit Monaten nur noch mit Bauchschmerzen in die Schule geht, fühlt sich zutiefst verletzt und ausgeschlossen. Eine Gruppe von Mitschülern hat sie – ein schwaches Glied in der Kette – als Opfer ausgemacht. Die 16-jährige, schüchterne Gymnasiastin zweifelt daran, dass ihr Leben jemals wieder unbeschwert und glücklich sein wird. Sie isoliert sich und beteiligt sich kaum noch am Unterricht. Zu Hause schafft sie es einigermaßen, die Fassade aufrechtzuerhalten, vor allem, weil sie große Angst hat, sich ihren Eltern zu offenbaren. Ihre Klassenlehrerin braucht ein bisschen Zeit, um Pias Veränderung wahrzunehmen, bittet sie dann aber um ein gemeinsames Gespräch mit dem Vertrauenslehrer der Schule. Er fragt sie auf den Kopf zu, ob sie schon einmal darüber nachgedacht habe, sich das Leben zu nehmen.

Für Pia ist es eine Erleichterung, endlich aussprechen zu können, welche Gedanken sie tatsächlich quälen. Dann setzt sich ein Prozess in Gang, der nicht einfach wird für Pia und ihr Umfeld. Sie macht eine Therapie, ein paar Wochen lang sogar stationär. In deren Verlauf lernt sie, besser mit ihren Emotionen umzugehen und das Verhalten Dritter, das sie bislang so verletzt hat, aus anderen Perspektiven zu betrachten. Und sie wechselt die Schule. Drei Jahre später macht sie dort ihr Abitur, fährt ganz selbstverständlich mit auf die Abschlussfahrt und freut sich auf den Beginn ihres Studiums.

Zugegeben, das ist ein konstruierter Fall. In den Medien über Suizid und suizidales Verhalten zu berichten ist nicht unproblematisch. Bestimmte Formen der Berichterstattung können weitere Suizide als Nachahmungstaten hervorrufen, bekannt als Werther-Effekt. Deshalb sollen konkrete Schilderungen vermieden werden. Der konstruierte Fall zeigt aber exemplarisch und leider auch typisch, wie speziell Jugendliche in lebensbedrohliche Krisen geraten können. 2015 nahmen sich in Deutschland 215 junge Menschen zwischen zehn und 20 Jahren das Leben. 19 von ihnen waren jünger als 15. In der gesamten Bevölkerung gab es 10 078 Selbsttötungen. Das sind die momentan aktuellsten Daten des Statistischen Bundesamtes; wann neue veröffentlicht werden, war auch auf Nachfrage nicht klar. Die Gruppe der 15- bis 25-Jährigen weist zudem gesamtgesellschaftlich die höchste Rate an Suizidversuchen auf. Schätzungen sind schwierig. Experten gehen von bis zu 20 Versuchen pro erfolgtem Suizid aus. Suizidversuche werden überproportional häufig von jungen Frauen begangen; Suizide hingegen zu zwei Dritteln von Männern.

Blickt man zwanzig und dreißig Jahre zurück, sieht man bei den absoluten Zahlen eine klare abnehmende Tendenz und damit die Erfolge von Präventionsmaßnahmen. In der Gesamtbevölkerung kam es 1998 zu 11 644 Suiziden, 1988 sogar zu 15 590 (Daten der ehemaligen DDR mit eingerechnet). Auch bei den Jugendlichen sind sie zurückgegangen: 1998 nahm sich in der Altersgruppe bis 20 Jahre etwa eine Person von 51 000 das Leben, 2015 eine von 70 000. Dies ändert aber nichts daran, dass tödliche Selbstschädigungen weiterhin die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen darstellen, nach Unfällen im Straßenverkehr.

Deshalb ist und bleibt die Prävention ein entscheidendes Thema und muss auf Jugendliche zugeschnitten sein. Denn Pubertierende unterliegen einer Besonderheit: Sie erleben vieles zum ersten Mal. Dass das Zerbrechen einer Liebesbeziehung auch im fortgeschrittenen Alter eine große Belastung sein kann, ist un-

strittig. Allerdings haben Erwachsene meistens schon einmal erlebt, dass der Verlustschmerz mit der Zeit nachlässt. Für manchen Jugendlichen ist das unvorstellbar. Ähnlich verhält es sich mit der Scham, die Jugendliche empfinden, wenn sie das erste Mal öffentlich bloßgestellt werden. In Zeiten digitaler Vervielfältigung und Vernetzung ist Cyber-Mobbing zu einem schwerwiegenden Problem geworden. Und wenn Jugendliche feststellen, dass ihre sexuelle Ausrichtung oder gar Identität möglicherweise nicht auf das klassische Elternpaar-mit-zwei-Kindern-Modell hinausläuft, erschüttert das ihr Selbstbild. Weniger resiliente Charaktere können solche Situationen als ausweglos empfinden. Die Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret haben sich vor mehr als zehn Jahren für einen in Deutschland eher seltenen Weg in der Präventionsarbeit entschieden. Jeden Werktag ist für zwei Stunden ein Krisentelefon besetzt. Vor allem aber gibt es montags bis donnerstags zwischen 13 und 14 Uhr eine offene Sprechstunde, die man spontan und anonym besuchen kann. Das Projekt ANNA für Kinder und Jugendliche in Krisen wurde 2004 gegründet und finanziert sich komplett über Spenden. „Es ging zunächst darum, uns schon bekannten Kindern und Jugendlichen eine offene Tür zu bieten. Im Laufe der vergangenen Jahre hat sich die Kriseninterventions- und Präventionsarbeit dann sehr ausgeweitet“, berichtet Rebekka Messines, die ANNA seit fast sechs Jahren leitet. Jährlich haben die fünf Mitarbeiterinnen zu etwa 500 bis 600 Personen Kontakt, meistens zu Jugendlichen, aber auch zu Eltern und Lehrern. Das Gespräch vor Ort in den hellen Räumen der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie ist dabei in der Mehrzahl. „Ruft jemand bei uns an, versuchen wir ihn aktiv zu animieren, zu uns zu kommen. Gerade wenn sich eine Krise zuspitzt, ist es

schwer, das am Telefon gut einzuschätzen“, sagt Psychologin Messines. Das Profil der Hilfesuchenden ist relativ homogen, was Geschlecht und Alter angeht: Mehr als drei Viertel sind Mädchen, im Durchschnitt fünfzehn Jahre alt. Die Gründe, warum sie Hilfe suchen, sind jedoch vielfältig. Sigrid Gerlach, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, benennt vier Typengruppen. Es gebe die klassische Depressiven, die Selbstmordgedanken hätten, sich ritzen, merkten, dass sie ihr Leben nicht mehr auf die Reihe bekämen. „Sie kommen zu uns und wollen eine Einschätzung haben, was mit ihnen ist.“ Zur zweiten Gruppe gehörten jene, bei denen den Eltern auffalle, dass ihre Kinder sich selbst verletzen. Diese Jugendlichen seien oft verschlossen, wollten erst mal gar nicht reden. Die nächste Typengruppe stecke in Belastungssituationen. Häufige Auslöser für suizidale Gedanken seien Liebeskummer und Mobbing, aber auch schulische Überforderung. „Und dann gibt es noch die akuten Unglücke“, sagt Gerlach. „Es ist ein Unfall passiert, es gab einen sexuellen Übergriff, in der Schule hat sich jemand suizidiert.“ Wer sich den ANNA-Mitarbeiterinnen anvertraut, erfährt, dass er nicht alleine ist mit seinen Problemen und Gedanken. „Wir sagen, dass es gut ist, dass sie da sind, und erklären, dass es Wege aus der Krise gibt“, so Gerlach. „Es gibt keine Probleme, die man nicht lösen oder zumindest schmälern kann.“ Wenn eine akute Suizidgefahr besteht, wird der Rettungsdienst alarmiert, da die Darmstädter Kinderkliniken keine Akutversorgung gewährleisten können. Das passiert nur etwa zwei Mal im Jahr. „Sorge, dass es zu suizidalem Verhalten kommen kann, haben wir jedoch bei vielen“, berichtet Sigrid Gerlach. „Das Schöne am Projekt ist, wir können sagen: Komm morgen wieder, bis morgen

musst du durchhalten.“ Das passiere etwa zehn Mal im Quartal. Bei den nächsten Treffen werde dann besprochen, welche Hilfsangebote möglich und vonnöten seien. Es könne dies beispielsweise die Aufnahme einer ambulanten Therapie oder bei Gefährdung der Jugendlichen auch ein Einbeziehen der Eltern sein. Diese haben spätestens nach einem erfolgten Suizidversuch einen hohen Beratungsbedarf. „Manche trauen sich kaum noch, zur Arbeit zu gehen, weil sie ihre Kinder permanent im Blick behalten wollen“, so Gerlach. Katja Becker, seit 2008 Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, kennt das komplette Spektrum von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen. Ihre Klinik ist unter anderem für akut suizidale Patienten zuständig, die in den drei Landkreisen Marburg-Biedenkopf, Gießen und der Wetterau wohnen. „Wenn wir eine akute Suizidalität nicht sicher ausschließen können, nehmen wir stationär auf“, sagt Becker. Der Jugendliche kommt dann auf eine Akutstation, die gesichert ist und auf der er unter permanenter Einzelbetreuung und Überwachung steht. Viele werden zur weiteren Behandlung übernommen. Doch nicht jedem Suizidversuch muss ein stationärer Aufenthalt folgen. „Es gibt die Gruppe derer, die schon während des Suizidversuchs merkt, dass sie doch nicht sterben will und zum Teil noch selbst den Notarzt ruft“, berichtet Becker. Sie empfehle aber auch dann immer, dass ein Kinder- und Jugendpsychiater oder ein Psychotherapeut mit dem Kind spreche, um eine Wiederholungsgefahr auszuschließen. Stationär behandelt werden tendenziell eher jene Patienten, die eine schwerwiegende psychische Erkrankung haben. Depressionen sind hierbei eine häufige Ursache, aber nicht die einzige.

Laut Robert Koch-Institut wurden im Jahr 2016 15 446 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wegen Depression in deutschen Krankenhäusern behandelt. „Zu Unrecht sind psychische Störungen, anders als körperliche Erkrankungen, stigmatisiert. Deswegen lassen sich manche nicht behandeln. Das ist aber ein Fehler, denn Depression ist eine Erkrankung, und man kann sie gut behandeln“, so Becker. Auch in Marburg ist die Zahl der weiblichen Patienten deutlich höher als die der männlichen. Becker verweist auf Studien, nach denen Schülerinnen mit 20 Prozent etwa doppelt so häufig Suizidgedanken hätten wie Schüler. Im Kindesalter tritt Depression bei beiden Geschlechtern gleich häufig auf, ab der Pubertät häufiger bei Mädchen. Der insgesamt stark dominierende Anteil an rat-suchenden jungen Frauen liegt laut aller Expertinnen aber auch darin begründet, dass diese Beratung eher in Anspruch nehmen. Messines hat beobachtet: „In der Tendenz sind Mädchen in Krisen offener zu sich selbst und gestehen sich eher ein, dass sie das Problem nicht alleine lösen können.“ In der Psychotherapie kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Neben Einzelgesprächen mit den Jugendlichen werden auch Eltern und Geschwister dazugewonnen, manchmal auch Freund oder Freundin, die suizidales Verhalten zum Teil konkreter miterleben als die Eltern. Becker rät Gleichaltrigen: „Wenn ihr euch um jemanden ernsthaft Sorgen macht, macht das nicht alleine unter euch aus, sondern holt euch Hilfe bei einem Erwachsenen, zum Beispiel dem Vertrauenslehrer. Man hält es danach nicht gut aus, wenn man vorher was gewusst, aber nichts getan hat, um es zu verhindern.“ Etwas tun für Jugendliche in Krisen wollen auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter der Online-Beratung {U25}. 2001

vom Arbeitskreis Leben Freiburg gegründet, kooperiert der Verein seit 2012 mit der Caritas und hat momentan zehn Standorte deutschlandweit. Die Idee: Da die meisten Suizidversuche von jungen Menschen unter 25 Jahren unternommen werden, soll ihnen dort geholfen werden, wo sie sich sowieso aufhalten – im Internet, per Mail. Dies geschieht durch „Peerberater“, also Gleichaltrige, die dafür rund 30 Stunden geschult werden. Die Antworten der Peerberater werden vor dem Absenden von einem Hauptamtlichen gegengelesen. Zum Beispiel von der Sozialpädagogin Anna Gleiniger aus Berlin. Sie sieht neben der Anonymität, die den Hilfesuchenden garantiert wird, vor allem zwei Vorteile in dieser Form der Beratung. Zum einen sei die Hemmschwelle, in eine Beratungsstelle zu gehen oder anzurufen, hoch. Zudem finde der Austausch auf Augenhöhe mit einem Gleichaltrigen statt, der die gleiche Sprache spreche, der nicht direkt in die Schublade Autoritätsperson gepackt werde und von oben herab sage, dass dies oder jenes gemacht werden müsse. Doch im Gegensatz zur Beratung von Angesicht zu Angesicht müssen Gleiniger und die ehrenamtlichen Mitarbeiter mit der Distanz zwischen Fragendem und Antwortendem zurechtkommen. „Man würde manchmal so gerne hingehen und denjenigen umarmen oder schütteln und sagen, kriegst du nicht mit, wie wertvoll du bist?“ Das kann {U25} nicht leisten. Aber wie bei den anderen Beratungs- und Therapieangeboten ziehen die Ehrenamtlichen Kraft daraus, Jugendlichen in einer für sie scheinbar ausweglosen Situation aufzuzeigen, dass Krisen überwunden werden können. Menschen, die unter Suizidgedanken leiden, finden neben den Angeboten, die im Text erwähnt sind, auch bei der Telefonseelsorge unter den kostenlosen Hotlines 0800-1110111 und 0800-1110222 Hilfe. Anlaufstellen können auch Ärzte und Kliniken sein.

Wie wertvoll du bist

Der Suizid zählt bei Jugendlichen noch immer zu den häufigsten Todesursachen. Doch die Angebote, die jungen Menschen aus der Krise helfen sollen, nehmen zu. Wichtig sind aber auch aufmerksame Eltern und Lehrer.

Von Eva Schläfer