

**Gründe und Hintergründe von Suizidversuchen bei Frauen  
unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Hilfen,  
dargestellt und analysiert anhand von Fallbeispielen**

Diplomarbeit  
angefertigt an der  
Fachhochschule Köln

Fachbereich Sozialpädagogik

1. Gutachterin: Frau Prof. Dr. med. Misek-Schneider
2. Gutachterin: Frau Dr. rer. nat. Krumpholz

vorgelegt von

BIRGIT SCHETTLER  
Kaiser-Karl-Ring 38b  
53111 Bonn

im WS 1994/95

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2. Allgemeines über Suizid</b>	<b>5</b>
2.1. Statistik	5
2.2. Selbstmord oder Selbstmordversuch	9
2.3. Risikogruppen	11
2.4. Methoden	16
2.5. Ursachen und Motive	17
2.6. Maßnahmen bei akuter Suizidalität	23
2.7. Theorien	26
2.8. Sind Suizidhandlungen/-methoden ansteckend?	30
2.9. Reaktionen auf Selbstmord	35
2.10. Konsequenzen für die Arbeit mit Suizidgefährdeten	36
<b>3. Spezifisches über Frauensuizid</b>	<b>44</b>
3.1. Suizidversuch als Hilferuf	44
3.2. Ursachen und Motive	47
3.2.1. Unterschiede von weiblichen und männlichen Suizidmotiven	48
3.2.2. Von der erlernten Hilflosigkeit zum erlernten Selbstmord	49
3.3. Fluchten: Depression und Sucht	57
3.3.1. Depression als Signal	57
3.3.2. Alltägliche Sucht und Selbstmord	58
3.3.3. Alkoholismus/Drogen	59
3.3.4. Depression, Sucht und Selbstmordverhalten	60
3.4. Weibliche Standardrollen-Partnerschaft und Reproduktion	60
3.4.1. Auf der Suche nach dem Mann	60
3.4.2. Geschafft! Verheiratet!... Und dann?	61
3.4.3. "Mutterglück" und Selbstmordgefährdung	61
3.5. Krisenzeiten	64
3.5.1. Pubertät	65
3.5.2. Krise in der Lebensmitte	67
3.5.3. Krise am Ende des Lebens	68
3.6. Reaktionen auf Selbstmord	70
<b>4. Leitfragen und Thesen</b>	<b>72</b>
<b>5. Beschreibung des Untersuchungsablaufs</b>	<b>74</b>
5.1. Ziel der Untersuchung	74
5.2. Zielgruppe	74
5.3. Medien	76
5.4. Auswahl der Kategorien und Fragen	76
<b>6. Befragung suizidaler Frauen</b>	<b>77</b>
6.1. Auswertung der Fragebögen	77
6.1.1. Informationen zur Person	77
6.1.2. Situation vor dem Suizidversuch	79
6.1.3. Motive	85
6.1.4. Ablauf der Suizidversuche	88
6.1.5. Situation nach dem Suizidversuch	89
6.2. Analyse anhand der Leitfragen und Thesen	91
6.3. Schlußfolgerungen für die soziale Arbeit	98
<b>7. Zusammenfassung</b>	<b>100</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>104</b>



## **1. Einleitung**

Ich untersuche in meiner Diplomarbeit die Gründe und Hintergründe von Suizidversuchen bei Frauen. Frauen, so ist in der umfangreichen Literatur zum Problem des Selbstmordes zu lesen, neigen stärker als Männer dazu, Suizidversuche zu unternehmen; von den vollendeten, statistisch erfaßten Suiziden sind zwei- bis dreimal so viele von Männern wie von Frauen verübt worden. Studien über Suizidversuchsraten besagen, daß der versuchte Selbstmord überproportional oft bei jungen Frauen zu finden ist. Trotz einer vielfältigen, quantitativ kaum noch übersehbaren Fülle von Arbeiten über Suizid und Suizidversuch, wird das suizidale Verhalten bei Frauen kaum *eigens* behandelt. Ich habe bei meiner Literaturrecherche ein einziges Buch gefunden, das sich explizit dem Thema "Frauensuizid" widmet. Diese Tatsache muß verwundern, denn die steigende Zahl der weiblichen Suizidversuche und die Betonung des Überwiegens dieser Ereignisse bei Frauen müßten Anlaß genug bieten, gerade diesem Problemkreis mehr Beachtung zu schenken.

Untersuchungen über den Frauensuizid sind deshalb wichtig, damit nicht weiterhin die Ergebnisse über männliche Suizide auf Frauen übertragen werden. Diese Forschungsergebnisse legen nämlich die Vermutung nahe, daß (vornehmlich von Frauen verübte) Suizidversuche nur mißglückte Suizide sind. Es stellt sich dabei allerdings die Frage, ob der statistisch doppelt so hohen Zahl von Suizidversuchen bei Frauen nicht auch unterschiedliche Hintergründe und Motive zugrundeliegen. In diesem Fall würde auch die notwendige, psychosoziale Betreuung von suizidalen Frauen sich stark von der von Männern unterscheiden. Aus diesem Grund finde ich es wichtig, eine eigenständige Arbeit über den Suizid bei Frauen zu schreiben.

Eine Auseinandersetzung mit Suizidversuchen bei Frauen erscheint jedoch nicht allein wegen des relativen Mangels an speziellen Arbeiten zu diesem Thema wichtig.

Die zentrale Frage, die zur Prüfung und Beantwortung noch offensteht, ist, warum Frauen häufiger als Männer autoaggressives Verhalten aufweisen und welche Auslöser es dafür gibt.

Weiterhin ist es eine in der Literatur häufig vertretene Ansicht, daß Frauen eher durch familiäre und partnerschaftliche Probleme zum Suizidversuch veranlaßt werden, während Männer häufiger durch Krisen, die mit der Erwerbstätigkeit in Verbindung stehen, zum Suizidversuch motiviert werden. Diese empirisch ermittelten Sachverhalte erscheinen vor dem Hintergrund traditioneller Rollendefinition und

Rollenausübung plausibel. Es bleibt bislang aus, der Motivationsproblematik differenzierter nachzugehen. Es wird z.B. nicht an Rolleninhalten gerührt; es wird nicht nach der Zusammensetzung der Konflikte gesucht.

Meine Arbeit ist wie folgt strukturiert: Aus zwei theoretischen Kapiteln, in denen ich die Literatur über Suizid allgemein und besonders über Aussagen zu Suizid und Suizidversuchen bei Frauen untersuche, ergeben sich fünf Leitfragen und Thesen. Danach beschreibe ich den Untersuchungsablauf im Hinblick auf das Ziel der Befragung, die Zielgruppe, die verwendeten Medien sowie die Zweckmäßigkeit der Auswahl der Kategorien und Fragen der Interviews. Die Analyse der Interviews erfolgt auf der Basis der formulierten Thesen. Die Motive der befragten Frauen, die zumeist die familiäre und die persönliche Situation betreffen, sind aussagekräftiger als Statistiken, die nur indirekt Aufschluß über Motive geben. Hieraus lassen sich psychosoziale Hilfen entwickeln, die in der sozialen Arbeit realisiert werden können. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse.

Ich verwende häufig im Text, besonders im allgemeinen Teil, die gebräuchliche, männliche Anredeform. Hiermit sind genauso Frauen gemeint.

## 2. Allgemeines über Suizid

### 2.1. Statistik

Suizidhandlungen gelten bis heute noch weithin als suspekt, es gibt in unserer Gesellschaft ein regelrechtes, oft religiös begründetes Suizidtabu, ein Verbot, dieses Thema nur zu erwähnen, geschweige denn Suizid zu begehen. Suizidhandlungen werden als Folge der gesellschaftlichen und religiösen Diskriminierung gern verschleiert. Aus diesem Grund ist die tatsächliche Zahl der Suizidhandlungen sicher größer als die statistischen Angaben.

Es ist auch besonders schwierig, bei einem Tod herauszufinden, ob ein Mensch z.B. versehentlich oder absichtlich zuviel Schlaftabletten eingenommen hat. Es können hinterher oft nur Vermutungen über den Ablauf eines Todes angestellt werden. Ähnliche Ungereimtheiten finden sich in allen Motiv-Statistiken: Die letzten Beweggründe eines Menschen bleiben oft selbst seinen engsten Angehörigen und Freunden verborgen oder diese verbergen sie. Selbst dort, wo man anderen über seine Motive Rechenschaft ablegt, wo man sie aufdecken statt vertuschen will, können Fragen nach den letzten Gründen für die Tat offenbleiben.

Es wird zwischen der absoluten Suizidzahl der Gesamtbevölkerung und der Suizidziffer bzw. Suizidrate unterschieden. Die Suizidziffer bezieht sich auf die, auf 100 000 Einwohner errechnete Zahl der Suizide pro Jahr unter der Bevölkerung. Die Suizidzahl ist die absolute Zahl der Suizide in der Bevölkerung pro Zeiteinheit. Sie kann eine realistische Situation vollständig verzerrt wiedergeben. Man rechnet im allgemeinen erst die Bevölkerung über 15 Jahren, da bei Kindern Suizide relativ selten sind. Daß die Suizidstatistik trotzdem nicht 100%ig "richtig" oder "wahr" ist, hängt mit einer vermutlich recht großen Dunkelziffer zusammen.

(Reiner, 1974, S.23)

Bei Suizidversuchen ist die Dunkelziffer noch größer. Hier wird so häufig und erfolgreich vertuscht, daß jede Statistik vergebens wäre. Ein zwingender Grund für die Verschleierung des wirklichen Sachverhalts ist meist Scham und Angst vor gesellschaftlichen, familiären und sozialen Konsequenzen.

Es werden nur die Tode in die Statistik mitaufgenommen, deren Eindeutigkeit feststeht. Vollzogene Suizide begehen wesentlich häufiger Männer als Frauen, demgegenüber wird ein Überwiegen der Suizidversuche bei Frauen festgestellt.

Selbstmordzahlen sind politische Zahlen, weil eine hohe Selbstmordrate auch als ein Symptom für das Scheitern staatlicher Sozialpolitik und gesellschaftlicher Krisenintervention angesehen werden kann. Die Zahlen werden "umdefiniert" und anders aufgeschlüsselt, durch methodische Tricks anderen Rubriken oder Benennungen zugeordnet. Der Staat benutzt diese Definitionsmacht zu seinen Gunsten, um Kritik an der Sozialpolitik zu vermeiden. Zum Beispiel tauchte in den Statistiken seit 1982 bei abnehmender Selbstmordrate eine neue Todesursache auf: "der plötzliche Tod aus unbekannter Todesursache". Er machte in der Zeit von 1982 bis 1986 jeweils das Vier- bis Fünfeinhalbfaache der Selbstmorde aus. Sinkende Selbstmordraten werden der staatlichen Sozialpolitik gutgeschrieben, steigende Zahlen jedoch auseinanderfallenden oder zerstörten Familien oder alleinerziehenden oder berufstätigen Müttern. (Swientek, 1990, S.14)

1981 töteten sich in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 13379 Menschen, 8743 Männer und 4636 Frauen, 1984 waren es insgesamt 12548, davon 8346 Männer und 4202 Frauen. 1986 töteten sich 11599 Menschen, davon 7781 Männer und 3818 Frauen. 1989 töteten sich in Deutschland (alte und neue Bundesländer) insgesamt 14546 Menschen, davon 9912 Männer und 4634 Frauen. 1990 waren es 13924

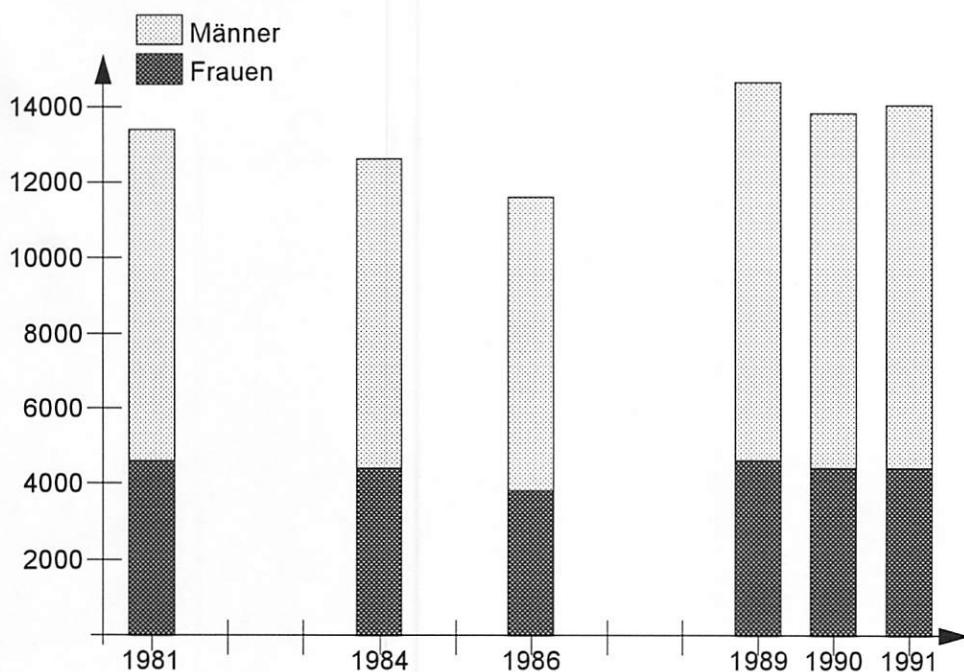


Abb.1: Suizid in der Bundesrepublik Deutschland  
in den Jahren 1981 - 1991

Menschen, davon 95346 Männer und 4390 Frauen. 1991 töteten sich insgesamt 14011 Menschen, von denen es 9656 Männer und 4355 Frauen waren. Die Dunkelziffer liegt bei 50-100%. Da seit Mitte der 60er Jahre das Meldewesen in der BRD liberalisiert wurde, werden Selbstmordversuche nicht mehr erfaßt.

(Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland, 1993, S.468-472)

Es gibt verschiedene Gründe, warum der größte Teil der Selbstmordversuche nie bekannt wird. So wird z.B. bei einem Selbstmordversuch nur der Hausarzt geholt, der dem Geschehen keine größere Bedeutung zumäßt, so daß auch nichts von der "Sache" nach außen dringt. Oder die/der SelbstmörderIn begeht den Versuch im "stillen Kämmerlein", und niemand bemerkt es. In den Statistiken der Versicherungen erscheinen Selbstmordversuche meist nicht, weil von den Ärzten von vornherein eine andere Diagnose gestellt wird. Oft ist nicht bekannt, ob ein Suizidversuch weitere Folgen und vor allem Kosten mit sich bringt.

Die Zahl der Selbsttötungsversuche wird auf 60 000-120 000 pro Jahr in der BRD geschätzt. Es begehen doppelt so viele Männer Selbstmord wie Frauen, doch unternehmen ca. dreimal soviel Frauen einen Selbstmordversuch. Ausgehend von der Höchstschatzziffer würden pro Jahr 90 000 Frauen versuchen, sich zu töten.

(Swientek, 1990, S.15)

Die unterschiedliche Verteilung der Selbstmorde und Selbstmordversuche von Frauen und Männern wird dahingehend interpretiert, daß Männer "weniger psychisch widerstandsfähig" sind, d.h. sie fürchten die Folgen eines erfolglosen Suizids mehr als den Suizid selbst. Deshalb bringen sie sich durch "sichere" harte Methoden um, die garantiert funktionieren. (Grond, 1978, S.506)

Auf die Methoden gehe ich im Kapitel 2.4. noch gesondert ein.

Folgende Zahlen ermöglichen einen weiteren Einblick in die Selbstmordszene:

- 70-75% aller suizidalen Handlungen geschehen durch Medikamente, die Tendenz ist steigend. Der Grund dafür ist die leichte Beschaffbarkeit der Medikamente (haus- oder fachärztliche Verschreibung).
- Etwa 80% der suizidalen Handlungen werden vorher angekündigt.
- 1/3 der suizidalen Handlungen geschehen unter Alkoholeinfluß. Alkohol hat hierbei die Funktion der bewußten Enthemmung und setzt die Hemmschwelle zur Selbstschädigung herab.
- Von 1/4 aller Selbstmordtoten waren ein oder mehrere Selbstmordversuche bekannt.
- 25% aller versuchten Selbstmorde werden innerhalb der folgenden zwei Jahre wiederholt.
- Mindestens 1/4 aller SelbstmörderInnen hinterlassen Abschiedsbriefe. Die Inhalte ähneln sich: es sind entweder Entschuldigungen für die Hinterbliebenen, Erklärungen des Tuns oder Schuldzuschreibungen.

(Swientek, 1990, S. 13-18)

Jede statistische Aussage über Selbstmord ist vage. Sie ist spezifisch für eine bestimmte Gesellschaft und ist nicht auf andere Religionen oder auf einen anderen Ereigniszusammenhang anwendbar. Eine Rolle spielt jedenfalls auch die Verbundenheit, die der einzelne zu einer Gemeinschaft (religiös oder sozial) verspürt. Ist die Verbundenheit zur religiösen oder sozialen Gemeinschaft besonders groß, sinkt die Selbstmordwahrscheinlichkeit.

An welcher Stelle der Selbstmordstatistik die BRD im internationalen Bereich steht, ist nicht genau zu sagen. Es gibt Länder, die ihre Selbstmordziffern aus ideologischen Gründen nie genannt haben, z.B. China oder UdSSR. Dort ist Selbstmord noch verpönter als bei uns. (Swientek, 1990, S.18)

## 2.2. Selbstmord oder Selbstmordversuch

Es ist stets wichtig, zwischen Suizid und Suizidversuch zu unterscheiden. Mit Suizid ist die tödlich endende Suizidhandlung gemeint. Suizidversuch bedeutet eine Suizidhandlung, die nicht tödlich endet. (Haenel, 1989, S.25)

Es werden verschiedene Suizidarten unterschieden:

- *Eventual-Suizid*: Der Tod wird in Kauf genommen, aber nicht beabsichtigt:  
"Ich wollte nur einmal ganz abschalten; es wäre nicht schlimm, wenn ich gestorben wäre!" Der Lebensmüde distanziert sich von seinen Konflikten ohne Todeswunsch. Beim mißglückten Eventual-Suizid ist die Tötungsabsicht ernst, nicht demonstrativ, ein stilles "Aus-dem-Felde-Gehen."
- *Demonstrativer-theatralischer Suizid* mit Appell- oder Kommunikationswunsch, aus Geltungssucht, Rache oder um zu erpressen.
- *Vorgetäuschter Suizid* ist bei Psychopathen häufig.
- Beim *Bilanzsuizid* werden in kühler und klarer Besonnenheit alle dafür und dagegen sprechenden Gründe abgewogen. Es ist eine überlegte Selbsttötung als freie Willenshandlung psychisch gesunder Personen. Sie werden am ehesten von Alten und körperlich Kranken, die sich ein längeres Leiden ersparen wollen, durchgeführt. Bilanzsuizide kommen sehr selten vor. Sie sind am ehesten bei aus politischen oder rassischen Gründen zu finden, etwa bei Menschen, die sich der Folter entziehen möchten.
- Der *politische Suizid* ist eine politisch motivierte. Er wird häufig als Bilanzsuizid interpretiert.

Wenn sich jemand von negativen, depressiven Selbstwertgefühlen erdrückt fühlt, sehnt er sich nach der Erlösung vom Leben. Er möchte sich in der Phantasie mit einem geliebten Menschen im Tode vereinigen. Er vermutet, daß Todesphantasien eine Lösung der Probleme sind. Es wird sich selbst bestraft oder sich an anderen gerächt. Hinter dem Suizidversuch verbirgt sich oft ein Hilferuf, ein Appell- oder Kommunikationswunsch.

Menschen, die eine Selbstmordhandlung begehen, benehmen sich so, als ob sie nicht entweder sterben oder leben wollen, sondern beides gleichzeitig, aber meistens das eine mehr als das andere. Sie können ihr Leben nicht mehr bewältigen und wollen am liebsten davor flüchten. Aber sie haben Angst vor dem Sterben und befinden sich deshalb in der Mitte. Sie können sich nur schwer für eine Möglichkeit

endgültig entscheiden. Dies ist der Grund, warum die Mehrzahl der Selbstmordhandlungen nicht tödlich ist. (Ringel, 1984, S.28)

Die Übergänge von Suizid und Suizidversuch sind nicht voneinander zu trennen, sie sind fließend: "ein gescheiterter Suizid zeigt ebenso wie ein geplanter Suizidversuch mit hohem appellativem Anteil, daß selbstschädigendes Handeln in das Verhaltensrepertoire des Betreffenden gehört und im Konfliktfall jederzeit abruf- bzw. wiederholbar ist." (Lissner, 1988, S.1085)

Ein medizinisch gefährlicher Suizidversuch ist nicht notwendig identisch mit einem ernstgemeinten. Jeder auf den ersten Blick harmlose Suizidversuch kann durch die Umstände bedrohlich werden.

Lange Zeit wurden Suizidversuche einfach nur als mißglückte bzw. überlebte Suizide betrachtet. Es wurde stillschweigend angenommen, daß für beide dieselben Charakteristika zuträfen. Erst in den 50er Jahren wurde deutlich, daß gerade das offensichtlich nicht der Fall ist: Die Personen, die sich durch Suizid töteten, sind meist älter, mehr Männer wenden härtere Methoden an, es gibt ein ausgeprägteres "prä-suizidales Syndrom" und einen höheren Anteil von Psychosen, dagegen einen niedrigeren Anteil von neurotischen Störungen. Die Suizidhandlung ist eher so angelegt, daß keine Rettung mehr möglich ist. (Wolter, 1983, S.21-22)

Ein Suizidversuch hat nicht selten den Charakter einer letzten Warnung, der schließlich ein Suizid folgt. Zum Suizid kommt es oft erst dann, wenn die Isolation komplett geworden ist, nachdem vielleicht frühere Suizidversuche und andere Ankündigungen nichts bewirkt haben. Ein Suizid wird erst dann begangen, wenn der "soziale Tod" bereits eingetreten ist, während Suizidversuche oft die "strategische Funktion der Lösung von Konfliktsituationen" haben. Mit jedem gescheiterten Selbstmordversuch wird die Gefahr des tödlichen Ausgangs größer, weil die Mittel verstärkt werden. (Wolter, 1983, S.24-25)

Nach einem Selbstmordversuch wird meist von den Außenstehenden versucht, die Ernsthaftigkeit der Tat abzuschätzen, um eine Wiederholungsgefahr auszuschließen, doch kann sich kein Außenstehender in die Psyche eines Suizidenten versetzen und einen weiteren eventuellen Suizidversuch prognostizieren.

Folgendes ist wichtig, um die Wiederholungsgefahr abschätzen zu können: Der Betreffende hat den Selbstmordversuch als Konfliktlösungsmöglichkeit in sein Verhaltensrepertoire aufgenommen, das nun jederzeit abrufbar ist. Die Hemmschwelle

für weitere Versuche ist erheblich gesenkt und andere Verhaltensweisen werden als nicht (mehr) wirksam erlebt. Ein Selbstmordversuch kann nicht zeitlich und sozial isoliert betrachtet werden. Ob er wiederholt wird, hängt davon ab, ob sich an der Situation etwas geändert hat, die zum Versuch geführt hat, oder ob sich die gesamte Lebensführung durch den Selbstmordversuch sogar noch verkompliziert hat.

(Swientek, 1990, S.21-22)

## **2.3. Risikogruppen**

Die häufigsten Risikogruppen:

- 1. Depressive aller Arten**
- 2. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige**
- 3. Alte und Vereinsamte**
- 4. Personen, die durch eine Suizidankündigung auffallen**
- 5. Personen, die einen Suizidversuch hinter sich haben**

Unter den Gruppen 3-5 befinden sich auch Depressive, evtl. auch Drogenabhängige. 12% der an einer manisch-depressiven Psychose Leidenden enden durch Suizid. Von einer Gruppe von 161 Patienten, die an einer endogenen Depression litten, haben sich beispielsweise 8 suizidiert, und 66 einen Suizidversuch unternommen.

(Haenel, 1989, S.53)

Wahrscheinlich ist in Wirklichkeit die Zahl der Menschen, die zur Zeit der Tat depressiv waren, größer, da nach stattgefundener Autoaggression der Betreffende manchmal nicht mehr als depressiv erscheint.

Der Anteil der Süchtigen an Suizidhandlungen beträgt etwa 25%. Jeder zweite Suizidversuch von einem Drogenabhängigen (auch Alkohol) wird von 15-65jährigen begangen. Die Zahl der Suizidversuche unter Alkoholabhängigen variiert zwischen 13 und 76%. Etwa 6-21% der Alkoholiker enden durch Suizid. Suizid ist bei Alkoholikern die zweithäufigste Todesursache.

(Haenel, 1989, S.67, nach Feuerlein, 1974, S.182-188)

Am häufigsten bringen sich depressive Menschen um. Sie neigen am ehesten dazu, durch ihre verzerrte Optik ("Schwarzsehen", Hoffnungslosigkeit) ihrem Leben ein Ende zu setzen.

**Zu 1.** Es sind besonders Depressive mit ängstlich agierter Struktur suizidgefährdet. Die Suizidhandlung erfolgt beim Absinken in die Depression oder beim Auftauchen aus der Depression, weil die depressive Verzweiflung mehr verspürt wird als in der tiefsten Tiefe des depressiven Leidens. Der Kranke kann kurz vor der Tat ruhig und abgeklärt, sogar gute Stimmung erscheinen, weil er den Suizid bis ins kleinste Detail genau geplant hat. Es ist die "Stille vor dem Sturm", die die Umgebung meist irreführt. Es ist eine scheinbare Besserung des Befindens beim Kranken zu beobachten, die Depression scheint sich aufzuhellen. Die Beurteilung der wahren Situation ist nur in einem längeren Gespräch mit dem Kranken möglich.

Es gibt Patienten, die den Arzt oft wegen funktioneller Beschwerden aufsuchen und nur körperliche Symptome schildern. Wenn kein eindeutig somatisches Leiden diagnostiziert werden kann und aufgrund der Lebensgeschichte der Verdacht besteht, der Patient wäre depressiv, sollte direkt nach Suizidgedanken gefragt werden. Hier kann von der lavierten (verborgenen) Depression gesprochen werden. Körperliche Symptome verdecken die eigentliche Krankheit, die Depression. Wo ein Arzt das nicht durchschaut, wird der Patient oft jahrelang als organisch Kranker mißverstanden und behandelt. Dies bringt große Schwierigkeiten mit sich, weil eine Suizidalität übersehen werden kann.

Der Arzt müßte vermehrt nach Suizidgedanken fragen, wenn kein eindeutig somatisches Leiden diagnostiziert werden kann und aufgrund der Lebensgeschichte der Verdacht besteht, der Patient wäre depressiv. Der Betreffende ist oft froh darüber zu reden, weil in seiner Umgebung oft Suizid tabuisiert wird. Das Risiko der Suizidhandlung sinkt, wenn der Gefährdete über seine Gedanken sprechen kann.

Die typischen Wahnthemen der Depressiven, Versündigungswahn, Verarmungswahn und Krankheitswahn führen besonders leicht zum Suizid. Wer überzeugt ist, gesündigt zu haben und nie mehr gutzumachende Schuld auf sich geladen zu haben, dem bedeutet der selbstgewählte Tod Befreiung und Erleichterung. Wer sich und seine Familie vor dem finanziellen Ruin retten will, dem bedeutet der eigene Tod oft das kleinere Übel. Zudem hofft er sich in seiner Vorstellung Schmach und Spott zu ersparen. Und wer wahhaft überzeugt ist, nie mehr gesund zu werden, sondern an einer Krankheit zu leiden, die unweigerlich zum vielleicht qualvollen Tod führt, dem bedeutet ein vorzeitiger Tod Erlösung. (Haenel, 1989, S.52-53)

**Zu 2.** Jede Sucht zählt zum Bereich des langsamen oder indirekten Selbstmordes. Jede Sucht führt unbeabsichtigt und unbewußt zu einem frühzeitigen Lebensende,

herbeigeführt durch zahllose selbstschädigende Einzelhandlungen über einen längeren Zeitraum hinweg. (Swientek, 1990, S.22-23)

Unter chronischem Suizid wird ein selbstschädigendes Verhalten verstanden, das sich meist über Jahre erstreckt und nicht unmittelbar zum Tod zu führen braucht, z.B. bei ständiger Zufuhr von Suchtgiften wie Morphin und Kokain, deren gesundheitsschädliche Wirkung bekannt ist. Es handelt sich hier um eine langsame und oft gewollte Selbsttötung. In dieses Gebiet gehört auch der schwere chronische Alkoholismus, sowie das Rauchen nach dem Herzinfarkt etc. (Haenel, 1989, S.62)

Psychoanalytische Erkenntnisse belegen, daß "Süchtige jeglicher Art oral gestört sind, d.h. in diesem Bereich fixiert sind und eine orale Anspruchshaltung einnehmen. Solche Menschen sind durch mangelnde emotionale Zuwendung oder Entbehrung von Gefühlswärme in der Entwicklung ihres Selbst beeinträchtigt worden. Sie suchen daher später ein Objekt, das zur Verstärkung ihres Selbst beitragen könnte. Bei Süchtigen ist das Bedürfnis nach 'Einverleibung von Objekten' unersättlich. Der unersättliche 'Hunger' von Süchtigen ist Ausdruck innerer Leere des Zwiespalts zwischen Wollen und Können, zwischen Illusion und Wirklichkeit, zwischen Schein und Sein, zwischen Lustprinzip und Realitätsprinzip. Suchtkranke und Menschen, die eine Suizidhandlung unternehmen, weisen gemeinsame Züge auf: Häufig sind es Personen mit einer narzistischen Fehlentwicklung und einer depressiven Persönlichkeitsstruktur." (Haenel, 1989, S.66)

Bei Alkoholkranken können Suizide meist klar festgestellt werden. Bei Drogenabhängigen, z.B. Heroinabhängigen, kann aus Unwissenheit eine Überdosierung von Heroin mit Todesfolge passieren. Sie kann aus Unbedachtheit oder in suizidaler Absicht erfolgen. Weitere Gründe für den Todeseintritt können organische oder drogentoxische Vorschädigungen sowie Unfälle sein. (Haenel, 1989, S.67)

**Zu 3.** Die relative Häufigkeit von Suizidenten ist bei über 65jährigen Menschen am größten. Untersuchungen in Großstädten ergaben, daß 11% der über 65jährigen an einer Depression leiden. Der Anteil der über 60jährigen am vollzogenen Suizid wird mit 40% angegeben. Über 65jährige Männer bringen sich viermal so häufig um wie Frauen dieser Altersklasse. Die höchste Suizidrate (absteigend) gibt es bei Geschiedenen, Verwitweten und bei Ledigen. (Haenel, 1989, S.58)

Der vollzogene Suizid kommt bei Alten häufiger vor, als bei Jüngeren. Suizidversuche sind hingegen seltener anzutreffen. Motive sind z.B. chronisch unheilbare

und sich häufende Krankheiten sowie körperliche und geistige Veränderungen. Der älterwerdende Mensch fühlt sich überflüssig und meint, anderen zur Last zu fallen, so daß depressive Verstimmung und Suizidgedanken zwangsläufig auftreten. Weitere Motive sind Isolation und Vereinsamung. Besonders gefährdet ist er, wenn somatische, psychische und soziale Faktoren zusammentreffen. Es besteht eine besondere Gefährdung, wenn zu einer Erkrankung ein Kontaktverlust hinzukommt, dadurch, daß sich die Umwelt vom Kranken zurückzieht oder ihm das Gefühl vermittelt, überflüssig zu sein oder durch den Verlust einer nahen Bezugsperson. Außerdem zählt der alte Mensch in unserer leistungsorientierten Gesellschaft nur wenig, er fühlt sich auf dem "Abstellgleis", ist nichts mehr wert und überflüssig. Ein Grund dafür ist in dem Wandel von Großfamilie zur Kleinfamilie zu sehen. Der Mensch kann seine Funktion in der Großfamilie nicht mehr ausführen, er hat keine sozialen Aufgaben mehr und ihm wird kein Respekt mehr entgegengebracht.

(Haenel, 1989, S. 58-59)

Alte Menschen werden oft einfach nur in Heime abgeschoben, in denen sie oft schlecht versorgt werden; vor allem im Krankheitsfall, dort wird häufig Beschäftigungstherapie (oftmals eine Unterforderung) angewandt. Sie werden selten besucht und "vegetieren" nur so dahin. Dies ist kein sonderlich erstrebenswertes Lebensziel für einen Menschen, der sein Leben gelebt und viele Erfahrungen gemacht hat.

**Zu 4.** Es herrscht die Meinung vor, wer vom Selbstmord spricht, führt ihn nicht aus. Dies ist falsch, denn mehr als die Hälfte der durch Suizid ums Leben Gekommenen hat zuvor auf irgendeine Weise, durch direkte oder indirekte Andeutungen oder Ankündigungen ihren Suizid vorausgesagt. Oft erfolgt eine solche "Ankündigung" versteckt oder andeutungsweise, ohne daß direkt mit der Beendigung des eigenen Lebens gedroht werden muß.

**Zu 5.** In den ersten Monaten nach dem Suizidversuch ist die Gefahr einer weiteren Suizidhandlung besonders groß.

Es gibt noch weitere, zahlenmäßig nicht zu unterschätzende Risikogruppen:

**6. Patienten mit einem schweren somatischen Leiden (z.B. Epileptiker, chronisch Dialysierte)**

Bei Dialysepatienten wurde eine Suizidziffer errechnet, die zehnmal so hoch ist, wie die in der Allgemeinbevölkerung. Dialysepatienten leiden häufig an einer Depression. Suizid bei Menschen mit einer chronischen Dialyse ist nicht selten (Su-

zidziffer zehnmal so hoch wie bei Allgemeinbevölkerung). Der Grund dafür ist die eingeschränkte Lebensqualität. Diese Kranken haben Möglichkeiten sich umzu bringen, die Gesunde nicht haben, wie z.B. Einnahme von Salz oder Kalium.

## **7. Gewisse Berufsgruppen (z.B. ÄrztInnen)**

Bei 28% der Todesfälle bei Ärzten unter 40 Jahren ist die Todesursache Suizid. Die Suizidrate bei Ärztinnen beträgt 40,7 pro 100 000 Einwohner. Sie ist viermal so hoch wie bei anderen Frauen, die über 25 Jahre alt sind.

Bei Ärzten ist ein erhöhtes Suizidrisiko festzustellen. Gründe dafür sind: ein intaktes Familienleben mit Ehepartner und/oder Eltern hat nie bestanden, ist kurz zuvor zerbrochen oder drohte zu zerfallen (Tod, Scheidung oder Trennung). Zudem sind sie entweder kinderlos, oder die Kinder leben nicht mehr im gleichen Haushalt. Die Betreffenden sind kaum ärztlich tätig, oft im Ruhestand oder arbeitslos oder seit längerer Zeit krank. Viele von ihnen sind psychisch krank, besonders depressiv oder von einem Suchtmittel abhängig.

Es muß ein multifaktorielles Geschehen dafür verantwortlich gemacht werden, z.B. zu geringe oder zu große Arbeitsbelastung, aus der eine Über- oder Unterforderung, sowie eine Begünstigung der Abhängigkeit von Suchtmitteln folgt. Es sind auch Persönlichkeitsfaktoren zu berücksichtigen, d.h. Merkmale, die bereits Voraussetzung für das Ergreifen des Medizinstudiums wären (z.B. narzistische Persönlichkeitsstörungen).

Es bringen sich mehr Ärztinnen als Ärzte um, wobei eine Doppelbelastung bzw. das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hinzu kommen kann, oder eine Vereinsamung, weil es neben der Arbeit nicht möglich ist, eine Familie zu haben.

## **8. Studenten**

Die jährliche Suizidrate für männliche Studenten beträgt 15,6 pro 100 000 Einwohner. Studentinnen haben sich drei- bis viermal häufiger suizidiert als andere Frauen dieser Altersgruppe.

Nach Angaben der WHO (Weltgesundheitsorganisation) sind Suizidversuche und Suizide weltweit bei Studenten prozentual häufiger als in der altersentsprechenden Bevölkerungsgruppe. Ursache dafür ist oft eine finanzielle Abhängigkeit, die den Studenten in seinem Selbstwerteleben beeinträchtigen kann. Außerdem ist er direkt nach Beendigung der Schule plötzlich völlig auf sich gestellt und muß das Stu-

dium allein organisieren. Hinzu kommt der Konkurrenzkampf der Studenten untereinander und die erhöhten Anforderungen der Hochschule.

### **9. Geschiedene**

In verschiedenen Untersuchungen wird deutlich, daß besonders geschiedene Männer ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Dasselbe gilt in einem gewissen Ausmaß auch für verwitwete Personen. Männer sind besonders im ersten Halbjahr nach der Scheidung gefährdet. Gefährdet sind alle allein lebenden Menschen, die sich zu isolieren drohen.

### **10. Schizophrene**

In erhöhtem Maß sind Schizophrene, behandlungsfeindliche Kranke gefährdet, und Männer im mittleren Lebensalter, die prämorbid eine gestörte Persönlichkeit aufweisen. Es ist nicht die Depression in bezug auf Suizid das Entscheidende, sondern das Moment der Hoffnungslosigkeit. Oft treten Suizidgefährdungen bei Schizophrenen unvermittelt und intensiv auf. Schizophrene, die durch Suizid verstorben sind, lebten viel häufiger allein, als diejenigen, welche einen Suizidversuch unternahmen. Die, die ihr Leben beendet hatten, waren zuvor deutlich depressiver und hoffnungsloser als die Suizidversuchenden.

### **11. Weitere Risikogruppen**

Weitere Risikogruppen sind Verfolgte aus religiösen, politischen oder rassischen Gründen, Flüchtlinge, Außenseiter der Gesellschaft, Ausgestoßene, Strafverfolgte und -gefangene, sexuell Deviante und Aids-Kranke. (Haenel, 1989, S.52-58)

## **2.4. Methoden**

Es werden "harte" und "brutale" den "weichen", "aktiven" den "passiven" Methoden gegenübergestellt. Es gibt auch Unterschiede bei Methoden des Suizids und des Suizidversuchs sowie bei den Geschlechtern. Alkohol spielt bei vielen suizidalen Handlungen eine Rolle. Er kann dazu dienen, sich vor der Tat Mut anzutrinken; er kann die entscheidende Enthemmung bewirken, ohne die es zur Tat nicht gekommen wäre. Eine große Zahl von Alkoholikern tötet sich entweder im Rausch oder auch in einer "Katerstimmung". Alkohol wird in seltenen Fällen als Selbstmordmittel verwendet. (Böcker, 1973, S.14-15)

Frauen wählen eher weiche Methoden, die noch nach Tatbeginn eine Rücknahme ermöglichen (z.B. Medikamentüberdosierung oder Gas).

Bei vollzogenen Suiziden herrschen harte Methoden vor: Erhängen und Erschießen sind die häufigsten Methoden. Gewaltsame, harte Methoden werden von Männern angewandt.

Die Bereitschaft zu Gewalt macht bei Männern vor der eigenen Person nicht halt. Er bringt sich um wie ein ganzer Mann und hat Angst nicht ernst genommen zu werden, wenn es nicht klappt. Hinzu kommt, daß Männer als Selbstmordpatienten im Krankenhaus weniger Zuwendung als Frauen bekommen, was weitere "sichere" Selbstmordversuche garantiert. (Swientek, 1990, S.15)

An erster Stelle sei der Gebrauch der Schußwaffe erwähnt, die auch heute überwiegend von Männern benutzt wird. Der Zugang zur Methode spielt eine wesentliche Rolle, z.B. ist es in den USA leichter, an eine Schußwaffe zu kommen, als an bestimmte Medikamente, die nur vom Arzt verschrieben werden. Die Suizidhandlung mit einer Schußwaffe aus einer momentanen Situation heraus, ist spontan durchgeführt, während die Suizidhandlung mit einer Medikamentenüberdosis sorgfältiger geplant wird. Zu den harten Methoden gehört auch das Erhängen, das auch häufiger von Männern praktiziert wird. Der Sprung aus der Höhe ist ebenfalls eine sog. harte Suizidmethode. Die verschiedenen Suizidmethoden sind im Laufe der Zeit deutlichen Schwankungen unterworfen. In den vergangenen Jahren haben vor allem Intoxikationen durch Psychopharmaka stark zugenommen. Dies ist insgesamt die häufigste Methode bei Suizidversuchen. (Haenel, 1989, S.30-31)

## 2.5. Ursachen und Motive

Der französische Soziologe Emile Durkheim teilte den Selbstmord 1897 nach gesellschaftlichen Zuständen, die zu einer hohen Selbstmordrate führen, ein. Das sind folgende Kategorien:

"Leben Menschen isoliert, sind nicht integriert und bleiben sich selbst überlassen, kann es zum *egoistischen Selbstmord* kommen.

Der *altruistische Selbstmord* ist das genaue Gegenteil vom egoistischen. Er kann geschehen, wenn Menschen zu sehr in ihrer Gruppe integriert sind, bis zur Entmündigung ihren Gesetzen widerspruchslos folgen, auch wenn es um ihr eigenes Leben geht. Die bekanntesten Beispiele dafür sind das japanische Harakiri, der Selbstmord von Offizieren nach Niederlagen, oder ein Massenselbstmord einer Sekte. Hier herrscht ein außerordentliches Selbstmordgebot.

Zum *anomischen Selbstmord* kommt es nach Durkheim, wenn für einen Menschen (oder seine Gruppierung) althergebrachte Ordnungen zusammenbrechen, alte Normen nicht mehr gelten, neue noch nicht aufgestellt sind oder nicht akzeptiert werden können. Wenn also ein Zustand der Anomie, der Gesetzlosigkeit herrscht. Das kann sich auf den Zusammenbruch eines politischen Systems (Ende des 2. Weltkrieges, Ende des Nationalsozialismus, Ende der DDR) ebenso beziehen wie auf den Zusammenbruch eines Familiensystems nach einem Tod oder einer Scheidung."

(Swientek, 1990, S.47-48)

Durkheims Erklärungsansatz ist in den Grundüberlegungen auch heute noch gültig. Er wurde in den letzten 90 Jahren mehrfach erweitert, modifiziert und den neueren Erkenntnissen der Sozialwissenschaft angepaßt.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts befaßte sich auch Siegmund Freud mit dem Selbstmordgeschehen. Er betrachtete den Selbstmord als eine Form der Aggressionsumkehr. Ein Mensch, der von einem anderen geliebten Menschen verlassen wird, richtet seine Aggressionen nicht gegen diesen Auslöser seiner Enttäuschung, Trauer, Verletztheit, sondern gegen sich selbst.

Nach Meinung der Psychiatrie ist ein Selbstmörder krank. Es wird folgendermaßen argumentiert: Ein gesunder Mensch lebt mehr oder weniger gern. Lebt er nicht gern, will er lieber sterben, so kann er nur krank sein. Das wird in der Praxis sehr deutlich: Menschen, die sich selber gefährden, können gesetzlich abgesichert auch heute noch in psychiatrische Anstalten zwangseingewiesen werden. Die psychiatrische Literatur geht bei der Ursachenbenennung wenig differenziert vor. Keine Theorie gibt damit so klar über das eigentliche Problem der Ursachenforschung Auskunft wie die psychiatrische: Keiner weiß genau, warum Menschen sich selber töten. Es sind allerdings "Selbstmord-Risikogruppen" (Alte, Süchtige, Studenten...) bekannt, deren Selbstmordrate besonders hoch ist. Sie haben alle eine Gemeinsamkeit: "sie sind vollständig oder partiell isoliert, aus Bindungen herausgerissenen, noch (oder nicht mehr) auf der Suche nach Neuorientierung. Welche Faktoren suizidauslösend hinzukommen, weiß niemand mit Sicherheit, auch nicht, welche Faktoren eindeutig suizidhemmend wirken." (Swientek, 1990, S.48).

Die Lerntheorie geht davon aus, daß jedes Verhalten erlernt wird. Dies geschieht durch unterschiedliche Formen: Nachahmen von Handlungen anderer (Modell-Lernen/Nachahmungslernen); durch Lob und Belohnung (operantes Konditionieren) und Verlernen durch Nichtbeachtung eines Verhaltens. Beim "Lernen durch Ver-

such und Irrtum" wird ein Verhalten ausprobiert, hat es nicht den erwünschten Erfolg, wird es fallengelassen und ein anderes Verhalten wird an diese Stelle gesetzt. So wie jedes beliebige Verhalten einmal gelernt wurde, kann auch suizidales Verhalten gelernt werden. Erlernen ist jedoch nicht die einzige Form, zu selbstschädigenden Verhaltensweisen zu kommen. Narzißtische Kränkung, soziale Isolation und mangelnder Sozialstatus spielen wichtige Rollen.

"Diese Faktoren können eine suizidale Disposition schaffen, die aktiviert wird durch die selektive Wahrnehmung suizidaler Ereignisse, die dann zur bewußten Nachahmung oder mindestens zum spielerischen Ausprobieren führen."

(Swientek, 1990, S.47-50)

In jedem Leben kommen zahlreiche schmerzliche Situationen vor z.B. Beziehungsabbrüche, Lebensenttäuschungen, Zeiten der Isolierung, anhaltender Mißerfolg etc. Fast jeder Mensch kann sie durchstehen, durchleben - oft mit großer Kraftanstrengung, oft auch nur mit Hilfe von außen. Aber dann kommt für manche Menschen ein Moment, in dem scheinbar alle Schwierigkeiten zusammentreffen, in dem eine mißliche Alltäglichkeit in die Katastrophe führt, wie z.B. die Beleidigung durch Ehemann/Ehefrau oder eine Fünf in Mathe... "Plötzlich" ist man am toten Punkt und man hat das Gefühl, ab hier geht es einfach nicht weiter. An diesem "Todespunkt" ist Schluß, muß Schluß sein! Es bringt das Faß zum Überlaufen!

Jede Belastung kann Auslöser einer suizidalen Handlung werden, je nach Lebensgeschichte bzw. individueller Disposition und weiteren situativen Momenten. Spezifische suizidauslösende Situationen gibt es jedoch nicht. (Wolter, 1983, S.67)

In der Selbstmordforschung und bei der Arbeit mit Selbstmordgefährdeten wird dieser "Auslöser" von den "Ursachen" getrennt. Man nimmt an, daß einem relativ geringfügigen "Anlaß" viele Verletzungen oder Fehlentwicklungen vorausgegangen sein müssen, bis ein Ereignis den Entschluß zum Selbstmord oft blitzartig reifen läßt und den Betroffenen zur sofortigen Ausführung drängt. Dieser situative Aspekt verschließt sich jedem Zugang von außen. Niemand kann ihn in seiner Komplexität und in der Plötzlichkeit und scheinbaren Zufälligkeit seines Auftretens ermessen. Selbst der Betreffende ist im nachhinein nicht mehr in der Lage, über sein Befinden, seinen spontanen Entschluß und seine Gedankengänge Auskunft zu geben.

(Swientek, 1990, S. 46-52)

Das angegebene Motiv ist meist als vordergründiger Anlaß und nicht als Ursache des Suizidversuchs zu werten. Das vorgegebene Motiv erhellt häufig die Situation,

in der es zur Selbstmordhandlung kam. Über die Entwicklungsgeschichte sagt das Motiv kaum etwas aus, es beleuchtet nur den Abschluß, also den Punkt, an dem die Entwicklung als nicht mehr tragbar erlebt wurde.

"Selbst, wenn wir davon ausgehen, daß Menschen, die eine Selbstmordhandlung ausführen, 'schwache' und 'anfällige' Mitglieder einer Gesellschaft sind, so bezeichnen gerade diese häufigen Motive die Klippen, an denen solche 'Schwachen' scheitern. Damit werden auch allgemeine in der Gesellschaft wirksame Relevanzen sichtbar. Diese Relevanzen werfen ein bezeichnendes Licht auf die Struktur der Gesellschaft." (Böcker, 1973, S.20)

Es wurden bei Suizidanten auf Grund von Äußerungen auf deren unbewußte Phantasien geschlossen. Henseler (1974) nennt unter anderem folgende Motive bzw. Phantasien:

- "Tötung eines internalisierten Objekts
- Autoaggression
- Sühne, Selbstbestrafung
- Rache, Vergeltung
- aktives Zuvorkommen einer passiv gefürchteten Gefahr
- Auflehnung gegen die Welt, Form eines Protestes gegen die bestehenden Werte
- Wiedervereinigung mit einer toten Bezugsperson
- Symbiosewünsche, Ekstase, Hingabe
- Resignation, Fluch,
- Ruf nach Hilfe bei unerträglichen Bedingungen, in Situationen, die über die menschlichen Kräfte gehen
- Neubeginn, Wiedergeburt, neues Leben
- die Lust, die Nächsten von seinem Wert zu überzeugen, indem man ihnen diesen Wert für immer entreißt"

(Haenel, 1989, S.87-88)

Bei den Ursachen muß unterschieden werden zwischen den im Vordergrund stehenden Auslösern und den hintergründigen psychodynamischen Konstellationen. Zu den eigentlichen Ursachen gehören nicht nur die Auslösermechanismen, sondern die ganze Vorgeschichte. Voraussetzung für suizidale Entwicklungen sind zumeist tiefgreifende Störungen in der Familiendynamik, Kommunikationsstruktur und/oder Probleme in heterosexuellen Freundschaften, in der Schule oder am Arbeits-

platz. Suizidale Handlungen sind meist das Ende eines langdauernden Prozesses, der mit Erfahrung der Isolation, des Sicheinsamführens, der Zurückweisung und des Mißverständens einhergeht.

Auffällig ist die hervorragende Bedeutung von zwischenmenschlichen und vor allem Partnerkonflikten bzw. -trennungen. Diese stehen bei den Ursachen an erster Stelle. Außerdem sind Reifungsprobleme und Identitätskrisen in der Lebensmitte von großer Bedeutung, bei den Suizidversuchen in noch weitaus größerem Ausmaß als bei den Suiziden. Bei den Suiziden gehen eher körperliche Erkrankungen, finanzielle Probleme, Scheidungen, Strafverfolgung u.ä. voraus. (Wolter, 1983, S.67)

Es gibt also keine Krise, die nicht bei entsprechender Disposition der Persönlichkeit Motiv zu einer Suizidhandlung werden könnte. Dabei hat jedes Lebensalter seine spezifische Problematik und damit seine "besonders bevorzugten" Motive.

Besonders bevorzugte Motive je nach Geschlecht:

- Bei Männern stehen Berufsprobleme und Schwierigkeiten infolge von Haft im Vordergrund
- bei Frauen Liebeskummer, Familienschwierigkeiten, Vereinsamung und Krankheit

Spezifische Problematik je nach Lebensalter:

- In der Gruppe der 20-30jährigen haben Probleme der Liebe, des Berufes und Schwierigkeiten infolge von Haft den Vorrang
- in der Gruppe der 30-50jährigen Familienprobleme, Krankheit und Schmerzen
- in der Gruppe der 50-60jährigen ist es vor allem Vereinsamung, die als auslösendes Motiv für eine Suizidhandlung angegeben wird

Verteilung der spezifischen Probleme je nach Lebensstand:

- Ledige nennen vor allem Liebeskummer, Krankheit, Schmerzen, Vereinsamung und Verstimmung
- Verheiratete: Familienschwierigkeiten
- Geschiedene: Liebeskummer, Vereinsamung, Verstimmung

Korrelation mehrerer Motive: Oft sind es mehrere Motive, die als auslösender Faktor einer Suizidhandlung angegeben werden. Auch hier lassen sich Unterschiede im Bezug auf Geschlecht und Lebensalter feststellen:

- Bei Frauen stehen Liebes- und Eheprobleme im Vordergrund,
- bei Männern: Familien- und Berufskonflikte,
- bei jungen Menschen: Probleme der Liebe verbunden mit Familien- und Berufsschwierigkeiten,
- bei älteren Menschen spielt dagegen die Kombination "Vereinsamung und Familienprobleme" eine große Rolle.

(Reiner, 1974, S.76-78)

Gewisse Ereignisse führen in bestimmten Lebensperioden zu besonderen Einstellungen und geben dem Leben ein besonderes Gepräge, das dazu angetan ist, immer wieder dieselben Erfahrungen zu machen und so zu verarbeiten, daß Einstellung und Gepräge sich wiederum stärker profilieren.

"Es kann z.B. ein Kind so aufwachsen, daß es keinerlei Selbständigkeit zu entwickeln in der Lage ist. Es wird von Anfang an mit übergroßer Weichheit und Zärtlichkeit überhäuft. Später wird alles von ihm ferngehalten, was irgendwie eine Gefahr bedeuten könnte. Viele Dinge, die entsprechend dem Alter vom Kind eigenständig getan werden könnten, werden ihm abgenommen mit dem Bemerken, die Erwachsenen könnten das viel besser und schneller. Das Spiel wird dauernd vorgeschrieben und unterbrochen und schließlich werden nicht einmal mehr Wünsche und Phantasien zugelassen. Das führt zu einer Passivität und Bequemlichkeit, die jede Auseinandersetzung auf einer tieferen Ebene als unerlaubt und schuldhaft erlebt wird, weil sie eigentlich eine Empörung und Auflehnung gegen diejenigen ist, die dem Kind früher alles abgenommen und für dieses alles gemacht haben. So abhängig ist es nun von diesen Personen geworden, daß alles nach deren Willen geschehen soll und nichts eigenes geschehen darf, was die anderen kränkt oder verärgert. Sie würden sich abwenden und sich mit Verlassen rächen, was in der Unselbständigkeit und kindlichen Hilflosigkeit kaum zu ertragen wäre. In so gewordenen Stimmungen finden sich Symptome der Depression wie Schuldgefühl, Apathie, Resignation, Hilflosigkeit, Lebensunlust, Angst vor Trennung und Verlust wieder. Aber diese Symptome können auch auf einem anderen Lebensweg entstehen, nämlich so, daß von Anfang an das Kind nie die Erfahrung von Geborgenheit und Wärme, von Erfüllung eines Wunsches macht. Jede Eigenaktivität bleibt ungehört und unbeobachtet und

findet in der Welt kein Echo.

Solche schlechten Erfahrungen führen über die Symptome der Depression hinaus zu einer tiefen Verachtung für sich selbst. Die so entstandene Selbstverachtung kann zum Haß und zur Zerstörungswut werden und indem der Mensch im Selbstmord Hand an sich legt, macht er sich zum verlängerten Arm der öffentlichen Gerechtigkeit." (Pohlmeier, 1980, S.76-77)

"Eine andere Möglichkeit dieser schrecklichen, nie gebenden, nurfordernden Welt zu entkommen, ist die Sucht. Der Rausch ist Vergessen und Vorspiegelung von Wunscherfüllungen. Um so schlimmer ist das Erwachen, in dem sich die Welt noch verzerrter und fratzenhafter anbietet als je zuvor und die Enttäuschung zerstörter Hoffnungen noch größer ist. So enthüllt sich in diesem traurigen Erwachen die Depression als der eigentliche Hintergrund der Sucht, und so wird verständlich, warum viele Selbstmordhandlungen von Süchtigen begangen werden. Es sind Selbstmordhandlungen im Zusammenhang mit einer tiefgründigen Depression. Das Problem vieler Menschen mit solchen lebensgeschichtlichen Entwicklungen ist, daß sie zuwenig von sich halten, sich keinen Wert beimesse, weil ihnen entweder immer alles abgenommen wurde oder sie nie etwas bekommen haben, so daß in ihnen nie ein Gefühl der Eigenständigkeit entstehen konnte. So leben sie ständig in einem quälenden Anpassungsbedürfnis und unter der Forderung von ordentlicher und gewissenhafter Erfüllung an sie gestellter Erwartungen. Die Berechtigung eigener Wünsche und die glückliche Erfahrung von Erfüllung der eigenen Wünsche wird nie zum Erlebnis." (Pohlmeier, 1980, S.77-78)

Schon lange vor der suizidalen Handlung erleben diese Menschen viele psychisch belastende Situationen. In der frühen Kindheit lassen sich häufig schwere Belastungen psychischer Art, wie z.B. Verlust von Eltern durch Tod oder Scheidung, traumatische Trennungserlebnisse, Broken-Home Situationen, emotionale Vernachlässigung nachweisen. (Haenel, 1989, S.19-20)

## **2.6. Maßnahmen bei akuter Suizidalität**

Wie im letzten Abschnitt zu sehen war, begründet sich suizidales Verhalten vielfach aus belastenden Situationen im sozialen Umfeld. Damit nachhaltig Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden kann, muß die suizidale Person aus diesem belastenden Umfeld herausgenommen werden. Wenn dies nicht möglich ist, kann versucht werden, gemeinsam mit dem Betroffenen Überlebensstrategien zu entwickeln. Suizidalen

stehen folgende Einrichtungen und Institutionen zur Verfügung, die auch von Angehörigen Suizidaler kontaktiert werden können:

- Hausarzt
- Telefonseelsorge
- praktizierende Psychiater
- psychiatrische Kliniken
- Notfallstation eines Krankenhauses
- Seelsorger
- Beratungsstellen

Die psychosoziale Versorgung ist bürokratisch geordnet und erfolgt nach Dienstzeiten und Sprechstunden - nicht nach Bedarf und Nachfrage. Wochenend-Not muß bis Montag warten. Eine gute Gefährdetenbetreuung müßte aber eine Rund-um-die-Uhr-Beratung sein.

Die Telefonseelsorge ist sehr beliebt, weil der Anrufer anonym bleiben kann und seine Personalien nicht preisgeben muß. Die entsprechende Arbeit wird von Psychiatern, anderen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und anderen Berufsleuten geleistet, von Personen, die in psychiatrischen Kliniken, Polikliniken, in freier Praxis oder anderen Institutionen, die sich im Sinne einer Krisenintervention auch mit Suizidalen beschäftigen, tätig sind. Die wichtigste Voraussetzung bei der Behandlung von Suizidgefährdeten ist das genaue Beobachten und die Aussprachemöglichkeit. Sie sollen die Möglichkeit haben, sich über das auszusprechen, was sie bewegt und quält. Oft ist es nötig, daß das Thema Suizidalität vom Therapeuten selbst aufgegriffen wird, da sich manche Patienten nicht trauen, dieses Thema, das oft noch tabuisiert ist und dem gegenüber viele befangen sind, anzusprechen.

Es ist auch von großer Wichtigkeit, daß dem Patienten das, was in die Wege geleitet wird, erklärt und erläutert wird. Dadurch können unnötige Ängste abgebaut werden, und der Patient fühlt sich ernstgenommen. Er soll nicht angelogen oder getäuscht werden, z.B. im Hinblick auf eine Klinikeinweisung. Auch sollen die Suizidalen über die Behandelbarkeit ihres Leiden informiert werden. Oft ist es für sie eine Erleichterung zu erfahren, daß z.B. beim Vorliegen einer Depression Suizidgedanken häufig und sehr gut einfühlbar sind.

Ob ein suizidaler Patient allein oder zusammen mit Angehörigen in einer intakten Familie wohnt, ist wichtig, weil dann vielleicht eine Klinikeinweisung umgangen

werden kann. Auch die nächsten Angehörigen, z.B. der im gleichen Haushalt lebende Partner, sind über die Suizidgefahr aufzuklären und darüber, wie sie sich verhalten sollen. Moralisierende Appelle und Aufforderungen an den Willen, z.B. "sich zusammenzureißen", sollten unterlassen werden, da sie eher eine suizidfördernde, sicher aber keine verhütende Wirkung ausüben.

Kein Mensch ist in der Lage, ein verbindliches Versprechen abzugeben, sich nie, unter keinen Umständen, ein Leid anzutun. Ein solches Versprechen kann nicht für das ganze Leben gegeben, geschweige denn eingehalten werden. Trotzdem sollte ein solches Versprechen, das zeitlich limitiert wird, von einem Suizidalen gegeben werden können. Voraussetzung ist allerdings eine Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Ein solches Versprechen sollte vom Kranken stets nur dosiert abverlangt werden, etwa bis zum nächsten Hausbesuch, bis zur nächsten Konsultation oder bis ein gewisser kritischer Zeitpunkt, z.B. ein Geburtstag oder ein bestimmter Todestag, vorüber ist. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sollte so beschaffen sein, daß sich beide an die getroffenen Absprachen halten können.

Auf diese Weise ist es dem Patienten eher möglich, ein Versprechen glaubhaft und für ihn verbindlich abzugeben. Der Suizidale darf das Engagement des Arztes erkennen, der ihn z.B. wissen läßt, daß er persönlich gekränkt wäre, wenn ein solches Versprechen nicht eingehalten würde. Allerdings gehört zu einem solchen Engagement auch das Angebot, jederzeit für den Suizidalen erreichbar zu sein, wenn entsprechende Impulse auftreten und besonders stark zu werden drohen. Der Arzt sollte einem entsprechend Gefährdeten seine private Telefonnummer geben und ihm mitteilen, daß er auch nachts angerufen werden könnte. Falls dies nicht möglich ist, sollte dem Patienten ein entsprechender Stellvertreter oder eine andere Kontaktperson, die jederzeit angerufen werden kann, genannt werden. Ratschläge, Ermahnungen und gut gemeinte Aufmunterungen sind im Gespräch mit Suizidalen nicht zweckmäßig. Der helfende Arzt ist nicht Berater, nicht Besserwisser, schon gar nicht ein moralischer Wächter, er ist Begleiter.

Obschon Suizidhandlungen auch in psychiatrischen Kliniken vorkommen, bieten solche oft Schutz und geben dem Patienten Geborgenheit. Wenn immer möglich, sollte von einer Zwangseinweisung abgesehen werden. Diese sollte nur im äußersten Notfall zur Anwendung gelangen, da die Motivation des Patienten berücksichtigt werden sollte.

Auch die Einstellung und die Gefühle des Therapeuten gegenüber Suizidenten spielen eine große Rolle: Eine innere Verurteilung von Suiziden, wie sie nicht selten bei Ärzten angetroffen werden kann, erschwert oder verunmöglicht den therapeutischen Zugang zum Patienten. Schwer Suizidale rufen in jedem Therapeuten Emotionen hervor. Patienten mit hohem Suizidrisiko erzeugen im Therapeuten mehr Angst und mehr Wut. Als Folge solcher Gegenübertragungsreaktionen kann ein reduziertes therapeutisches Engagement sowie eine Zurückweisung des Patienten sein. (Haenel, 1989, S.136-139)

Die Hilfe für andere im privaten Bereich ist immer die beste. Es besteht der Vorteil, daß sich die Menschen bereits kennen und sich keiner an Sprechstunden oder Kostenübernahmeverpflichtungen zu halten hat. In der akuten Krise ist jede Zuwendung wichtig. Hilfe ist dann: zuhören, in den Arm nehmen, die Verzweiflung mittragen und zusammen schweigen. (Swientek, 1992, S. 172)

## **2.7. Theorien**

Verschiedene Theorien werden zur Erklärung von Suizidhandlungen herangezogen. Sie können dazu beitragen, das Verständnis für Suizidhandlungen zu fördern. Nach Haenel, 1989, S.89-92 gibt es folgende Suizidtheorien:

### **Narzißmustheorie**

Diese Theorie geht auf die Psychoanalyse zurück (Henseler, 1974; Pohlmeier, 1986, S.326): "Der Selbstmordhandlung geht eine sog. narzißtische Kränkung voraus, eine für das Selbstwertgefühl eines Menschen verletzende Erfahrung der Zurücksetzung, Beleidigung oder Lieblosigkeit. Für diese Menschen bedeutet das die Grenze der Lebensmöglichkeit, an der sie das Gleichgewicht zwischen erträumtem Leben und harter Wirklichkeit kaum wiederfinden können. Der Tod von eigener Hand ist dann unter Umständen eine Erlösung im Sinne einer Wiederherstellung des narzißtischen Gleichgewichts. Dieses kann bezeichnet werden als ein Zustand von Ausgeglichenheit, Wohlbehagen, Zufriedenheit mit sich selbst und Selbstsicherheit."

Bei der Suizidhandlung ist ein narzißtisches Gleichgewicht zwischen der Idealvorstellung und der Realität gestört. Das Gleichgewicht zwischen einer idealen und der real erfahrenen Welt kann unerträglich und damit lebensgefährlich werden. Das Selbstwertgefühl kann durch Zurücksetzung derart gekränkt werden, daß der Be-

treffende aus dieser Gleichgewichtsstörung keinen anderen Ausweg mehr sieht, als den Suizid.

### **Medizinische Theorie**

Erwin Ringel (1953) hat sich besonders um dieses Modell verdient gemacht. Diese Theorie darf wohl als die bedeutsamste bezeichnet werden, da sie für die meisten Fälle herangezogen wird. Sie besagt, daß die Suizidhandlung als Krankheit oder Symptom einer Krankheit zu betrachten sei. Aus den vorherigen Kapiteln geht hervor, daß unter Suizidenten besonders häufig Depressive und Süchtige (Abhängige aller Arten) anzutreffen sind: Suizide kommen aber auch durchschnittlich häufig bei schweren Neurosen und Psychosen vor, sowie Borderline-Patienten. Alle diese Gruppen gelten als im medizinischen Sinne, krank. Zudem können diverse Medikamente Depressionen auslösen und damit auch Suizidhandlungen begünstigen oder ihnen Vorschub leisten.

### **Aggressionstheorie**

Diese Theorie ist ein psychoanalytisches Modell und geht auf Sigmund Freud und Karl Abraham zurück (Pohlmeier, 1983).

Hierbei wird die Suizidhandlung als Aggressumkehr, als Wendung der Aggression gegen sich selbst aufgefaßt. Es richtet sich Haß gegen eine nahe Bezugsperson und wendet sich dann gegen sich selbst, nachdem das Objekt durch Identifikation einverlebt wurde. Das bedeutet, daß der Suizident nicht nur sich selbst, sondern auch den anderen in sich umbringt. Mit dem suizidalen Akt kommt der Suizident seinem Strafbedürfnis nach, da er sich wegen des Hasses schuldig fühlt. Der eigene gewaltsame Tod ist dann nichts anderes als ein Akt der Gerechtigkeit. Zu erwähnen ist, daß bei Depressiven auch tatsächlicher Selbsthaß vorkommt. Die Aggressionstheorie spielt in der Praxis eine wichtige Rolle, weil im Gespräch mit Suizidenten der Umgang mit der richtigen Kanalisierung der Aggression von wesentlicher Bedeutung ist.

### **Soziologische Theorie**

Diese Theorie geht auf Emile Durkheim zurück, der in seinem Werk über den Selbstmord (1897) diesen als Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse auffaßte. Suizidhandlungen eines einzelnen Individuums sind vom Ausmaß seiner sozialen Integration abhängig. Eine zu starke oder auch eine zu geringe Bindung an eine

Gruppe wirke suizidfördernd. In Zeiten von wirtschaftlichen und politischen Veränderungen kommen die regulierenden Kräfte der bisher gültigen Gesetze abhanden, so daß der einzelne seinen Gefühlen ausgeliefert wird. Für diesen Zustand prägte Durkheim den Begriff der Anomie. Die Voraussetzung ist, daß die Gesellschaft durch ihre Normen eine soziale Kontrolle auszuüben vermag. Beispiele für das Anomiekonzept: Weltwirtschaftskrise 1929 in der die Suizidrate in den entsprechenden Ländern erheblich angestiegen ist.

### **Lerntheorie**

Sie geht davon aus, daß Suizidhandlungen erlernte Verhaltensweisen darstellen. Meistens haben Suizidenten auf diesem Gebiet bereits Erfahrungen, weil sie bestimmte Suizidmethoden aus ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreis erlebt haben. Die Depression selbst ist von Seligman (1979) als ein Zustand "erlernter Hilflosigkeit" interpretiert worden. Aus der Theorie ergeben sich Konsequenzen: Wenn ein bestimmtes Verhalten gelernt ist, ist das Lernen prinzipiell auch reversibel (umkehrbar). Die kognitiv orientierte Verhaltenstherapie basiert auf dem lerntheoretischen Konzept (Pohlmeier, 1986, S.327 und S.329). Depression und Tendenz zum Suizid werden nicht als Krankheit oder Symptom einer Krankheit aufgefaßt, sondern als gelerntes Verhalten, das korrigiert werden muß.

### **Kommunikationstheorie**

Mitterauer (1981) kam in Untersuchungen zu folgender Hypothese: "Im Selbstmordversuch manipuliert der Patient nicht bewußt oder bewußt seine mitmenschliche Umgebung in ein Zuwendungsverhalten, beim Selbstmord hingegen in ein Abwendungsverhalten."

Diese Hypothese wird bestätigt, ein Suizident legt eine typische Verhaltensveränderung unmittelbar vor der Selbsttötung an den Tag: Entweder er ist im positiven Sinne verändert, so daß niemand auf die Idee kommt, es mit einem Menschen zu tun zu haben, der sich in Kürze das Leben nehmen wird, oder - dies kommt seltener vor - der Suizident hat seit längerer Zeit durch ständige Suiziddrohungen und forderndes Verhalten seine mitmenschliche Umgebung derart zermürbt, daß selbst der Hilfreichste nicht mehr reagiert, wenn er sich schließlich suizidiert.

Der typische Suizident wendet sich also kurz vor der Tat ab und beansprucht keine Hilfe mehr. Der typische Suizidversucher hält dagegen bestimmte Beziehungen zu seinen Mitmenschen ganz entschieden bis hin zum Selbstdestruktionsversuch auf-

recht. Durch ihre Tat rufen diese Patienten um Hilfe, sie appellieren an ihre Umgebung.

### **Das präsuizidale Syndrom**

Ringel (1953, 1969) beschreibt das präsuizidale Syndrom. Daran soll eine besonders häufige und wesentliche Dynamik aufgezeigt werden, die bei den meisten Selbsttötungen in unterschiedlich raschem Tempo durchschritten wird. Es besteht aus drei Phasen:

1. der Einengung,
2. der gehemmten, gegen die eigene Person gerichteten Aggression,
3. den Suizidphantasien

**Zu 1:** Es gibt verschiedene Arten der Einengung: die situative Einengung ist das Gefühl, im seelischen Lebensbereich eingeengt zu sein. Die Situation, in der sich der Betreffende befindet, wird als erdrückend, überwältigend, ohnmächtig, hilflos und ausgeliefert empfunden. Eine weitere Form der Einengung betrifft die Wertwelt. Die Dinge, die früher von Bedeutung für den Betreffenden waren, sind unbedeutend geworden, z.B. zeigt er zunehmend Desinteresse an Geschehnissen in der Welt (z.B. Zeitung lesen). Der dynamischen Einengung kommt ein Spontaneitätsverlust, eine Hemmung und passives Verhalten gleich. Es liegt eine Kanalisierung des Antriebs auf das Ziel der Selbstzerstörung hin vor. Dynamische Einengung heißt also, daß sich die Gefühle des Menschen in eine einzige Richtung bewegen, in Richtung Depression, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und daß alle Gegenregulationsmechanismen versagen. Je mehr Abwehrmechanismen jemand anwenden kann, desto eher erscheint die Suizidgefahr gemindert.

**Zu 2:** Im präsuizidalen Syndrom ist die Aggression gegen die eigene Person gerichtet. Es besteht eine Aggressionsumkehr oder -hemmung. Es kann zu einem Aggressionsdruck kommen, dem Menschen in bestimmten Situationen nicht mehr gewachsen sind. Es kann in Menschen das Gefühl ohnmächtiger Wut entstehen, die zur Umkehr der Aggression gegen die eigene Person führt.

**Zu 3:** Das letzte Element ist die Zunahme bzw. das Überhandnehmen von Suizidphantasien. Gemeint ist die intensive gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Sterben bzw. den Lebensbedingungen gemeint. Es werden drei Stufen von Todesphantasien unterschieden:

## Sind Suizidhandlungen/-methoden ansteckend?

- Die Vorstellung, tot zu sein: Es wird nicht das Sterben, sondern das Resultat des Sterbens phantasiert.
- Die gedankliche Vorstellung, sich etwas anzutun: man denkt an Suizid, ohne daß es zu konkreten Plänen der Ausführung kommt.
- Bestimmte Suizidmethoden werden in allen Einzelheiten und Details durchdacht und geplant.

Was anfänglich wie ein selbstgewählter Mechanismus zur Entlastung aussieht, erweist sich später als Bumerang: die Suizidgeuden machen sich selbstständig, d.h. sie drängen sich gegen den Willen zwanghaft auf und werden bis zum Tod bzw. bis zur Selbstmordhandlung immer intensiver. Das präsuizidale Syndrom kann binnen Stunden oder auch Wochen und Monaten durchschritten werden. Oft legt der Patient ein suizidales Verhalten an den Tag, welches von der Umgebung meistens nicht wahrgenommen oder nicht richtig interpretiert wird. Eine Ankündigung des Suizids kann indirekt oder sogar direkt erfolgen, ohne daß es die Umwelt erkennt. (Haenel, 1989, S.48-50)

## Was können Suizidtheorien leisten?

Die Theoriebildung darf nicht dazu führen, daß der einzelne Mensch mit seiner ganz persönlichen Geschichte und seiner ganz persönlichen Art, das Leben und sich selbst zu erleben, hinter den Beschreibungen der "suizidalen Persönlichkeit" verschwindet. Die Theorien müssen als Wegweiser angesehen werden, die Wege zu den einzelnen, in die Suizidalität geratenen Menschen und zu Mitteln weisen, mit deren Hilfe neue Lebensbeziehungen zu ihnen hergestellt werden können.

Entscheidend für das Verständnis der Suizidalität und suizidaler Menschen ist es, ob wir einen Zugang zu dem finden, was sie durchmachen. Die Beschreibung der ausweglosen Sehnsucht nach einem anderen, für sie besseren *Leben*, das sich mit der suizidalen Handlung einstellen soll, ist darum vorbehaltlos zu akzeptieren.

(Jörns, 1979, S.32-33)

## 2.8. Sind Suizidhandlungen/-methoden ansteckend?

### Fördert unsere Gesellschaft den Selbstmord?

Nicht nur Suizidhandlungen haben eine Suggestivwirkung, sondern auch die Methoden können "ansteckend" sein.

Ein Suizid löst häufig Schuldgefühle aus, die nicht selten mit Selbstbestrafungswünschen einhergehen. Die Hinterbliebenen fühlen sich beschämmt und schuldig. Weil man sich als Versager fühlt, weil man sich mitverantwortlich für den Tod einer nahestehenden Bezugsperson fühlt, ist eine Strafe schließlich nur gerecht. Eine solche selbstaufgeriegte Strafe kann zu einer Suizidhandlung führen. Es wurde festgestellt, daß die meisten Suizidalen oft dramatisch und unter tragischen Umständen, den Selbstmord einer nahen Bezugspersonen, die nicht blutsverwandt sein mußte, erlebt hatten. Diese Todesfälle ereigneten sich, bevor die später suizidal Gewordenen erwachsen waren. Die Herkunftsfamilie hat demnach eine suizidfördernde Wirkung:

- "wenn Suizide in der Familienvorgeschichte nachweisbar sind
- wenn Suiziddrohungen Angehöriger als Erpressung dienen
- wenn Angehörige Todeswünsche gegenüber dem später suizidal Gewordenen ausgesprochen haben
- wenn es in der Familie Erfahrungen mit vorzeitigen, schicksalhaften Todesfällen wichtiger Bezugspersonen gibt, die nie 'ausgetrauert' wurden"

(Haenel, 1989, S.109-110)

### **Massenmedien als Lehrmeister**

Es wurde herausgefunden, daß, falls Suizid ansteckend sei, es viele Ansteckungsmöglichkeiten gebe. Radio- und Fernsehmeldungen sind von ebenso wichtiger Bedeutung wie entsprechende Berichte in Tageszeitungen. (Haenel, 1989, S.111)

Je mehr über einen Suizidfall berichtet wird, je mehr er in der Presse publik, populär und spektakulär wird, desto mehr steigen die Suizide in der Folge an.

(Haenel, 1989, S.112)

Es ist durch Untersuchungen bewiesen, daß ein in der Tagespresse groß aufgemachter Suizidbericht Nachahmer findet, welche die gleiche Todesart wählen. Auch hier stoßen wir wieder auf die Bedeutung und Verantwortung der Presse, die sich meist der Tragweite solcher Berichte nicht bewußt ist. Nach entsprechenden Meldungen durch die Medien wurden Personen angesteckt, die sonst wohl nie eine Suizidhandlung unternommen hätten. (Haenel, 1989, S.115-116)

### **Beispiele für ansteckende Effekte**

Goethes Roman "Die Leiden des jungen Werthers", erschienen 1774, wurde bei zahlreichen jungen Männern, die sich selbst getötet hatten, gefunden. Spektakuläre und von den Medien besonders herausgestellte Selbstmorde haben immer Nachahmer gefunden; so z.B. der Tod Marilyn Monroes oder die Selbstverbrennung des tschechischen Studenten Jan Pallach 1964, nach dessen Vorbild sich in Frankreich innerhalb von drei Monaten 16 Schüler zu verbrennen versuchten.

Auch nach der Ausstrahlung der Selbstmordserie "Tod eines Schülers" konnte ein deutlicher Anstieg der Selbstmordrate in den Wochen der Ausstrahlung sowie unmittelbar danach ermittelt werden. Meistens brachten sich solche Personen um, die dem "Helden" nach Alter und Geschlecht am ähnlichsten waren.

Es handelt sich bei der Nachahmung von Suizidverhalten nicht nur um reine Imitation, sondern auch der Aspekt der "Habituierung" (Gewöhnung) an diese Szenen bzw. an das gezeigte Verhalten spielt eine große Rolle.

Durch den häufigen Konsum oder die häufige Betrachtung bestimmter Medieninhalte werden Gewohnheiten gebildet. Die aufgenommenen Botschaften werden im Laufe der Zeit inhaltlich als unvermeidbar und "natürlich" akzeptiert. Ein anschauliches Beispiel dafür ist: In einer Mitteilung aus Schweden meinten weit mehr als die Hälfte aller befragten Kinder in einer Studie, Menschen würden durch Mord oder Totschlag sterben.

Christine Swientek kam zu folgendem Untersuchungsergebnis: "Wer regelmäßig die Bildzeitung liest und Abendprogramme von ARD und ZDF verfolgt, wird täglich mit bis zu 18 suizidalen Handlungen konfrontiert." Eine Analyse der gezeigten suizidalen Handlungen erbrachte eine exakt abgelichtete Wirklichkeit: Sowohl die Altersverteilung als auch die Methoden und die sozio-biographischen Daten stimmten mit der Realität überein. Exakter als in diesen Sendungen mit dem ausschließlich Anspruch auf Unterhaltung hätten die Darstellungen auch in einer Dokumentarserie über Selbstmord nicht sein können!

Nicht die spektakulären Szenen werden nachgeahmt, sondern die allgemein als unerheblich und alltäglich betrachteten, die auch aus der Umwelt des Zuschauers stammen könnten und die nachzuahmen er die Möglichkeit hat.

Die Wirkungen dieser Dauerkonfrontation mit einem Thema, das gesellschaftlich als tabu gilt, ist vielfältig:

Durch die permanente und zum Teil nicht bewußt aufgenommene Darstellung sui-

zidaler Handlungen, die zudem fast ausschließlich den positiven Charakter von Konfliktlösungsstrategien aufweisen, kann sich langsam eine latente Problemlösungsbereitschaft mit der Zielrichtung eines suizidalen Verhaltens aufbauen. Durch die Beständigkeit der Darbietung kann sich diese Möglichkeit oft unbewußt und teilweise unreflektiert "festsetzen" und so in das Verhaltensrepertoire eines Menschen aufgenommen werden. Es entsteht eine Sensibilisierung für die Selbstmord-erwägung im Krisenfall, die dann als Konfliktlösungsmöglichkeit jederzeit abrufbar wird.

Bei Selbstmördern wird eine "Brücke gebaut" zwischen Selbstmorderwägung und Selbstmordversuch. Gemeint ist damit der auslösende Effekt, die Situation, durch die sich bereits gespeichertes Verhalten manifestieren kann - zumal, wenn sich der Beobachter gerade in einer akuten Krise befindet und seine Wahrnehmung eingeengt ist.

Im vergangenen Jahrhundert galt Selbstmord als ansteckend und auch als strafbar. Man sprach von regelrechten "Selbstmord-Epidemien", von Familientradition, Familienübel und Selbstmörderfamilien. Selbstmord, so glaubten viele Psychiater, könne erblich sein. Auf alle Fälle sei die Depression vererbbar, und Depression führe zum Selbstmord. Als die Idee der Erblichkeit fallengelassen wurde, nahmen Ärzte und Selbstmordforscher an, daß suizidales Verhalten am Modell gelernt werde. Ein Familienmitglied tötet sich, ein anderes ahmt diese Tat nach. Diese Imitation setzt bestimmte Bedingungen voraus. Zunächst muß eine differenzierte Beobachtung erfolgen. Diese Beobachtung wird um so wirkungsvoller, je positiver die Beziehungen des Beobachters zum Beobachteten ist, je mehr er sich mit ihm identifiziert.

Selbstmörder lernen auch durch Versuch und Irrtum: Ein scheinbar unlösbares Problem, das mit allen bisherigen Erfahrungen nicht gelöst werden konnte, wird ausprobierend angegangen. Erst die Aktion schließlich, die zum Ziel führt, wird gelernt und erfolgt beim nächsten Mal, bei gleichem oder ähnlichem Anlaß, schneller und ohne Umwege über das Ausprobieren.

Die Wahrscheinlichkeit eines potentiellen Nachahmungseffekts wird auch bei Sturzsuiziden deutlich.

Es werden Stürze von weltbekannten Gebäuden oder Konstruktionen, die einerseits einen Anziehungspunkt darstellen, andererseits wegen der Popularität und der Anzahl von Personen, die evtl. Zeugen sind, und wegen der Zeitungsberichte vorgezo-

gen (z.B. der Eiffelturm). Das Wissen um die nachträgliche Publizität ist für die Wahl des Suizidobjektes mit maßgebend. Der Sprung von einem solchen Suizidobjekt verdeutlicht nicht nur den Zerstörungswillen des Betreffenden, sondern auch den Wunsch nach einer spektakulären Tat, welche die Umwelt zur Kenntnis nehmen soll. Die Tat eines solch spektakulären Selbstmordes, "steckt" natürlich andere an, die auch "sensationslustig" sind.

"Personen mit 'unvorbelasteten' Eltern werden durch eigene frühe Verluste eher von Suizidhandlungen im weiteren Leben abgehalten, Menschen mit 'vorbelasteten' Eltern werden durch eigene frühe Verluste später besonders häufig suizidal. Der 'Trend zum Tod' tritt besonders in Familien auf, die in zwei aufeinanderfolgenden Generationen mit frühen Todesfällen belastet sind. Der Einfluß früher Todeserlebnisse der Eltern wird an die Kinder weitergegeben. Eigene frühe Verlusterlebnisse der Kinder wirken bei dieser Vorbelastung besonders traumatisch. Die spätere Wiederholung auch leichterer Trennungs- und Verlusterlebnisse ist dann häufig Auslöser für eine Suizidhandlung. (Haenel, 1989, S.116)

Verlusterlebnisse in der Kindheit der Eltern erhöhen wahrscheinlich die Suizidneigung der Kinder, wenn aber nur die Kinder selbst frühe Todeserlebnisse haben, unternehmen sie später seltener Suizidhandlungen als andere.

### **Suizidhandlungen und Musik**

Bestimmte Rhythmen und Melodien, denen gewisse Menschen in einer bestimmten seelischen Verfassung lauschen, können wohl eine suizidfördernde Wirkung ausüben.

Obschon der Einfluß von Musik auf Suizidhandlungen nicht überschätzt werden darf, muß festgehalten werden, daß eine gewisse Art von Musik entsprechend Disponierte, die sich in einer depressiven Stimmung befinden, zu einer Suizidhandlung verleiten kann. (Haenel, 1989, S.117-120)

### **Unterliegen Suizidhandlungen genetischen Faktoren?**

Nicht die Suizidtendenz bzw. die Neigung zu einer Suizidhandlung sind erblich, sondern das diesen Handlungen zugrundeliegende Krankheitsgeschehen. In erster Linie kommen hier Depressionen und Schizophrenien in Frage, also die Krankheiten, welche als endogene bzw. manisch-depressive Psychosen bezeichnet werden. Suizidhandlungen in Familien, in welchen keine endogenen Depressionen oder auf-

fällige seelische Erkrankungen vorkamen, wurden psychodynamisch oder im Sinne des "ansteckenden" Effektes erklärt.

Eine Studie über Erblichkeit von Suizidhandlungen bzw. Neigung zu Suizid kam zu dem Schluß, daß Suizid wahrscheinlich nicht von Erbfaktoren abhängt.

(Haenel, 1989, S.130)

## **2.9. Reaktionen auf Selbstmord**

Es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt ermutigend zu beobachten, daß die Aktivität der Gesellschaft als Reaktion auf Selbstmordhandlungen sehr intensiv und vielfältig ist. Zu diesem Zweck wurden Beratungsstellen neu eingerichtet. Außerdem bemühen sich Krankenhäuser und ärztliche Praxen und die Telefonseelsorge darum, sowie Förderungsprogramme der Bundesregierung zur Überprüfung und Einführung selbstmordverhütender Maßnahmen. (Pohlmeier, 1980, S.134-135)

Die Gesellschaft versucht, Bedingungen, die zu Selbstmordhandlungen führen, zu erforschen und entsprechende Änderungen zu ermöglichen. Wenn die Forschung zeigt, daß Vereinsamung und zunehmendes Alter die Selbstmordgefahr erhöht, so bemüht sie sich darum, Gelegenheiten zur Linderung der Einsamkeit zu schaffen und Wege zu finden, um die Alten in der sozialen Gemeinschaft zu halten.

Da in den Großstädten die Selbstmordhandlungen häufiger sind als auf dem Land, wird hier die besondere Suizidgefährdung in einer modernen Industriegesellschaft besonders deutlich. Die Leistungsgesellschaft, ihre soziale Schichtung und die Verstädterung fördert den Selbstmord. Die lauter werdenden Forderungen nach Wohngemeinschaften und natürlichem Lebensraum, besonders auch für Kinder in den Städten, gelten genauso für die Selbstmordgefährdeten, denen die Erfüllung solcher Forderungen eine entscheidende Hilfe sein würde. (Pohlmeier, 1980, S.135-136)

Wichtig ist, wie die jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Verhältnisse beschrieben und voneinander unterschieden werden. Nur mit einheitlichen Kriterien darüber hat es Sinn, Sozialstrukturen in ihrer Gemeinsamkeit oder Verschiedenheit miteinander zu vergleichen. Nur dann besteht Aussicht, konkrete Bereiche herauszuarbeiten, in denen einzelne Bedingungen, Gruppenstrukturen oder sogar einzelne Menschen sinnvoll zu verändern wären, um Selbstmord zu verhüten. Gesellschaftsveränderung als berechnende und lieblose Ideologie hilft nicht. Hilfe kann nur ausgehen vom Umdenken des einzelnen. (Pohlmeier, 1980, S. 140)

In der Klinik läßt sich immer wieder beobachten, daß eine Suizidhandlung bei der Umwelt Schuldgefühle und Mitgefühl hervorruft, die dann ihrerseits Aufmerksamkeit, Entgegenkommen und Hilfsbereitschaft dem Suizidanten gegenüber bewirken. Für die Umwelt hat eine Suizidhandlung die Funktion eines Alarmsignals und eines Appells um Hilfe, selbst wenn eine solche Funktion vom Handelnden nicht beabsichtigt war. Von daher versteht sich auch, daß eine Suizidhandlung vieles durchsetzen kann, was ein Appell an Mitgefühl und Verständnis nicht erreichen konnte. Die endgültige Wirkung dieses Appells wird allerdings davon abhängen, inwieweit die durch Schuldgefühle hervorgerufene Zuwendung Stabilität hat oder nicht. (Reiner, 1974, S.54-55)

## 2.10. Konsequenzen für die Arbeit mit Suizidgefährdeten

Das Erkennen von Suizidtendenzen bedeutet naturgemäß einen wesentlichen Schritt zur Suizidverhütung, da das Problem Suizid, vielleicht erstmals im Leben des Patienten, offen besprochen werden kann, ohne daß er mit moralisierenden Einwänden oder Aufforderungen zu schweigen zu rechnen hat.

Im weitesten Sinne kann die Suizidprophylaxe in folgende Teile gegliedert werden:

- *Primäre Suizidprophylaxe*: Kindererziehung (im weitesten Sinn)
- *Sekundäre Suizidprophylaxe*:
  - aktiv: Verhinderung der Suizidalität bei Menschen in einer Krise
  - passiv: Erschwerung des Zugangs zu Hochbauten, Drogen, Schußwaffen...
- *Tertiäre Suizidprophylaxe*: Nachbetreuung von Menschen nach Suizidversuch

Die primäre Suizidprophylaxe beginnt schon in frühester Kindheit, d.h. bei der Geburt des Kindes. Es wird sogar vermutet, daß vorgeburtliche Einflüsse auf das Kind von Bedeutung sind im Hinblick auf eine eventuelle spätere Suizidalität. In Untersuchungen mehren sich Indizien, die es als wahrscheinlich erscheinen lassen, daß Einflüsse auf die Mutter während der Schwangerschaft sich auf das Ungeborene auswirken und im späteren Leben des Kindes wichtige Spuren im seelischen und emotionalen Bereich hinterlassen. Durch eine adäquate, konsequente, liebevolle und auf das Kind eingehende Erziehung wird der wesentlichste und effektivste Beitrag zur primären Suizidverhütung geleistet. Dies können auch Sozialpädagogen in

Krabbelstuben, Kindergärten, Heimen, Freizeitgruppen, Horten und in Schulen leisten.

Sie müssen Mädchen die gleichen Chancen einräumen wie Jungen und nicht geschlechtsspezifisch erziehen. Mädchen z.B. in Krabbelstuben müssen im frühesten Alter sensorisch stimuliert werden, taktil, optisch, akustisch mit Neuem konfrontiert, ihre körperlichen Bewegungen und ihre Muskelaktivität gefördert werden.

Mädchen müssen mit zunehmenden Alter in der allgemeinen Entwicklung zur größeren körperlichen Autonomie einen größeren Handlungs- und Bewegungsspielraum erhalten und in ihrer körperlichen und psychischen Eigenständigkeit gefördert werden. Das bedeutet, daß sie nicht länger nahezu ausschließlich an Personen gebunden und in der Erziehung zur Objektumwelt eingeschränkt werden dürfen. Hier müssen kleine Mädchen neben der Erziehung zu sozialem Verhalten, zu Personen, ebenso Objektinteresse, zu individuellem Verhalten erzogen und gefördert werden. (Scheu, 1977, S.51-53)

Beim Spiel ist es wichtig, Mädchen mit "jungenspezifischen" Spielzeug zu konfrontieren, damit spezifische Interessen gebildet und dadurch das Psychische entscheidend geformt werden kann. Neben dem frühen Bewegungs- und Muskeltraining müssen kleine Mädchen intensiv auf körperliche Durchsetzungskraft trainiert werden. Außerdem hat es die Aufgabe von Sozialpädagogen zu sein, Eltern über eine "nicht traditionelle" Erziehung aufzuklären.

Die Aufklärung der Öffentlichkeit bezüglich suizidaler Menschen, die um uns herum leben, ist ein zweischneidiges Schwert. Einerseits wird das Ziel der Suizidverhütung vielleicht teilweise erreicht, andererseits aber kann die Thematik, wenn sie nicht sachlich und mit einer gewissen Umsicht vermittelt wird, entsprechend Disponierte zu einer Suizidhandlung verleiten. Als historisches Beispiel seien Goethes "Leiden des jungen Werthers" (erschienen 1774) erwähnt, der zwar damit seine eigene Suizidproblematik bewältigt zu haben scheint, dessen Folgen aber insofern katastrophal waren, weil für viele Menschen dieses Werk Anlaß zum Suizid wurde. Ein weiteres Problem ist die Tatsache, daß Vorurteile bezüglich Suizidhandlungen in der Bevölkerung noch weit verbreitet, ja sogar fest verankert sind und nur schwer korrigiert werden können. Als Beispiel sei die weit verbreitete Meinung erwähnt, daß Menschen, die von ihrem geplanten Suizid sprechen, ihn nie auszuführen wagen. In Wirklichkeit haben bis zu 80% derjenigen, die eine Selbsttötung vornehmen, diese zuvor auf irgend eine Weise kundgetan.

Ein weiteres bestehendes Vorurteil betrifft das Wort "Suizid", das in der Umgangssprache oft auch "Selbstmord" oder "Freitod" genannt wird. Der Begriff des Mordes ist schon deshalb falsch, weil juristisch gesehen einem Mord "eine besonders verwerfliche Gesinnung" zugrunde liegt und damit eine moralische Verurteilung und Bewertung zum Ausdruck gebracht wird. Die Aussage, daß jemand den "Freitod" gewählt habe oder daß jemand "freiwillig" aus dem Leben schied, ist ebenfalls falsch: die überwiegende Mehrheit sämtlicher Selbsttötungen geschieht weder "frei" noch "willig". Suizide werden in einer subjektiv hoffnungslos erscheinenden Situation unternommen, in welcher es keinen anderen Ausweg zu geben scheint. Wenn sich dieser Ausweg aber als einziger möglicher aufdrängt, kann weder von einer freien Wahl noch von Freiwilligkeit die Rede sein.

Trotzdem haben Menschen, denen eine Suizidhandlung mißlingt, bis zuletzt eine ambivalente Einstellung gegenüber Leben und Tod: ein Teil in ihnen möchte leben, ein anderer Teil möchte sterben.

Nicht selten wird z.B. bei narzistisch gestörten Personen, die eine Suizidhandlung unternehmen, beobachtet, daß sie in ihrer Phantasie eine Art Zwischenlösung anstreben: Sie möchten nicht mehr so weiterleben wie bisher, sie wollen aber auch nicht einfach sterben und restlos mit allem Irdischen brechen. Diesen Menschen muß durch die Prophylaxe bzw. bei der Nachbetreuung bewußt werden, welchen Sinn ihr Leben hat und welche Veränderungen sie anstreben. Sie sollten befähigt werden, sinnvolle Konfliktlösungen für ihr weiteres Leben zu entwickeln.

Die sekundäre, aktive Suizidprophylaxe besteht in der Beschäftigung mit einem Menschen, der in eine Krise geraten ist und suizidal wird. Oft setzt die sekundäre Prophylaxe ein, wenn sich entsprechend krankhafte Persönlichkeitsentwicklungen im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten angebahnt haben, doch können auch vorher unauffällige Menschen in eine Krise geraten, die sie so erschüttert, daß sie suizidal werden. In solchen Situationen ist es immer wichtig, dem Betreffenden Gelegenheit zu geben, sich auszusprechen. Bei der Arbeit von Sozialpädagogen ist die personenzentrierte Beratung besonders sinnvoll. Der Sozialpädagoge soll sich um Verständnis, Wertschätzung und Echtheit bemühen. Der Betroffene soll sich angenommen und verstanden fühlen. Der Grundgedanke dabei ist, daß der Klient selbst am besten in der Lage ist, sein Verhalten zu steuern und falls nötig, zu verändern. Der Sozialpädagoge muß hierfür nur die nötigen Hilfestellungen bieten. Für die Dauer der Gesprächstherapie gehen beide eine partnerschaftliche Beziehung ein. Ausgangspunkt

dafür ist der Entschluß des Klienten, mit dem anderen über seine Probleme zu reden und sich "helfen" zu lassen, wobei die "Hilfe" aus dem Klienten selbst kommt. Der Klient bringt also die Bereitschaft mit, seine Anschauungen und sein Verhalten zu ändern.

Außerdem können Sozialpädagogen in Gesprächen und durch soziale Hilfen wie finanzielle, berufliche, familiäre Hilfe und Hilfe bei Wohnungsproblemen den aktuellen Konflikt soweit entschärfen, daß die Suizidgefahr gebannt ist.

Die riskanteste Zeit für Selbstmörder sind die Wochenenden, spät abends und früh morgens - wenn keine auch noch so gut ausgestattete und kompetente Dienststelle geöffnet hat. Eine kompetente Institution muß auch direkt und spontan Hilfe anbieten können. Die Beratungsinstitutionen müssen in der Bevölkerung bekannt sein, d.h. sie müssen für sich und ihre Leistungen werben. Normalerweise sind den Menschen der Arzt und das Jugendamt als zuständige Stellen bekannt. Für die Arbeit mit Selbstmordgefährdeten gilt noch mehr als für jede andere psychosoziale Betreuung: Eine Institution ist so gut wie ihre Mitarbeiter. Sind sie engagiert, mitfühlend und selbtkritisch, stehen sie auch mal am Samstagnachmittag oder Mittwochabend für ihre Klienten zur Verfügung. Eine Institution muß direkt und spontan Hilfe anbieten können. Derjenige, der fest entschlossen ist, sich zu töten, ruft niemanden mehr um Hilfe. Er kann nicht erst von Institution zu Institution geschickt oder am Telefon vermittelt werden und womöglich jedesmal seine Geschichte erzählen. Krisenintervention muß an Ort und Stelle geschehen. (Swientek, 1992, S. 174-176)

Auch den passiven Maßnahmen kommt innerhalb der sekundären Prophylaxe eine wichtige Bedeutung zu. Zu diesen Maßnahmen gehört die Eliminierung oder Milderung derjenigen Faktoren, die jemanden verleiten und provozieren können, eine Suizidhandlung zu unternehmen, z.B. der oft zu leichte Zugang zu Hochhäusern, zu Aussichtsterassen, Türmen und Brücken, aber auch zu Drogen und Medikamenten sowie die allzu leichte Zugänglichkeit zu Schußwaffen. Solche Faktoren werden oft unterschätzt, da die Meinung vorherrscht, daß, wenn sich jemand umbringen möchte, er dies ohnehin tun könne.

Manche Suizidale, die sich im Rahmen der suizidalen Entwicklung im Stadium der Ambivalenz befinden oder auf Grund ihrer Erkrankung eine ausgesprochen ambivalente Einstellung gegenüber Leben und Tod haben, z.B. gewisse Neurotiker, können durch eine besonders günstige Gelegenheit zu einer Suizidhandlung verleitet werden. Die Suizidhandlung würde vielleicht nicht durchgeführt werden oder es

würde evtl. eine Methode, die mehr Chancen zum Überleben bietet, gewählt, wenn der Betreffende nicht auf ein aus seiner Sicht besonders "attraktives Objekt" gestoßen wäre. Dieses Objekt kann eine häufig frequentierte Brücke mit besonders niedrigem Geländer, ein berühmter Turm oder ein bekannter Aussichtspunkt sein. In diesem Rahmen kommt der Suizidverhütung eine Bedeutung zu, indem durch mechanische Abschrankungen, Gitter, Glasvorrichtungen, höhere Geländer usw. zweifellos mancher Suizid verhindert werden könnte. Besonders in Krankenhäusern kommen Sprungsuizide immer wieder vor. Risikopatienten sollte vermehrt Beachtung geschenkt werden, z.B. Depressiven, Kranken, die in der Anamnese einen Suizidversuch aufweisen, und älteren schwerkranken Menschen. Die wichtigste Art der Suizidverhütung im Krankenhaus ist die Sensibilisierung der Ärzte und des übrigen Personals.

Die tertiäre Prophylaxe besteht in der Verhinderung eines erneuten Suizids unmittelbar nach einem Suizidversuch. Ein solcher hat für den Betreffenden zumeist eine gewisse Aggressionsabfuhr zur Folge. Dennoch ist die Gefahr einer erneuten Suizidhandlung keineswegs gebannt. Der Anteil derer, die nach einer Suizidhandlung eine solche später wiederholen oder gar durch Suizid enden, beträgt etwa 25%. In den ersten Monaten nach dem Suizidversuch ist die Gefahr einer erneuten Suizidhandlung besonders groß. Es ist wichtig, daß sich ein Arzt überhaupt Zeit nimmt, dem Patienten geduldig zuhört, ihn beobachtet und sich in ihn einfühlt. Während eines solchen Gesprächs muß der Arzt (oder eine andere geschulte Person) beurteilen, ob der Patient in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden muß oder nicht. Dies ist z.B. sicher dann wichtig, wenn auch nach der Suizidhandlung eine akute Suizidalität besteht und der Betreffende keine Bezugsperson hat, die sich um sie kümmert und auf sie einzugehen in der Lage ist. (Haenel, 1989, S.133-136)

Ärztliche Aufgaben und Aufgaben anderer Hilfspersonen:

- Rechtzeitiges Erkennen der Melancholie und ihre fachgerechte Behandlung
- Beachtung jener spezifischen Neuroseform, die zu Suizid hinführt und sofortige Einleitung ihrer Psychotherapie

Der Arzt muß den Patienten über die therapeutischen Maßnahmen, über die Krankheit und über die im allgemeinen guten Erfolgsschancen, aufklären.

Größte Aufmerksamkeit muß denen geschenkt werden, die mit vermeintlichen körperlichen Symptomen den Arzt konsultieren, in Wirklichkeit aber psychisch krank sind. Dies kann vor allem bei der Melancholie oder bei der Neurose der Fall sein.

Diese Patienten bedürfen dann natürlich nicht einer körperlichen, sondern einer psychischen Behandlung. Im Zeitalter der Ganzheitsmedizin sollte immer an die gesamte Persönlichkeit, mit der Seele und der Psyche eines Menschen gedacht werden.

Nach einem Suizidversuch durch die Überdosierung eines Medikamentes beginnt die Entgiftung auf der Intensivstation und danach die intensive Nachbetreuung durch z.B. Sozialpädagogen. In den ersten Tagen nach einer kurzen Phase der Scham und Distanzierung wird der Klient kontakt- und gesprächsbereiter. Nur gestörte Persönlichkeiten werden durch den Suizidversuch verstärkt. Nach der Konfliktklärung vermitteln Sozialpädagogen mitmenschlichen Kontakt mit Bezugspersonen, Familie oder Kollegen, berufliche und finanzielle Hilfen sowie eine Therapiemöglichkeit in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Zusammenfassend können Sozialpädagogen Krisenintervention leisten, die akute Gefahr abwenden, wenn sie über das präsuizidale Syndrom informiert sind und die Suizidgefahr abschätzen und ernstnehmen. Sie können im Gespräch mit emotionaler Wärme und bedingungsloser Akzeptierung wieder eine Kommunikation mit dem Lebensmüden herstellen, die Übertragung der Aggression auf den Sozialpädagogen annehmen und durch Verstärkung positiver Verhaltensänderungen zur Konfliktlösung und zur Selbsthilfe des Klienten beitragen. Sozialpädagogen sollten Hausbesuche machen und nicht warten, bis der Lebensmüde von selbst kommt. Sozialpädagogen sollten Bezugspersonen, Angehörige oder Arbeitskollegen aufsuchen, um z.B. eine Kränkung richtig zu stellen. Sozialpädagogen können unter Umständen mit finanziellen Hilfen die Situation ändern, durch Berufs- oder Wohnungswechsel die Konfliktquelle auszuschalten versuchen oder Arbeit vermitteln.

Da Selbstmordverhalten auch durch die Beobachtung eines Modells, durch Verstärkung des Verhaltens und durch "Versuch und Irrtum" gelernt wird, muß ein Helfer damit rechnen, daß die Hilfe langfristig betrachtet genau das Gegenteil bewirken kann. Wird einem Selbstmörder geholfen, erfährt er, daß er sich hilflos geben muß, um die gewünschte Zuwendung und Hilfe zu bekommen. Bei der nächsten schwierigen Situation wird sich das Verhalten bei gesenkter Hemmschwelle wiederholen. Wird dem suizidalen Menschen nicht geholfen, verschärft sich der lebensgefährliche Selbstmordversuch.

Die Hilfeleistung muß sorgsam konzipiert sein und gezielt angegangen werden. Sie kann nicht nur aus Hilfe für den Gefährdeten bestehen, sondern muß die Verantwor-

## Konsequenzen für die Arbeit mit Suizidgefährdeten

tung des Betroffenen gleichberechtigt einbeziehen. Der suizidgefährdete Mensch muß sich von allem freimachen, was sein Leben mehr beherrscht, als ihn selbst, von allem, was Gedanken, Gefühle, Willen und Handeln gegen die eigene Absicht eingeschränkt. Frei machen auch vom Gefühl der Wertlosigkeit, das Handeln und Fühlen beeinträchtigt, das meist nur ein von außen eingeredeter Zustand ist.

### **3. Spezifisches über Frauensuizid**

Die allgemeinen Untersuchungen über Suizid und Suizidversuch zeigen, daß Frauen aus anderen Motiven heraus und mit anderen Methoden als Männer Selbstmord begehen. Im folgenden Teil der Arbeit soll dies näher untersucht werden.

#### **3.1. Suizidversuch als Hilferuf**

Hilferufe können ganz unterschiedlich aussehen:

##### **Der Verzweiflung Ausdruck geben**

"Ich kann nicht mehr", ist oft leicht daher gesagt - nach schwerer Arbeit oder einem besonders anstrengenden Tag. Aber es kann auch Ausdruck dafür sein, daß ein Mensch sich "am Ende" fühlt, daß er nicht mehr weiter weiß, sich in einem langen schwarzen Tunnel wähnt, dessen Ende er/sie nicht mehr absehen kann.

Es passiert schon mal, daß wir uns über einen besonders stressigen Tag beschweren:  
"So ein Streß, ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr!"

Voraussetzung ist immer die Mitteilung "Mir geht es schlecht" und die deutliche Bitte "Tu was, hilf mir!" Probleme wie, daß Ende einer Liebesbeziehung, Tod eines nahestehenden Menschen oder das plötzliche Gefühl völlig allein zu sein - das sind Erfahrungen, die jeder Mensch in seinem Leben immer wieder machen muß, die jeden in die Verzweiflung treiben, aber nur dann, wenn ihr nicht Ausdruck gegeben werden kann. Wenn die Verzweiflung aus einem völligen Ausgebranntsein resultiert, aus permanenter Überforderung, der Angst vor zuviel Verantwortung, dann sind außer der Anwesenheit eines anderen das aktive Zupacken, das konkrete Hilfsangebot gefragt.

Der Hilferuf hat auch einen kathartischen (reinigenden) Effekt. Das Gespräch über Belastendes hat eine ordnende Funktion und eine kathartische Wirkung. Der kathartische Effekt besteht aus einer emotionalen Abreaktion, einem Sich-Befreien von Konflikten und Spannungen.

##### **Die Ambivalenz**

Sie ist ein Widerstreit zweier Gefühle, die nicht miteinander zu vereinbaren sind. Die Menschen sind oft zwischen Leben und Sterben hin- und hergerissen. Sie überlegen vorher sehr lange, ob sie sich wirklich umbringen sollen. Das Ergebnis ist negativ, und es kommt zum Bilanzsuizid. Menschen, die ihre Selbstmordgedanken äußern, appellieren an ihre Umwelt. Wer vom Selbstmord redet, will sich, seine Not,

seine Ausweglosigkeit und seine Ambivalenz mitteilen. Bekommt er/sie keine Hilfe, dann wächst die Hilflosigkeit und Verzweiflung, dann gibt es nur noch den Selbstmord.

## Die aggressive Komponente

Jeder Hilferuf enthält, neben der hilfesuchenden, der ängstlichen und der autoaggressiven, eine aggressive Komponente. Sie kann einer Drohung ähneln und den Gesprächspartner unter Druck setzen, er bekommt die Verantwortung für ein Leben übertragen.

Im Selbstmord, im Selbstmordversuch und auch in der Selbstmordankündigung finden sich drei Elemente wieder:

- der Wunsch zu töten,
- der Wunsch nach Getötetwerden und
- der nach dem Sterben.

Der Wunsch zu töten als Rache und Strafe: "Wenn du mich verlässt, wirst du bestraft. Dann sollst du auch keinem anderen mehr gehören." Hier möchte getötet werden, um den eigenen Selbstwert zu erhalten; um doch noch der aktiv Handelnde und nicht mehr der passiv Duldende in dem Trennungsgeschehen oder den Auseinandersetzungen sein zu müssen.

"Der Wunsch nach Getötetwerden von der Hand des Geliebten, der schon verloren ist; nicht selber scheiden zu müssen, sondern sich passiv einer endgültigen Lösung durch den "signifikanten anderen" auszuliefern, sich ihm noch einmal zu unterwerfen, ihm das Opfer des Lebens zu bringen, das ohnehin keinen Wert mehr hat. Getötet werden auch aus Selbstverachtung, Unwertgefühlen, Strafbedürfnis und dem Bewußtsein, wieder versagt zu haben.

(Gemeinsames) Sterben als Alternative für das nicht-gemeinsame Lebenkönnen; Verschmelzung wenigstens im Tode, wenn sie im Leben nicht dauerhaft zu vollziehen ist; gemeinsam sterben, um nicht getrennt zu werden, der Wunsch vieler Liebender, die sich ein Leben ohne den anderen nicht mehr vorstellen können, eine Version unglücklicher Liebe, wie sie in Märchen, Sagen und Literatur eingegangen ist. (Swientek, 1990, S.33-34)

Diese Elemente finden sich im Selbstmord, im Selbstmordversuch und auch in der Selbstmordankündigung wieder. Sie sind nicht voneinander zu trennen, sind Bestandteile des Empfindens.

Obwohl der Suizidversuch der Männer sicher auch eine Art Hilferuf darstellen kann, entspricht diese Absicht mehr der Sozialisation der Frauen. Wie in Kapitel 3.2.2. erläutert wird, greifen Frauen aufgrund der "erlernten Hilflosigkeit" häufiger als Männer zum Selbstmord.

"Harte" und "brutale" Methoden werden den "weichen", "aktive" den "passiven" Methoden gegenübergestellt. Bei den Suizidversuchen werden überwiegend die sogenannten "weichen" Methoden angewandt. Wie im Kapitel 2.4. bereits erwähnt, bevorzugen Männer "harte" Methoden und Frauen eher "weiche" Methoden. Gründe dafür könnten in der unterschiedlichen Erziehung von Jungen und Mädchen, ihren Selbstbildern und ihren unterschiedlich anerzogenen Rollenerwartungen und Rollenentsprechungen als Mann bzw. Frau liegen. Vordergründig betrachtet, sterben Männer an ihren "Versuchen" vor allem deshalb häufig, weil sie zu sogenannten harten Methoden greifen, nach deren Einleitung es kein Zurück mehr gibt. Männer bevorzugen eher Schußwaffen (haben vermutlich auch eher Zugang zu ihnen - in USA sowieso: Bundeswehr, Polizei, Berufs- und Freizeitjäger, Zugang zur "Szene" ...), stürzen sich häufiger von hohen Gebäuden oder wenden andere Mittel an, die "todsicher" sind. Die (männliche) Bereitschaft zur Gewalt macht auch vor der eigenen Person nicht halt. Ein "ganzer" Mann bringt sich auch um wie ein ganzer Mann: mit Waffe oder Messer oder anderen deftigen Mitteln, die ihn nicht als "feige Memme" erscheinen lassen. Frauen hingegen bevorzugen in der Mehrheit sogenannte "weiche Selbstmordmittel", die auch nach Tatbeginn noch eine "Rücknahme" (durch sich selbst oder andere!) ermöglichen. Sie senken die Hemmschwelle, lassen eine Rettungsmöglichkeit zu und lassen das Todeserlebnis durch z.B. Einschlafen umgehen. Insbesondere die Medikamentenüberdosierung und das Gas (das heute entgiftet ist) sind und waren Mittel ihrer Wahl.

Männer scheinen selbst in ihrer verzweifelten Situation noch zu befürchten, nicht ernst genommen zu werden, wenn "es" nicht klappt! Das wird an Berichten aus Kliniken deutlich. Die meiste Zuwendung im Krankenhaus erhalten junge Patienten und Frauen.

Je jünger und weiblicher, um so mehr Sorge, je älter und männlicher, um so weniger Sorge - entsprechend dem Verständnis, dem Mitleid und der Einfühlungsgabe. Au-

ßerdem ist die Beurteilung der "Berechtigung" zu diesem Verhalten ausschlaggebend. Für eine Wiederholung von Selbstmordversuchen dürften diese Erlebnisse von erheblicher Bedeutung sein: Ein Mann, der für seinen Selbstmordversuch zusätzliche Probleme in Form von Verachtung zu ertragen hat, der vom Krankenpersonal geschnitten oder besonders lieblos behandelt, im Freundes- und Kollegenkreis sogar gehänselt oder verachtet wird, wird eher Sorge dafür tragen, daß es beim nächsten Mal auch klappt.

Für Selbstmordversuche von Frauen scheinen dagegen andere Maßstäbe zu gelten. Möglicherweise ist es noch immer das "schwache", angeblich weniger lebensfähige Geschlecht, dem man zubilligt, mit den Härten und Versagungen des Alltags nicht so recht klar zu kommen. Die Frau, die sich umzubringen versucht, entspricht nur allzusehr dem Bild einer Frau, die Schutz und Hilfe braucht, die betreut und geführt werden muß. Endlich ist sie einmal schwach (geworden), endlich zeigt das weibliche Geschlecht, daß es mit Emanzipation und Frauenpower doch nicht so weit her ist. Das Helferherz ist angesprochen und wendet sich umsorgend zu. (Swientek, 1990, S.15-16)

### **3.2. Ursachen und Motive**

Frauen entnehmen häufiger als Männer ihr Suizidmotiv der familiären Situation wie z.B. Streit mit Eltern, Kindern, Schwiegereltern etc. Die Zahl der Ehekonflikte, so z.B. Streit und Verlassenwerden vom Ehemann etc. zeigt noch deutlicher die Abhängigkeit der Frau von der familiären Situation. Häufige Motive sind Streit mit dem Ehemann oder das Verlassenwerden vom Ehemann. Besonders belastend wird von Frauen Untreue des Partners sowie Trunksucht des Mannes erlebt. Der Alkoholismus der Männer zerstört also nicht nur den Lebenswillen der Süchtigen selbst, sondern auch den Lebenswillen und die Lebenskraft der mit ihnen verheirateten Frauen.

Frauen sind in der Ehe offenbar skrupelloser sich umzubringen als Männer. Eigene außereheliche Verhältnisse geben ihnen wesentlich häufiger ein Selbstmordmotiv, sie scheitern auch an ihrer Eifersucht und an der Eifersucht der Partner.

Finanzielle und soziale Probleme, und Straftaten als Motive vom Selbstmord sind für Frauen nicht relevant. Hingegen haben Probleme am Arbeitsplatz auch für Frauen eine Bedeutung. Gerade hier findet sich eine bezeichnende Nuancierung. Die Auseinandersetzung mit Vorgesetzten und KollegInnen trifft die Frauen stärker als

z.B. der Arbeitsplatzverlust. Junge Ehefrauen, die neben ihrem Haushalt noch einer Berufstätigkeit nachgehen, sind gefährdeter, als "Nur" Hausfrauen. Die Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt wirkt sich demnach bei jüngeren Frauen häufig negativer aus als bei älteren. Jedoch ältere Hausfrauen bringen sich häufiger um als jüngere. Von weiterer großer Bedeutung ist für Frauen die vor - oder außereheliche Schwangerschaft. (Böcker, 1973, S.21-26)

### **3.2.1. Unterschiede von weiblichen und männlichen Suizidmotiven**

Geschlechtsspezifische Selbstmordquoten und die Bedeutung bestimmter Selbstmordtheorien sind abhängig von der herrschenden Gesellschaftsform. Wie in Abschnitt 2.1 "Statistik" beschrieben, wird die Rate von Selbstmordversuchen bei Frauen in der BRD auf 90 000 geschätzt. Bei geschätzten 60 000-120 000 Versuchen insgesamt sind dies mehr als doppelt so viele Versuche als bei Männern.

In Deutschland beträgt das Verhältnis von Männern und Frauen bei vollendeten Suiziden in den letzten zehn Jahren fast 3:1 (siehe Abb.1, S.7). In den USA ist das Verhältnis der Geschlechter genauso groß. (Canetto, 1992, S.2) Es ist eine weitverbreitete Ansicht, daß Frauen aus einer übertriebenen Identifizierung mit einem Liebesobjekt Selbstmord begehen. In der westlichen Welt hat diese Idee eine lange Tradition. Die Untersuchung von männlichen Selbstmordmotiven dagegen zielt häufig auf Eigenschaften wie: Leistung, Stolz und Unabhängigkeit.

Es ergibt sich nun allerdings die Frage, welche Art von Beziehungen Frauen in den Selbstmord treiben. Es gibt Untersuchungen, in denen sich Vernachlässigung, Mißbrauch, Brutalität und Schläge als wichtig herausgestellt haben. Weiterhin ist die Rolle der Sozialisation zu berücksichtigen. Es gibt Untersuchungen, denen zufolge weibliche Selbstmordversuche durch kulturelle Normen begünstigt werden. Ein dritter wichtiger Punkt ist die Annahme von Forschern, weibliches suizidales Verhalten hätte automatisch etwas mit Beziehungen zu tun. Es wird sehr selten die Rolle von niedrigem Einkommen oder geringen Berufschancen bei der Untersuchung des Selbstmordverhaltens junger Frauen berücksichtigt. Nur sehr wenige Forscher stellen diese Grundannahme in Frage; so fand Trovato entgegen allen Vorhersagen, daß Scheidung das Selbstmordrisiko bei Frauen im Alter von 15-34 Jahren sogar reduzierte. Weiterhin wird häufig angenommen, daß Arbeit das Selbstmordrisiko von Frauen aufgrund von Rollenkonflikten, Überlastung und niedrigem Status erhöhe. Neuere Untersuchungen belegen jedoch das Gegenteil. (Canetto, 1992, S.9)

Bei der Untersuchung des Selbstmordverhaltens von älteren Männern wird zumeist Verlust der Gesundheit, des sozio-ökonomischen Status und von Arbeitsrollen angeführt. Interessanterweise spielen auch Beziehungen eine Rolle; so ist das Selbstmordrisiko bei unverheirateten, alleinlebenden und sozial isolierten Männern höher. Da weniger Männer ihre Selbstmordversuche überleben, spielen Geschlechtsstereotype bei der Erforschung von männlichem Suizidalverhalten eine größere Rolle als bei Frauen. Eine weitere wichtige Frage ist, inwieweit gesellschaftliche Erwartungshaltungen für die hohe Selbstmordsterblichkeit bei Männern verantwortlich ist. Dabei stellt sich heraus, daß das Überleben eines Selbstmordes als unmännlich gilt. Auch bei der Untersuchung des männlichen Suizidalverhaltens scheinen Geschlechtsstereotype eine Rolle zu spielen. Eine verbreitete Annahme ist, daß Arbeit Männer vor Selbstmord schützt. Entgegen dieser Annahme konnte jedoch in einer Untersuchung Arbeitslosigkeit nicht mit erhöhtem Selbstmordrisiko bei Männern in Verbindung gebracht werden. Untersuchungen dagegen, die sich auf Beziehungen konzentrieren, belegen, daß die Ehe einen besseren Schutz vor Selbstmord für Männer als für Frauen bietet.

### **3.2.2. Von der erlernten Hilflosigkeit zum erlernten Selbstmord**

#### **Erlernte Hilflosigkeit**

Der amerikanische Psychologe Martin E.P. Seligman erforschte 10 Jahre lang dieses Thema. Er geht davon aus, daß Angst und Depression "nicht einfach auftreten", sondern diese Gefühle auf eine ganz spezifische Weise gelernt werden. Kurz zusammengefaßt kommt er zu folgenden Thesen: "Hilflosigkeit ist der psychische Zustand, der häufig hervorgerufen wird, wenn Ereignisse unkontrollierbar sind. Ein Ereignis ist unkontrollierbar, wenn wir nichts daran ändern können, wenn nichts von dem, was wir tun, etwas bewirkt, wenn der Ausgang einer Sache von unseren willentlichen Handlungen unabhängig ist. Erlernte Hilflosigkeit entsteht, wenn ein Individuum lernt, daß seine Aktionen und Reaktionen unabhängig von Verstärkungen (Lob, Belohnung, Beachtung...) sind, daß ein Agieren oder Reagieren völlig zwecklos ist." (Seligman, 1979, S.8)

Nach Seligman führt erlernte Hilflosigkeit zu drei Störungen bzw. Defiziten:

- Die Motivation, zu reagieren, aktiv zu werden, wird untergraben und erschöpft.

- Es wird langsamer gelernt, daß eigene Reaktionen Konsequenzen bewirken. Das bezieht sich sowohl auf negative als auch auf positive Konsequenzen: So wird z.B. die Fähigkeit gestört, eigene Erfolge wahrzunehmen.
- Es kommt zu emotionalen Störungen, vor allem zu Depressionen und Ängsten.

Ein zum ersten Mal erlebtes traumatisches Ereignis verursacht einen Zustand ge steigerter Erregung, den man grob als Furcht bezeichnen kann. Dieser Zustand dauert an, bis eine der zwei möglichen Konsequenzen eintritt: Wenn das Individuum lernt, daß es die traumatischen Bedingungen kontrollieren und verändern kann, wird die Furcht abgebaut und kann völlig verschwinden; wenn das Individuum hingegen auf die Dauer lernt, daß es die traumatischen Bedingungen nicht kontrollieren, nicht verändern kann, wird die Furcht abnehmen, aber auch durch Depression ersetzt. Die akute, aktive Abwehr versagt.

Seligman stellt die wesentlichen Merkmale der erlernten Hilflosigkeit denen der Depression gegenüber:

- Die mangelnde Motivation zu willentlichen Reaktionen, die die gelernte Hilflosigkeit kennzeichnet, ist auch für depressive Zustände typisch. Sie führt zur Passivität, psychomotorischer Retardation, verlangsamtem Denkprozeß und verminderter Ansprechbarkeit.
- Depressive zeigen eine negative kognitive Einstellung oder sind schwer davon zu überzeugen, daß ihre Reaktionen wirkungsvoll sein könnten. Dieselben Konsequenzen hat eine "gelernte Hilflosigkeit".
- Depressive entbehren jeder offenen Feindseligkeit gegenüber anderen. Dieses Merkmal stimmt mit dem beobachteten Merkmal mangelnder Aggressivität bei erlernter Hilflosigkeit überein. Aggressivität als willentlicher Akt wird durch die Überzeugung eigener Hilflosigkeit untergraben.

Die depressive Patientin glaubt oder hat gelernt, daß sie jene Aspekte ihres Lebens, die Leiden erleichtern, Befriedigung verschaffen oder Nahrung sichern, nicht kontrollieren kann. Sie ist davon überzeugt, daß sie hilflos ist. Oft bedeutet dies, daß alle Anstrengungen einer Person vergeblich waren, daß es ihr nicht gelang, ihre Ziele zu erreichen. Aus dem sich daraus ergebenden Gemütszustand lassen sich viele depressive Symptome ableiten, einschließlich: Entschlußlosigkeit, Handlungsunfä-

higkeit, steigende Anforderungen an andere, Gefühle der Wertlosigkeit, Schuld angesichts nicht erfüllter Pflichten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der Mensch, der nicht mehr an seine eigene Wirksamkeit glaubt, auch nichts mehr unternehmen wird, um etwas zu bewirken. Wird jedoch nichts mehr unternommen, so kann auch nie mehr die Erfahrung gemacht werden, Wirkungen zu erzielen. Mangelnde Aktivität verstärkt also die Erfahrung, nichts ausrichten zu können, und führt zu weiterer Passivität bis hin zur Depression.

Die "sich selbst erfüllende Prophezeihung" dürfte auch hier Wirkung zeigen: Wer glaubt, grundsätzlich alles falsch zu machen, ohnehin nie Erfolg zu haben, sowieso keine Partner zu finden, der wird sich entsprechend verhalten und seinen Erwartungen recht geben. Der Mißerfolg ist vorprogrammiert, der Teufelskreis geschlossen. Die erneute Erfahrung von Erfolgs-, Hilf- und Machtlosigkeit gibt den vorangegangenen Einschätzungen recht: "Die Umstände waren nicht beeinflußbar, ich bin eben unfähig, ich habe kein Glück, bei mir klappt nichts..."

(Swientek 1990, S.57-59)

### **Mädchenziehung - Erziehung zur Hilflosigkeit**

Es ist völlig klar, daß Mädchen auch heute noch anders erzogen werden als Jungen. Dies möchten viele Eltern unserer Zeit nicht wahrhaben, aber es geschieht häufig unbewußt, daß Traditionen, festgefaßte Vorstellungen oder die eigene Erziehung fortgeführt werden. Die unterschiedliche Behandlung ist durch ihre Permanenz prägend. Es ist natürlich auch wichtig, was die Eltern ihren Kindern vorleben. Wenn die Frau sich nicht für handwerkliche Arbeiten interessiert und sie dem Mädchen nicht nahegebracht werden, wird sie im Spiel auch nicht zum Schraubenzieher greifen. Die Mädchen schauen sich die Hilflosigkeit bei der Mutter ab. Die Tochter kann kein anderes Frauenbild erwerben als das, der abhängigen, hilf- und machtlosen Frau. In Schulen gelten Mädchen als artig, fleißig und ordentlich, über Jungen wird sich nur beschwert.

Hier werden beispielhafte Klischees geschildert, die oberflächlich wirken und nichts Neues sind. Trotzdem sind sie alltäglich und die Erwartungshaltung mit dem Klischee der Rolle des Mädchens "wirkt". Es gibt aber noch andere Gründe, als diese deutlich zu beobachtbaren Oberflächlichkeiten, die Mädchen "anders" werden lassen als Jungen. Das zeigt die Psychologin Ursula Scheu in ihrem Buch "Wir wer-

den nicht als Mädchen geboren, wir werden dazu gemacht", das sich mit der unterschiedlichen Erziehung von Mädchen und Jungen ab der Geburt befaßt. Ich fasse jetzt die wesentlichen Aussagen zusammen bzw. zitiere sie wörtlich und betrachte sie daraufhin, wieweit die unterschiedlichen Erziehungsstile und -handlungen zu einer "erlernten Hilflosigkeit" oder einer eingeschränkten Persönlichkeit im Sinne von Wert- und Wehrlosigkeit, mangelnder Autonomie und stärkerer Einengung führen können.

"Die Mütter tendieren dazu, die männlichen Babies mehr zu stimulieren und anzuregen durch taktile, akustische und auch visuelle Stimulation. Umgekehrt reagieren sie auf die weiblichen Babies mehr mit Imitation als bei den männlichen - indem sie die Bewegungen und Geräusche an sie zurückgaben. Neugeborene Mädchen werden häufig auch in ihrer Motorik eingeengt.(...) Die Mädchen werden und wirken passiver." (Scheu, 1977, S.53)

Es wurden in Untersuchungen über das Stillverhalten eindeutige geschlechtsspezifische Differenzen gefunden, so z.B. daß "34% der Mütter es ablehnten, ihre Tochter an der Brust zu stillen, während mit einer Ausnahme alle Söhne gestillt werden sollten.(...) Den Jungen wurden während der Mahlzeiten mehr Pausen zugestanden, dagegen wurden die Mahlzeiten der Mädchen um rund 50% kürzer gehalten.

(Scheu, 1977, S.54)

"Dem Kind die Freiheit zuzugestehen, sich auszuruhen, bedeutet, es als ein Wesen anzuerkennen, das durch seinen eigenen Rhythmus seiner individuellen Bedürfnisse gekennzeichnet ist. Gerade in diesen ersten, scheinbar unbedeutenden Zugesständnissen an seine Autonomie zeigt sich der Respekt der Erziehungsperson".

(Scheu, 1977, S.55)

Mädchen werden auch früher entwöhnt, die Mischnahrung (Brust und Flasche) setzt bei ihnen wesentlich früher ein.

"Untersuchungen zeigen, daß bei kleinen Jungen die Mütter weitaus häufiger sind als bei kleinen Mädchen" (Scheu, 1977, S.62). Es ergaben sich auch hier Unterschiede in der unbeabsichtigten Stimulation. Die deutliche Erziehung zu den Geschlechtsstereotypen beginnt etwa ab dem dritten Monat: Mädchen werden zum sozialen, anhänglichen und zärtlichen Verhalten (Schmusen) animiert, dagegen werden Jungen in ihrer Muskelaktivität (Bewegung) gefördert. "Auffallend ist, daß die jeweiligen Schwergewichte in der Stimulierung beim Mädchen immer konträr zu den jeweiligen Bedürfnissen liegen und beim Jungen konform mit diesen Bedürfnissen." (Scheu, 1977, S.63)

Mädchen werden früher als Jungen zur Sauberkeit angehalten. "Man akzeptiert, daß Jungen, auch wenn sie groß sind, 'Schmutzfinken' sind. Von Mädchen dagegen erwartet man, daß sie ihre Bedürfnisse so unmerklich wie nur möglich verrichten und daß sie sauber sind. Natürlich wird diese Art Selbstkontrolle auch später noch von Mädchen verlangt. Das Ziel schwebt von Anfang an vor Augen, und das ist ein wesentlicher Faktor zur späteren Erlangung des gewünschten Verhaltens." (Scheu, 1977, S.64)

Schon ab dem Säuglingsalter wird von den Eltern das Spielzeug bereits nach Farben und Formen geschlechtsunterschiedlich ausgewählt. Dementsprechend entwickeln sich die Spielinteressen und Rollenfestlegungen, "denn das Kind übernimmt die Spielrolle in ihrer Totalität. Zwar dürfen Mädchen schon mit Jungenspielzeug spielen, Jungen aber fast nie mit Mädchenspielzeug. Denn alles, was zur männlichen Rolle gehört, wird als Norm gesetzt, zu der sich schon mal das Mädchen versteigen darf. Alles was zur weiblichen Rolle gehört, ist jedoch minderwertig und wird daher für Jungen verachtet."

(Scheu, 1977, S.65)

"Auch die Sprache wird Mädchen anders vermittelt als Jungen. Sie darf nicht so laut reden, nicht vorlaut sein, sie muß leise sein, zurückhaltend, diszipliniert, deutlich und mädchenhaft hoch sprechen." (Scheu, 1977, S.78)

Daß die Mädchenerziehung auch im außerhäuslichen Bereich anders verläuft als die Jungenerziehung, wird von Seligman in seinen Untersuchungen zur "erlernten Hilflosigkeit" dargestellt: Mädchen verhalten sich in der Schule hilfloser als Jungen. Das führt auf eine unterschiedliche Behandlung der Lehrer zurück, kritisiert ein Lehrer ein Mädchen, geschieht dies, indem er die Intelligenz des Mädchens kommentiert. Bei Jungen neigen Lehrer zu spezifischen und veränderbaren Aussagen. Ihnen wird vorgehalten, daß sie nicht aufgepaßt haben. Während Jungen in einer Studie als Begründung für ihr "Versagen" Desinteresse angaben, geben Mädchen Inkompetenz und Dummheit an. Wenn man Kindern ständig vermittelt, daß sie bestimmte Dinge nicht können, kann das sehr wohl dazu führen, daß sie auf Niederlagen hilflos reagieren." (Swientek, 1990, S. 60-63)

## **Unterordnung und Abhängigkeit**

Aus diesen Untersuchungen ist zu schließen, daß viele Mädchen von Geburt an "anders" erzogen werden als Jungen. Mädchen zeigen von frühester Kindheit an,

durch weniger Anreize, weniger Zuwendung, durch weniger Anwesenheit und durch weniger Aktivierung, daß sie sich beschränken müssen. "Auf Seiten der kleinen Mädchen hingegen wird diese Autonomie gebrochen und Anpassung und Unterordnung unter einen fremden Willen gefordert. Ihre physische und psychische Selbständigkeit wird massiv behindert. Auffallend ist dabei, daß die mädchen-spezifischen Fertigkeiten und Eigenschaften nur dort gefördert werden, wo sie die Erziehungsperson entlasten." (Scheu, S.56 u.a.)

Mädchen werden in einer Phase, in der sie sich selbständig entfalten könnten, (Pubertät) stärker an die Erziehungsperson gebunden. Jungen "sollen Meister ihrer Welt werden, sie erforschen und beherrschen, kleine Mädchen sollen sozial werden (...), dabei aber auf ihre kleine Welt beschränkt bleiben. Gleichzeitig bleiben sie damit immer greifbar, kontrollierbar und beeinflußbar." (Scheu, 1977, S.69) Diese "Andersartigkeit" der Mädchenerziehung bedeutet, daß es sich in der Realität um eine Erziehung zur "Minderwertigkeit" handelt. Die räumliche Einengung entspricht der Einengung des allgemeinen Aktions- und Aktivitätsradius, der Einengung in Sprachverhalten und Sauberkeitserziehung, der Einengung der verfügbaren Freizeit, der Unterordnung unter elterlichen Willen und der Rollenzuteilung durch männliche Mitspieler. "Das weibliche Rollenangebot ist gekennzeichnet durch Unterordnung und Abhängigkeit in Relation zu Männern. Die männlichen Rollen zeichnen sich durch eine relative Autonomie und Überordnung im Verhältnis zu Frauen aus." (Scheu, 1977, S.86)

Qualität und Quantität eines aktiven Austausches von Signalen zwischen Mutter und Säugling sind ausschlaggebend für die kindliche Erfahrung, ob seine Aktionen Re-Aktionen auszulösen imstande sind. Wird sein Lächeln, Lallen, Greifen herausgefordert, ermuntert und dann positiv beantwortet, nimmt es weiterhin erfreut Kontakt auf, bemüht sich herauszufinden, durch welche Aktivitäten es welche Re-Aktionen beim Partner herbeiführen kann. Je mehr ein Kind angesprochen und zur Aktivität aufgefordert wird, um so mehr wird es darauf reagieren und lernen: mein Verhalten löst etwas aus. Das bedeutet gleichzeitig, daß das Kind gelernt hat, daß es Wirkung erzielen kann. In den Fällen, in denen die Kommunikation qualitativ und quantitativ eingeschränkt ist, wird es die eigene Werthaftheit und Wirkungsmöglichkeit ebenso eingeschränkt erfahren.

Für Mädchen ist es oft tragisch, wenn sie unerwünscht sind. Es erfährt von Anbeginn durch mangelnde Zuwendung und aktive Ablehnung, daß es wertlos ist.

Gleichzeitig erfährt es, daß seine Wirksamkeit total eingeschränkt ist: Es kann tun, was es will, es wird immer Mädchen bleiben. Es ist somit seiner Rolle hilflos ausgeliefert, hat keine Macht und Möglichkeit, dieser Rolle zu entkommen und sich damit Zuneigung und Zuwendung zu erwerben.

Ein Mädchen, das aus welchen Gründen auch immer, nicht wahrgenommen wird, existiert nicht. Es erfährt nur, daß jegliche Aktion und Reaktion sinnlos bleibt. In diesen Fällen, die keine Einzelfälle sind, können wir von einer extremen erlernten Hilflosigkeit sprechen.

Aber auch dort, wo Mädchen als solche anerkannt werden, bekommen sie ein Gefühl von minderem Wert, da häufig geringere Forderungen an sie gestellt werden. "sie heiraten ja doch!" Selbstbewußtsein kann nur dann entstehen, wenn einem Individuum seinen Fähigkeiten entsprechende Aufgaben gestellt werden, mit denen es sich erfolgreich auseinandersetzen kann und daran wächst. Wenn Maßstäbe zu gering angesetzt werden, wenn sie gar nicht existieren, wenn sie nicht erwartet oder sogar ausgeredet werden, kann durch mangelnde Übung an Aufgaben und den entsprechenden Erfolgserlebnissen der eigene Wert nicht gemessen werden. Vor allem in Familien, in denen bewußt geschlechtsspezifisch erzogen wird, schauen sich Mädchen die Hilflosigkeit darüber hinaus bei den Müttern ab. Die Tochter kann kein anderes Frauenbild erwerben als das der abhängigen, hilf- und machtlosen Frau. Ein charakteristisches Beispiel ist der sexuelle Mißbrauch der Tochter durch den Vater. Die Mutter ignoriert dieses Verbrechen an ihrem Kind, weil sie sich zu schwach für eine Auseinandersetzung mit dem Mann fühlt oder weil er sie durch Scheidungsdrohung mit Unterhaltsentzug, Selbstmord oder Mord erpreßt.

Für manche Frauen scheint der Rückzug auf die Selbstbeschädigung die einfachste Lösung zu sein, sich mit akuten Konflikten auseinanderzusetzen. In dieser Form Schwäche zu zeigen, ist für eine Frau eine durchaus gewünschte Eigenschaft. Sie motiviert zum Eingreifen von "außen", zur Hilfe, zur Konfliktlösung und setzt einen Teufelskreis in Gang. Die Frau lernt nicht, wie Probleme adäquat und mit Energie angegangen werden können, sondern geht in ihrer Entwicklung einen gewaltigen Schritt zurück: sie lernt, daß Schwäche Hilfe bringt und viel Schwäche viel Hilfe. Sie lernt den Selbstmordversuch "einzusetzen"!

Hilflosigkeit kann auf vielfältige Weise für eine Frau zur Lebensform werden: Einmal gelernt und laufend bestätigt, bei gleichzeitiger Bestrafung größerer Aktivität, gibt es letztendlich keinen "vernünftigen" Grund mehr, die Hilflosigkeit als Lebensprinzip aufzugeben! Muß dennoch in Extremsituationen Durchsetzung erfolgen, greift die Frau zu dem extremsten Ausdrucksmittel der Hilflosigkeit zurück, das es gibt: dem Selbstmordversuch. Sie sagt damit: "Sieh, so hilflos bin ich! Wende Dich mir zu, hilf mir! Ich habe meine schärfste Waffe in Anschlag gebracht, es ist die Selbstvernichtung. Sie richtet sich gegen mich und dich. Ich bin bereit, meinem Leben ein Ende zu machen, und du wirst schuld daran sein!"

Erst wenn der Ruf um Hilfe ungehört verhallt oder wenn er nicht so beantwortet wird, wie erhofft, sieht die hilf- und machtlose Frau keine andere Möglichkeit mehr, sie vernichtet sich selbst! (Swientek, 1990, S.63-66)

**Was haben nun "erlernte Hilflosigkeit" und erlerner Selbstmord miteinander zu tun und was bedeuten sie für die suizidalen Verhaltensweisen bei Frauen?**

Frauen, die durch intentionale Erziehung und später durch laufend entsprechende Erfahrungen gelernt haben, daß sie im Vergleich zu Männern wesentlich geringere Wirkungsmöglichkeiten und Durchsetzungsstrategien zur Verfügung haben, wenn sie weiterhin angepaßt bleiben wollen, beobachten am direkten oder am stellvertretenden Modell, daß selbstschädigendes Verhalten zu Erfolgen führen kann, die bislang mit keiner anderen Verhaltensweise erzielt werden konnten. Probieren sie es selber aus, finden sie von der Umwelt Zuwendung und Aufmerksamkeit.

Frauen finden nach einem Suizidversuch im Krankenhaus von Ärzten, von Freunden und Verwandten Zuwendung. Sie merken, daß ihr Verhalten endlich den gewünschten Erfolg herbeiführt, und es geht ihnen gleich besser.

Nach Christine Swientek steigen die Zahlen der Selbstmordversuche nicht an, weil die psychosozialen und sozioökonomischen Verhältnisse sich mehr und mehr für viele Menschen verschlechtern. Selbstschädigendes Verhalten gehört in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ausprägungen längst zum gesellschaftlichen Umgangsrepertoire. Selbstmordversuche sind in vielen Fällen zu einer generalisierten Durchsetzungsstrategie geworden, und sie werden weiter zunehmen, solange vom Selbstmord nur geflüstert wird, die Massenmedien ihn jedoch permanent "werbewirksam" vorführen. (Swientek, 1990, S.71-72)

### 3.3. Fluchten: Depression und Sucht

#### 3.3.1. Depression als Signal

Depressionen können in ganz unterschiedlichen Formen auftreten z.B. manisch-depressive, endogene Depressionen, reaktive Depressionen, chronisch-reaktive Depression, neurotische Depression, Depression in der Schwangerschaft, im Wochenbett, im Klimakterium, Altersdepression... Es können zwei große Formen unterschieden werden: die endogene und die exogene Depression. Bei der endogenen Depression (unbekannteste Form) ist ein von innen her kommender biologischer Anteil beteiligt. Es werden erbliche Empfänglichkeit oder auch körperliche Auslöser als Ursache vermutet. Diese Form der Depression kommt nicht so häufig vor (ca. 10-25%). Die exogene Depression ist unmittelbar auf ein schmerzliches Ereignis, einer Enttäuschung oder eines Verlustes bezogen, z.B. Tod nahestehender Menschen, Zurücksetzungen im Berufsleben, andere Erlebnisse der Erfolglosigkeit oder Liebesenttäuschungen. Die traurigen Gedanken kreisen um diese belastenden Erlebnisse. Zunehmend stellt sich Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Leistungsunfähigkeit und Apathie ein. Das Gefühl der Sinnlosigkeit und des Lebensüberdrusses ist stark. Vor allem Selbstmordversuche ohne tödlichen Ausgang sind hierbei häufig. (Pohlmeier, S. 20-21)

Die Beschreibung der "typisch" Depressionsgefährdeten trifft gleichzeitig auf die Kennzeichnung der Gruppe "Frau" zu: "Dazu würde jemand gehören, der selbst-verbietend mit sich umgeht, sich in Schwierigkeiten kleiner macht, als er ist, der Leistungsehrgeiz und Unabhängigkeitskampf mit Versagensangst und der Neigung, sich abhängig zu machen, kombiniert." (Swientek, 1990, S.78)

Bei Frauen mit geschlechtsspezifischer Erziehung ohne Depressionen sind gleichwohl häufig drei Merkmale der Depression zu beobachten. Ein Gefühl der Selbstverachtung und Wertlosigkeit, die Überzeugung, den eigenen Zustand selbst verschuldet zu haben und an allen möglichen anderen Unwegsamkeiten des menschlichen Lebens schuldig zu sein. Das bedeutet also, daß diese Frauen nah an die Depression "herangezogen" werden, nämlich an Aggressionshemmung, an Wertlosigkeit und an ein ständiges Schuldgefühl. Frauen stehen aufgrund ihrer Sozialisation der Depression näher. Sie zeigen schon in "gesunden" Zeiten Verhaltensweisen, die zur Depression zählen. Der Spielraum zwischen "Normalität" und Depression ist geringer. Männer reagieren auf Probleme aggressiv und Frauen depressiv. Die Frau macht dabei die Erfahrung, daß sie Zuwendung bekommt, wenn sie klein und

schwach ist. In der Depression setzt sich als "normale Phase" im Leben eines Menschen die Erfahrung der gesamten Mädchenerziehung fort.

### **3.3.2. Alltägliche Sucht und Selbstmord**

Eine Frau mit Problemen flüchtet sich also meist in Depressionen. Dies ist ein wichtiges, ernstzunehmendes Warnsignal, daß sie etwas an ihrer Lebenswirklichkeit ändern muß. Ihre Seele braucht Ruhe, Schonung, Pause und Ausspannung. Bekommt sie sie nicht, wird die beginnende Krise oft mit Medikamenten zugedeckt.

Bei Frauen werden doppelt so häufig wie Männern Diagnosen gestellt, die mit psychischen Problemen zu tun haben. Diese psychischen Probleme werden meist von den Ärzten mit Psychopharmaka als Problemlöser behandelt. Psychopharmaka sind gesellschaftsfähig, es bemerkt sie niemand und eine Frau funktioniert mit ihnen besser. Die Gesellschaft verlangt jederzeit fitte, ausgeglichene und uneingeschränkt leistungsfähige Menschen. Das beginnt schon bei Kindern, die vom Arzt bei Schulschwierigkeiten Beruhigungssuppen etc. verschrieben bekommen.

Frauen greifen eher und öfter als Männer zu Schmerzmitteln. Sie neigen viel eher zur Medikamentensucht. Ärzte verschreiben diesen Frauen gern Psychopharmaka, damit sie endlich ruhig sind und nicht mehr jammern. Bei Untersuchungen der Medikamentenabhängigkeit von Frauen wurde festgestellt, daß Frauen um so stärker über gesundheitliche Beschwerden klagen, je geringer ihr Handlungsspielraum, ihr Grad an Selbstbestimmung zu Hause und im Beruf ist, je mehr sie sich mit Kollegen arrangieren müssen, ohne wirklich Einfluß nehmen zu können, und je mehr von ihnen erwartet wird, daß sie, "typisch Frau", für ein freundliches Klima zu sorgen haben. Arzneimittel sind legale Drogen. Manche rezeptfrei, andere mit einem Rezept in der Apotheke erhältlich. Viele dieser alltäglichen Drogen lösen eine Sucht aus, sie machen physisch und psychisch abhängig. Für eine kurze Zeit gelingt es der Frau, mit Hilfe der Medikamente den Alltag zu meistern, die Sucht führt sie jedoch über einen längeren Zeitraum zur Unfähigkeit, auch nur geringe Anforderungen zu erfüllen.

"Es entsteht ein Teufelskreis: Das momentane Mißbehagen führt zum Griff nach dem Medikament, die Droge führt zur Abhängigkeit, sie muß verstärkt und häufiger und in höheren Dosen eingenommen werden. Darüber werden soziale Beziehungen vernachlässigt und familiäre wie berufliche Aufgaben nicht mehr ausreichend wahrgenommen. Die Beschaffung der Drogen steht im Mittelpunkt des Lebens, denn bei vorübergehender "Ernüchterung" reagiert der Körper mit Entzugssympto-

men, und das soziale Dilemma rückt scharf in das Bewußtsein. Dieses Mißbehagen kann noch weniger denn je ausgehalten werden und bedarf der erneuten Betäubung. Der Teufelskreis ist geschlossen. Es ist eine Spirale abwärts."

(Swientek, 1990, S.86)

Der Frau wird ohne Medikamente die Sucht in vollem Ausmaß klar, mit allen körperlichen und seelischen Entzugserscheinungen. Ohne Drogen weiterzuleben scheint genauso sinnlos wie mit. Es wird kein anderer Ausweg als Selbstmord gesehen.

### **3.3.3. Alkoholismus/Drogen**

Die Motive der Frauen für den Alkoholismus sind:

1. Störungen im Zusammenleben, Kontaktstörungen, Depressionen und sexuelle Probleme. Sie verhalten sich häufig überangepaßt, reagieren auf Aggression und Druck mit Hilflosigkeit und Anpassung. Etwa die Hälfte der Frauen mit Alkoholproblemen entwickeln außerdem eine Abhängigkeit von Psychopharmaka.
2. Frauen suchen im Alkoholgenuss mehr Rollensicherheit, d.h. eine größere Weiblichkeit. Beim Frauenalkoholismus sind die gleichen Bedingungen wie beim Selbstmordverhalten und der TablettenSucht vorhanden.
3. Der private Bereich: Familie, Partnerschaft, Sozialbereich, Frausein sind entscheidend. Bei einer Störung in diesen Bereichen gibt es für sie keinen Ausgleich durch berufliche Anerkennung oder befriedigendes Freizeitverhalten. Bei Störungen im "weiblichen" Sozialbereich ist die Frau all ihrer Werte und Fähigkeiten beraubt. Ihr bleibt nur der vorübergehende oder endgültige Ausstieg.

In einer Gesellschaft, die alkoholabhängige Frauen noch sehr viel härter verurteilt als alkoholabhängige Männer, neigen Frauen auch noch mehr dazu, ihren eigenen Alkoholmissbrauch zu verheimlichen und zu verleugnen, anstatt Hilfe zu suchen, die sie brauchen. Alkoholikerinnen wenden das negative Urteil unserer Kultur auf sich selbst an und leiden mehr unter Schuld und Angst als männliche Alkoholiker, sie haben ein niedriges Selbstwertgefühl und versuchen häufiger, sich umzubringen.

(Swientek, 1990, S.89-91)

### **3.3.4. Depression, Sucht und Selbstmordverhalten**

Depression, Sucht und Selbstmordverhalten sind engstens miteinander verknüpft: In der Depression wird zu Medikamenten oder Alkohol gegriffen, um die Situation erträglicher zu machen. Gleichzeitig führt die Sucht tiefer in die Depression. Die Ausweglosigkeit von Sucht und Depression führt geradewegs in den Selbstmord.

Die Sucht ist eine individuelle Reaktion auf persönliche Erlebnisse. Es ist eine Flucht vor der Konfrontation mit der Realität. Frauen stehen aufgrund der erlernten Hilflosigkeit keine Strategien zur Verfügung, um mit ihren Problemen befriedigend umzugehen. Sie flüchten und ziehen sich zurück in ihre Hilflosigkeit. Eine süchtige Frau übt mit suizidalem Verhalten auf ihre Umwelt Macht und Kontrolle aus. Sie setzt ihre Umwelt unter Druck: "Entweder kümmert ihr euch um mich oder ich bringe mich um." Dieses wirksame Verhalten bringt Kontrolle über die Umwelt.

(Swientek, 1990, S.91-92)

## **3.4. Weibliche Standardrollen-Partnerschaft und Reproduktion**

### **3.4.1. Auf der Suche nach dem Mann**

Frausein bedeutet oft immer noch die Suche nach einem Mann. Mädchen werden nur daraufhin erzogen. Sie müssen ihrem Mann gefallen und ihm alles rechtmachen. Vor allem bei niedriger schulischer und beruflicher Vorbildung wird sich verstärkt um Familienbildung gekümmert.

Auch heute sehen immer noch viele Frauen ihren Beruf als Übergangsphase an. Es gibt kaum qualifizierte Jobs mit Verantwortung und Aufstiegschancen für Frauen. So sind ihre Berufsaussichten für ihr Leben eher unerfreulich.

Meist bringt die verbissene Suche nach "ihm" jede Menge Probleme. Die ausgesuchten Männer wollen sich erst einmal nicht fest binden und schon gar nicht auf eine Heirat festnageln lassen. Sie möchten unabhängig bleiben und alle Freiheiten genießen. Die Frau versucht, ihn zu überzeugen und ihn an sich zu binden. Scheint es aussichtslos, droht sie auch schon einmal mit Selbstmord. Dieser Druck entsteht natürlich auch auf gesellschaftlichem Wege. Frauen im heiratsfähigen Alter, die immer noch allein sind, werden nicht anerkannt und setzen sich vielfachen Anspielungen und Verleumdungen aus. Die alte Jungfer will nur Karriere machen, sie ist häßlich und kriegt sowieso keinen Mann mehr ab, ist die allgemeine Meinung! Ehefrauen haben wiederum Angst, daß ihre Männer mit diesen "freien" Frauen fremdgehen. Frauen nehmen dies persönlich, sie interpretieren die Untreue als ge-

gen sich gerichtet und beziehen sie auf ihre Minderwertigkeit. Hier werden die Frauen ihrer Überzeugung gerecht, sowieso nicht zu genügen, nicht auszureichen, nicht liebens- und begehrswert zu sein. Sie müssen es geschehen lassen, denn was könnten sie entgegensetzen?

### **3.4.2. Geschafft! Verheiratet!... Und dann?**

Die meisten Ehen werden nach fünf Jahren geschieden. Mit der Scheidung kann ein Schlußstrich hinter eine nicht mehr funktionierende Ehe gesetzt werden. Viele Ehen bleiben aber auch ungeschieden.

Wenn viele Ehefrauen sich nicht scheiden lassen und ausharren, leiden, depressiv werden oder Tabletten- oder alkoholabhängig, dann liegt es an ihrer Unbeweglichkeit, Unentschlossenheit und Passivität. Ich habe viele Frauen in dieser Situation im Frauenhaus kennengelernt. Sie haben den ersten, schweren Schritt gewagt. Sie haben ihren Mann verlassen. Oft wurden sie wieder "rückfällig" und gingen zu ihrem Mann zurück. Aber für alle war dieser erste Loslösungsschritt sehr, sehr wichtig. Einige von ihnen schafften auch, sich aus der Abhängigkeit zu befreien und richteten sich ihr Leben allein in einer "freien" Umgebung ein. Die verheirateten Frauen, die bei ihren Männern bleiben, erdulden lieber die Gewalt ihres Mannes, werden vielleicht körperlich, sexuell und seelisch mißhandelt. Sie hängen aber an ihm und können nicht ohne ihn leben. Das ist die Angst vor Veränderung, vor Ungewissem oder vor dem Alleinsein. Die Gewöhnung an die Situation und die Angst vor der Selbständigkeit lässt die Frau alle Qualen ertragen.

Schlimmer ist es für ganz junge Frauen, die direkt aus ihrem Elternhaus die Heirat eingehen. Für sie ist diese Situation ganz bedrohlich: sie haben noch nie allein gelebt. Sie hatten immer eine Person (Vater oder Ehemann), die für sie bestimmte.

Es gibt viele Frauen, die beim Scheitern ihrer Ehe eher an Selbstmord als an eine Trennung denken. Der Selbstmord scheint für viele Frauen denkbarer als aggressive Handlungen gegen den Mann. Ihre Erziehung läuft auf eine Hemmung der Aggressivität hinaus. Mädchen sollen nicht schimpfen, fluchen oder schlagen, das machen nur Jungen.

### **3.4.3. "Mutterglück" und Selbstmordgefährdung**

Es soll angeblich die schönste Zeit im Leben einer Frau sein: Schwangerschaft, Geburt und "glückliche Mutter". Es gibt Frauen, die damit wirklich zufrieden sind. Sie haben ihre Rolle gelernt und versuchen darin aufzugehen. Das Erwachen kommt

aber sehr schnell. Selbst erwünschte Schwangerschaft ist nicht nur freudige Erwartung, der Geburtsvorgang selten nur beglückend. Die Tage nach der Entbindung sind oft von Verlust- und Versagensängsten geplagt, weil sich keine erwarteten Muttergefühle einstellen. Das ist normal und geht vielen Frauen so. Ist die Schwangerschaft von beiden Elternteilen nicht gewollt, wird um eine Abtreibung gekämpft. Oft wird die Schwangerschaft als letztes Mittel benutzt, um in einer nicht intakten Beziehung noch einmal von vorn zu beginnen. Doch die Realität sieht anders aus. Wird die Frau vom Kindsvater verlassen, bricht für sie eine Welt zusammen. Ihr stellt sich die Frage "Was nun tun?" Sie hat Angst vor der Zukunft, vor Diskriminierungen, Abtreibung, Adoption und Armut, vor Verlassenheit und Angst vor völliger privater und beruflicher Veränderung. Viele Frauen sind damit überlastet und sehen keinen anderen Ausweg als die Flucht in Selbstmordgedanken. Bei unerwünschten Schwangerschaften ist für eine Entscheidung der Frau und ihre psychische Situation die Reaktion der Umwelt von großer Bedeutung. Wie reagiert der Vater, die Eltern, der Arbeitgeber... Bei diesen Frauen wird der Selbstmord sehr oft thematisiert, er wird als Lösung in Erwägung gezogen. Es kann sich auch um Erpressung handeln, als krampfhafter Versuch, ein letztes Mal die Beziehung zu retten und den Vater des Kindes an sich zu "ketten". Die Heirat wird oft vorgezogen, auch wenn die Ehe ziemlich aussichtslos scheint, nur damit das Kind in geordneten Verhältnissen aufwächst.

Bei ungewollten Schwangerschaften ohne Vater wird die Mutter oft in ihrer verzweifelten Lage zur Adoption gedrängt, die sie später bereut. Alleingelassen, wohnungslos, völlig überfordert, oft schon während der Schwangerschaft "völlig am Ende", zur Abtreibung zu spät, erleben sie als einzige Hilfe den "Rat", sich von dem Kind zu trennen. Das wollen sie zwar nicht, haben aber selber keine Alternativen zur Verfügung und bekommen keine genannt. Nicht selten unter massiven Druck gesetzt, geben sie nach und neue unüberwindliche Probleme beginnen. Nun sind sie nicht mehr die unanständigen, ledigen Mütter sondern, die "Rabenmütter", die ihre Kinder verschenkt haben. Sie merken schnell, daß sie keine Hilfe bekommen und daß nur das Verbergen dieser Tat, dieser Schuld, die niemand mehr loswird, das beste ist. Sie können Trauer und Aggressivität gegen die anderen Beteiligten an dem ganzen Verfahren nur "in sich hineinfressen" und dort wirken sie als tiefe Depressionen mit wechselnd starken Neigungen, sich selber zu töten.

Selbstmordversuche in Schwangerschaftskonfliktsituationen sind jedoch immer nur von sehr kurzer Wirkung. Der Partner wird durch diesen Schreck aufmerksam und

bekommt nun das Gefühl manipuliert und unter Druck gesetzt zu werden und in eine Ehe gezwungen zu werden. Er hat Angst vor weiteren Selbstmorddrohungen und Erpressungen.

In den ersten Tagen nach der Entbindung leiden viele Frauen durch die Hormonumstellung an Depressionen. Bei der hilflos-depressiven Frau sind die Aggressionen so gehemmt, daß der Rückzug in die Depression bis zum Suizid als einziger Ausweg aus einer schwierigen Lage empfunden wird. "Bei den zur Wochenbettdepression neigenden Frauen liegen starke Aggressionshemmungen vor. Weiterhin ist die Persönlichkeitsstruktur meist durch ungewöhnlich starke Verpflichtungsgefühle gekennzeichnet. Sie zeigen eine Opferhaltung: Sie haben Angst, selber zu kurz zu kommen. Das Kind und der Partner fordern von ihr alles, und sie bekommt nichts dafür zurück. Allerdings spricht die Frau oft keine Forderung danach aus. Die Frau fühlt sich ausgenommen, benutzt, leer. Frauen mit Depressionen im Wochenbett werden geplagt von starken Schuldgefühlen. "Schuldgefühle äußern sich in gegen das Selbst gerichteten Aggressionen und spielen damit eine wesentliche Rolle im Zustandekommen der Depression. Für das Zustandekommen einer Depression ist es aber geradezu kennzeichnend, daß ein primär auf ein äußeres Objekt gerichteter Ärger nicht ins bewußte Erleben zugelassen wird. (...) Statt dessen wird die Wut gegen das eigene Selbst ausgetobt: nämlich in der depressiven Symptomatik, die bis zum Suizid gehen kann". (Swientek, 1990, S.116)

Es gibt häufig Mütter mit Kindern, die mit der Arbeit und dem Kind vom Mann völlig überfordert allein gelassen werden. Vor der Geburt sah alles rosig aus, doch hinterher haben die Väter keine Zeit mehr. Sie gehen ihrem Beruf und ihren Freizeitinteressen genauso nach wie ohne Kind. Die Frau hat tadellos mit ihrer Doppelbelastung zu funktionieren und sich nicht zu beklagen. Sie wird depressiv-hilflos und denkt an Selbstmord. In unserer Gesellschaft ist kein Mensch so hilflos wie eine Frau mit Kind. Schließlich möchte sie in keinem Fall dem Kind schaden. Sie kann sich deshalb nur verbal äußern, nicht einfach zur Erholung mal weggehen, das Kind brüllen lassen, damit der Vater sich darum kümmert. Sie könnte nur mit dem Kind weggehen, was auch dem Kind schaden würde, weil es ohne Vater aufwachsen würde. Hier ist noch auf den "Mitnahme-Selbstmord" hinzuweisen. Es handelt sich dabei um Frauen, die erst ihre Kinder töten, um danach sich selber umzubringen. Das ist eine unabdingbare Folge der weiblichen Sozialisation: "Als Mutter läßt man seine Kinder nicht im Stich. Frauen, die nicht mehr leben können, sehen auch keine

Chance mehr für ihre Kinder. In ihrer eigenen Hilflosigkeit können sie weder für sich selber noch für die Kinder einen Ausweg erkennen.  
(Swientek, 1990, S.118-125)

**Warum lassen Frauen das alles mit sich geschehen?**

Weil sie so erzogen wurden! Sie wagen es nicht, selbst zu anderen Rollen und Verhaltensweisen zu finden. Sie haben mehr Angst vor Verselbständigung als vor Unterdrückung. Passivität ist der leichteste Weg. Frauen sind als Opfer erzogen. Sie finden sich in jeder privaten und beruflichen Rolle in ihrer Opferrolle wieder. Sie erfüllen immer diese Rollenerwartung, gerät sie allerdings außer Kontrolle, spielen sie weiter bis zum bitteren Ende - dem Selbstmord!

### **3.5. Krisenzeiten**

Der Begriff "Krise" stammt aus dem Lateinischen und bedeutet ursprünglich: Entscheidungssituationen, Wendepunkt, Höhepunkt einer Entwicklung.

Krisenzeiten sind bei Frauen vor allem das Alter um 20 Jahre (Pubertät, Erwachsenwerden müssen), Mitte bis Ende der 40er Jahre (Wechseljahre, Mitte des Lebens, Planung der zweiten Lebenshälfte) und das hohe Alter ab 70 Jahre, in dem der Tod bereits nahe ist.

Krisen sind in der Selbstmordforschung fast immer "Konfliktkrisen", d.h. Situationen, in denen es im zwischenmenschlichen Bereich zu scheinbar unlösbaren Problemen gekommen ist. Es sind dabei Trennungen besonders häufig.

Krisen laufen in mehreren Phasen ab:

1. Die gewohnten, bisher eingeschlagenen und erfolgreichen Wege der Problembewältigung versagen.
2. Die Person erfährt, daß das Problem so nicht zu lösen ist.
3. Die letzten Ressourcen (Kräfte, Möglichkeiten, Ideen) werden mobilisiert.
4. Das Problem wird neu definiert.
5. Am Ende steht entweder die Problemlösung in Form von sozial wünschenswerten und anerkannten Verhaltensweisen oder aber Desorganisation und Desorientierung der Betreffenden: Weglaufen, Selbstmordversuch, Krankwerden u.a.

In einer Krise müssen neue Verhaltensweisen versucht werden. Am häufigsten wird das "Lernen nach Versuch und Irrtum" ausprobiert.

Der Verlauf einer Krise ist abhängig vom Alter, den Vorerfahrungen die die Betroffene gemacht hat, der sozialen Gemeinschaft, auf die die Betroffene zurückgreifen kann und vom Ausmaß "erlernter Hilflosigkeit".

Ist die Krise überstanden, kann die Frau ihre eigene Stärke erfahren, daran wachsen und neues Selbstvertrauen erwerben, für ein besseres Umgehen weiterer Krisen.

Außerdem gibt eine durchstandene Krise Raum für einen neuen Lebensabschnitt, für eine andere, befriedigendere Bewältigung der Gegenwart und der Zukunft.

(Swientek 1990, S.130-134)

### **3.5.1. Pubertät**

Bevor die junge Frau selbstständig werden kann, muß sie sich trennen und Abschied nehmen von der Kindheit.

Die Jugendliche muß mit ihren körperlichen Veränderungen in Übereinstimmung kommen, ebenso wie mit ihrer sexuellen Entwicklung und den psychosexuellen Wünschen. Sie muß jetzt einen festen Sinn für Identität entwickeln und aktiv die Ausgestaltung der Geschlechtsrolle betreiben. Sie wird größere Eigenständigkeit, Eigenwilligkeit, Eigenverantwortlichkeit anstreben und allmählich einen Lebensplan entwerfen. Zu erwartende Kennzeichen in diesem Altersabschnitt sind: Gelegentliche psychosomatische Anfälle, Aufflackern der frühkindlichen Auseinandersetzung mit den Eltern, unbeständiges und parodoxes Handeln, überkritisch sich selbst und anderen gegenüber sein, zwiespältig in der Einstellung der Eltern gegenüber mit der ängstlichen Vorstellung, die elterliche Unterstützung zu verlieren.... (Dörner/Plog, 1992, S.106-107)

Das "Experimentieren mit sich selbst und mit anderen" kann sich zeigen in einem impulsiven Aufkündigen von Freundschaften "für alle Zeit"; Abbruch von Lehre oder Schule ohne erkennbaren Grund für Außenstehende; Verhaltensweisen, die eine Rückkehr in das verlassene Sozialsystem unmöglich erscheinen lassen; Ausbruchsversuche ganz allgemein, die der eigenen Befreiung dienen und gleichzeitig Zeichen setzen sollen. Alle diese Merkmale könnten auch auf eine beginnende Suizidalität schließen lassen. (Swientek, 1992, S.136-137)

## **Suizid bei Mädchen**

Jährlich töten sich in der BRD etwa 160 bis 180 Mädchen im Alter bis zu 20 Jahren, männliche Jugendliche drei- bis viermal so viele. Die Selbstmordversuchsraten erreicht für Mädchen fast die Ziffer 500 (bezogen auf 100 000 Einwohner). Auch hier bevorzugen Mädchen "weiche" Methoden. Motive bzw. Auslöser sind meist: Liebeskummer, Familienstreit und sonstige Partnerprobleme, bei Jungen liegen sie eher im Leistungsbereich: Schulversagen, Leistungsdruck, Probleme am Arbeitsplatz. Die Prioritäten sind bereits eindeutig festgelegt: für Mädchen im privaten, emotionalen Bereich, für Jungen der außerhäusliche, intellektuelle und berufliche Bereich.

Mädchen werden von Geburt an zu "typisch weiblichem" Verhalten erzogen, also zu den Verhaltensweisen, die eher passiv und zurücknehmend sind. Sie können kein ausreichendes Selbstwertgefühl entwickeln, da Mädchen lernen, daß ihre anerzogenen Merkmale und Verhaltensweisen minderwertig sind. Daraus folgt eine minderwertige und untergeordnete Identität. Mädchen müssen immer schön "Liebsein" und soziales Verhalten zeigen. Ihre unerentwickelte Aggressionsbereitschaft hindert sie an der Eroberung anderer als sozialer Bereiche, so daß andere Fähigkeiten unterdrückt bleiben. Sie geraten in einen Teufelskreis von Abhängigkeit gegenüber anderen Personen und deren Anerkennung. Selbstmordmotive kennzeichnen ihr zerbrechliches "Selbstbild". Wird Liebe und Zuwendung entzogen, erfolgt der Zusammenbruch. Veränderungen der eigenen Rolle sind nur durch Verzicht auf Liebe und Anerkennung zu erreichen. Dieser Konflikt ist nicht auszuhalten. Sie reagieren depressiv, psychosomatisch oder autoaggressiv. Alle Reaktionsformen sind selbstzerstörerischer Art, sie sind Ausdruck von Passivität, Selbstverachtung und Selbstbestrafung. Durch dieses "typisch weibliche Verhalten" verändern Mädchen nicht ihre Rollenrealität, sondern verstärken sie. Als sichtbar schwache und hilflose Frauen wird ihnen besonders Aufmerksamkeit zuteil. (Swientek, 1990, S.138-140)

## **Die erste große, einzige Liebe**

Aus der entwicklungsbedingten Unsicherheit, den extremen Stimmungsschwankungen, den massiven und lautstarken Kontroversen mit den Eltern ergibt sich ein explosives Gemisch. Mädchen sind von dieser labilen Atmosphäre noch viel stärker als Jungen betroffen. Sie werden stärker eingeengt, was ihre Außenorientierung angeht, woraus sich zusätzliche Auseinandersetzungen mit den Eltern ergeben. Die

Eltern sind oft nicht so sehr um das Wohl der Tochter besorgt als vielmehr um ihren eigenen Ruf wegen einer möglichen drohenden Schwangerschaft. Zur Rollenunsicherheit kommt die Unsicherheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht hinzu. Für das Mädchen gibt es nur die einzige, große und nie wiederkehrende Liebe. Sie ist in ihrer ersten Liebe noch unendlich viel kränkbarer, verletzlicher und auch radikaler. Eine Absage trifft das Selbstwertgefühl im Kern, das ohnehin sehr starken Schwankungen ausgesetzt ist. Mit einem Verlassenwerden vom ersten Freund scheint das eigene Leben beendet.

Die Schule ist ein weiteres großes Problem in dieser Lebensphase. Von der Einschulung eines Kindes an beruhen Familienkräfte größtenteil auf schulische Fragen: schlechte Zensuren, Beschwerden der Lehrer, nicht gemachte Hausaufgaben... Selbst bei Themen, die nichts mit der Schule zu tun haben, geht es um nichts anderes: Nicht abends zu lange weggehen, Fernsehverbot, eingeschränkte Kinderkontakte... Die berüchtigte Fünf im Zeugnis ist nicht der Grund, einen Selbstmord (versuch) zu begehen - oft ist ein monatelanges Ringen und Kämpfen mit den Eltern, ein sich Abmühen und doch nicht Schaffen, Erniedrigungen in und vor der Klasse, schlechte Zwischenzensuren, Enttäuschungen und Resignation vorausgegangen. Die Hilflosigkeit gegenüber diesen Erlebnissen, die Angst vor weiteren Entbehrungen des Lebens und die Mutlosigkeit, aus den Problemen nicht herauszufinden, bilden eine reale, nachvollziehbare Krise.

### **3.5.2. Krise in der Lebensmitte**

Während Männer in "den besten Jahren" nochmal richtig aufblühen und ihr Leben von Grund auf ändern, ist es für Frauen nur noch ein "Klagen". Sie trauern und sehen finster ihre Zukunft des Älterwerdens. Ab 40 wird jede Fehlleistung, jedes Unwohlsein, jede Unlust und jedes Versagen dem Alter zugerechnet. Es ist für Frauen eine regelrechte Krise. Die Erkenntnis von Frauen, alt zu werden, überfällt sie von einem Moment auf den anderen. Es bedarf oft nur eines bedeutungslosen Anlasses, um die latent vorhandene Krise auszulösen. Mütter haben sich ihr Leben lang auf ihre Kinder konzentriert. Gehen diese aus dem Haus, fällt ein Lebenssinn weg, folgt die große Leere. Der Auszug der Kinder konfrontiert viele Mütter mit ihren eigenen, nicht wahrgenommen Problemen. Die Probleme des Überflüssigseins und des Alters, der Leere in der Ehe und das Bewußtsein keine Arbeit mehr zu bekommen, verstärkt sich und führt in eine tiefe Krise. Diesem Zustand von Leere kann langfristig vorgebeugt werden durch Berufstätigkeit, Freizeitaktivitäten, Fortbildungen

oder ehrenamtliche Tätigkeiten. Was am Aktivwerden ängstigt, ist die Angst vor Veränderungen, das Abschiednehmen von eingefahrenen, bequem gewordenen, passiven Lebensbedingungen. Außerdem kommen körperliche Gebrechen hinzu und das von der Gesellschaft vermittelte Schönheitsideal der Frau. Die Probleme mit dem Altern des Körpers sind Probleme mit dem Selbstwert. Je mehr die Frau auf Äußerlichkeiten achtet, umso mehr Probleme wird sie bekommen. Ein Besinnen auf innere, geistig-seelische, kreative Fähigkeiten wäre auch für die Umwelt eine deutliche Zurückweisung der Forderung nach straffen Pos, Busen und faltenloser Haut. Frauen haben schlank und "knackig" zu sein. Sie dürfen keine Falten haben, bei Männern werden sie Linien genannt und wirken lebenserfahren und attraktiv. Frauen müssen begreifen, daß ihre Attraktivität von innen kommt, daß sie von ihnen selbst bestimmt wird und nicht von der Schönheitsindustrie, die nur darauf aus ist, Geld zu machen. Eine Frau ist attraktiv und schön, wenn sie sich attraktiv, schön und sicher fühlt. Das ist eine Frage der Selbstachtung, der Selbstliebe und des Selbstwertes. Der eigene Altersprozeß wird zunächst weniger an sich selbst wahrgenommen und reflektiert, sondern kommt von Beobachtungen und Rückmeldungen anderer Menschen. Wir haben selber keinen Maßstab für das Altern und sind in vielem noch in der Vergangenheit befangen: in Erinnerungen an die Kindheit; die Jugend und das Erwachsenwerden. Diese Zeiten leben in uns, und wir sind auch immer noch das Kind, die Jugendliche, die Jungerwachsene. Wir haben alle Alters- und Entwicklungsstufen, die uns geprägt haben, jederzeit parat. Außenstehende betrachten uns nach dem äußeren Erscheinungsbild, dem Verhalten, dem Bewegungsablauf und dem Sprechen.

Männer scheinen mit dem Klimakterium weniger Probleme zu haben, weil sie in ihrer Sozialisation andere Bewältigungsmechanismen zur Verfügung haben als Frauen. Die Erziehung der Frauen ist weitgehend auf Reproduktion und Familienleben ausgerichtet. Fällt sie weg, zweifeln sie an ihrer Werthaflichkeit. Männer wurden für die Eroberung und Aneignung der Welt erzogen, und können dies immer noch ausführen. (Swientek, 1992, S.148-157)

### **3.5.3. Krise am Ende des Lebens**

Für das Älterwerden gibt es mindestens vier Reaktionen:

1. Der alte Mensch kann sein Älterwerden verdrängen und leugnen, etwa äußerlich durch Schminke, jugendliche Kleidung, übertriebenen Sport etc.

1. Die Menschen, die ihr Leben lang auf etwas besonderes gewartet haben, sind von der Erkenntnis, alt zu sein, besonders geschockt. Für sie ist das Leben zu Ende, bevor es begonnen hat.
2. Manche Menschen meinen, sie müßten besonders viel in ihrem Leben nachholen. Bei Männern sind es sexuelle Abenteuer mit sehr viel jüngeren Frauen. Frauen in diesem Alter wollen noch einmal die Welt sehen und etwas erleben. Die Reisen können entweder Suchtcharakter annehmen, das Altern wird verdrängt oder den Frauen wird nach einigen Ernüchterungen bewußt, daß sie ihr Altwerden nicht aufhalten können.
3. Die Regression ist eine weitere Form, nicht bewältigtem Älterwerden zu begegnen. Es tritt z.B. eine passive Haltung in Abhängigkeitsverhältnissen (Heim, Krankenhaus...) auf oder in Form von kindlichem Verhalten. Der Grund dafür sind entweder hirnorganische Prozesse oder bewußt herbeigeführte Verhaltensweisen.
4. Die optimale und reife Reaktion ist eine klare Planung der verbleibenden Jahre, durch ein geruhsames Erleben, eine Auseinandersetzung damit und ein Ausleben aller verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten.

38% der alten Frauen in der BRD töten sich. (obwohl die über 65jährigen nur 19% der Bevölkerung ausmachen) Von 10 Frauen, die einen Suizid begehen, sind 7 über 55 Jahre und älter. Die Selbstmorde im Alter nehmen gegenüber den Selbstmordversuchen stark zu. Und es sind eigentlich noch mehr. Viele Selbstmorde bleiben unentdeckt. Bei alten kranken Menschen wird nicht nach der eigentlichen Todesursache geforscht, sondern die Krankheit als Todesursache diagnostiziert. Bei tödlich endenden Verkehrsunfällen wird stets auf "Unfall" erkannt, wenn unklar ist, ob es sich um Selbstmord oder Unfall handelt, weil die Hinterbliebenen von Selbst- und Fremdvorwürfen verschont bleiben sollen und Versicherungsleistungen nicht blockiert werden sollen. Manche alten Menschen sterben dadurch, daß sie ihre Lebensfunktionen ausschalten. Sie essen nicht mehr, nehmen wichtige Medikamente nicht mehr und bleiben im Bett, weil sie es wollen oder nicht mehr wissen "wie" und "warum" sie weiterleben sollen. Die Isolation steht bei den Motiven mit anderen schwerwiegenden Problemen im Mittelpunkt. Sie kann durch Partnerverlust oder Heimeinweisung eintreten, die mit einer Entmündigung, einer Infantilisierung und einem Verlust an Geborgenheit und Menschenwürde einhergehen. Die "erlernte Hilflosigkeit" oder der "natürliche Tod" wird ausgelöst durch Irritation als Folge

von Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit der Lebensumstände. Sie wird verschärft durch die generelle Ablehnung alter Menschen, die diesen verbal und non-verbal entgegenschlägt. Frauen über 65 Jahre haben weniger Möglichkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten. Sie sind isoliert. Isolation ist nicht nur eine Frage der Nichtverfügbarkeit anderer, sondern auch eine Frage, wieweit soziale Kontakte nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen, gepflegt und erwidert werden. Die Mobilität ist eingeschränkter, sie trauen sich nicht mehr aus dem Haus. Besonders belastend ist das Sterben ihrer Freunde. Jeder Tod reißt in die soziale Gemeinschaft alter Menschen ein tiefes Loch, das nicht wieder zu schließen ist. Gleichzeitig rückt der eigene Tod immer näher ins Blickfeld. Hilflosigkeit bei alten Frauen hat eine doppelte Bedeutung. Aufgrund der weiblichen Sozialisation sind sie in ihrem Empfinden oft macht-, wehr-, und hilflos. Sie sind oft ohne Hilfe von außen für die alltäglichen Leistungen, die sie selbst nicht mehr bewältigen können.

### **3.6. Reaktionen auf Selbstmord**

Neue Reaktionen der Gesellschaft in Form von frauenspezifischen Einrichtungen, die sich mit Suizid befassen, gibt es meines Wissens nicht. Wenn neue Suizideinrichtungen geschaffen werden, dann für beide Geschlechter. Es könnte wohl sein, daß eine Mitarbeiterin dieser Einrichtungen spezielle Angebote für Frauen bereithält. Ansonsten müssen sich suizidgefährdete Frauen an die üblichen Fraueneinrichtungen (Beratungsstellen) wenden, die sich unter anderem mit Hilfe der Psychotherapie auch mit der Selbstmordproblematik befaßt. Dort können sie mit verschiedenen Problemlösungsstrategien experimentieren und werden mit Veränderungen in ihrem Leben konfrontiert.

Des Weiteren werden die Bedingungen, die bei Frauen zum Selbstmord führen, so gut wie nicht oder falsch untersucht. Die männlichen Selbstmordforscher gehen immer von den üblichen geschlechtsspezifischen Untersuchungsgründen (Liebeskummer, Familienschwierigkeiten etc.) bei einem Frauenselbstmord aus (siehe Abschnitt 3.2 "Ursachen und Motive").

Erst nach einem Suizidversuch erhält die Frau vielleicht das, was sie erhofft hat: Aufmerksamkeit, Zuwendung, Suche nach den Ursachen der Probleme, Bemühen um Hilfestellung. Es ist jedenfalls erwiesen, daß zumindest Frauen, besonders junge, in Krankenhäusern mehr Zuwendung als andere bekommen. Es wird nur selten von Ärzten oder Psychotherapeuten erkannt, wie stark die seelische und geistige Gesundheit der Frauen von ihrer benachteiligten Lage beeinflußt ist. Die Ursachen

für psychische Probleme werden eher in der individuellen Psyche, als in äußerer Bedingungen und besonderen Belastungen der Frauen gesucht. Frauen werden aufgefordert, sich ihrer "weiblichen" Natur entsprechend zu verhalten und nicht zu rebellieren, anstatt ihre wahren Kräfte und Fähigkeiten zu erkennen. Das kann soweit kommen, daß sich Therapeuten mit Familienangehörigen verbünden, um Frauen in Heilanstalten abzuschieben und einzuschließen. Hierfür gibt es historische, bekannte Beispiele z.B. Janet Frame (geb. 1924), Virginia Woolf (1882 - 1941), Sylvia Plath (1932 - 1963), Camille Claudel (1864 - 1943). Dies sind Künstlerinnen, deren Verhalten ohnehin als unangepaßt bewertet wurde. Bei Virginia Woolf wird allerdings angenommen, daß sie sich ohne Therapie schon viel früher umgebracht hätte. Suizid als Verhaltensweise wird von der Gesellschaft nicht für ungewöhnlich gehalten. Es wird als "typisch weibliche Verhaltensweise" angesehen. Das "arme, kleine Frauchen" hat Liebeskummer und ist verzweifelt.

Andererseits gibt es in unserer Gesellschaft ein regelrechtes Suizidtabu, daß die Reaktionen nicht erleichtert. Die Reaktionen der Umwelt auf einen Frauensuizid können deshalb ganz unterschiedlich sein. Sie reichen von Verständnis und Zuwendung bis zu Diskriminierung und Arbeitsentlassung etc. Die Umwelt (Freund, Eltern etc.) reagiert oft aus Schuldgefühl und schlechtem Gewissen, was bei der Frau zu Unverständnis und zu einem erneuten "erfolgreichen" Suizidversuch führen kann.

Es fällt jedoch ganz besonders Männern schwer, mit Frauen über einen Suizid zu reden. Sie ignorieren das Thema und schweigen es tot. Schließlich redet man nicht über Gefühle.

Es kommt vor, daß Frauen nach einem Suizidversuch ständig überwacht werden, aus Angst vor einem erneuten Versuch. Diese Reaktion schlägt genau ins Gegenteil um und löst Wut, Entblößung und Erniedrigung bei der Frau aus.

Bei bestimmten Frauen wird Suizid in keinem Fall gesellschaftlich akzeptiert, so z.B. bei Hausfrauen mit Kindern oder bei Frauen, deren Familie einen bekannten Namen trägt. Viele Menschen unserer Gesellschaft können z.B. den Suizid einer Hausfrau mit Kindern nicht nachvollziehen. Die Umwelt wird denken, "wie konnte sie das nur den Kindern und dem Ehemann antun, sie hatte doch alles, der Mann hat gut verdient und das Geld zu hause abgeliefert. Der Mann kann doch nicht im Todesfall allein die Kinder versorgen."

## 4. Leitfragen und Thesen

Um die Ergebnisse der Literaturanalyse zu verdichten, werden im folgenden fünf Leitfragen und zugehörige Thesen erarbeitet. Diese Leitfragen und Thesen sollen helfen, die Analyse der Fallbeispiele zu fokussieren.

### **Leitfrage 1: Wollen Frauen sich wirklich endgültig umbringen?**

*These 1: Frauen können ihre Vorstellungen und Wünsche nicht artikulieren und durchsetzen und nutzen deshalb einen Selbstmordversuch als Hilferuf.*

Diese These ist die Kernaussage des Abschnitts 3.2.2 "Von der erlernten Hilflosigkeit zum erlernten Selbstmord", speziell im Abschnitt "Unterordnung und Abhängigkeit". Die erlernte Hilflosigkeit ist eine Konsequenz der unterschiedlichen Erziehung von Jungen und Mädchen. Auf Seite 56 wird beschrieben, daß die Hilflosigkeit auf vielfältiger Weise für die Frau zur Lebensform wird "Erst wenn der Ruf um Hilfe ungehört verhallt..."

Diese These ist durch die Suizidstatistik belegt, in der deutlich wird, daß Männer zwar zwei- bis dreimal so häufig Suizid begehen, Frauen jedoch dreimal so oft einen Selbstmordversuch unternehmen und sich im Gegensatz zu den Männern nicht endgültig umbringen.

Die erste These entspricht dem Eventual-Suizid, der im Abschnitt 2.2 "Selbstmord oder Selbstmordversuch" beschrieben wird.

### **Leitfrage 2: Wird Suizid von Frauen gezielt als Problemlösungsstrategie eingesetzt?**

*These 2: Frauen, haben gelernt, daß sie im Vergleich zu Männern wesentlich geringere Wirkungsmöglichkeiten und Durchsetzungsstrategien zur Verfügung haben. Sie beobachten, daß selbstschädigendes Verhalten zu einem Erfolg führen kann, der bislang mit keiner anderen Verhaltensweise erzielt werden konnte.*

Im Abschnitt 2.2 "Selbstmord oder Selbstmordversuch" steht, daß Suizidversuche die "strategische Funktion der Lösung von Konfliktsituationen" haben.

Suizidversuche bei Frauen werden durch Zuwendung und Wunscherfüllung belohnt, die anderweitig nicht erreichbar schien.

Weiterhin ist diese These die Kernaussage des Abschnitts 3.2.2 "Von der erlernten Hilflosigkeit zum erlernten Selbstmord", in dem auf den Zusammenhang der erlern-

ten Hilflosigkeit und des erlernten Selbstmordes sowie auf dessen Bedeutung für die suizidalen Verhaltensweisen eingegangen wird.

Im Abschnitt "Unterordnung und Abhängigkeit" wird deutlich, daß der Rückzug auf die Selbstbeschädigung für Frauen die einfachste Lösung sein kann, sich mit akuten Konflikten auseinanderzusetzen.

Die zweite These entspricht dem demonstrativen-theatralischen Suizidversuch in Abschnitt 2.2 "Selbstmord oder Selbstmordversuch".

Im Abschnitt 2.9 "Reaktionen auf Selbstmord" wird erklärt, daß eine Suizidhandlung vieles durchsetzen kann, was ein Appell an Mitgefühl und Verständnis nicht erreichen konnte.

### **Leitfrage 3: Bevorzugen Frauen "weiche" Methoden?**

*These 3: Durch die unterschiedliche Erziehung von Jungen und Mädchen entsprechen "weiche" Methoden mehr dem Selbstbild und der Rollenerwartung von Frauen.*

Wie im Abschnitt 3.1 "Suizidversuch als Hilferuf" beschrieben wird, greifen Frauen zu Methoden, die auch nach Tatbeginn zurückgenommen werden können.

### **Leitfrage 4: Sind Selbstmordversuche bei Frauen gesellschaftlich akzeptiert?**

*These 4: Es wird immer noch mehr dem schwachen, angeblich weniger lebensfähigen Geschlecht zugebilligt, nicht mit Härten und Versagungen des Alltags klarzukommen. Der Selbstmordversuch bei Frauen entspricht dem Bild, daß Frauen Schutz und Hilfe brauchen, betreut und geführt werden müssen.*

Auch diese These ergibt sich aus Abschnitt 3.1 "Suizidversuch als Hilferuf". Die später folgenden beschriebenen Interviews bestätigen diese These.

Wie die Literatur zeigt, erhalten Frauen im Krankenhaus nach einem Suizidversuch mehr Zuwendung als Männer. Männer gelten bei einem "mißglückten" Selbstmordversuch als Versager. Frauen jedoch bekommen Schutz und Hilfe, weil "die Armen" allein in ihrem Leben nicht mehr klar kommen und gefährdet sind, den Suizid zu wiederholen. Es kommt vor, daß nach einem mißglückten Suizid die Frau von ihren Angehörigen; Freunden, Lehrern etc. strengstens überwacht wird.

## **Leitfrage 5: Sind die Suizidmotive von Frauen dieselben wie von Männern?**

*These 5: Frauen werden durch familiäre und partnerschaftliche Probleme zum Suizidversuch veranlaßt.*

Diese Aussage geht aus dem Abschnitt 3.2 "Ursachen und Motive" hervor. Dort wurde gesagt, daß die Frau häufiger als der Mann ihr Suizidmotiv aus der familiären Situation entnimmt.

## **5. Beschreibung des Untersuchungsablaufs**

### **5.1. Ziel der Untersuchung**

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, Beispiele für die sehr vielschichtigen Aspekte des Suizidverhaltens bei Frauen zu finden. Dafür wählte ich die Methode des Interviews aus. Das Interview bzw. ihre schriftliche Form Fragebogen sind in dieser Untersuchung nicht dazu gedacht, allgemeingültige Aussagen zu erreichen. Sie können jedoch theoretische Aussagen plausibel machen und stellen sie in einen praktischen Kontext.

### **5.2. Zielgruppe**

Zur Suche nach Frauen, die sich für ein Interview oder zur Beantwortung eines Fragebogens bereiterklärten, nutzte ich verschiedene Medien. Aufgrund der regionalen Verteilung und der Frequentierung durch unterschiedliche Gruppierungen erreichte ich durch jedes dieser Medien jeweils eine andere Zielgruppe. Natürlich ist die Stichprobe aufgrund ihres geringen Umfanges nicht repräsentativ. Insgesamt bildet meine Stichprobe einen breiten Querschnitt von Frauen aus verschiedenen Altersstufen, familiärem Hintergrund und gesellschaftlichen Schichten.

Folgende Wege, um Frauen anzusprechen, habe ich versucht:

- *Telefonische Anfrage* bei regionalen Beratungsstellen und psychiatrischen Kliniken mit Bitte um Interviews oder die Annahme von Fragebögen. Die Resonanz auf meine Anfragen war durchweg negativ, häufig mit dem Argument, daß das Klientel dieser Einrichtungen seine Suizidversuche noch nicht genügend verarbeitet hätte und daher das Risiko eines erneuten Versuches aufgrund meiner Befragung zu groß sei.

- *Verteilen von Aushängen* in Beratungsstellen und öffentlichen Räumen wie Stadtbibliothek und verschiedenen Universitätsgebäuden. Die Zielgruppe dieser Aktion war regional begrenzt. Bei den Aushängen in der Universität wurde darüber hinaus nur die Gruppe der Studentinnen und Universitätsangestellten erreicht. Allgemein kann hier also von einem höheren Bildungsniveau ausgegangen werden.
- *Kleinanzeige in einem lokalen Anzeigenblatt*. Ohne auf eine statistische Aufschlüsselung der Leserschaft dieser Zeitung zurückgreifen zu können, handelt es sich vermutlich um weitgehend jüngere Leserinnen mit mittlerem bis niedrigem Einkommen.
- *Kleinanzeige in der Zeitschrift Emma*. Die Leserschaft dieser feministischen Zeitschrift ist nicht regional begrenzt. Zielgruppe dürften Frauen jeden Alters mit überwiegend feministischer Einstellung sein.
- *Posting in den Diskussionsforen soc.women und alt.suicide.holiday* des internationalen Computernetzwerkes UseNet. In diesen interaktiven Diskussionsforen werden weltweit die unterschiedlichsten Themen diskutiert. Das UseNet ist ein Teil des Computernetzes Internet und hat seinen Ursprung in den USA, wo nahezu jedes Mitglied einer Universität oder weiterführenden Schule Zugang zum Internet hat. In Deutschland sind ebenfalls alle Universitäten an das Internet angeschlossen, allerdings sind seine Möglichkeiten außerhalb der technischen Fakultäten noch wenig bekannt. Die Benutzer in Deutschland sind demzufolge meist technikbegeisterte Männer, während in Amerika eher auch Frauen im UseNet anzutreffen sind. Demzufolge wurden drei meiner Fragebögen von Studentinnen aus den USA beantwortet und einer von einer Kanadierin. Aus Deutschland bekam ich keine Reaktion auf meine Anfrage. Nach der ersten Kontaktaufnahme über die Diskussionsforen erfolgte der Versand der Fragebögen und der Antworten durch die Frauen und eventueller Rückfragen von mir über den Austausch von Electronic Mail.

Es war mir möglich zwei Frauen persönlich zu interviewen, zwei weitere haben mir ihre Suizidgeschichten in schriftlicher Form (Fragebogen) mitgeteilt. Mit den anderen vier Frauen habe ich über Electronic Mail kommuniziert. Die befragten Frauen hatten ihren Suizidversuch ganz unterschiedlich weit verarbeitet. Während der letzte Versuch bei zwei Frauen (Lepold, Elisabeth) erst einige Monate zurücklag, war der längste Abstand zwischen Suizidversuch und Interview 27 Jahre (Anne). Die Schwierigkeit bei einem lang zurückliegenden Suizidversuch war, daß dann ver-

schiedene Gegebenheiten in Vergessenheit geraten waren. Die Hälfte der Frauen war zur Zeit des Interviews noch in Therapie und soweit gefestigt, daß sie nicht mehr Suizid begehen würden.

Für die schlüssige Beantwortung insbesondere der fünften Leitfrage fehlt eine männliche Vergleichsgruppe. Da sie explizit den Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Suizidmotiven zum Thema hat, wäre zur Veranschaulichung ein Interview mit Männern nützlich gewesen.

### **5.3. Medien**

Wie sich im Laufe der Befragung zeigte, regen die verschiedenen Medien ganz unterschiedlich zur Interaktion mit der Kommunikationspartnerin an. Während das Interview natürlich die beste Möglichkeit für Rückfragen und Lenkung ist, bietet Electronic Mail eine eher informelle Textform nahe der gesprochenen Sprache. Rückfragen sind schnell möglich und werden als normale Form der Kommunikation angesehen. Demgegenüber waren die Antworten in Briefen eher ausformuliert und in Schriftdeutsch. Rückfragen sind mit höherem Aufwand verbunden und werden daher im allgemeinen nicht erwartet.

### **5.4. Auswahl der Kategorien und Fragen**

Durch die Einteilung der gestellten Fragen in die Kategorien

- Informationen zur Person
- Damalige Situation
- Motive
- Ablauf
- Situation nach dem Versuch

wurde die Vielzahl der relevanten, zu erfragenden Informationen strukturiert. Die vorgegebene Grobstruktur machte die Art der gewünschten Informationen für die Frauen transparent, so daß sie sich zumeist sogar dann an diese Strukturierung hielten, wenn sie über die strikte Beantwortung der einzelnen Fragen hinaus noch frei erzählten. Das erleichterte die Auswertung.

Umfang und Auswahl der Fragen mußten sich an der speziellen Situation der befragten Frauen orientieren. Im Unterschied zu empirischen Untersuchungen in der Literatur (Kneissl, 1984) wurde hier nicht ein vorhandener, über mehrere Jahre hin-

weg gesammelter, umfangreicher Datenbestand durch Archivarbeit ausgewertet und analysiert. Vielmehr wurden alle gewünschten Informationen von Frauen erfragt, die sich freiwillig zu dieser Befragung gemeldet hatten. Schon dieses wesentliche Merkmal machte eine knappere Auswahl der Fragen erforderlich. Der Fragenkatalog sollte möglichst viele der in der Literatur genannten Aspekte von Suizidversuchen bei Frauen behandeln und die Antworten in die gewünschte Richtung lenken, ohne jedoch die Frauen zu sehr einzuschränken und ihre Bereitschaft zum freien Erzählen und für eigene Reflektion zu unterdrücken.

Gerade bei den Frauen, mit denen ich nur über schriftliche Medien (Briefe, Electronic Mail) in Kontakt stand, war der Hinweis wichtig, daß selbstverständlich nicht alle Fragen beantwortet werden müßten und daß sie sich in ihren Antworten nicht an das starre Fragenraster zu halten bräuchten. Der Stil der Antworten fiel dementsprechend sowohl bei den Interviews als auch in den Fragebögen sehr unterschiedlich aus. Während sich einige der Frauen streng an die Fragen hielten und nur wenig frei erzählten, beachteten andere nur das Raster der Kategorien.

Drei der Frauen schrieben, daß die Beantwortung meiner Fragen ein guter Beitrag zur Reflektion über ihre Situation seien. Lepold berichtete, daß ihr Therapeut ihr empfohlen hatte, ihre Suiziderfahrung zur intensiveren Verarbeitung aufzuschreiben.

## **6. Befragung suizidaler Frauen**

### **6.1. Auswertung der Fragebögen**

#### **6.1.1. Informationen zur Person**

Ich habe zum Thema Suizid eine Befragung durchgeführt. Dafür haben acht Frauen mir ihre Geschichte erzählt. Die beantworteten Fragebögen der Frauen finden sich im Anhang. Die Frauen waren im Alter von 18 bis 47 Jahre, wobei der Suizid immer einige Jahre zurücklag (längstens 27 Jahre). Das Suizidalter lässt sich in zwei Gruppen aufteilen. Die erste Gruppe sind Schülerinnen in der Pubertät von 13 J. bis 16 J., wobei eine besondere Häufigkeit im Alter von 16 Jahren festzustellen war.

## Auswertung der Fragebögen

Ich möchte die Frauen kurz vorstellen. In den Klammern ist das jeweilige Suizidalter angegeben. Dies ist die erste Gruppe der 13 bis 16jährigen Schülerinnen:

**Alice** (16 J.), ledig, wohnte während des Suizidversuchs in einer Kleinstadt bei ihren Eltern, war finanziell von ihnen abhängig und besuchte das Gymnasium.

**Elisabeth** (16 J.), verlobt, wohnte mit ihrem Freund zusammen, besuchte eine Privatschule und war finanziell von ihren Eltern abhängig.

**Lisa** (13 J., 15 J.), ledig, wohnte auch bei den Eltern und ging noch zur Schule.

**Birgit** (16 J.), lebte bei ihrem ersten Suizidversuch in einer Kleinstadt bei ihren Eltern und besuchte die Realschule.

Die Schülerinnen wohnten, bis auf eine Ausnahme, zu Hause bei ihren Eltern, dementsprechend waren sie auch finanziell von ihnen abhängig. Sie mußten gezwungenmaßen mit ihren Eltern auskommen.

Die zweite Gruppe des Suizidalters der befragten Frauen liegt bei 18 Jahren bis 28 Jahren. Bei wiederholten Suizidversuchen lagen immer mindestens 2 Jahre dazwischen.

**Bernadette** (22 J., 28 J.) war verheiratet. Sie wohnte zuerst mit ihrem Mann bei ihren Eltern, später hatten sie dann eine eigene Wohnung und ein Kind. Sie war eingeschränkt finanziell von ihrem Mann abhängig, weil sie nur einige Stunden als Verwaltungsangestellte arbeitete.

**Lepold** (21 J., 23 J.), ledig, wohnte während ihrer Lehre als Gärtnerin allein, bekam eine Psychose und versuchte Selbstmord. Sie verlor die Wohnung während ihres Klinikaufenthalts und zog in eine Wohngemeinschaft "Betreutes Wohnen", in der noch eine Mitbewohnerin wohnte. Sie verdiente ihr eigenes Geld bzw. bekam Arbeitslosengeld, später dann Sozialhilfe.

**Katharina** (18 J.), ledig, wohnte, obwohl sie berufstätig als Kellnerin war, bei ihren Eltern und war finanziell unabhängig.

**Anne** (20 J.), ledig, wohnte allein und arbeitete als kaufmännische Angestellte.

**Birgit** (25 J.), lebte bei dem zweiten Versuch allein in einer Großstadt in einem Wohnsilo. Sie arbeitete als Krankenschwester, lebte in Scheidung und hatte zwei Kinder.

## 6.1.2. Situation vor dem Suizidversuch

### Beruf

Die Hälfte der Frauen waren zu der Suizidzeit noch Schülerinnen. Die anderen arbeiteten in unterschiedlichen Berufen wie Kellnerin, Bürokauffrau, Krankenschwester und Gärtnerin. Die "typische" Suizidentin stammt also nicht aus einer bestimmten Schicht.

Lepold hatte bei ihrem zweiten Versuch ihren Job verloren, was Depressionen zur Folge hatte und zusätzlich zu ihrer körperlichen Krankheit (Sarkoidose\*) den Suizid begünstigte.

### Finanzielle Abhängigkeit

Die finanzielle Abhängigkeit *allein* war keine Ursache für den Suizid der Frauen. Sie kann jedoch neben vielen anderen Faktoren den Suizid von Frauen begünstigen.

Bernadette war teilweise von ihrem Mann finanziell abhängig, da sie stundenweise arbeiten ging. Aber ihre Probleme, die zum Suizid führten, lagen im persönlichen Bereich.

Bei Elisabeth war allerdings die finanzielle Situation wichtig. Weil sie kein Geld hatte, wurde sie von den Eltern unterstützt. Sie mußte bei dem Freund wohnen bleiben, der sie nicht mehr liebte. Diese Situation führte automatisch zu Konflikten.

Alle Schülerinnen, die keine 18 Jahre alt waren, befanden sich in finanzieller Abhängigkeit und mußten bei ihren Eltern leben. Sie wurden alle von den Eltern sexuell mißbraucht. Sexueller Mißbrauch entsteht durch das Ausnutzen des Zusammenspiels der Autorität Erwachsener mit der Abhängigkeit von Kindern. Hierbei spielt neben dem Machtgefälle zwischen Erwachsenem und Kind auch das zwischen Mann und Frau eine Rolle. Der Mißbrauch dient in erster Linie der bewußten oder unbewußten Bedürfnisbefriedigung der Erwachsenen. Die Mädchen werden verunsichert, sie kommen, ohne den Grund zu kennen, zu der inneren Vorstellung, daß Sexualität etwas "Schlechtes" ist, daß man es nicht tut und auch nicht darüber spricht, daß man Sexualität besser unterdrückt. Das führt dazu, daß das Mädchen nicht wagt, sich jemandem zu offenbaren: Angst-, Scham- und Schuldgefühle ver-

---

\* Sarkoidose - Erkrankung, die bevorzugt Lymphknoten, Lunge, Leber, Milz, Haut, Augen, Speicheldrüsen, Knochen, Herzmuskel und Nervensystem befällt. Die Ursache der Erkrankung ist noch nicht bekannt. Die Letalität der Erkrankung liegt zwischen 5 und 10% (Gesundheitslexikon Brockhaus, Mannheim, 1990).

hindern, "so etwas" überhaupt auszusprechen. Sie haben Ängste vor Bestrafung (Androhung von körperlicher Gewalt, Heimeinweisung), davor daß ihnen nicht geglaubt wird, daß sie den Rückhalt der Familie verlieren, daß die Mutter daran verzweifelt, daß die ganze Familie an den Folgen zerbrechen werde. Sie wissen, daß genau von ihrem Schweigen das Weiterbestehen der gesamten Familie abhängt, und entwickeln daher oft eine ungeheure Stärke, um diese Verantwortung zu tragen. Sie brauchen einen extrem starken Mut, sich diesem Druck zu widersetzen und den sexuellen Mißbrauch zu offenbaren. Doch fehlen meist gerade in diesen Familien, in denen es zum Inzest kommt, die nötige Vertrauensbasis und tragfähige gefühlsmäßige Bindungen, so daß es den Mädchen nahezu unmöglich ist, diesen Mut aufzubringen. Dadurch ergibt sich ein Teufelskreis, aus dem es so gut wie kein Entrinnen mehr gibt: Das Opfer schweigt aus Angst - der Täter wird zunehmend sicherer, wiederholt deshalb seine Angriffe und gestaltet sie immer massiver - dem Mädchen erscheint es dadurch immer unmöglich, darüber zu sprechen.

### **Familienstand**

Die Tatsache, daß einige der Frauen meiner Stichprobe verheiratet oder verlobt waren, kann nicht als suizidhemmend bezeichnet werden. Im Gegenteil, die drei Frauen, die verheiratet oder verlobt waren, hatten aufgrund dessen Probleme, die einen Suizidversuch zur Folge hatten. Wegen der geringen Zahl der befragten Frauen läßt sich jedoch nicht auf eine Abhängigkeit zwischen Suizidneigung und Familienstand schließen.

Weitere suizidauslösende Faktoren waren z.B. Persönlichkeit, Erziehung, finanzielle Abhängigkeit etc.

Bernadette war verheiratet und hat ihren Mann immer mit Suizidversuchen erpreßt. Elisabeth hat Suizid begangen, unter anderem weil ihr Verlobter sie nicht mehr liebte. Birgit versuchte Selbstmord, weil sie Probleme mit ihrem Ehemann hatte und sich von aller Welt verlassen fühlte.

### **Wohnsituation/Umfeld**

Die Wohnsituation und das Umfeld waren sehr unterschiedlich. Vier Frauen lebten zur Suizidzeit bei den Eltern in einer Stadt.

Von ihnen wohnte Bernadette aus finanziellen Gründen mit ihrem Mann bei den Eltern, bis sie eine eigene Wohnung in einem Hochhaus bekamen.

Lepold und Anne lebten allein in einer Großstadt, wobei Lepold nach ihrem ersten Suizidversuch in eine Wohngemeinschaft zog. Der Grund lag in ihrer Krankheit (Psychose) und dem daraus resultierenden Suizidversuch. Elisabeth lebte zur Suizidzeit mit ihrem Verlobten zusammen.

Birgit lebte zuerst bei ihren Eltern und zog mit 18 Jahren in eine Großstadt, in der sie in einem Wohnsilo lebte.

Es war nicht festzustellen, daß das Wohnumfeld zu einer Isolation führte, die für einen Suizid ausschlaggebend waren.

### **Isolation**

Die Frauen fühlten sich aus unterschiedlichen Gründen isoliert: Zwei Frauen lebten ganz von ihrer Umwelt isoliert. Anne konnte niemandem sagen, daß sie lesbisch war, da es zu dieser Zeit ein Tabuthema war und sie unter ihren eigenen Bemühungen litt, "normal" sein zu wollen. Sie hatte sich keinem Menschen anvertraut und dachte, ihr Leben sei ganz normal, nur sie selbst sei unnormal, weil sie mit ihren Problemen nicht klar kam. Ähnlich war es bei den minderjährigen Mädchen, die von Familienmitgliedern mißbraucht wurden, vorhanden. Ihnen wurde von den Tätern gedroht, daß sie bloß niemandem die Wahrheit sagen dürften. Die Mädchen wurden mit ihren Problemen allein gelassen und fanden keinen Ausweg.

Alice lebte völlig isoliert. Sie lebte in einer Kleinstadt, in einer "guten", wohlhabenden, katholischen Geschäftsfamilie, die sie körperlich, seelisch und sexuell seit über 10 Jahren mißbrauchte. Sie konnte keinem Menschen von ihrem Elend erzählen, weil ihr niemand geglaubt hätte. Erst nach ihrem zweiten Selbstmordversuch erzählte sie alles den Ärzten im Krankenhaus. Sie erzählte: "Ich erinnere mich, mich sehr isoliert gefühlt zu haben. Ich ging für gewöhnlich nach der Schule nach Hause und blieb in meinem Zimmer, bis ich hinauskommen sollte, um zu essen, weil ich wußte, daß [ich] einmal, als ich meine Tür öffnete, angeschrien wurde, weil ich etwas falschgemacht habe. Ich versuchte, es Freunden und Lehrern zu erzählen, aber niemand glaubte mir, weil ich aus dieser guten, aufrechten, italienischen Kaufmannsfamilie stammte, die einfach nichts unrechtes tat."

Die übrigen Frauen hatten nur zeitweise Probleme, Freundschaften zu schließen. Lepold war in der Schule öfters Außenseiterin. Durch häufige Ortswechsel mußte sie sich immer in einer neuen Klasse eingewöhnen. Elisabeth, Birgit und Katharina hatten aufgrund ihrer erlebten Mißbrauchserfahrungen Schwierigkeiten, sich Men-

schen zu nähern und mit ihnen umzugehen. Katharina hatte beim ersten Suizidversuch hauptsächlich nur Kontakt zu ihren Eltern. Mit anderen Menschen kam sie nur in Kontakt, wenn es nicht anders ging.

In einem Interview äußerte Birgit: "In der Schule war ich fast immer eine Außenseiterin, weil ich Angst vor Menschen hatte. Ich habe mich lieber mit Tieren beschäftigt. Seit ich die Menschen kenne, liebe ich die Tiere. Ich wollte immer gern ins Kinderheim oder ins Internat, aber leider mußte ich zu Hause aufwachsen". Das Problem der Ausgrenzung kam zu ihren Gewalterfahrungen hinzu. Beim ersten Suizidversuch redete sie mit niemandem. Beim zweiten fühlte sie sich sehr allein, weil sie in Scheidung mit ihrem Mann lebte, neu in eine Stadt zog (Wohnsilo) und keine Freunde hatte.

Lisa hatte in der Schule nicht sehr viele Freunde, die zudem alle die gleichen Probleme mit ihren Eltern hatten und in der Punk-Szene waren, ein Zeichen der Auffälligkeit gegen die Gesellschaft. Als Folge wurden sie von ihren Mitschülern ausgrenzt und geärgert. Sie hatte zu Anfang ihren Freunden von ihren Suizidgedanken erzählt, aber als sie ernster wurden, hatte sie Angst, davon abgehalten zu werden und erzählte nichts mehr. Von den Freunden konnte sie keine Hilfe erwarten. Sie fand nur zeitweilige Ablenkung.

Katharina war von ihren Freunden isoliert, nachdem sie erfuhren, daß sie Suizidversuche begangen hatte. Die Isolation kann also demnach auch eine Folge des Suizids sein. Anne, Birgit und Alice hatten mit niemanden vorher über den Suizidversuch gesprochen, entweder trauten sie niemandem oder sie hatten aufgrund des Mißbrauchs Scheu vor Menschen.

Elisabeth versuchte, vor dem Suizid mit sieben verschiedenen Leuten zu reden, aber ihr Hilferuf blieb unbeantwortet. Niemand kümmerte sich um sie.

Bernadette und Lepold kündigten ihren ersten Suizidversuch an, aber auch sie hörte niemand.

Lisa versuchte, bei ihren Freunden durch Anspielungen Hilfe zu erreichen, aber auch ihr gelang es nicht. Katharina sagte: "Ich glaube, meine ganze Einstellung hat meinen Versuch jedem angekündigt, aber ich glaube, daß es niemand gehört hat oder dem Beachtung geschenkt hat".

Wie schon in der Literatur deutlich wurde, sind die Mitmenschen oft mit einem Selbstmord überfordert. Sie ignorieren den Hilferuf, weil sie ihm nicht gewachsen

sind, sie wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen. Schließlich wird hier einem unbeteiligten Menschen die Verantwortung für ein Leben übertragen. Damit sind die meisten Menschen überfordert oder sie nehmen die jeweilige Frau mit ihren Äußerungen nicht ernst, vielleicht hat sie schon öfter mit Suizid gedroht, so daß ihre Mitmenschen demgegenüber abstumpfen und sie nicht mehr ernst nehmen. Oder sie trauen es ihr nicht zu, und denken, es wäre nur daher gesagt.

Alle Frauen hielten ihre Situation vor dem Suizid für aussichts- und hoffnungslos. Es fiel ihnen schwer, an etwas anderes zu denken als an ihre Probleme. Keine von ihnen fand aber adäquate Hilfe und Trost.

### **Mehrere Suizidversuche**

Von den acht Frauen haben fünf Frauen zwei- bzw. mehrmals Suizid versucht. Bei ihren ersten Hilferufen hatte sich nichts an ihrer Situation geändert. So wurden ihre Suizidgedanken noch intensiver bzw. wiederholten sich.

Im Abschnitt 2.2 "Selbstmord oder Selbstmordversuch" wird deutlich, daß es zum Suizid erst dann kommt, wenn die Isolation komplett ist, nachdem alle anderen Bemühungen nichts bewirkt haben, nämlich dann, wenn der soziale Tod bereits eingetreten ist. Mit jedem gescheiterten Suizidversuch wird die Gefahr des tödlichen Ausgangs größer, weil die Mittel verstärkt werden.

Lisa versuchte dreimal, sich umzubringen. Sie bekam nur von einem Lehrer Hilfe, aber es half nicht, da sie zu der Zeit schon sehr verschüchtert und verärgert war. Sie sagte: "Alle Probleme waren immer noch da. Ich versuchte es wieder, als ich 15 Jahre alt war. Ich dachte seit meinem ersten Versuch täglich daran."

Bei Katharina sah es genauso aus: "Mein Leben sah tot für mich aus. Ich wurde ständig von jemandem überwacht. Ich wollte mehr als jemals sterben, aber es war jetzt nicht mehr aus Traurigkeit, sondern aus Wut. Ich wollte mich jetzt vor aller Augen umbringen, so sehr war ich wütend darüber, weil ich so entblößt war. Nichts änderte sich wirklich in meinem Leben. Ich wurde jetzt 24 Stunden am Tag überwacht, wie eine Laborratte und ich tat so, als wenn ich glücklich war und habe alles erschwindelt. Aber insgeheim habe ich die Tage bis zu meinem nächsten Versuch gezählt."

Der Suizidversuch einer Frau hatte oft eine Überwachung durch die Umwelt zur Folge. Dadurch wurde der Todeswunsch der Frau noch intensiver.

In Birgits Fall wurden die Suizidversuche selten von anderen Menschen bemerkt, und es änderte sich natürlich nichts an ihrer Situation. Alles blieb weiterhin genauso aussichtslos und sie "vegetierte" bis zum nächsten Suizid dahin.

Auf S.10 im allgemeinen Teil beschrieb ich, daß die Wiederholung des Suizidversuchs davon abhängt, ob sich an der Situation, die zum Suizidversuch geführt hat, etwas verändert oder ob sich die gesamte Lebensführung durch den Suizidversuch sogar noch verkompliziert. Das kann ich an dieser Stelle bestätigen.

### **Glauben**

Von den acht Frauen wurden drei katholisch erzogen, bei den übrigen spielte der Glaube in der Erziehung keine weitere Rolle. Die drei katholisch erzogenen Frauen waren allerdings nicht gläubig, so daß ihr Glauben einen Suizidversuch nicht verhinderte. Die Frauen waren der Überzeugung, wenn es Gott gäbe, würde er nicht diese Quälereien zulassen.

Bernadette war eine der fünf Frauen aus dem christlichen Elternhaus: "Früher war ich auch öfters in der Kirche und habe mich mit dem Seelischen mehr befaßt, dann gab es eine Lücke von mehreren Jahren, in denen ich mit der Kirche nichts zu tun haben wollte. Nicht nur mit der Kirche, auch nicht mit Gott. In diesem ganzen Materiellen ging das irgendwie unter." Sie hat in der Phase, in der sie Probleme mit ihrem Mann hatte, den Bezug zu Gott verloren. Aber als es ihr nach dem Klinikaufenthalt besser ging, hat sie sich mehr mit ihrem Glauben befaßt und Gott wieder gefunden.

Lisa wurde nicht christlich erzogen, suchte aber in einer christlichen Jugendgruppe Hilfe, fand sie dort jedoch nicht.

Die übrigen fünf Frauen haben sich nie mit Religion befaßt.

In der Literatur auf Seite 7 wurde erwähnt, daß die Selbstmordwahrscheinlichkeit sinkt, wenn die Verbundenheit zur religiösen Gemeinschaft besonders groß ist. Ich habe nicht festgestellt, daß der Glaube sich auf den Suizid auswirkt.

### **Frühere Konfrontation mit Selbstmörдern**

Die Hälfte der Frauen hatten vor der Tat keinen Kontakt mit Menschen, die versucht hatten, sich das Leben zu nehmen. Von den restlichen erfuhr z.B. Elisabeth, daß sich der Mann, der sie vergewaltigte, selbst umbrachte.

Eine Bekannte von Birgit versuchte, sich das Leben zu nehmen. Es passierte ihr

aber nichts. Beide Frauen wurden wahrscheinlich aber nicht weiter durch diese Fälle beeinflußt.

Zwei Frauen hatten mit Selbstmörderinnen in ihrer unmittelbaren Verwandtschaft Kontakt. Bei der Literaturanalyse auf Seite 34 ergab sich, daß die Herkunfts familie eine suizidfördernde Wirkung hat, was in diesen Fällen bestätigt werden kann. Lepolds Mutter hat sich umgebracht, als Lepold zehn Jahre alt war, ihre Großmutter war psychisch krank, der Bruder hatte verschiedene Suizidversuche hinter sich, und sie hatte verschiedene Bekannte, die sich das Leben nahmen.

Ähnlich war es bei Bernadette, deren Mutter auch depressiv war und versuchte, sich umzubringen. Ihre Großmutter war genauso krank und ihr Bruder drohte auch mit Suizid. Diese Familienverhältnisse sind sehr bezeichnend, weil deutlich wird, daß eine Neigung zu Depressionen und Suizid innerhalb der Familie weitergegeben werden. Die Kinder einer Familie bekommen den Suizid als Handlungsmuster ihrer Eltern bzw. Mutter vorgelebt und übernehmen diese Handlungsweise. Wie auch in der Literaturanalyse zu sehen ist, wird der Suizid als Handlungsmuster der betroffenen Person verinnerlicht und bei gegebenen Umständen angewandt (siehe S.9).

### **6.1.3. Motive**

Auffällig war, daß von den acht Frauen die Hälfte sexuell und körperlich von den Eltern mißbraucht wurden. Durch die daraus resultierenden Probleme gerieten die Frauen oft in einen Teufelskreis. Sie hatten Angst vor anderen Menschen, hatten kein Selbstvertrauen mehr, haßten sich selbst, wurden schlecht in der Schule, waren isoliert und bekamen früher oder später in ihrer Beziehung wieder ähnliche Probleme mit Männern. Das waren alles Motive für den Suizid. Wie auf Seite 22 beschrieben, besteht häufig eine Korrelation mehrerer Motive.

Der Mißbrauch war häufig sehr extrem. Alice wurde 10 Jahre lang von ihrem Vater und Bruder sexuell und von der Mutter körperlich mißbraucht.

Lisa wurde mit 12 Jahren von einem fremden Mann vergewaltigt. Ihr Vater mißbrauchte sie körperlich und sexuell, die Mutter seelisch und emotional.

Birgit wurde, seit sie 3 Jahre alt war, vom Vater sexuell und von der Mutter körperlich mißbraucht, mit 12 und 14 Jahren von einem Nachbarn vergewaltigt und mit 18 Jahren von ihrem Freund.

Bei Bernadette und Lepold war es anders, sie wurden nicht mißbraucht. Bernadettes Motiv lag in ihrer Persönlichkeit, weil sie nicht in der Lage war, in ihrem Leben Entscheidungen zu treffen und immer von anderen Menschen abhing. Dementsprechend schwierig gestaltete sich die Ehe mit ihrem Mann.

Auf Seite 23 wird diese unselbständige Erziehung beschrieben und erläutert, daß diese Erfahrungen über die Symptome der Depression hinaus zu einer tiefen Verachtung für sich selbst führt. Die Selbstverachtung kann zum Haß und zur Selbstzerstörung werden.

Birgit wurde bei ihrem zweiten Versuch nicht mißbraucht. Sie fühlte sich von der ganzen Welt verlassen. Sie hatte Schuldgefühle ihren Kindern gegenüber und konnte es nicht mehr ertragen, daß sie wegen der Scheidung nicht mehr bei ihr lebten.

Lepold hatte beim ersten Suizidversuch eine Psychose und Konflikte mit dem Freund, weil er ihre Beziehung beendet hatte. Beim zweiten Versuch hatte sie keine Arbeit und fühlte sich körperlich schlecht.

Katharina wurde nicht sexuell, aber körperlich mißhandelt und hatte familiäre Probleme. Sie haßte ihren Vater und befand sich ununterbrochen im Wettstreit mit den Geschwistern.

Es gab zwei Ausnahmen beim sexuellen Mißbrauch durch die Eltern: Elisabeth wurde von einem fremden Vergewaltiger mißbraucht. Die Folge der Vergewaltigung war die Promiskuität. Sex bedeutete ihr nichts mehr, und sie verlor ihr Selbstvertrauen. Sie traute keinem Menschen mehr und hatte Schwierigkeiten Kontakte zu knüpfen. Nachdem sie endlich doch einen Freund gefunden hatte, erlebte sie wieder eine Niederlage und ihr Selbstvertrauen wurde verletzt. Durch den Liebesverlust ihres Freundes hatte sie keinen Halt mehr in ihrem Leben. Sie war aus finanziellen Gründen gezwungen, weiterhin gemeinsam mit dem Freund zu leben. Aufgrund ihrer emotionalen Probleme wurde sie in der Schule schlecht. Sie hat sich in ihrem Leben nie richtig Problemen gestellt und ist immer vor ihnen weggelaufen.

Suizid ist meist das Ende eines langdauernden Prozesses, der mit Erfahrung der Isolation, des Sicheinsamühlens, der Zurückweisung und des Mißverständnisses einhergeht. In der Literatur ist zu finden, daß sich bei diesen Menschen häufig in der frühen Kindheit schwere Belastungen psychischer Art nachweisen lassen. Beispiele hierfür gibt es genügend in den Interviews.

Von dem sexuellen Mißbrauch durch die Eltern waren überwiegend die meisten Mädchen im Teenageralter betroffen. Der Mißbrauch brachte natürlich gerade in der Pubertät schwerwiegende Folgen mit sich: Scham- und Schuldgefühle, allgemeiner Vertrauensverlust, Ohnmachtsgefühle, tatsächliche und unbestimmte Ängste, Rückzug auf sich selbst, Zweifel an der eigenen Wahrnehmung, Sprachlosigkeit, Zerstörung des Selbstwertgefühls, Depression bis zur Selbstdtötung. Die Jugendlichen hatten Probleme mit der Auseinandersetzung ihrer sexuellen Entwicklung und der körperlichen Veränderung. Sie konnten keinen festen Sinn für Identität entwickeln und ihre Geschlechtsrolle nicht aktiv ausgestalten. Sie waren nicht in der Lage, einen Lebensplan zu entwerfen. Die Liebe, das Vertrauen und die Abhängigkeit der Mädchen wurden mißbraucht und ausgenutzt. Das Selbstvertrauen der Mädchen war total zerstört, sie fühlten sich wertlos, dreckig und schlecht. Sie wollten nicht länger andere Menschen mit ihrer Gegenwart belasten. Sie trauten sich nicht, mit einem Menschen über ihre Mißbrauchserfahrungen zu reden und dachten, ihre Situationen seien normal, nur sie würden versagen, weil sie damit nicht umgehen konnten.

Auf Seite 9 wurde beschrieben, daß jemand, der sich von negativen depressiven Selbstwertgefühlen erdrückt fühlt, sich nach der Erlösung vom Leben sehnt. Sie sucht in Todesphantasien eine Lösung und bestraft sich selbst oder rächt sich durch ihren Suizid an anderen.

Alle Frauen waren depressiv. Bernadette hatte Migräne, Kreislaufschwierigkeiten und Erstickungsanfälle. Alice war vor allem als Kind oft körperlich krank, was sie heute auf ihren Mißbrauch zurückführt. Bei Lisa entwickelten sich die Suizidgeuden zu einer Manie. Sie begann mit Selbstverstümmelung. Sie verletzte sich absichtlich mit dem Rasiermesser, mit Glasscherben oder Nägeln. Sie wollte sich damit für die Fehler, die sie zu machen glaubte, bestrafen. Andere Frauen tranken während dieser Zeit viel Alkohol, um sich zu betäuben. Birgit äußerte: "In der Schule konnte ich mich nicht konzentrieren, meine Eltern verlangten natürlich gute Noten von mir. Bis 12 oder 13 Jahre war ich Bettlägerin und mit 14 Jahren hatte ich das erste faustgroße Magengeschwür."

Alle Frauen litten an einer exogenen Depression, die die Folge eines schmerzlichen Ereignisses (Verlust des Freundes, Behinderung der Freundin, Mißbrauch, Vergewaltigung...) war. Lepold, vermute ich, litt an einer endogenen Depression, da auch ihre Mutter und die Großmutter psychisch krank waren und sich umzubringen ver-

suchten. Außerdem litt sie zum Zeitpunkt des ersten Suizidversuchs an einer Psychose. Es war also demnach auch ein von innen her kommender biologischer Anteil beteiligt. Hier kann erbliche Empfänglichkeit oder auch körperliche Auslöser (beim zweiten Versuch Sarkoidose) als Ursache genannt werden.

#### **6.1.4. Ablauf der Suizidversuche**

Vier Frauen mußten sich die Tabletten für ihren Suizidversuch vorher aus der Apotheke beschaffen. Birgit, die Krankenschwester, hatte sie sich im Krankenhaus, in dem sie arbeitete "organisiert". Drei Frauen hatten vor dem Suizidversuch Abschiedsbriebe geschrieben. Bernadette schrieb, daß sich ihr Mann um das Kind kümmern sollte. Es täte ihr leid, aber sie könne nicht anders. Lisa schrieb ihren Freunden und ihrer Familie Abschiedsbriebe. Katharinas Abschiedsbrief lautete: "Es tut mir leid, daß ich den leichten Ausweg wähle." Alle Abschiedsbriebe enthielten eine Entschuldigung für das Handeln der Frauen.

Die meisten Frauen wurden von ihren Angehörigen gefunden, als sie bereits bewußtlos waren oder die Tat begangen hatten. Sie verübten den Suizid immer zu Hause, so daß sie in nächster Zeit gefunden werden konnten. Daraus ist zu schließen, daß die Frauen gefunden werden und nicht endgültig sterben wollten.

Manchmal kam durch Zufall ein/eine Angehörige früher als gewohnt nach Hause. Das war dann oft die letzte Rettung, weil es fast zu spät gewesen wäre. Die Angehörigen äußerten auch oft, daß sie eine Ahnung hatten, daß etwas mit der Frau nicht stimmte.

Anders war es natürlich bei Frauen, die allein lebten. In den Interviews erzählte Anne, daß sie jedes Mal am nächsten Morgen wütend feststellen mußte, daß sie noch lebte. Einmal jedoch war sie bewußtlos und wurde von einem Arbeitskollegen gefunden. Es war Glück, wenn die Frauen noch Menschen hatten, denen ihre Abwesenheit auffiel und sich um sie kümmerten. Bernadette hat den Suizidversuch immer vor den Augen des Mannes unternommen, so daß Hilfe unmittelbar vorhanden war.

Katharina erzählte: "Die Tage vorher waren verwirrend für mich, ich schlief ganze Tage hindurch, aß nichts, badete mich nicht und wechselte meine Kleider nicht. Ich verschenkte meine Lieblingsbücher und sprach mit niemandem. Ich konnte an nichts anderes als an meine Probleme denken. Es war, als wenn ich in einem Graben gefangen wäre. Alles um mich herum war dunkel und nah. Ich war in meinem eige-

nen Haß und in meiner Wut gefangen." Sie verbrannte sogar ihre Tagebücher, damit sie niemand finden konnte, um ihre heimlichen Gedanken zu lesen.

#### **6.1.5. Situation nach dem Suizidversuch**

So gut wie alle Frauen waren nach dem Suizidversuch, als sie merkten, daß er nicht geeglückt war, durcheinander, enttäuscht und wütend. Lepold war erschreckt, weil sie so weit gehen konnte, daß sie sich sogar ihre eigene Beerdigung vorgestellt hatte. Ihr wurde bewußt, daß sie Angst vor dem Leben und dem Sterben hatte. (siehe S.8) Menschen, die Suizid begehen, benehmen sich so, als ob sie nicht entweder sterben oder leben wollen, sondern beides gleichzeitig, aber meistens das eine mehr als das andere.

Birgit z.B. merkte, daß der Teil in ihr, der leben möchte, stärker war.

Die Reaktionen der nächsten Angehörigen waren überwiegend Unverständnis, Entsetzen und Wut. Die Eltern verstanden die Tat nicht, sie meinten, es mache einen schlechten Eindruck, ihr guter Ruf sei gefährdet. Die Eltern ignorierten es teilweise auch und waren verärgert. Alices Eltern verstanden nichts, sie meinten, daß ihr Kind schließlich immer genug Geld von ihnen bekommen habe. Das war das einzige Wichtige, was für sie zählte.

Anne erzählte: "Alle waren lieb und fürsorglich, fragten nach dem Warum? Ich gab aber keine Antwort. Nur meine Mutter machte mir Vorwürfe in dem Sinne, wie ich *ihr* das antun konnte." Anne war erst Jahre später in der Lage, über die Motive ihres Suizidversuchs zu reden.

Lisa und Katharina wollten mit jemandem über ihre Probleme reden, aber sie trauten niemandem und hatten Angst. Lisa mußte sich gut benehmen, weil ihre Familie verärgert war. Beide Frauen wurden nach dem Suizidversuch überwacht. Sie heuchelten dann der Umwelt etwas vor.

Die Reaktionen der Männer (Väter und Partner) unterschieden sich von denen der Mütter. Die Männer waren peinlich berührt und schwiegen. Der deutlichste Fall war Bernadettes Mann, der niemandem erzählte, warum seine Frau in der Klinik war.

Alle Mütter waren besorgt und schickten ihre Kinder zu einem Psychologen. Sie handelten, während Männer keine Konsequenzen zogen.

Lisa erzählte, daß ihre Eltern mit ihren Lehrern sprachen. Sie sollte von ihnen beobachtet werden. "Es war schrecklich. Die meisten haben mich behandelt, als wenn

ich verrückt wäre. Sie sprachen nur leise mit mir oder haben sich nie mit mir unterhalten, bewerteten meine Aufsätze nicht und schauten mich merkwürdig von der Seite an. Einer von ihnen versuchte, mir zu helfen und mich zu unterstützen, aber zu der Zeit war ich schon so verschüchtert und verärgert. Es half nicht."

Sehr benachteiligt sind Frauen mit Kindern, die sich von ihrem Mann trennen wollen, weil ihnen nach einem Suizidversuch das Sorgerecht entzogen werden kann.

Keine Frau bekam wirkliche Unterstützung durch die Angehörigen. Der Suizid hatte, wenn überhaupt, nur rigide Maßnahmen ausgelöst.

Im Krankenhaus versuchten die Ärzte, nach den Motiven zu forschen, aber die Frauen waren noch lange nicht in der Lage, darüber zu reden. Alice tat es nach ihrem zweiten Selbstmordversuch und bekam im Krankenhaus die einzige, wichtige Hilfe.

Fünf Frauen nahmen nach dem Suizidversuch an einer Therapie teil. Sie fand immer im Rahmen der Klinik statt. Drei von ihnen waren zur Zeit des Interviews noch in Therapie. Allen wurde durch die Therapie geholfen. Sie haben ihr Selbstvertrauen wieder gefunden und fanden neue Wege, um ihr Leben zu gestalten. Die Frauen verließen ihr mißbrauchendes Zuhause, ließen sich vom Ehemann scheiden oder fanden einen/eine Lebenspartner/-in mit dem/der sie jetzt glücklich waren.

Drei Frauen nahmen an keiner Therapie teil. Katharina hat erkannt: "Mir ist klar geworden, daß mein Leben mehr Leute betrifft. Ich glaube, daß ich durch all dies aus einem Grund geschickt wurde. Nein, ich habe zwar nicht Gott gefunden oder irgendwas ähnliches. Ich glaube nur, daß manche Leute zum Leiden geboren werden, damit sie anderen Leuten etwas vermitteln können. Ich bin zwar nicht Mutter Theresa, aber ich glaube, daß ich etwas zu geben habe, das anderen Leuten, die ähnlich wie ich sind, etwas nützen kann". Das ist eine andere Art, um die erlebten Erfahrungen zu verarbeiten. Sie wollte andere Leute an ihren Erfahrungen teilhaben lassen.

Elisabeth wurde von der Schule zur Therapie gezwungen und ging zweimal hin. Aber sie lehnte es ab, jemandem fremdes ihre Probleme zu festen, geregelten Zeiten erzählen zu müssen. Sie wollte es einem Menschen erzählen, der sie mochte und sich für sie interessierte. Genauso war es bei Katharina und Birgit. Sie wollten jemandem vertrauen, der/die nur für sie dagewesen wäre.

Es waren bei den Frauen zwei Einstellungen bezüglich einer Therapie zu finden. Entweder war es Ablehnung aus den gerade erwähnten Gründen oder die Einstel-

lung, daß nur geschulte Therapeuten richtig helfen können. Andere Menschen könnten durch einfaches Zuhören und Trösten nichts bewirken.

Alle Frauen würden den Suizid momentan nicht mehr wiederholen. Sie sehen die Fortschritte, die sie gemacht haben und merken, daß der Teil in ihnen, der leben will, stärker ist. Sie haben gelernt, mit ihren Problemen anders umzugehen.

Es gab aber auch Frauen, die aus Angst vor den Folgen des Suizidversuchs ihn nicht mehr versuchen würden. Wie bei Birgit zu sehen ist, hatte sie Angst, daß ihr die Kinder weggenommen werden, daß sie in eine psychiatrische Klinik müßte und kein Sorgerecht mehr bekommen hätte.

Bernadette hatte wieder Selbstvertrauen und eigene Ziele. Sie wußte, was sie wollte und hat ihr Leben neu gestaltet. Sie erzählte: "Nach meinem Klinikaufenthalt hatte ich keine Selbstmordgedanken mehr. Es gibt immer Probleme, es geht auf und ab. Ich bin gestärkt. Heute sehe ich die ganze Scheidung als meine Rettung. Ich bin gestanden, ich weiß, was ich bin, was ich kann und was ich noch alles erreichen will. Von Zeit zu Zeit kommen noch Existenzängste in mir hoch. Ich habe jetzt endlich mal Ziele, die ich früher nie hatte. Ich gehe dreimal in der Woche zur Abendschule und werde dann Wirtschaftsprüferin. Ich wußte früher auch nie, was ich wollte, ich wurde immer gelenkt, was ich tat, war meist für die anderen. Früher habe ich meinen Vater und meinen Mann angebetet. Beide standen für mich auf einem "Sockel", jetzt habe ich beide dort heruntergeholt. Mein Mann steht weit unter mir und mein Vater auf gleicher Ebene wie ich. Je selbstbewußter ich wurde, umso lächerlicher und minderwertiger kam mein Mann mir vor. Ich brauche keine besonderen Äußerlichkeiten so wie er, um von meiner Umwelt akzeptiert zu werden. Ich habe erkannt, daß materielle Dinge nicht wichtig sind und das vermitte ich auch meiner Tochter."

Nach dem Klinikaufenthalt ging es ihr auch körperlich besser. Sie machte autogenes Training, das hat ihr sehr geholfen. Jetzt hat sie keine Probleme mit Migräne und dem Kreislauf mehr.

## 6.2. Analyse anhand der Leitfragen und Thesen

### **Wollen Frauen sich wirklich endgültig umbringen?**

*These 1: Frauen können ihre Vorstellungen und Wünsche nicht artikulieren und durchsetzen und nutzen deshalb einen Selbstmordversuch als Hilferuf.*

Wie in der Auswertung zu sehen ist, war der jeweilige Suizid in der Art und Weise geplant, daß die Frau einige Zeit später auf jeden Fall von einem Angehörigen gefunden werden mußte, da sie sonst den Selbstmordversuch an einem einsamen Ort unternommen hätte. Anders war es bei den alleinstehenden Frauen. Bei ihnen kam es darauf an, wie gut das soziale Netz um sie herum war und ob sich andere Menschen über ihre Abwesenheit Sorgen machten.

Die Interviews bestätigen die erste These. Anne z.B. äußerte: "In der darauffolgenden Nacht fühlte ich mich sehr niedergeschlagen und sehr traurig, ich konnte nachts nicht mehr schlafen, dachte ständig daran, wie verkorkst mein Leben war. Der Gedanke daran, lesbisch zu sein, war so schrecklich für mich, daß ich lieber sterben wollte. Damals war das ein absolutes Tabuthema. Ich fühlte mich total isoliert und als Versagerin, weil ich es nicht schaffte, einen Mann zu lieben. Und ich glaubte nicht daran, jemals eine Frau zu finden, die ähnliche Empfindungen wie ich hatte." Sie sah für sich keinen anderen Weg als den Suizid. Sie hatte allen Menschen verschwiegen, das sie lesbisch war. Sie traute sich nicht, mit jemanden darüber zu reden. Noch nicht einmal einem Arzt hatte sie es erzählt, der sie mehrmals danach fragte. In dieser Zeit (60er Jahre) war Homosexualität ein völliges Tabu in der Gesellschaft. Es gab keine Gleichgesinnten, keine Literatur oder Gruppen. Sie war hin- und hergerissen zwischen einem "Normalsein", also einer Beziehung mit einem Mann zu haben und ihrer "wahren" Veranlagung. Schließlich fühlte sie sich den Erwartungen der Mutter verpflichtet, einen netten Ehemann vorzuweisen und für Enkelkinder zu sorgen. Diese Vorstellung wurde ihr in ihrer Erziehung von der Familie und der Gesellschaft vermittelt. Sie hat diese Erwartungen nicht hinterfragt und automatisch auf sich übertragen. Sie glaubte, daß ihr Leben genauso aussehen mußte, daß es nur so "richtig" wäre, schließlich kannte sie nichts anderes. Sie wollte das "Lesbischsein" nicht zulassen, es unterdrücken, merkte allerdings auch, daß sie in einer Beziehung mit einem Mann nicht leben konnte und zu sehr darunter leiden würde.

Es war und ist für eine Frau nicht so einfach, anderen Leuten klarzumachen, daß sie lesbisch ist. Wenn sie offen ist, macht sie sich zur Zielscheibe für körperliche und seelische Belästigung. Sie könnte für krank erklärt werden, von Kindern ferngehalten werden und am Arbeitsplatz gekündigt werden. Es hat eine Isolierung und Diskriminierung zur Folge. Wenn sie ihr Lesbischsein verbirgt, riskiert sie andere Kränkungen und Peinlichkeiten, weil sie automatisch für heterosexuell gehalten wird. Gynäkologen wollen ihr Verhütungsmittel aufschwatzen, Freunde wollen ihr

"nette" Männer vermitteln und man macht ihr unsittliche Anträge. Sie lebt in ständiger Angst, erwischt zu werden, und fühlt sich unehrlich.

Anne war von Schuldgefühlen, von Selbsthaß und von Angst geplagt und hat diese Angst- und Haßgefühle gegen sich selbst gerichtet.

In einem weiteren Interview erzählte Elisabeth, daß ihr Verlobter ihr sagte, er liebte sie nicht mehr. Sie mußte aber aus finanziellen Gründen bei ihm wohnen bleiben. Sie war sehr schüchtern, deshalb war es für sie problematisch, neue Freunde zu finden oder eine dauerhafte Beziehung zu schließen. Ein Grund dafür war die erlebte Vergewaltigung. Sie mußte weiterhin gezwungermaßen mit dem Mann, den sie noch liebte und der diese Liebe nicht mehr erwiderte, zusammenleben. Zu ihren emotionalen Problemen kam eine schulische Verschlechterung hinzu. Sie fühlte sich wertlos, hatte kein Selbstvertrauen mehr und dachte, sie wäre ein schlechter Mensch. Alle Probleme eskalierten: "So kamen alle Probleme zusammen, die ich ertragen mußte. Ich wollte von alldem nur für eine Weile fliehen. Ich wollte nur allein sein und einen Urlaub machen, deshalb dachte ich, daß ein Selbstmordversuch ein Ausweg wäre." Sie hatte sich in ihrem Leben nie Problemen wirklich gestellt. Sie wußte nicht mehr weiter und wollte vor den Problemen fliehen. Sie wurde mit der Situation nicht mehr fertig. Sie wollte vor dem Suizidversuch mit sieben verschiedenen Leuten reden, aber niemand verstand sie und alle reagierten nur hilflos und überfordert.

Bernadette hatte nie in ihrem Leben gelernt, Entscheidungen zu fällen und für sich selbst verantwortlich zu sein. Ihr wurde immer alles von den Eltern abgenommen, sie mußte sich um nichts kümmern oder hat das getan, was ihr gesagt wurde. Stellte sich eine Entscheidung als falsch heraus, gab sie ihren Eltern die Schuld daran. Sie war nicht selbstständig und erlebte nie eigene Niederlagen, die sie selbst meisterte: "Ich kannte das Leben auf eigenen Beinen nicht. Meine Eltern haben mir vieles abgenommen, ich mußte keine großen Entscheidungen treffen. Ich habe nie gelernt, Rückschläge zu bekommen oder mich für etwas zu entscheiden, sondern mir wurde die Entscheidung abgenommen, so daß ich die größten Vorteile daraus ziehen konnte. Und wenn nicht, habe ich die anderen dafür verantwortlich gemacht."

Auch Katharina wählte den einfachen Ausweg. Sie hatte einen Vater, der sich über seine hilfsbereite Frau lustig machte und sie für dumm hielt. Die Tochter sagte ihm die Meinung, konnte es allerdings nicht mit ihm aufnehmen und wurde von ihm geschlagen. Sie versuchte Suizid, weil sie es leid war, ständig gegen ihren Vater und

die Geschwister anzukämpfen: "Ich versuchte Selbstmord, weil ich müde war. Das Leben war ein ständiger Kampf. Ich war immer schlecht gelaunt, immer unsicher, ich haßte mich selber, ich fühlte mich gefoltert. Auf der Arbeit hatte ich Frieden, aber zu Hause war ich im Wettstreit mit meinen Brüdern und Schwestern. Immer unter dem Druck die Beste, die Schnellste mit allem zu sein."

Wie im Abschnitt "Unterordnung und Abhängigkeit" dargestellt ist, ist es für Mädchen besonders schlimm, wenn sie von ihren Eltern unerwünscht sind: "Das Mädchen erfährt von Anbeginn durch mangelnde Zuwendung und aktive Ablehnung, daß es wertlos ist. Gleichzeitig erfährt es, daß seine Wirksamkeit total eingeschränkt ist: Es kann tun, was es will, es wird immer Mädchen bleiben. Es ist somit seiner Rolle hilflos ausgeliefert, hat keine Macht und Möglichkeit, dieser Rolle zu entkommen und sich damit Zuneigung und Zuwendung zu erwerben.

Ein Mädchen existiert nicht, wenn es, aus welchen Gründen auch immer, nicht wahrgenommen wird. Es erfährt nur, daß jegliche Aktion und Reaktion sinnlos bleibt. In diesen Fällen, die keine Einzelfälle sind, kann von einer extremen erlernten Hilflosigkeit gesprochen werden."

Dieser Fall ist in einem Interview mit Alice wiederzufinden, die, weil sie von ihren Eltern unerwünscht war und vom Vater und dem Bruder körperlich und sexuell mißbraucht wurde, mehrmals Suizidversuche beging. Sie fühlte sich wertlos und dreckig und war der Meinung, die Gesellschaft dürfte nicht länger mit ihrer Anwesenheit belastet werden. Auch war sie ständig im Wettstreit mit ihrem Bruder, der natürlich alles richtig machte, weil er ein Mann war. Diese Frau hat zu einem bestimmten Zeitpunkt resigniert. Sie hatte keine Kraft mehr, um gegen ihr Schicksal anzukämpfen.

Das Leben von Lisa war durch die Heroinabhängigkeit ihrer Schwester, die Behinderung eines nahestehenden Menschen, der emotionalen, seelischen, körperlichen und sexuell mißbrauchenden Familie und ihrer Vergewaltigung außer Kontrolle geraten. Sie litt unter Depressionen und wollte nur noch Frieden.

Alle Frauen wollten sich nicht wirklich umbringen, sondern ihre Probleme wuchsen ihnen über den Kopf, und sie wollten ihnen entfliehen. Sie dachten vor dem Suizidversuch nicht über die Konsequenzen nach, sie wollten sich einfach nur aus einer unerträglich gewordenen Situation heraus befreien.

Frauen haben gelernt, Aggressionen nicht unmittelbar zu äußern, sondern möglichst zu unterdrücken. Bei allen Frauen führte die fortwährende Frustration zu Aggressi-

on gegen sich selbst. Die Wendung der Aggression gegen die eigene Person erscheint demnach als logische Verhaltenskonsequenz für Frauen, wollen sie sich noch relativ konform zu ihrem sozialen Umfeld verhalten.

### **Wird Suizid von Frauen gezielt als Problemlösungsstrategie eingesetzt?**

*These 2: Frauen, die gelernt haben, daß sie im Vergleich zu Männern wesentlich geringere Wirkungsmöglichkeiten und Durchsetzungsstrategien zur Verfügung haben, wenn sie weiter angepaßt sind, beobachten, daß selbstschädigendes Verhalten zum Erfolg führen kann, der bislang mit keiner anderen Verhaltensweise erzielt werden konnte.*

Das trifft bei Frauen zu, die bewußt nach dem Suizidversuch mit Hilfe und Zuwendungen rechnen. Alle Versuche, ihre Probleme zu meistern, sind gescheitert, und sie erhofften sich mit dem Suizid die hilfreiche Reaktion.

Ein solcher Versuch wird in einem Interview deutlich, in dem Bernadette erzählte, daß sie ihren Mann mit Suizidversuchen (Einnehmen von Schlaftabletten, Aufschneiden der Pulsadern) erpreßte: "Ich wollte manchmal von meinem Mann Sachen erpressen, damit ich vor der Familie nicht so kopflos dastand. Dann habe ich den Selbstmordversuch angedroht, und auch Tabletten genommen bzw. angedroht, mir die Pulsadern aufzuschneiden. Ich war wirklich nah dran, und es waren auch mehr oder weniger Hilferufe." Immer, wenn ihr Mann nicht nach ihren Forderungen handelte, geschah dies. Sie konnte sich nicht anders gegen ihn durchsetzen und ihn dazu bewegen, ihre Meinung anzuerkennen und danach zu handeln. Überwiegend hat sie nach seinen Vorstellungen gehandelt, nur in ganz extremen Situationen konnte sie es nicht ertragen.

Eine dieser Situationen war, als ihr Mann ihr versprach ihr gemeinsames Kind taufen zu lassen. "Als es dann soweit war und es waren schon Gäste eingeladen, wollte mein Mann nicht zur Taufe. Ich war so fertig, ich habe versucht, ihn zu erpressen. Ich hatte Angst das Gesicht zu verlieren. Ich habe dann Tabletten genommen. Mein Mann hat es dann eingesehen und mir eine starke Salzlösung gegeben, so daß ich das Ganze erbrochen habe."

Sie hatte nie gelernt, eigene Entscheidungen zu fällen, und diese mit anderen Mitteln als der Androhung von Selbstzerstörung durchzusetzen, weil dies immer jemand für sie tat (Vater oder Ehemann). Konnte sie jedoch mit dieser Entscheidung

auf keinen Fall leben, flüchtete sie sich in die Erpressung und Androhung von Suizid.

Hier ist die aggressive Komponente des Hilferufs besonders deutlich. Im Abschnitt 3.1 "Suizidversuch als Hilferuf" wird deutlich, daß der Hilferuf einer Drohung ähneln kann, damit der Gesprächspartner unter Druck gesetzt wird. Bernadette hatte zwar im Moment des Suizidversuchs Erfolg bei ihrem Mann gehabt, der allerdings sehr kurzlebig war, weil sie nicht mehr miteinander reden konnten und alles beim alten war, bis zum nächsten Suizidversuch.

### **Bevorzugen Frauen "weiche" Methoden?**

*These 3: Durch die unterschiedliche Erziehung von Jungen und Mädchen entsprechen "weiche" Methoden mehr dem Selbstbild und der Rollenerwartung von Frauen.*

Frauen planen den Suizidversuch und überlegen vorher, welche die beste Methode ist, um nicht vor dem Tod gefunden zu werden. Frauen wird im allgemeinen ein besserer Zugang zu Heilmitteln und Medikamenten nachgesagt, d.h. der Einsatz von Medikamenten zum Suizid ist auch hier gesellschaftlich akzeptiert. Wie im Abschnitt 3.3.2 "Alltägliche Sucht und Selbstmord" über Medikamentenabhängigkeit erwähnt wird, klagen Frauen um so stärker über gesundheitliche Beschwerden, je geringer ihr Handlungsspielraum, ihr Grad an Selbstbestimmung zu Hause und im Beruf ist, je mehr sie sich mit Kollegen arrangieren müssen, ohne wirklich Einfluß nehmen zu können, und je mehr von ihnen erwartet wird, daß sie, "typisch Frau", für ein freundliches Klima zu sorgen haben.

Frauen sind schließlich gewohnt, mit Tabletten ihre Probleme zu bewältigen, es ist für sie eine vertraute Methode, schließlich greift jeder Arzt bei dem kleinsten "Zimperlein" einer Frau zu Tabletten.

Frauen haben mit einer weichen Methode immer noch eine Chance auf Rettung, vielleicht haben sie es sich kurz vorher doch anders überlegt und sie möchten weiter leben. Ein Todeserlebnis kann durch Einschlafen umgangen werden, die Hemmschwelle ist also gesenkt.

Der männliche Suizid geschieht viel eher im Affekt als bei Frauen. Der weibliche Suizidversuch ist genau geplant. Im Abschnitt 2.4 "Methoden" ist zu lesen, daß die Suizidhandlung mit einer Schußwaffe aus einer momentanen Situation heraus geschieht, dagegen ist eine Medikamentenüberdosierung sorgfältiger geplant.

Überwiegend bevorzugten die Frauen in den Interviews "weiche" Methoden. Alle Frauen versuchten den Suizid durch Einnahme von Schlaftabletten, eventuell mit Alkohol.

Andererseits gab es den Fall, daß sich Lepold vom Balkon stürzen wollte. Sie litt zu der Zeit unter einer Psychose. Sie stand schon auf dem Balkon, konnte jedoch von ihren Schwestern davon abgehalten werden.

Die übrigen Frauen schluckten Tabletten, wurden bewußtlos und wachten erst wieder im Krankenhaus auf. Einige haben die Methode wegen großer Schmerzen (Herzanfall) bedauert. Andere konnten sich auch noch durch Erbrechen zu Hause retten.

### **Sind Selbstmordversuche bei Frauen gesellschaftlich akzeptiert?**

*These 4: Es wird immer noch mehr dem schwachen, angeblich weniger lebensfähigen Geschlecht zugebilligt, nicht mit Härten und Versagungen des Alltags klarzukommen. Der Selbstmordversuch bei Frauen entspricht dem Bild, daß Frauen Schutz und Hilfe brauchen, betreut und geführt werden müssen.*

Wie die Interviews zeigen, ist auch diese These bestätigt.

Lisa erzählte, daß sie nach ihrem Suizidversuch in das Krankenhaus gebracht wurde. Dort wurde gesagt, "es wäre ein Unfall, weil ich eine Überdosis geschluckt habe. Ich wäre ein wenig krank gewesen und hätte versehentlich zu viele Tabletten geschluckt." Es wird nicht an eine absichtliche Überdosierung der Tabletten gedacht, sondern automatisch angenommen, daß der Suizid ein Versehen war.

Je öfter Frauen vom Suizid reden und ihn begehen, umso weniger werden sie ernst genommen. Zum Beispiel drohte eine Frau als Erpressungsversuch mit Suizid und nahm auch mehrmals Tabletten. Ihr Mann beachtete ihr Verhalten nicht und sagte: "Davon wirst du sowieso nicht umkommen." Er half ihr nicht weiter und ignorierte ihr Verhalten.

### **Sind die Suizidmotive von Frauen dieselben wie von Männern?**

*These 5: Frauen werden durch familiäre und partnerschaftliche Probleme zum Suizidversuch veranlaßt. Die Schwierigkeiten sind oft gekoppelt mit materiellen Sorgen und Existenzängsten.*

Die These ist durch die Interviews belegt. Die Frauen, die ich kennenlernte, hatten immer familiäre oder partnerschaftliche Probleme als Anlaß bei ihrem Suizid. Fast immer wurden ihre Probleme von männlicher Gewalt ausgelöst wie z.B. körperlichen und sexuellem Mißbrauch und Vergewaltigung. Die Gewalterfahrungen brachten Probleme mit sich, die wiederum neue Probleme zur Folge hatten. So kamen viele Faktoren zusammen, die zum Suizid führten.

Die Ursachen liegen in langjährigen Problemgeschichten, insbesondere im Zusammenhang mit mangelnder Anerkennung, Zurücksetzung durch generelle Überforderung sowie mangelnde Konfliktlösungsstrategien.

Birgit wurde auch von ihren Eltern körperlich, seelisch und sexuell mißbraucht. Zusätzlich wurde sie dreimal vergewaltigt. Als Folge hatte sie Angst vor Menschen. In der Schule wurde sie wegen dieser Angst zur Außenseiterin. Sie hatte kein Selbstvertrauen mehr. Sie hatte, seit sie die Menschen kannte, nur noch Tiere geliebt. Neun Jahre später befand sie sich in einer ähnlichen Situation. Sie wohnte allein in einem Wohnsilo, kannte zwar eine Nachbarin, aber hatte kein Vertrauen zu ihr. Sie hatte Probleme mit ihrem Mann, lebte in Scheidung und kämpfte um das Sorgerecht. Sie fühlte sich von aller Welt verlassen.

Ein weiteres Beispiel für eine typisch "weibliche" Situation bestand bei Lisa, deren Leben außer Kontrolle geriet, weil ihre beste Freundin zusammengeschlagen wurde und behindert war, die Schwester heroinabhängig war und sie selbst ein Jahr vorher vergewaltigt wurde. Hinzu kam noch der körperliche, seelische und sexuelle Mißbrauch der Eltern.

### **6.3. Schlußfolgerungen für die soziale Arbeit**

Die Probleme, die Frauen zum Suizid veranlaßten, waren meist im elterlichen Mißbrauch oder in der Erziehung des Mädchens begründet. Aus der Literaturanalyse und der Auswertung der Interviews ergibt sich für die sozialpädagogischen Handlungsfelder folgendes:

Die Suizidprophylaxe als integrierter Bestandteil der sozialpädagogischen Arbeit für/mit Frauen sollte die Nähe zum konfliktträchtigen Alltag herstellen und dort "öffentliche Orte" schaffen, an denen materielle und psychische Hilfe geleistet werden. Dort sollte es möglich werden, daß Frauen den "Weg des aktiven Tuns" beschreiten lernen, der ihnen Chancen eröffnet, aus der "Isolation von gesellschaftlichen Lernprozessen" herauszufinden. Die Suizidgefährdete muß durch Erfolge lernen, daß

und wie Konflikte durch adäquates Hilfeersuchen gelöst werden können und keiner selbstschädigenden Verhaltensweisen bedürfen.

Suizidprophylaxe bei Frauen kann immer nur eine Frage der Befreiung sein: sowohl im privat-individuellen als auch im frauenpolitischen Bereich. Frauen dürfen sich nicht von anderen in die Verzweiflung treiben lassen. Sie müssen sich gegen eine schlechte Behandlung wehren. Frauen sollten sich nicht davon überzeugen lassen, daß sie schlecht, schwach, unfähig, mittellos und hilflos sind. Sie sind es nicht.

Das ist für minderjährige Mädchen allerdings besonders schwer. Mißbrauch muß mehr an die Öffentlichkeit getragen werden und mehr Hilfe bereitgestellt werden. Die Mädchen müssen wissen, wo sie sich hinwenden können und daß dort parteilich gearbeitet wird, d.h. dem Mädchen wird vorbehaltlos geglaubt und sie müßte Vertrauen haben, daß es keine negativen Konsequenzen zur Folge hat. Am sinnvollsten wäre die Schaffung von Mädchenhäusern, damit die Mädchen in einer gewaltfreien Umgebung leben können.

Die Frau muß lernen "Nein" zu sagen, zu verzichten, wenn eine Stelle oder Situation etc. auf Dauer mehr Last als Lust bietet. Sie muß mehr Selbstvertrauen haben. Frauen sollten sich langfristig gute soziale Kontakte suchen, damit sie einmal jemandem ihr "Herz ausschütten" können. Es ist wichtig, dabei niemanden unter Druck zu setzen. Sie sollte einen anderen Menschen ruhig mit ihrem Schicksal belasten, aber umgekehrt für deren/dessen Schicksal offen sein. Sie muß immer noch die Verantwortung für sich selbst tragen. Dadurch erfährt sie einen Zuwachs an Reife, Verstehen und Menschlichkeit. Es ist wichtig, daß sich eine Frau nicht in den Zustand von Hilflosigkeit und Ohnmacht bei Konflikten bringen läßt, sondern aktiv gegensteuert und die Initiative ergreift.

Für die Sozialpädagogik sollte ein Ziel für Frauen sein, daß beschränkende Lebensumstände abgebaut werden. Freiräume gesichert werden und emanzipatorische Prozesse gefördert werden. Konkret bedeutet das, nicht nur einen speziellen Service für suizidale Frauen anzubieten, sondern den Rahmen bereits heute möglicher pädagogischer Arbeit nutzen zu können, indem z.B. Projekte der Gemeinwesenarbeit sich auf Krisenintervention einstellen lernten, auf Förderung von Eigeninitiativen, in welchen erfahrungsgemäß viele jener Problematiken zur Sprache kommen, die den Alltag beherrschen und zum Teil erheblich belasten; auch jene Ansätze, die Kreativität und "Lebensfreude" aufgreifen und Kommunikationsprozesse in Nachbarschaften pflegen helfen.

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind aufgefordert, suizidale Krisen zu erkennen, diese aufzufangen und ihnen im Vorfeld entgegenzuwirken. Auch die Bevölkerung im allgemeinen ist dazu angehalten, sensibler auf die Suizidproblematik zu reagieren, Hinweise darauf ernst zu nehmen und am Leiden der Frau teilzuhaben. Über den Weg der Öffentlichkeitsarbeit von involvierten Institutionen soll dies erreicht werden, Frauen in Krisensituationen soll dadurch der Schritt zur aktiven Hilfesuche erleichtert werden. Mittels frauenorientierter Sozialarbeit läßt sich nicht zwangsläufig Emanzipation herstellen. Diese Sozialarbeit sollte aber unterstützt werden, damit sie ihren Möglichkeiten entsprechend zur Verbesserung der Situation der Frau beitragen kann.

## 7. Zusammenfassung

Die theoretische Untersuchung von Suizidverhalten bei Frauen resultierte in der Formulierung von fünf Leitfragen. Diese wurden aufgrund der Literaturrecherche durch entsprechende Thesen beantwortet. Das Ziel der Befragung von insgesamt acht Frauen war es, Beispiele und Belege für diese Thesen zu finden. Aufgrund der geringen Größe meiner Umfrage konnte nicht der Anspruch erhoben werden, bestimmte Thesen statistisch zu belegen oder zu widerlegen. Die beantworteten Fragebögen und die von mir geführten Interviews liefern jedoch anschauliche Beispiele. Durch den relativ hohen Anteil von Suizidversuchen bei Schülerinnen in meiner Befragung wurde ich jedoch auf eine Tatsache aufmerksam, die meiner Ansicht nach in der Literatur zu Frauensuizid nicht ausreichend erforscht ist: Alle Mädchen waren über lange Zeiträume vor ihrem Suizidversuch einem gewalttätigen und sexuell mißbrauchenden Umfeld ausgesetzt worden. Gerade diese Tatsache aber ist für die soziale Arbeit wichtig. Es müssen mehr Mädchenhäuser geschaffen werden, in denen die Mädchen in einem gewaltfreien Raum leben können, und sie parteilich angehört werden. Die Einrichtungen, die sexuell mißbrauchten Mädchen Hilfe bieten, müssen bekannt sein. Den Mädchen muß die Angst genommen werden, sich an solche Einrichtungen zu wenden. Die Öffentlichkeit muß verstärkt über sexuellen Mißbrauch in Familien informiert werden. Wie schon Canetto erwähnte spielen Vernachlässigung, Mißbrauch, Brutalität und Schläge, sowie die Sozialisation als begünstigender Suizidfaktor eine große Rolle.

Außerdem darf die Risikogruppe der sexuell Devianten nicht unterschätzt werden. Homosexualität muß an die Öffentlichkeit getragen werden, damit sich diese Men-

schen zusammenschließen können und nicht aufgrund der Abweichung ausgegrenzt werden.

Insgesamt war das Ergebnis meiner Untersuchung, daß Frauen einen Suizidversuch gemäß der ersten These als Hilferuf nutzen, um ihre Vorstellungen und Wünsche zu artikulieren und durchzusetzen. Sie wollten sich nicht wirklich umbringen, sondern riefen nur um Hilfe. Die Suizidversuche waren immer in der Art und Weise geplant, daß die Frauen früher oder später gefunden wurden. Die Frauen wurden meist von männlicher Gewalt bedroht, konnten jedoch aus verschiedenen Gründen niemanden finden, der sie aus diesem gewalttätigen Umfeld befreite. Ihre Probleme türmten sich auf, bis zu einem Punkt, an dem sie nicht mehr weiter konnten und ihnen alles über den Kopf wuchs. Sie wollten sich aus einer unerträglich gewordenen Situation befreien.

Eine Frau setzte den Suizid gemäß der zweiten These gezielt als Problemlösungsstrategie ein. Sie wußte nicht, wie sie sich anders durchzusetzen konnte. Sie hatte beobachtet, daß Suizid zum Erfolg führen kann, der bislang mit keiner anderen Verhaltensweise erzielt wurde. Sie hatte nämlich gelernt, daß sie im Vergleich zu Männern wesentlich geringere Wirkungsmöglichkeiten und Durchsetzungsstrategien zur Verfügung hatte, wenn sie weiterhin angepaßt war. Die bewußte Anlage eines Suizidversuchs auf ein bestimmtes Ziel hin konnte dazu führen, daß eine Frau mit Hilfe des Suizidversuchs regelrechte Erpressungsversuche vollzog.

Alle befragten Frauen hatten gemäß der dritten These "weiche" Methoden bevorzugt, was ihrem Selbstbild und der Rollenerwartung entsprach. Sie hätten mit der "weichen" Methode immer noch eine Chance auf Rettung und könnten das Todeserlebnis durch Einschlafen umgehen. Die Frauen planten den Suizid sorgfältig und überlegten sich eine genaue Methode. Gemäß dem vorherrschenden Männerbild dürfen diese sich dagegen keine Blöße geben, und beim Suizid versagen. Schließlich werden sie zu körperlicher Stärke erzogen. Frauen hingegen werden dazu erzogen, ihre Aggressionen nicht zu äußern. Als Folge richten sie ihre Aggressionen gegen sich selbst.

Selbstmordversuche bei Frauen sind gemäß der vierten These gesellschaftlich akzeptiert. Das zeigte sich daran, daß alle Frauen Zuwendung und Hilfe nach einem Versuch bekamen. Sie wurden therapeutisch behandelt. Dies ist nichts Ehrenrühriges, da eine "typisch weibliche" Verhaltensweise ist, "Schwäche" zu zeigen. Ihnen wird zugestanden, nicht mit den Härten des Alltags klarzukommen.

Die Suizidmotive unterscheiden sich von den männlichen. Alle Frauen versuchten, sich aufgrund der Folgen vom sexuellen Mißbrauch oder einer Vergewaltigung und damit verbundener Folgen umzubringen. Demnach lagen ihre Motive überwiegend im familiären und im partnerschaftlichen Bereich. Verheiratete Frauen waren nicht weniger suizidgefährdet, eher im Gegenteil, die Ehe war neben anderen Faktoren (persönlich, Vergewaltigung, elterlicher, sexueller und körperlicher Mißbrauch) suizidfördernd.

Es herrschte bei allen Frauen eine Korrelation mehrerer Motive vor. Ihre Schwierigkeiten waren oft mit materiellen Sorgen, finanziellen Nöten und Gewalterfahrungen gekoppelt.

Besonders in Bezug auf die soziale Arbeit zeigte sich in den Interviews, daß die Frauen häufig professionelle Hilfe im Krankenhaus oder Therapie erhalten haben. Von ihren nächsten Angehörigen haben sie wenig Unterstützung bekommen. Diese zeigten nur ein schlechtes Gewissen, hatten Angst um ihren Ruf oder veranlaßten rigide Maßnahmen wie die Überwachung der Frau. Viele Frauen versuchten deshalb auch mehrmals Suizid. Sie fühlten sich entblößt und erniedrigt und vor lauter Wut wurde der Wille zum Sterben noch größer.

Hieraus ergibt sich für die soziale Arbeit: Sie muß in der Suizidprophylaxe tätig werden und die Nähe zum konflikträchtigen Alltag herstellen. Gemeinwesenarbeit muß sich auf Krisenintervention einstellen, die Eigeninitiative von Mädchen und Frauen fördern, jene Ansätze, die Kreativität und "Lebensfreude" aufgreifen und Kommunikationsprozesse in Nachbarschaften pflegen helfen. Dies sollte durch spezielle Schulung von sozialpädagogischen Mitarbeitern im Rahmen bereits heute möglicher pädagogischer Arbeit durchführbar sein. Können Suizidabsichten festgestellt werden, muß der Frau Verständnis entgegengebracht werden und sie zu anderen Konfliktlösungsmöglichkeiten hingeführt werden. Eine weitere Folge der sozialen Arbeit wäre, daß die Frau durch Erfolge lernt, daß und wie Konflikte durch adäquates Hilfeersuchen gelöst werden können und keiner selbstschädigenden Verhaltensweisen bedürfen. Hier ist die Hilfe zur Selbsthilfe wichtig. Die Frau sollte die Bereitschaft mitbringen, sich helfen zu lassen, sie muß aber selbst tätig werden. Natürlich können suizidale Frauen dies nicht alleine leisten. Hier ist eine gesamtgesellschaftliche Bewußtseinsbildung durch die soziale Arbeit erforderlich. Da Selbstmord immer ein Prozeß der erlernten Hilflosigkeit ist, den Frauen während ihrer Kindheit durchmachen, müssen sozial Tätige dahingehend geschult werden,

Mädchen die gleichen Chancen wie Jungen einzuräumen. Viele Mädchen werden von Geburt an "anders" erzogen als Jungen. Weniger Anreize, weniger Zuwendung durch weniger Anwesenheit der Mutter, weniger Aktivierung von frühester Kindheit an, zeigen Mädchen, daß sie sich beschränken müssen. In der Pubertät werden sie stärker an die Erziehungsperson gebunden. Jungen werden dazu angehalten, ihre Welt zu erforschen und zu beherrschen. Mädchen sollen sozial werden, dabei aber auf ihre kleine Welt beschränkt bleiben. Deshalb muß die Suizidprophylaxe bei der Kindererziehung in Kindergärten, Schulen, Jugendheimen etc. geschehen, d.h. auch Eltern müssen über eine gleichberechtigte Mädchenerziehung aufgeklärt werden, und sie müssen sie selbst praktizieren.

Zuletzt muß unbedingt Mißbrauch in Familien aufgedeckt und an die Öffentlichkeit getragen werden. Die Kinder dieser Familien brauchen dringend adäquate Hilfe. Es herrscht eine größere Dunkelziffer als allgemein vermutet wird.

## 8. Literaturverzeichnis

- Böcker, Felix. *Suizide und Suizidversuche*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1973
- Canetto, Silvia Sara. *She died for love and he for glory*. In: Robert Kastenbaum (ed.), *Omega-Journal of Death and Dying*, Baywood Publishing Company, New York, 1992, Vol. 26(1), S.1-17
- Durkheim, Emile. *Le Suicide*. Paris, 1897.  
Deutsch: *Der Selbstmord*. Suhrkamp Verlag, Neuwied, 1973
- Feuerlein, W. *Tendenzen von Suizidhandlungen*. Wege zum Menschen 26 (5/6), S.182-188
- Grond, E. *Sozialmedizin*. Verlag modernes Lernen, Borgmann KG, Dortmund, 1978
- Haenel, Thomas. *Suizidhandlungen*. Springer-Verlag, Berlin 1989
- Henseler, H. *Narzistische Krisen, zur Psychodynamik des Selbstmords*, Rowohlt, Hamburg, 1974
- Kneissl, Marikka. *Suizidversuche bei Frauen*. Dissertation.  
Universität Marburg, 1984
- Lissner, Anneliese. Süssmuth, Rita. Walter, Karin. *Frauenlexikon*. Herder Verlag, Freiburg im Breisgau, 1988
- Mitterauer, Bernhard. *Können Selbstmorde in einem psychiatrischen Krankenhaus verhindert werden*. Psychiatrische Praxis 8, 1981, S.23-30
- Pohlmeier, Herman. *Depression und Selbstmord*. Keil Verlag, Bonn, 1980
- Pohlmeier, Herman. *Selbstmord und Selbstmordverhütung*. Verlag Urban und Schwarzenberg, München, 1983
- Pohlmeier, Herman. *Selbstmordverhütung - Theorie und Praxis*.  
In: Haesler, W.T. Schuh, J. (Hrsg.). *Der Selbstmord*. Verlag Rüegger, Grünsch, 1986
- Reiner, Artur. *Ich sehe keinen Ausweg mehr*. Chr. Kaiser Verlag München, 1974
- Ringel, Erwin. *Der Selbstmord, Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Maudrich, Wien, 1953
- Ringel, Erwin. *Selbstmordverhütung*. Huber, Bern, 1969
- Scheu, Ursula. *Wir werden nicht als Mädchen geboren*. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main, 1977
- Seligman, M.E.P. *Erlernte Hilflosigkeit*. Urban und Schwarzenberg, München, 1979
- Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*, 1993
- Swientek, Christine. *Wenn Frauen nicht mehr leben wollen*. Rowohlt, Hamburg, 1990
- Wolter, Dirk K. *Warum Menschen Hand an sich legen*. Psychiatrie-Verlag, Bielefeld, 1983

**Electronic Mail: Alison**

## **Informationen zur Person**

### **Wie alt bist Du?**

Ich bin jetzt 19 Jahre alt. Zur Zeit des Selbstmordversuchs war ich 16 Jahre alt.

### **Wohntest Du mit Deiner Familie zusammen?**

Ja.

### **Warst Du finanziell unabhängig?**

Nein.

### **Welchen Beruf hast Du?**

Vorher ging ich noch zum Gymnasium, jetzt studiere ich an einer Musikhochschule.

## **Damalige Situation**

### **Wie oft hast Du Selbstmordversuche begangen?**

Ich weiß nicht genau, es war öfters, mindestens drei- oder viermal.

### **Beschreibe Deine Situation beim ersten Mal!**

Ich erinnere mich kaum noch an meine Kindheit, aber ich wurde sexuell und körperlich von meinem Vater und meinem Bruder bis zu meinem 16. Lebensjahr mißbraucht. Ich stamme aus einer sehr traditionellen italienischen Familie und meine Eltern wollten nur Jungen als Kinder. Aber es passierte, daß ich ein Mädchen wurde (Ich bin die älteste von 3 Kindern). Die Rechtfertigung meines Vater, für das was er tat, war, mich für die Tatsache zu bestrafen, daß ich ein Mädchen war.

Ich war 16 Jahre als ich zum ersten Mal Selbstmord versuchte, und ich lebte zu der Zeit mit meiner Familie zusammen. Wir wohnten in einer Kleinstadt, in der unser Familienname sehr bekannt und respektiert wird. Meiner Familie gehörte seit über 30 Jahren dort ein Geschäft. Weil mein Vater jetzt Inhaber des Geschäfts ist, ist es schwierig, jedem alles zu erzählen, weil niemand glaubt, daß ein angesehener Geschäftsmann, so etwas tun könnte. Mein Leben war vor dem Versuch sehr oberflächlich, weil ich den Familiennamen um jeden Preis repräsentieren mußte. Ich wäre bedroht worden, wenn ich ernstlich gesagt hätte, was mein Vater und mein Bruder taten. Ich erinnere mich, daß ich mich einen Monat vor dem Versuch, gefühlt habe, als wenn ich an nichts anderes mehr denken könnte. Weil ich einfach nicht mehr länger in diesem Umfeld leben konnte. Mir kam es so vor, als wenn nichts, was ich tun könnte, jemals gut genug war, weil mein Bruder seiner Männlichkeit wegen und der Tatsache, daß er den Familiennamen weitertragen würde, immer besser in allen Dingen war. Ich erinnere mich, mich sehr isoliert gefühlt zu haben. Ich ging für gewöhnlich nach der Schule nach Hause und blieb in meinem Zimmer, bis ich hinauskommen sollte, um zu essen, weil ich wußte, daß einmal als ich meine Tür öffnete ich angeschrien wurde, weil ich etwas falschgemacht habe. Ich versuchte es, Freunden und Lehrern zu erzählen aber niemand glaubte mir, weil ich aus dieser "guten, aufrechten, italienischen Kaufmannsfamilie" stamme, die ein-

fach nichts unrechtes tut. Ich hatte noch einen Bruder, der zu der Zeit sieben Jahre alt war. Er war noch zu jung, um alles zu begreifen. Er war sehr durcheinander als ich später die Familie verließ und mich nicht um ihn kümmerte. Meine Mutter mißbrauchte mich körperlich, sie glaubte mir nicht. Ich weiß nicht, ob sie von dem Mißbrauch meines Vaters wußte. Ich find es schlimm, zu glauben, daß sie es nicht wußte oder es nicht wollte. Es gibt keine Selbstmordversuche in unserer Familientradition.

## Motive

### **Was war das Motiv für den Selbstmordversuch?**

Ich sah mich als eine schlechte, dreckige und wertlose Person, weil sie mir dieses antaten und ob es fair war, andere Menschen mit meiner Gegenwart zu belasten. Meine Gesundheit war zu der Zeit in Ordnung, aber ich war als Kind häufig krank, welches ich auf den Mißbrauch zurückföhre.

## Ablauf

### **Wie lief der Selbstmordversuch ab?**

Ich nahm eine Überdosis Tylenol 3's zuhause und wurde von einem Freund der Familie gefunden. Ich schrieb meinen Abschiedsbrief in mein Tagebuch und hoffte, daß mich niemand finden würde, weil es mir so vorkam, daß die Gesellschaft nicht länger mit meiner Anwesenheit belastet werden dürfte.

## Situation nach dem Selbstmordversuch?

### **Wie hast Du Dich gefühlt?**

Ich wachte auf der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses auf und war durcheinander, weil ich nicht gestorben bin.

### **Wie waren die Reaktionen der Anderen?**

Meine Familie reagierte nicht besonders gut darauf, sie konnten nicht glauben, warum ich ihnen das antat und sie haben mir dauernd erzählt, daß es einen sehr schlechten Eindruck bei den Leuten machen würde. Sie konnten nicht verstehen, warum ich so unglücklich war, weil sie "mir doch immer alles gegeben haben," was ich wollte. Sie hatten die Überzeugung, daß Geld alles wichtige im Leben ist.

### **Hast Du von jemanden Unterstützung nach dem Selbstmordversuch bekommen?**

Von meinen Eltern nicht, sie konnten das alles nicht verstehen. Ich blieb sechs Monate im Krankenhaus, ich hatte Depressionen und mußte jedes denkbare Medika-

ment schlucken. In den ersten Monaten war ich sehr still und krank und konnte meinem Doktor nicht erzählen, was zuhause geschehen war. Nach den sechs Monaten versuchten sie mich zweimal nach Hause zurück zu bringen und ich wurde wieder verletzt. Ich habe mehrmals versucht mich umzubringen. Ich war immer in einer schlechten Verfassung, als ich zurück ins Krankenhaus kam. Nach dem zweiten Versuch mich nach hause zu bringen, kam ich erschreckt zurück und erzählte den Krankenschwestern und Ärzten was geschehen war. Sie halfen mir darüber zu reden und ich kam in eine Gruppe für mißbrauchte Kinder.

**Wie sah Dein Leben nach dem Selbstdmordversuch aus?**

Nach weiteren 6 Monaten beendete ich die 12.Klasse im Gymnasium. Nachdem ich die Klinik verließ lebte ich allein, beendete das Gymnasium und schrieb mich in einer Hochschule ein. Ich strebe den Abschluß eines Magisters in Musikwissenschaften an. Ich spiele Trompete und bin im zweiten Jahr meiner vierjährigen Ausbildung. Ich habe eine Menge Zeit verloren. Es wurde ein Jahr später im Krankenhaus eine multiple Persönlichkeitsstörung an mir festgestellt. Ich bin nun an der Universität finanziell auf mich allein gestellt, aber ich bin immer noch wegen der multiplen Persönlichkeitsstörung in Therapie.

**Würdest Du nochmal Selbstdmord begehen?**

Ich habe von Zeit zu Zeit an Selbstdmord gedacht, weil ich mich immer noch als eine Versagerin fühle. Ich denke, der Welt gehe es besser ohne mich. Aber dann sehe ich den Fortschritt, den ich seit meinem Selbstdmordversuch gemacht habe und ich möchte das nicht alles wegwerfen. Ich bin nun 19 Jahre alt. Obwohl es mir manchmal wieder in den Sinn kommt, glaube ich, daß ich es bis hierher geschafft habe und weitermachen muß und mich mit diesen Dingen auseinandersetzen muß und nur hoffen kann, daß sich die Dinge bald aufhellen.

## **Fragebogen: Anne**

### **Informationen zur Person**

#### **Wie alt waren Sie beim Suizidversuch?**

Ich war 20 Jahre alt, jetzt bin ich 47 Jahre alt.

#### **Wohnten Sie zusammen mit Familienangehörigen?**

Nein, ich wohnte allein.

#### **Waren Sie finanziell unabhängig?**

Ja.

#### **Waren Sie berufstätig? Welchen Beruf hatten Sie?**

Ich war Kaufmännische Angestellte.

### **Damalige Situation**

#### **Beschreiben Sie Ihre Kindheit!**

Ich bin in einem Dorf aufgewachsen, hatte eine drei Jahre jüngere Schwester, mit der ich mich aber überhaupt nicht verstand. Meine Spielkameraden waren ausschließlich Jungen. Ich liebte es, auf Bäume zu klettern und Fußball zu spielen, hatte eine Abneigung gegen alles Mädchenhafte. Meine Mutter war darüber zwar nicht begeistert, ließ mich aber gewähren.

Die Ehe meiner Eltern wurde im Lauf der Zeit immer schlechter, da mein Vater Alkoholiker war. Er starb als ich 14 Jahre alt war. Wir wurden sehr religiös (katholisch) erzogen. Als ich 18 war, zog ich zusammen mit meiner besten Freundin in eine entfernte, größere Stadt (Wir wohnten nicht in einer Wohnung).

#### **Beschreiben Sie Ihre damalige Situation!**

Ich versuchte kramphaft, ein heterosexuelles Leben zu führen, indem ich immer wieder auf die Flirtversuche von Männern einging. Doch meine heimliche Liebe galt den Frauen, was ich aber nicht wahrhaben wollte und wogegen ich mich wehrte.

#### **Beschreiben Sie Ihr Leben vom ersten Suizidgedanken bis zum Suizidversuch! Können Sie ihre Motive erklären? Hielt Sie Ihre Situation für aussichtslos?**

Einerseits war ich unsterblich in eine Kollegin verliebt, die mal mit mir flirtete und mir Hoffnungen machte, und aber auch recht abweisend war. Andererseits hatte ich einen "festen Freund", der mich heiraten wollte und mich massiv bedrängte, endlich mit ihm zu schlafen. Obwohl ich das eigentlich nicht wollte, ging ich schließlich doch mit ihm ins Bett. Es wurde ein totaler Reinfall; ich empfand nur Abneigung, Ekel und Schmerz. In der darauffolgenden Zeit fühlte ich mich niedergeschlagen und sehr traurig, konnte nachts nicht mehr schlafen, dachte ständig daran, wie ver-

korkst mein Leben war. Der Gedanke daran, lesbisch zu sein, war so schrecklich für mich, daß ich lieber sterben wollte. Danach (60er Jahre) war das ein absolutes Tabuthema, es gab keine entsprechende Literatur, keine Gruppen, und von Frauenkalen wußte ich auch nichts. Ich fühlte mich total isoliert und auch als Versagerin, weil ich es nicht schaffte, einen Mann zu lieben. Und ich glaubte nicht daran, jemals eine Frau zu treffen, die ähnliche Empfindungen wie ich hatte. Also hießt ich meine Lage für aussichtslos und hoffnungslos.

**Fiel es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?**

Ja, ich konnte mich nicht mehr ablenken.

**Haben sich Ihnen Selbstmordgedanken aufgedrängt?**

Selbstmord erschien mir als logische Konsequenz (lieber tot als lesbisch).

**Haben Sie schon mehrere Suizidversuche hinter sich?**

Nein.

**Hatten Sie in dieser Zeit weniger Kontakte zu Verwandten, Bekannten und Freunden?**

Nein, wie üblich.

**Hatten Sie jemanden, mit dem sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen konnten?**

Nein, niemanden.

**Fühlten Sie sich einer religiösen oder weltanschaulichen Gruppe zugehörig?**

Nein, nicht mehr.

**Hatte sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundeskreis schon jemand das Leben genommen?**

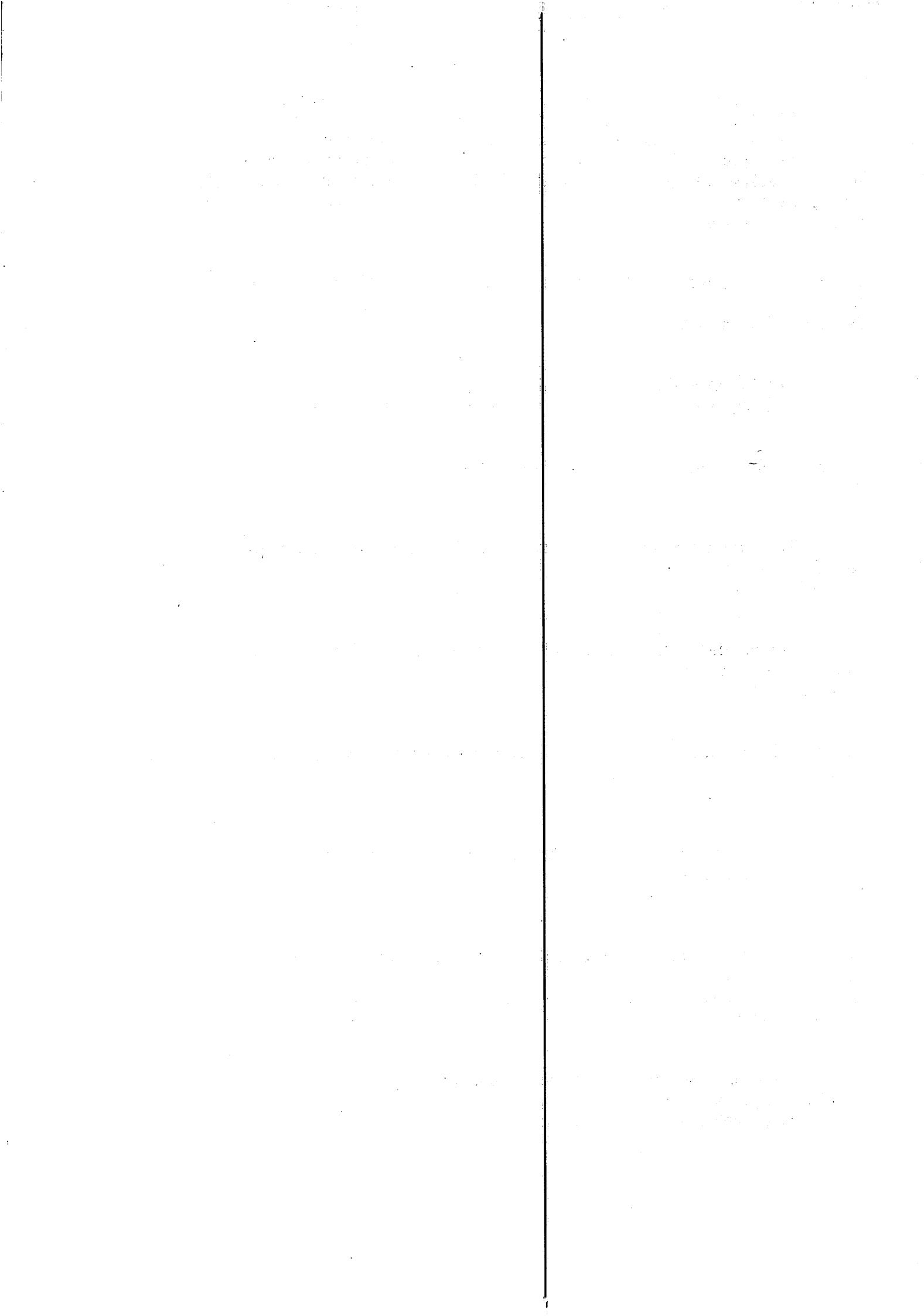
Nein.

**Fühlten Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?**

Ich fühlte mich meiner Mutter gegenüber verpflichtet, einen netten Ehemann vorzuweisen und für Enkelkinder zu sorgen.

**Hatten Sie gesundheitliche Probleme, finanzielle Sorgen oder Alkohol- und Drogenprobleme?**

Ich trank viel Alkohol, um mich zu betäuben.



## **Ablauf**

### **Wie war der Ablauf des Suizidversuchs?**

Ich besorgte mir 20 Schlaftabletten und schluckte sie mit einer Flasche Wermutwein.

### **Haben Sie den Selbstmord jemanden angekündigt?**

Nein.

### **Schrieben Sie einen Abschiedsbrief?**

Nein.

### **Wann und von wem wurden Sie gefunden?**

Am nächsten Morgen von einem Arbeitskollegen, der sich Sorgen machte, weil ich nicht zur Arbeit erschien.

### **Wollten sie gefunden werden?**

Weiß ich nicht mehr, es ist fast 30 Jahre her.

## **Situation nach dem Versuch**

### **Wie haben Sie sich danach gefühlt?**

Ich kam im Krankenhaus wieder zu mir, nachdem man mir den Magen ausgepumpt hatte. Ich war sehr erstaunt, daß ich noch lebte.

### **Wie waren die Reaktionen von Angehörigen/Freunden etc?**

Alle waren lieb und fürsorglich, fragten nach dem "Warum?" Ich gab aber keine Antwort. Nur meine Mutter machte mir Vorwürfe in dem Sinne, wie ich **ihr** das antun konnte.

### **Bekamen Sie von jemandem Unterstützung nach dem Versuch?**

Eine Kollegin kümmerte sich intensiv um mich, und wir wurden Freundinnen.

### **Wollten Sie mit jemanden darüber reden?**

Erst Jahre später konnte ich darüber sprechen.

### **Bekamen Sie im Krankenhaus vom Personal, Ärzte Aufmerksamkeit?**

Es gab mehrere längere Gespräche mit einem Arzt, der unbedingt wissen wollte, warum ich den Suizidversuch gemacht hatte. Aber ich sagte ihm nicht die Wahrheit, sondern dachte mir eine Geschichte aus.

**Machten Sie eine Therapie?**

Nein.

**Wie sah Ihr Leben danach aus?**

Aus der Freundschaft mit der Kollegin wurde eine Liebesbeziehung, die mich sehr glücklich machte.

**Was änderte sich an der Situation?**

Endlich fühlte ich mich nicht mehr gezwungen, mit Männern Beziehungen einzugehen.

**Würden Sie es noch einmal versuchen?**

Nein.

## **Interview: Bernadette**

### **Informationen zur Person**

#### **Wie alt sind sie?**

Ich bin jetzt 33 Jahre alt. Suizidversuche habe ich mit 22 und 28 Jahren gemacht.

#### **Wohnten Sie mit Ihrer Familie zusammen?**

Bei den ersten Selbstmordversuchen wohnte ich mit meiner Familie zusammen. Es waren vier Generationen: **Urgroßmutter, mein Mann, meine Tochter, meine Schwester, mein Bruder**. Mein Vater hat ein Haus gebaut und da wohnten wir alle zusammen. Bei den anderen Versuchen lebte ich hier schon mit meinem Mann in dieser Wohnung.

#### **Waren Sie finanziell unabhängig?**

Nein. Am Anfang unserer Ehe hatte mein Mann nur Arbeitslosengeld bekommen, dann hat er eine Maßnahme vom Arbeitsamt besucht und währenddessen bekam er das Angebot bei der Botschaft (Emirate) zu arbeiten. Mein Mann ist Ägypter. Kurz danach habe ich angefangen eine Lehre als Bürokauffrau zu machen. Ich bin schwanger geworden und ging noch zum Abendgymnasium. Ich habe die Hochschulreife und danach war ich zu Hause. Es war selbstverständlich, daß mein Mann das Geld verdiente und nach Hause brachte. Mein Mann sagte dann, "geh mal was lernen, du warst jetzt so lange in der Schule, soll das jetzt flöten gehen". Und dann hab ich mich aufgerappelt und bin zum Arbeitsamt gegangen und habe eine Lehre als Bürokauffrau angefangen und auch abgeschlossen. Danach war ich ein halbes Jahr arbeitslos und habe dann als **Verwaltungsangestellte** gearbeitet.

### **Damalige Situation**

#### **Wie oft haben Sie Selbstmord versucht?**

Es war mehrmals, vier- oder fünfmal. Der erste mit 22 Jahren und der letzte mit 28 Jahren. Jetzt bin ich 33 Jahre alt.

#### **Beschreiben Sie Ihre damalige Situation!**

Ich wohnte mit meinem Mann schon zusammen. Das waren mehr oder weniger Erpressungsversuche, also ich wollte etwas von meinem Mann erzwingen. Ich wohnte zwar bei meiner Familie, aber ich wußte nicht wofür ich mich entscheiden sollte. Ob ich zu meiner Familie halten sollte oder zu meinem Mann. Dieses Spiel hielt ich einfach nicht aus. Ich wollte manchmal von meinem Mann Sachen erpressen, damit ich vor der Familie nicht so kopflos stand. Dann habe ich den Selbstmordversuch angedroht und habe auch Tabletten genommen bzw. angedroht, mir die Pulsadern aufzuschneiden. Ich war wirklich nah dran, und es waren auch mehr oder weniger Hilferufe. Weil nicht festgelegt wurde, was willst Du eigentlich, wo sollst Du hin, zu wem sollst Du halten, alleine kannst Du nichts, Du hast nichts, Du bist nichts. Du hast keinen Job, Du hast nichts, was ist, wenn Dich Dein Mann fallen läßt. Dann kannst Du immer noch zur Familie gehen. Aber wenn Du Deine Familie jetzt fallen läßt und Dein Mann läßt Dich im Stich, dann bist Du alleine. Also diese Angst, was machst Du, wenn Dich tatsächlich alle hängen lassen. Aber ich wußte genau, die Fa-

milie bleibt Dir eigentlich immer erhalten, Du mußt also mehr zu Deiner Familie halten, also mein Vater und meine anderen Geschwister. Und deshalb war das immer ein Kampf zwischen mir und meinem Mann und mir selber, wo ich dann Schwierigkeiten habe mich zu entscheiden. Ich stand immer zwischen zwei Türen. Ich wußte selber auch nicht, was ich wollte.

### **Beschreiben Sie Ihre Kindheit!**

Ich hatte immer nur eine Aufgabe gehabt, zu Lernen, ansonsten wurde mir alles abgenommen. Ich brauchte nicht zu arbeiten, ich habe zwar in den Ferien gejobbt. Es war alles da, das Haus, Essen etc. Ich bin auch in Internaten gewesen. Ich mußte nur Essen, Lernen und Spaß haben. Das war das einzige, was anderes kannte ich nicht. Ich kannte das Leben auf eigenen Beinen nicht. Meine Eltern haben mir vieles abgenommen, ich mußte keine großen Entscheidungen treffen. Ich habe nie gelernt Rückschläge zu bekommen oder mich für etwas zu entscheiden, sondern mir wurde die Entscheidung abgenommen, so daß ich die größten Vorteile daraus ziehen konnte. Und wenn nicht, habe ich die anderen dafür verantwortlich gemacht. Das war auch schon so, als ich klein war, wir hatten nur die Aufgabe zu Lernen, ich bin auch zur Musikschule gegangen. Ich habe mit acht Jahren Englisch angefangen zu lernen, das war bei uns in Polen auf dem Dorf ungewöhnlich, auch die Musikschule. Meine Geschwister und ich haben alle zuhause gespielt. Meine Eltern sind geschieden, seit ich drei Jahre alt war, dann bin ich bei meiner Tante aufgewachsen. Ich wohnte dort ganz idyllisch in einem Dorf mit Bauernhof, im Grünen und es war ganz sorgenlos, und uns wurde das meiste abgenommen. Mit 13, 14 Jahren habe ich unwahrscheinlich viel Mist gemacht. Ich war sehr gut in der Schule, aber ich hatte soviel Energie, man konnte mich kaum halten. Öfters mußte mein Vater in die Schule, weil ich dort etwas ausgefressen hatte. Ich war kaum zu zügeln.

Ich habe noch eine Schwester, sie kam als ich vier Jahre alt war zu mir. Mein Bruder ist bei meinem Vater geblieben. Meine Mutter wollte die Kinder nicht. Sie konnte die Kinder nicht erziehen, weil sie krank war. Sie neigte auch zu Depressionen und zu nervlichen Zusammenbrüchen. Wie ich es nachvollziehen kann, kam sie auch aus einem sorgenlosen Haus. Ihre Mutter neigte auch zu Depressionen und war in Sanatorien. Die Frauen von dieser Seite neigten auch zu Selbstmorden. Ich weiß aus Erzählungen, daß meine Mutter mich und meine Geschwister und sich selbst einmal vorsätzlich umbringen wollte. Sie hat den Gashahn aufgedreht und durch Zufall kam mein Vater früher von der Arbeit zurück und konnte alle Fenster aufreißen. Ich weiß nicht, warum meine Mutter das tun wollte. Ich kann nur Vermutungen anstellen: sie hatte ein riesengroßes Haus mit Bediensteten, sie hatte viel mitgemacht, es war nicht so leicht in einem Dorf zu leben. Mein Vater hat abends weitergelernt und hat sich bis zum Maschinenbauer hochgearbeitet. Meine Mutter hat zuerst meinen Bruder bekommen, vier Jahre später kam ich und ein Jahr danach meine Schwester. Sie wohnten in einer Wohnung, die aus einem Schlafzimmer und einer großen Wohnküche bestand. Ich kann mir gut vorstellen, daß es frustrierend für sie war, wenn der Mann den ganzen Tag arbeitet und abends noch in der Schule ist und die Frau dann immer nur mit den Kindern in dieser kleinen Wohnung ist. Das hat wohl auch dazu geführt, daß meine Mutter zum Selbstmord neigte und depressiv wurde. Meine Eltern haben sich scheiden lassen, als ich drei Jahre alt war. Ich war dann zeitweise im Waisenhaus, aber mein Vater konnte es nicht ertragen und dann hat die Schwester meines Vaters mich zu sich genommen. Mein Vater wohnte sechs Kilometer von uns entfernt, er war auch oft im Ausland, aber wenn er konnte, ist er einmal in der Woche, immer sonntags gekommen. Mein Bruder war bei ihm, aber er hatte keine Zeit für ihn, so hat sich eine fremde Person seiner angenommen. Sie war die Eigentümerin des Hauses, in dem mein Vater wohnte, und bei ihr ist dann mein Bruder aufgewachsen.

Ich weiß aus Erzählungen meiner Schwägerin, daß mein Bruder auch schon mal mit Selbstmord gedroht hat. Er wollte sich eine Kugel in den Kopf schießen. Er neigt

dazu, ziemlich depressiv zu sein. Er will sich nicht von anderen helfen lassen, er will sich allein helfen, daß ist ihm allerdings bisher nicht gelungen. Jetzt im November wird es für ihn ganz schön schlimm und zum Frühjahr. Er müßte zum Arzt gehen und sich behandeln lassen.

Ich durfte in den ersten zwei Jahren auch meine Mutter besuchen, aber es hielt nicht lange an. weil meine Mutter dann oft ausgeflippt ist, sie hat Geschirr durch die Gegend geschmissen. Später hat sich der Kontakt mit ihr verloren. Ich habe ihr die Schuld an der Scheidung gegeben. Wir haben in diesem Haus erst so richtig gelacht und aufgeatmet, als sie gestorben ist vor 2 1/2 Jahren.

### **Wie haben Sie die Scheidung Ihrer Eltern verkraftet?**

Ich kann mich kaum noch daran erinnern. Ich muß wohl viel geweint haben, weil die Welt verschleiert war. Ich kann mich dann erst wieder an die Zeit bei meiner Tante erinnern.

### **Wie war damals die Situation als Sie zum ersten Mal mit Selbstmord gedroht haben?**

Wir haben alle zusammen in einer Wohnung gewohnt. Mein Vater war am Bauen und wir wollten Platz und Kosten sparen, wir wußten, daß wir in 10 Monaten in das Haus umziehen. Wir wohnten alle in einer 75qm großen Wohnung. In einem Zimmer war meine Schwester mit ihrem Mann, in einem Zimmer war ich, mein Mann und meine Tochter, mein Vater schlief im Wohnzimmer, meine Tante in der Küche. Es war ganz schön eng. Wir hatten kein eigenes Leben mehr. Meistens galt das, was mein Vater sagte. Mein Mann konnte viel erzählen, ich habe mich an meinen Vater gehalten. Ich komme aus einem christlichen Haus, mein Mann ist ein Moslem. Ich war schwanger und ich sagte, ich möchte das Kind später taufen. Mein Mann war damit einverstanden. Als es dann soweit war und es waren schon Gäste eingeladen, wollte mein Mann nicht zur Taufe. Ich war so fertig, ich habe versucht, ihn zu erpressen. Ich hatte Angst das Gesicht zu verlieren. Ich habe dann Tabletten genommen. Mein Mann hat es dann eingesehen und mir eine starke Salzlösung gegeben, so daß ich das Ganze erbrochen habe. Wie es bei den anderen Malen dazu kam, weiß ich nicht mehr. Aber es muß auch etwas in dieser Richtung gelaufen sein, wahrscheinlich auch wieder Angst etwas nicht durchzustehen. Die letzten Selbstmordversuche passierten dann hier in dieser Wohnung. Da hat mein Mann sich in der Botschaft ganz hochgearbeitet. Er hatte tolle Autos und Klamotten, einen tollen Job und interessante Freunde. Je höher er kam, desto tiefer sank ich. Ich fühlte mich wie der letzte Dreck. Wir haben gut Geld gehabt. Er hat mich zwischendurch noch betrogen, mein Selbstbewußtsein war total am Ende. Das war noch bei meinem Vater im Haus, das war der zweite Versuch. In dieser Wohnung war es, als mein Mann dann öfters mit den Botschaftsangehörigen weg war. Wir hatten zwar alles, ich hatte auch meine Arbeit. Aber ich war total unzufrieden, ich konnte nicht mehr lachen. Es gab Tage, an denen ich nur geheult habe. Ich war nur eifersüchtig und neidisch. Auf der einen Seite gab es alles, auf der anderen Seite gab es nur totale Leere. Früher war ich auch öfters in der Kirche und habe mich mit dem Seelischen mehr befaßt, dann gab eine Lücke von mehren Jahren, in denen ich mit der Kirche nichts zu tun haben wollte. Nicht nur mit der Kirche auch nicht mit Gott. In diesem ganzen Materiellen ging das irgendwie unter. Es gab Zeiten, in denen ich mit meinem Mann Krach hatte. Ich stand dann morgens aus dem Bett aus und sagte: "Wozu das Ganze. Du hast nichts mehr, aber auf der anderen Seite hast du doch alles". Meine Gedanken kreisten nur noch darum. Mein Mann kam dann öfters spät in der Nacht nach Hause, dann kam bei mir alles wieder hoch. Ich war wieder eifersüchtig auf eine andere Frau. Mir zerschnürte es die ganze Kehle. Ich dachte nur, "was ist wenn er Dich verläßt. Du bist mit dem Kind allein, Du kannst die Wohnung nicht bezahlen, Du wirst untergehen, Du mußt hier raus". Das schlimmste war, daß vor unserem Haus

ein Wagen steht, der unsere Möbel mitnimmt und mich in ein Obdachlosenheim bringt. Das war für mich die schlimmste Vorstellung. Es waren Existenzängste wie z.B. das mein Kind nichts mehr zu essen bekommt. Es hat sich so sehr verschlimmert, daß ich bis tief in die Nacht stundenlang geweint habe und morgens nicht aufstehen wollte. Ich habe mich dann mal zusammengerissen und bin nur für 3 Stunden zur Arbeit gegangen. Es war ein Glück, daß ich dort nicht entlassen wurde, weil ich ständig fehlte. Sie wußten dort auch, was mit mir los war. Das einzige, was ich machen konnte, war einigermaßen die Wohnung sauberhalten. Dann habe ich mich aufs Sofa gesetzt und Fernsehen geschaut. Das war meine einzige Abwechslung, ich konnte mich nicht mehr mit dem Kind beschäftigen. Ich habe es höchstens vom Kindergarten abgeholt und dann einigermaßen Essen gekocht. Das Kind habe ich zu meinem Vater geschickt. Mit meinem Mann gab es dann immer mehr Streit. Je mehr Streit es gab, desto öfters bleib er fort. Später stellte sich heraus, daß er wieder ein Verhältnis hatte. Der November 1989 war ganz schlimm. Da habe ich gesagt, „ich will nicht mehr“, und habe Tabletten genommen. Aber es waren nicht genug Tabletten. Es waren Hilferufe. Einmal war es so, daß ich es nicht mehr aushalten konnte. Ich habe die Telefonseelsorge angerufen, dort bekam ich eine andere Telefonnummer, die hab ich nicht mehr angerufen. Ich habe nur meine Freundin angerufen und gesagt: „Bitte komm her, ich kann nicht mehr, ich tu mir was an.“ Mein Mann saß im Wohnzimmer. es gab keine Hilfe von ihm. Er hat mir gesagt, was bildest du dir ein, du hast doch alles, wovor hast du Angst, das kann nicht wahr sein. Wir konnten nachher auch nicht mehr miteinander reden. Dann ist meine Freundin gekommen und wir sind spazieren gegangen. Ich muß sagen, daß war eine riesige Hilfe für mich.

Das tat oben im Kopf so weh, ich hätte platzen können. Es ist kaum zu beschreiben. Ich hätte mir aus Verzweiflung etwas angetan, ich konnte diesen Zustand nicht mehr aushalten. Nach dieser Nacht bin ich zum Arzt gegangen. Er sagte, daß es keine ambulante Behandlung gibt, es muß stationär sein. Am gleichen Tag hatte ich einen Termin bei einer Psychiaterin, die mir einen Termin für ein

Vorstellungsgespräch in einer psychosomatischen Klinik in Bad Honnef vermittelte. Das Vorstellungsgespräch ergab, daß ich in die Klinik sollte. Es hat jedoch bis zur Aufnahme sehr lange gedauert. Dann Silvester war es bei mir so schlimm, mein Mann war auch nicht da, er war verschwunden, ich wußte, daß er inzwischen eine andere Frau hatte. Ich war total fertig und das Kind war da. Sie hätte mich nicht viel am Leben gehalten, sie war mir egal. Ich habe einen Abschiedsbrief geschrieben, in dem stand, daß sich mein Mann um mein Kind kümmern soll und es täte mir leid, aber ich konnte nicht mehr anders. Silvester war ich allein, ich war zwar eingeladen, aber ich hatte nicht die Kraft, um unter Leute zu gehen. Auf der anderen Seite hatte ich Angst allein zu sein. Als mein Mann kam habe ich Tabletten genommen. Er sagte, daß ich davon sowieso nicht umkommen würde. Ich bin auf die Toilette gegangen und habe mich übergeben. Ich habe dann nur noch versucht von einem Tag auf den anderen zu leben. Ich habe versucht, mich irgendwie anzupassen. Ich habe sogar mit dem Gedanken gespielt zu konvertieren, weil ich in den Augen meines Mannes nie eine Frau gewesen bin. Eine Frau müßte seiner Meinung nach den Mann umhegen, sie muß genau merken, wie er sich fühlt und dann wissen, was zu tun ist. Sie sollte selbstbewußt und selbstständig sein. Das bin ich nicht gewesen. Zu Ämtern ist er immer gegangen, alles außerhalb des Hauses hat er geregelt. Ich hatte damit Probleme, ich hätte nicht zu Ämtern gehen können. Mein Mann kam immer weniger nach hause, er kümmerte sich um garnichts. Er hat sich zuhause benommen wie im Hotel. Ich habe mich sehr bemüht, ihm ein tolles Frühstück zu machen. Ich bin ihm regelrecht nachgelaufen. Alles war nur auf ihn ausgerichtet. Je mehr ich getan habe, desto weniger kümmerte es ihn, desto mehr sank ich ab. Ich hatte auch Beschwerden im Nacken, es war eine Migräne, ich wurde sogar ohnmächtig oder mußte mich übergeben.

Drei Monate später im März bekam ich einen Anruf und konnte zwei Tage später in die Klinik. Dort hatte ich Schwierigkeiten, weil mein Mann meine Tochter nach

Ägypten brachte. Ich habe sehr darunter gelitten. Eigentlich war es mehr oder weniger meine Entscheidung, weil der Abschied von ihr, mir immer wieder aufs Neue sehr weh tat. Deshalb wollte ich sie länger nicht sehen. Das hat vier Monate gedauert. Die Klinik hat mir unwahrscheinlich gut geholfen. Ich wurde erst einmal nur stillgelegt. Es gab nur die Visite, ansonsten hatten wir nichts zu tun, nur die Essenszeiten waren einzuhalten und dann konnte man sich frei bewegen bis 22 Uhr. Es gab morgens Kneipp Anwendungen und ein- oder zweimal Massage. Ich habe dort wieder angefangen zu leben. Ich entdeckte die Natur, bunte Farben etc. Mein Selbstbewußtsein war verschwunden. Ich hatte in der Klinik Einzelgespräche mit einem Therapeuten gehabt. Nach sechs Wochen kam ich in eine Gruppentherapie. Wir hatten nonverbale Therapie (Körperreisen). Es wurde auch mit Sandsäcken gearbeitet, die uns auf den Rücken gelegt wurden. Ich merkte, daß ich eine gewisse Last brauche, ohne Last fühlte ich mich nicht gut. Aber je mehr es wurde, umso schlechter wurde mir, desto mehr kamen meine Symptome wieder hoch, ich mußte mich übergeben oder wurde ohnmächtig. Ich merkte, je mehr Probleme ich hatte, umso schlechter ging es mir. Nach einer Körperreise mußten wir uns malen. Mein Kopf sah ganz klein aus, mein Rücken war eine Plattform, um dort alles abzulegen. An den sexuellen Bereich kann ich mich nicht erinnern, vielleicht weil ich nie mit meinem Mann darin Probleme hatte. Ich habe mich sehr klein gemalt. Nach der Therapie war das Bild ganz nach oben ausgestreckt, dazu geneigt größer zu sein. Mein Selbstbewußtsein war gestärkt. Ich bin zwischendurch auch nach Hause gekommen und habe in der Wohnung viel verändert. Meine Wohnung war zwar früher sehr sauber, aber auch sehr steril. Je steriler die Wohnung wurde, umso chaotischer fühlte ich mich innerlich. Jetzt sieht meine Wohnung aus, wie es mir auch seelisch geht. Manchmal ist es hier chaotisch, dann geht es mir nicht so gut und ich habe viel mehr bunte Farbe hineingebracht.

### **Wie sah die Situation nach dem Klinikaufenthalt aus?**

In der Klinik hat mein Mann mich zweimal besucht. Wir haben versucht eine Partnertherapie zu machen. Aber das hat nicht geklappt, er hat es nicht ernst genug genommen. Er hat auch niemanden erzählt, daß ich mir das Leben nehmen wollte, sondern nur, ich hätte Kopfschmerzen. Er war zwischendurch auch mit einer anderen Frau nach dem islamischen Glauben verheiratet. Da habe ich natürlich einen dicken Rückschlag bekommen. Alle Ängste kamen in mir wieder hoch. Ich bekam keine Luft mehr und hatte Erstickungsanfälle.

Als ich im Juli aus der Klinik kam, hat er meine Tochter aus Ägypten abgeholt. Sie konnte kein Deutsch mehr sprechen, verstand es zwar, aber sprach nur noch arabisch. Sie sollte in zwei Wochen eingeschult werden. Das hat sich dann gelegt bei ihr, das war nicht so schlimm. Was schlimmer war, war mein Mann, der dann eine Woche nicht zuhause war und ich nicht wußte, wo er ist. Ich war zwar gestärkt, aber nicht so sehr. Ich habe sofort zweimal in der Woche mit einer Therapie bei einer Psychologin weitergemacht. Das war gut so.

Eines Tages habe ich meinen Mann bei der Arbeit angerufen und ihm gesagt, er soll sich überlegen, was er will und vorher nicht mehr zu hause erscheinen. Ich merkte, ich wurde sicherer und konnte auch Nein sagen und Nein meinen. Von dieser Seite kannte mein Mann mich nicht. Ich war ihm zu selbstbewußt. Er wurde damit nicht fertig. Wir lebten dann getrennt, er holte öfters meine Tochter ab, und war mehr zuhause als früher und es klappte ganz gut. Aber es passierte immer, daß er sich nicht an Vereinbarungen hielt und ich merkte, daß es so nicht weiter ging. Mein Mann lebte eigentlich mit einer anderen Frau zusammen, er wollte uns beide. Er war ständig Zuhause und die Sache zog sich jetzt in die Länge. Ich kam in sexueller Hinsicht nicht schnell von ihm weg, er war mein erster Mann. Ich dachte, ich würde nie wieder im Bett diese Erfüllung, wie mit ihm bekommen. Ich hatte viele Ängste.

Ich habe dann langsam angefangen kleine Schritte nach vorn zu machen. Ich bin in dem gleichen Jahr mit meiner Tochter allein nach Ägypten geflogen. Ich habe mir

allein das Visum von der Botschaft geholt. Ich konnte die Sprache nicht und habe mir allein ein Flugticket besorgt. Ein Jahr später bin ich sogar für drei Wochen allein nach Tunesien geflogen. Zu hause hat es auch einigermaßen gut geklappt, meine Tochter war gut in der Schule.

Es kam zwar manchmal alles wieder in mir hoch, dadurch daß mein Mann da war und meine Tochter immer wieder holte und mir Hoffnung machte. Das Kind und ich haben unwahrscheinlich gelitten. Mein Mann wollte das gemeinsame Sorgerecht, aber meiner Tochter ging es sehr schlecht. Sie fing wieder an einzukoten etc. Auf Raten eines Psychologen beantragte ich das alleinige Sorgerecht. Ich nahm mir eine Anwältin. Mein Mann erpreßte mich und sagte, er streicht mir das Geld. Er wurde von der Botschaft entlassen, weil er Geld unterschlagen hatte und konnte mir kein Geld mehr zahlen. Er mußte den Mindestunterhalt für das Kind zahlen, das hat er nicht gemacht. Ich habe auf Unterhalt verzichtet. Wir hatten fünf Monate kein Geld. Später ging es dann aufwärts, die Scheidung kam durch. Ich bekam das Sorgerecht. Mein Mann muß den Mindestunterhalt zahlen. Wir haben mit dem Sozialamt einige Bedingungen ausgehandelt, z.B. das er unseren christlichen Glauben akzeptiert und die Besuchsregelung für das Kind.

### **Würden Sie sich noch einmal versuchen umzubringen?**

Nach meinem Klinikaufenthalt hatte ich keine Selbstmordgedanken mehr. Es gibt immer Probleme, es geht auf und ab. Ich bin gestärkt. Heute sehe ich die ganze Scheidung als meine Rettung. Ich bin gestanden, ich weiß, was ich bin, was ich kann und was ich noch alles erreichen will. Von Zeit zu Zeit kommen noch Existenzängste in mir hoch. Ich habe jetzt endlich mal Ziele, die ich früher nie hatte. Ich gehe dreimal in der Woche zur Abendschule und werde dann Wirtschaftsprüferin. Ich wußte früher auch nie, was ich wollte, ich wurde immer gelenkt, was ich tat, war meist für die anderen. Früher habe ich meinen Vater und meinen Mann angebetet. Beide standen für mich auf einem "Sockel", jetzt habe ich beide dort heruntergeholt. Mein Mann steht weit unter mir und mein Vater auf gleicher Ebene wie ich. Je selbstbewußter ich wurde, umso lächerlicher und minderwertiger kam mein Mann mir vor. Ich brauche keine besonderen Äußerlichkeiten, so wie er, um von meiner Umwelt akzeptiert zu werden. Ich habe erkannt, daß materielle Dinge nicht wichtig sind und das vermittel' ich auch meiner Tochter.

Nach dem Klinikaufenthalt machte ich auch autogenes Training, das hat mir sehr geholfen. Körperlich geht es mir auch besser, früher hatte ich Schwierigkeiten mit dem Kreislauf.

## **Fragebogen: Birgit**

### **Informationen zur Person**

#### **Wie alt warst Du beim Suizidversuch?**

Ich war ca. 16 Jahre.

#### **Wohntest Du zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten/Freunden?**

Ich habe ich bei meinen Eltern gelebt.

#### **Warst Du finanziell unabhängig?**

Ich war von meinen Eltern abhängig.

#### **Warst Du berufstätig? Welchen Beruf hattest Du?**

Ich war noch Schülerin und wiederholte in der Realschule die 9. Klasse.

### **Damalige Situation**

#### **Beschreibe Deine Kindheit/Jugend!**

Ich bin die Tochter einer Elektrikers und einer Hausfrau. Ich habe einen zweieinhalb Jahre jüngeren Bruder. Wir verstanden uns nicht gut. Er wurde immer vorgezogen weil er "brav" war. Nach der Meinung meiner Eltern war ich nicht brav. Meine Eltern übten körperliche und seelische Gewalt an mir aus, besonders meine Mutter. Sie litt unter Depressionen und Angstzuständen und ich mußte alles "ausbaden". Die Ehe meiner Eltern war schlecht, sie stritten sich oft und hatten früher auch oft Alkoholprobleme. Mein Vater mißbrauchte mich sexuell zum ersten Mal mit zwei oder drei Jahren, mit 12 und 14 Jahren mißbrauchten mich zwei Nachbarn und mit 18 Jahren wurde ich durch meinen damaligen Freund vergewaltigt. In der Schule war ich fast immer ein Außenseiter, weil ich Angst vor Menschen hatte. Ich habe mich lieber mit Tieren beschäftigt. Seit ich die Menschen kenne liebe ich die Tiere. Ich wollte immer gern ins Kinderheim oder ins Internat, aber leider mußte ich zu Hause aufwachsen. Ich mußte häufig zu Hause bleiben, da meine Mutter nicht allein sein konnte oder wollte. Ich bekam auch häufig Hausarrest. In der Schule konnte ich mich nicht konzentrieren, meine Eltern verlangten natürlich gute Noten von mir. Bis 12 oder 13 Jahre war ich Bettnässer und mit 14 Jahren hatte ich das erste faustgroße Magengeschwür.

#### **Beschreibe Deine damalige Situation!**

Ich wiederholte die neunte Klasse der Realschule. Das war für meine Eltern eine Schande. Ich konnte mit dem Mißbrauch, den ich mit 14 Jahren erlebte nicht umgehen. Ich sah keinen Sinn mehr in meinem Leben. Ich war sowieso nur böse, schlecht und undankbar usw.

**Beschreibe Dein Leben vom ersten Suizidgedanken bis zum Suizidversuch!**

Mein Leben während dieser Zeit war einfach die Hölle. Ich konnte die Situation in der ich lebte nicht ertragen bzw. aushalten. Ich fühlte mich als Mensch und auch sonst nur schlecht. Der Tod schien mir als der beste und letzte Lösungsweg für meine Probleme bzw. für mein Leben.

**Hieltest Du sie für aussichts- und hoffnungslos?**

Ja, ich konnte einfach nicht mehr.

**Fiel es Dir schwer, an etwas anderes als an Deine Probleme zu denken?**

Ja, es gab kaum etwas anderes als meine Probleme, da kaum Ressourcen vorhanden waren.

**Haben sich Dir Suizidgedanken aufgedrängt?**

Irgendwie schien der Suizid die beste Lösung für mich zu sein. Nach dem ersten Gedanken daran, gab es kaum noch andere Lösungen.

**Hast Du schon mehrere Suizidersuche hinter Dir?**

Ja, etwa fünf oder sechs, wobei nur ein oder zwei davon bemerkt wurden.

**Hattest Du in dieser Zeit weniger Kontakte zu Verwandten, Bekannten und Freunden?**

Ich hatte nur Kontakt zu meinen Eltern. Zu anderen Menschen hatte ich nur Kontakt, wenn es sich nicht vermeiden ließ.

**Hattest Du jemanden, mit dem Du offen und vertraulich über Deine Probleme sprechen konntest?**

Beim ersten Mal hatte ich niemanden. Nach Meinung meiner Eltern hatte ich es ja angeblich so gut und außerdem hätte ich niemanden vertraut. Außerdem schien mir mein Leben völlig normal, nur ich war unnormal, weil ich damit nicht klar kam.

**Fühltest Du Dich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?**

Nein. Einen lieben Gott konnte es nicht geben, wenn er solche Quälereien zuließ.

**Hatte sich in Deiner Familie oder in Deinem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?**

Ich hatte eine Bekannte, die "es" auch schon versucht hatte, aber nichts passiert ist.

## **Motive**

### **Warum hast Du einen Suizidversuch begangen?**

Ich wollte nur noch Ruhe, ich habe das Leben nicht mehr ertragen.

### **Kannst Du Deine Motive ausführlich beschreiben?**

Ich habe es bei meinen Eltern nicht mehr ertragen und wollte von ihnen weg. Ich durfte aber nicht weg, so mußte ich dann einen anderen Weg finden. Ich wollte wenigstens über mein Lebensende bestimmen. Ich konnte mich selbst nicht mehr ertragen, da ich mich selbst nur als schlecht, schmutzig, häßlich und unwert erlebt habe. Liebe oder Zuneigung gab es in meinem Leben nicht. Ich hoffte, daß mich meine Eltern wenigstens dadurch schätzen oder lieben lernen. Das passierte aber nicht, die haben es nicht mal bemerkt. So ging das alte Elend weiter.

### **Fühltest Du Dich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?**

Ich hatte für meine Eltern bzw. Mutter dazu sein. Ich mußte helfen, gehorchen und in der Schule gute Noten erreichen. Mich als "Privatperson" gab es nicht.

## **Ablauf**

### **Wie war der Ablauf des Suizidversuchs?**

Ich habe mir aus verschiedenen Apotheken Schlaf- und Kopfschmerztabletten besorgt und sie abends mit Cola geschluckt.

### **Hast Du Vorbereitungen getroffen?**

Ich mußte mir die Medikamente organisieren und ins Bett gehen.

### **Hast Du den Suizid jemanden angekündigt?**

Nein.

### **Hast Du einen Abschiedsbrief geschrieben?**

Nein.

### **Wann und von wem wurdest Du gefunden?**

Ich wachte selbst wieder wütend am nächsten Tag auf.

### **Wolltest Du gefunden werden?**

Nein! Ich wollte bloß noch sterben, Ruhe haben und daß mir niemand mehr etwas tun kann.

## **Situation nach dem Versuch**

### **Wie hast Du Dich danach gefühlt?**

Ich war wütend, weil ich noch lebte, mir war mies und ich war sehr enttäuscht.

### **Wie waren die Reaktionen von Angehörigen/Freunden etc?**

Es hatte nie jemand bemerkt.

### **Bekamst Du von jemandem Unterstützung nach dem Versuch?**

Nein, es wußte niemand Bescheid.

### **Wolltest Du mit jemanden darüber reden?**

Nein, weniger. Es hätte gereicht, wenn einfach nur jemand da gewesen wäre, zu dem ich Vertrauen hätte fassen können. (was bei mir sehr lange dauert). Wenn jemand für mich Zeit gehabt hätte und mich wirklich gesehen hätte und nicht nur mich als eine von vielen..., wenn wirklich für mich jemand da gewesen wäre, das wäre schön gewesen...Das war aber nicht der Fall. Vielleicht hätte ich dann irgendwann von ganz allein geredet, vielleicht würde ich dann jetzt nicht mehr um jedes bischen Leben kämpfen müssen!

### **Bekamst Du im Krankenhaus vom Personal, Ärzte etc. Aufmerksamkeit?**

Ich bekam nicht mehr Aufmerksamkeit als andere Patienten auch; ich hatte selbst als Patientin noch zu funktionieren und meine Schauspielerei hat niemand durchschaut und keiner hinterfragt. Es arbeiten auch nur Menschen dort.

### **Machtest Du eine Therapie? Half sie?**

Ich machte keine Therapie.

### **Was änderte sich an Deiner Situation?**

Nichts. Es hat niemand etwas gemerkt.

### **Würdest Du es noch einmal versuchen? Warum? Wie?**

Ich habe es später noch öfters versucht.

## **Situation des zweiten Versuchs**

Ich war 25 Jahre alt. Ich wohnte allein in einer fremden Großstadt in einem "Wohnsilo" (Wohnblock mit über 100 Wohnungen) Ich war als Krankenschwester auf einer angiologischen Station tätig. Dort gefiel es mir überhaupt nicht. Ich lebte von meinen Kindern getrennt. Mir war das Sorgerecht entzogen und ich hatte Streit mit meinem getrenntlebenden Ehemann. Meiner Therapeutin vertraute ich nicht, deshalb konnte sie mich nicht auffangen. Ich wohnte allein in einer gro-

ßen, fremden Stadt und hatte keine Freunde. Ich kündigte den Job als Krankenschwester, weil ich mit den erlebten Gewalterfahrungen nicht zurecht kam, hatte ich Angst vor Menschen und sah keinen Sinn mehr in meinem Leben. Ich hatte zu niemanden außer einer Nachbarin und der behandelnden Neurologin Kontakt, aber auch denen traute ich nicht so richtig. Ich konnte die Schuldgefühle meinen Kindern gegenüber nicht mehr ertragen und auch nicht, daß sie nicht bei mir waren. Ich hatte keine Chance mehr etwas gut zu machen. Ich konnte mich durch eine vorherige Therapie wieder an alles erinnern und mir wurden meine Gewalterfahrungen wieder bewußt. Deshalb konnte ich meinen Körper nicht mehr ertragen. Es war niemand da für mich, niemand der/die mich liebte oder mochte. Ich fühlte mich von der ganzen Welt verlassen.

Ich stand unter der Verpflichtung das Besuchsrecht meiner Kinder zweimal im Monat für je acht Stunden zu haben und als Krankenschwester auf der Station zu arbeiten. Ich hatte Probleme mit meinem getrennt lebenden Ehemann. Ich war finanziell eingeschränkt, es waren aber keine ernsthaften Probleme. Ich nahm Medikamente und Alkohol. Ich habe sie von der Station geklaut, ich wußte, daß sie "ruhig stellen" bzw., auf das Herz gehen. Ich habe aber nicht genug davon geschluckt und habe mir dann Hilfe geholt. Bei einem anderen Suizidversuch wurde ich ein paar Stunden später von meinem Ehemann gefunden. Einmal wurden mir danach die Kinder weggenommen und mir später das Sorgerecht entzogen. Beim letzten ging ich freiwillig eine Woche in die geschlossene Abteilung des LKH. Ich war seit 1 1/2 Jahren in Gesprächstherapie und trotzdem passierte "es". Es hat wenig geholfen. Jetzt mache ich eine Kunsttherapie und warte auf einen Gestaltherapieplatz. Ob es hilft, weiß ich nicht, auf jeden Fall geht es weiter und die Lebensqualität ist besser geworden. Ich habe gelernt mir Hilfe zu holen, wenn es mir schlecht geht. Ich habe Freunde, die mich wirklich mögen und schätzen und die für mich da sind. Die Therapie macht ich um etwas für mich zu tun und nicht weil es mir gut gehen muß. Die Therapie macht mir auch Spaß. Ich habe Gelegenheit zu malen, zu reden, habe Zeit für mich und eine nette Therapeutin, die auch sehr vorsichtig ist, aber auch furchterlich direkt sein kann. Es fällt mir immer noch schwer Geduld mit mir zu haben, aber ich sehe inzwischen auch schon meine Fortschritte. Zeitweise hatte ich ein recht gutes Verhältnis zu meinen Eltern. Ich kann es jetzt etwas leichter ertragen, wenn die Kinder nicht bei mir leben. Ich würde mich nicht noch einmal umbringen. Die Folgen, wenn ich es nicht schaffen würde, wären grausig: ich käme wieder ins LKH, hätte keinen Kontakt mehr zu meinen Kindern und keine Kunsttherapie mehr...Meine Umschulung müßte ich auch noch abbrechen, ich hoffe nur, daß ich es durchhalte.

### **Möchtest Du dann endgültig sterben?**

Endgültig sterben wollte ich bei allen Suizidversuchen. Wenn ich es noch einmal versuchte, möchte ich lieber ganz tot sein oder es garnicht erst versuchen. Und im Moment lasse ich es bleiben. Irgendetwas in mir scheint auch leben zu wollen, trotz allem Ärger und das war bisher immer stärker gewesen als mein Wunsch zu sterben. Vielleicht schaffe ich doch den Absprung aus der ganzen Suizidgeschichte. An Hilfe mangelt es im Moment nicht und das ist das erste Mal in meinem Leben, daß ich soviel liebevolle Unterstützung habe, also wäre es dumm, daß wegzuschmeißen. Mein Leben ist zwar immer noch mühsam und schwer; Alpträume plagen mich, Angst vor Menschen und Körperkontakt, aber irgendwie gebe ich die Hoffnung nicht auf. Es geht weiter, ich habe Ziele und Menschen, die für mich da sind.

## **Electronic Mail: Katharina**

### **Informationen zur Person**

#### **Wie alt bist Du?**

Ich bin 31 Jahre alt.

#### **Wohntest Du mit Deiner Familie zusammen?**

Ja.

#### **Warst Du finanziell unabhängig?**

Ja.

#### **Welchen Beruf hattest Du?**

Ich arbeitete als Kellnerin.

### **Damalige Situation**

#### **Beschreibe Deine Kindheit!**

Meine Kindheit war schwer, ich war das jüngste von fünf Kindern, drei Brüder und eine Schwester. Beide Eltern arbeiteten, meine Mutter eine Verkäuferin, mein Vater ein Feuerwehrmann. Meine Mutter war eine nette Person, die immer versuchte Freunden zu helfen. Mein Vater machte sich immer über sie lustig und nannte sie dumm. Ich war das einzige Kind, welches es mit meinem Vater aufnehmen konnte und ihm sagen konnte, daß er ruhig sein sollte. Ich war ihm natürlich nicht gewachsen und er schlug mich und nannte mich wertlos und ich würde es nie zu etwas bringen. Ich haßte ihn absolut. Ich war 18 Jahre alt, als ich das erste Mal Selbstmord versuchte. Wir lebten mit meiner Familie in einem Vorort, in einem großen Haus mit einer Menge Grundstück. Ich war während meines ersten Versuches finanziell unabhängig. Ich hatte einen Job als Kellnerin und verdiente gutes Geld.

#### **Beschreibe Dein Leben vom ersten Suizidgedanken bis zum Suizidversuch!**

Ich war allein in meinem Zimmer, als ich das erste Mal den Selbstmordversuch machte. Die Tage vorher waren verwirrend für mich, ich schlief ganze Tage hindurch, aß nichts, badete mich nicht und wechselte meine Kleider nicht. Ich verschenkte meine Lieblingsbücher und sprach mit niemandem. Ich konnte an nichts anderes als an meine Probleme denken. Es war, als wenn ich in einem Graben gefangen wäre. Alles um mich herum war dunkel und nah. Ich war in meinem eigenen Haß und in meiner Wut gefangen. Ich hab dreimal Selbstmord versucht. Meine Eltern wußten, daß es ein Problem gab, aber ich war sehr beliebt bei meinen Freunden bis sie herausfanden, was ich versucht hatte, und dann war ich ein Freak. Ich war isoliert. Ich fühlte mich wie im Auge eines Sturms. Alles drehte sich um mich, aber ich war in der Mitte und es kümmerte mich nicht und es war sehr ruhig. Ich traute niemanden, ich verbrannte sogar meine Tagebücher, so daß niemand sie finden konnte, um meine heimlichen Gedanken zu lesen. Ich wurde als Katholikin erzogen,

so daß Selbstmord die ultimative Sünde war. Ich glaubte an die Hölle, aber ich glaubte auch, wenn ich mein Leben so weiter lebte, wäre es viel schlimmer, als alles was die Hölle zu bieten hätte. Es gab keine Selbstmorde in meiner Familie, von denen ich wußte.

## Motive

### **Warum hast Du den Selbstmordversuch begangen?**

Ich versuchte Selbstmord, weil ich müde war. Das Leben war ein ständiger Kampf. Ich war immer schlecht gelaunt, immer unsicher, ich haßte mich selber, ich fühlte mich gefoltert. Auf der Arbeit hatte ich Frieden, aber zu Hause war ich im Wettstreit mit meinen Brüdern und Schwestern. Immer unter dem Druck die Beste, die Schnellste mit allem zu sein. Ich hatte keinen festen Freund zu der Zeit, aber ich hatte eine Menge von Angeboten, ich verabredete mich vie, so daß ich manchmal drei Jungs in der Woche traf, aber ich hab mich nie endgültig mit einem von ihnen eingelassen. Ich war vollständig gesund zu der Zeit, ich lief sechs Meilen am Tag und tu es immer noch. Ich trank die ganze Zeit, ich wollte weg von der Langeweile und dem Ekel, den ich für mein Leben und für mich empfand.

## Ablauf

### **Wie war der Ablauf des Selbstmordversuchs?**

Ich schloß mich in mein Schlafzimmer ein, nahm 3 Packungen Schlaftabletten, die ich gekauft hatte und schluckte sie alle auf einmal mit einer Flasche Wodka herunter.

### **Hast Du den Selbstmord jemanden angekündigt?**

Ich glaube, meine ganze Einstellung hat meinen Versuch jedem angekündigt, aber ich glaube, daß es niemand gehört hat oder dem Beachtung geschenkt hat.

### **Hast Du einen Abschiedsbrief geschrieben?**

Mein Abschiedsbrief sagte: "Es tut mir leid, daß ich den leichten Ausweg wähle."

### **Wann und von wem wurdest Du gefunden?**

Meine Schwester fand mich, als ich im Bett lag und kaum noch geatmet habe. Sie sagte, sie hatte gefühlt, daß irgendetwas nicht stimmte.

### **Wolltest Du gefunden werden?**

Ich glaube, ich wollte gefunden werden. Wenn ich wirklich sterben wollte, hätte ich es Meilen von zu- hause entfernt getan, in einem der vielen Wüstenspotts, die ich kenne.

## **Situation nach dem Versuch**

### **Wie hast Du Dich danach gefühlt?**

Ich fühlte mich entlarvt, ausgelaugt und erniedrigt.

### **Wie waren die Reaktionen der Anderen?**

Meine Mutter war traurig und besorgt, mein Vater war peinlich berührt, meine Schwester war wütend.

### **Bekamst Du von jemanden Unterstützung?**

Meine Brüder haben niemals mit mir darüber gesprochen. Meine Mutter hat mich zu einem Psychiater geschickt. Es war nur eine große Zeit- und Geldverschwendungen. Er sagte, er wollte sich auf mich einlassen. Ich sagte, ich würde ihn umbringen. So haben wir uns geeinigt. Ich habe nie mit jemanden geredet, keiner wußte was ich fühlte oder dachte. Ich wollte eigentlich mit jemanden reden, aber es gab niemand, dem ich traute. Mein Leben sah tot für mich aus. Ich wurde ständig von jemandem überwacht. Ich wollte mehr als jemals sterben, aber es war jetzt nicht mehr aus Traurigkeit, sondern aus Wut. Ich wollte mich jetzt vor aller Augen umbringen, so sehr war ich wütend darüber, weil ich so entblößt war. Nichts änderte sich wirklich in meinem Leben. Ich wurde jetzt 24 Stunden am Tag überwacht, wie eine Laborratte und ich tat so, als wenn ich glücklich war und habe alles erschwendet. Aber insgeheim habe ich die Tage bis zu meinem nächsten Versuch gezählt.

### **Würdest Du Dich nochmal umbringen?**

Jetzt würde ich es allerdings nicht noch einmal versuchen, dreimal ist genug. Mir ist klar geworden, daß mein Leben mehr Leute betrifft. Ich glaube, daß ich durch alles aus einem Grund geschickt wurde. Nein, ich habe zwar nicht Gott gefunden oder irgendwas ähnliches. Ich glaube nur, daß manche Leute zum Leiden geboren werden, damit sie anderen Leuten etwas vermitteln können. Ich bin zwar nicht Mutter Theresa, aber ich glaube, daß ich etwas zu geben habe, daß anderen Leuten, die ähnlich wie ich sind, etwas nützen kann.

## **Interview: Lepold**

### **Informationen zur Person**

#### **Wie alt bist Du?**

Ich bin 23 Jahre alt.

#### **Wohntest Du zusammen mit Deiner Familie?**

Nein, beim erstenmal wohnte ich allein und dann in einer Wohngemeinschaft.

#### **Warst Du finanziell unabhängig?**

Ja. Ich bekam allerdings während dieser Zeit auch Arbeitslosengeld, Krankengeld und Sozialhilfe.

#### **Welchen Beruf hast Du?**

Ich arbeite als Gärtnerin.

### **Damalige Situation**

#### **Wie oft hast Du Selbstmordversuche begangen?**

Ich habe zwei indirekte Selbstmordversuche gemacht.

#### **Beschreibe Deine Situation bei dem ersten Selbstmordversuch!**

Beim ersten Mal war das noch eine Folge der Psychose. Ich war 21 Jahre alt und wohnte allein. Ich erkrankte an einer Psychose und wurde krankgeschrieben. Wodurch ich erkrankte, weiß ich nicht genau. Wahrscheinlich durch beruflichen und familiären Streß. Ich kam ins Krankenhaus, von dort bin ich oft abgehauen, weil mein Freund sich nicht meldete. Die Ärzte wollten auch mit ihm reden und wir wollten eigentlich in Urlaub fliegen. Ich wurde ihm gegenüber wohl zynisch oder vielleicht war es auch meine Psychose. Ich weiß es nicht genau. Auf jeden Fall hat er dann mit mir Schluß gemacht. Er wollte wohl schon früher nicht mehr, hat es mir nur nicht gesagt. An dem hab ich sehr gehangen.

#### **Was war das Motiv bei dem Selbstmordversuch?**

Mein Freund hat gesagt, daß er Schluß macht. Er hat nicht mit mir darüber geredet. Er wollte mich dann noch als gute Freundin. Das wollte ich nicht, weil es zu sehr schmerzen würde.

#### **Wie war der Ablauf des Selbstmordversuchs?**

Ich hatte am Samstag erfahren, daß mein Freund Schluß macht. Ich hatte vorher angekündigt, „Ich will nicht mehr, ich kann nicht mehr“. Meine Schwestern sind dann sonntags aus Cloppenburg und Ostheim gekommen, um mir zu helfen. Dann war ich schon wieder nervös und hab viel Zigaretten hintereinander geraucht. Und eigentlich wollten mich die anderen in die Klinik bringen. Ich wollte aber nicht und

dann ist es doch passiert. Ich wollte aus dem fünften Stock vom Balkon springen. Meine Geschwister sind auf den Balkon gekommen und haben mich zurückgehalten.

### **Hast Du versucht mit Deinem Freund zu reden?**

Ich hab es versucht. Er hat es mir nicht näher gesagt oder wollte es nicht, um mich nicht noch mehr aufzuwühlen. Er hat dann später geheiratet.

### **Waren die Suizidgedanken schon früher vorhanden, kamen sie immer wieder?**

Als Jugendliche hatte ich mal so Gedanken. Ich hab gedacht, wenn ich mich geärgert hab, bringst Du Dich mal um. Machst Du Schluß, ernsthaft eigentlich nie, erst beim ersten Mal. Als ich auch wirklich zum Balkon hingelaufen bin und es wirklich versucht hab, wenn mich meine Geschwister nicht davon abgehalten hätten. Ich wäre bestimmt runtergesprungen.

## **Situation nach dem Suizidversuch**

### **Hattest Du dort Kontakt zu Verwandten, Bekannten etc. als Du im Krankenhaus warst?**

Ja, aber die meisten haben sich distanziert, bis auf drei.

### **Konntest Du mit den Dreien über Deine Probleme reden?**

Ja, einigermaßen, es war schwierig, weil ich mußte es erstmal selber verdauen. Ich hatte es noch garnicht richtig verstanden. Ich versteh es erst jetzt so langsam. Ich bin jetzt selbst noch in Therapie und ich bin das jetzt erst noch so richtig am verarbeiten. Die drei haben sich meist allein unterhalten, ich hab dann nur zugehört, weniger über meine Probleme geredet.

### **Und jemand anders konnte Dir dabei nicht helfen?**

Nein, ich war ja noch in der Behandlung der Psychose. Da konnte mir eigentlich keiner helfen.

### **Gab es einen Abschiedsbrief?**

Nein.

### **Wie hast Du Dich nach dem Selbstmordversuch gefühlt?**

Schlecht, eigentlich war ich doch heilfroh, daß es nicht geklappt hat. Und doch erschreckend, daß ich dazu fähig gewesen wäre. Ich hab mir sogar meine eigene Beerdigung vorgestellt. Im Prinzip hab ich Angst vor dem Leben und Angst vor dem Sterben und irgendwo zwischendrin häng ich.

### **Wie waren die Reaktionen der Anderen?**

Es waren alle sehr entsetzt und sagten, sie wären doch immer für mich dagewesen.

**Hast Du von jemanden Unterstützung nach dem Versuch bekommen?**  
Ja, von meinen Angehörigen.

**Hat sich damals im Krankenhaus jemand um Dich gekümmert?**  
Wenn, dann hatte jemand nur für 1/4 Stunde Zeit sonst gab es nur Beschäftigungs-therapie, Arbeitstherapie und Tanztherapie. Eben die übliche Behandlung bei einer Psychose.

## Situation nach dem Suizidversuch

### Wie sah Dein Leben danach aus?

Beim ersten Mal war ich sehr lange im Krankenhaus. Dann bin ich zu meiner Schwester gezogen, weil ich die Wohnung verloren hatte. Dann bekam ich das Angebot vom "Betreuten Wohnen" in die WG zu ziehen.

Ich hab dann wieder gearbeitet. Die haben mich dort so fertig gemacht, daß es zum Schluß auf einen Prozeß wegen meiner Behinderung hinausging. Die haben meine Behinderung nicht anerkannt. Ich sollte Überstunden machen und hatte keinen Urlaubsanspruch. Ich mußte, wenn ich frei haben wollte, die Stunden vor- oder nacharbeiten. Wegen solcher Kleinigkeiten haben die mich fertig gemacht. Ich hab dann versucht andere Stellen zu suchen, wurde später arbeitslos und deprimiert.

### Kannst Du Deine Kindheit/Jugend beschreiben?

Es gibt nicht soviel zu beschreiben. Vielleicht noch, daß meine Mutter als ich zehn Jahre alt war, auch sich selbst umgebracht hatte. Dann hatte ich sehr viele Schulwechsel, ich hatte mich mit manchen Schulkameraden nicht verstanden und war teilweise Außenstehende. Aber ich hab meine Lehre gemacht und dann ging es mir eigentlich ganz gut. Da hat es mir ganz gut gefallen. Ich hatte Freundschaften und hab dann alles nachgeholt. Ich hab nur drei oder vier Stunden am Tag geschlafen. Ich war die ganze Zeit wach und bin in Diskotheken gegangen. Das war in den letzten drei bis sechs Monaten vor der Psychose.

### Warum seid Ihr so oft umgezogen?

Nach dem Tod meiner Mutter hat mein Vater dann wieder Kontaktanzeigen gelesen und geheiratet. Er hat sich später wieder scheiden lassen. Weil er die Frau nicht mehr wollte. Plötzlich hatte ich statt vier Geschwister sieben Geschwister. Wir sind dann nach Köln gezogen und er hat eine neue Partnerin gefunden. mit der er immer noch liiert ist.

### Weißt Du, warum sich Deine Mutter umgebracht hat?

Weiß ich nicht, hab ich auch nie rausgekriegt. Mein Vater hat nie darüber gesprochen.

Ich weiß nur, daß sie auch psychisch krank war, genauso wie meine Großmutter und ich. Der Grund bei meiner Mutter war vielleicht daß mein Bruder auch versucht hat, sich umzubringen. Er lebt noch, ist aber auch psychisch krank. Vielleicht hängt es auch damit zusammen, ich weiß es nicht.

**Wenn ihr soviel umgezogen seid, hat sich Dein Vater dann um euch gekümmert?**

Er hat es versucht, aber so genau hat es vielleicht nicht hingehauen, Weil wir dann doch eigene Köpfe gekriegt haben. Er hat uns nicht im Stich gelassen. Er hat es probiert, zumindest hat er dafür gesorgt, daß immer jemand da war (Putzhilfe).

**Hast Du Dich dann mit den neuen Frauen Deines Vaters verstanden?**

Ja, es ging.

**Und mit Deinen Geschwistern?**

Mit den Geschwistern hab ich mich recht gut verstanden. Mit meinen Stiefschwestern ging so, mal gut, mal weniger gut. Mit meinen leiblichen Geschwistern hab ich schon zusammengehalten. Die 1. Stiefmutter kam aus Hannover, die ältesten Kinder sind dort geblieben, weil die schon so alt waren und dort studiert haben. Nur die jüngste Tochter von ihr ist mitgekommen. Dann haben wir zu Dritt in einem Zimmer gehaust. Das war nicht gerad angenehm.

**Konntet Ihr nichts dagegen machen?**

Nein. Das Haus sollte umgebaut werden. Aber da sie sich verkracht haben, kam es nicht mehr dazu.

**Hat sonst noch jemand von Deinen Geschwistern Selbstmord gemacht?**

Nur mein Bruder.

**Wie hat Deine Mutter damals den Selbstmord begangen?**

Sie saß im Auto in der Garage und hat den Motor laufen lassen.

**Und Dein Bruder?**

Er hat zuerst versucht sich zu erhängen. Das hat nicht geklappt und dann hat er Tabletten genommen, das hat auch nicht geklappt. Er lebt noch.

**Hat von Deinen Freunden/Bekannten schon mal jemand Selbstmord begangen?**

Ja, jetzt in der letzten Zeit. Jemand vom "Betreuten Wohnen" und noch eine Frau, die die Freundin meiner Bekannten war, die ich im Krankenhaus kennengelernt habe. Ich kannte sie allerdings nur aus Erzählungen meiner Bekannten. Sie hat sich vor kurzem aus dem Fenster gestürzt.

**Situation des zweiten Selbstmordversuches**

Ich war 23 Jahre alt und wohnte hier in der WG und war arbeitslos.

Es ging mir körperlich schlecht, so elend. Da hab ich einfach Tabletten geschluckt. Ich hatte Sarkoidose, eine Immunschwächekrankheit. Ich hab gedacht, ich könnte das mit den Tabletten regulieren, ich dachte das käme von der Psyche. Und hab

mehr Tabletten, als ich sollte geschluckt. Es war ein Therapieversuch. Man kann es sehen wie man will.

**Wie war der Ablauf des Selbstmordversuches?**

Ich hab die Tabletten genommen und noch eine und noch eine.....Die hab ich immer weiter geschluckt bis ich keine mehr hatte. Wie gesagt, es waren nur indirekte Selbstmordversuche. Obwohl, wenn es geklappt hätte.....Ich bin ja nicht im Krankenhaus mit aufgeschnittenen Pulsadern aufgewacht. Ich weiß nicht, ob man es direkt als Selbstmordversuch sehen kann. Es ist ja nichts passiert, ich lag nicht im Koma.

**Hast Du mit jemanden vorher darüber geredet?**

Nein, ich hab nur zuviele Tabletten geschluckt. Meine Mitbewohnerin hat dann die Betreuerin vom "Betreuten Wohnen" angerufen. Sie kam und hat mich ins Krankenhaus gebracht.

**Hast Du den Selbstmord vorher angekündigt?**

Nein.

**Situation nach dem zweiten Selbstmordversuch**

**Wie hast Du Dich nach dem Selbstmordversuch gefühlt?**

Ziemlich schlecht, ich war froh, daß es nicht geklappt hat.

**Wie waren die Reaktionen der Anderen?**

Die waren erstmal entsetzt, wie ich sowas überhaupt nur machen konnte. Mein jetziger Verlobter war echt entsetzt. Er ist auch direkt ins Krankenhaus gekommen, als mir der Magen ausgepumpt werden mußte.

**Hast Du von jemanden Unterstützung nach dem Versuch bekommen?**

Ja, von meinem neuen Freund, vom "betreuten Wohnen", von der WG, von meinem Vater, von meinen Geschwistern. Die haben versucht mit mir zu reden und mir zu helfen. In erster Linie hat mir aber meine Therapie geholfen, weil ein Therapeut geschult ist und sich besser in mich hineinversetzen kann. So langsam verdau ich alles Stück für Stück. Die Therapie dauert jetzt 9 Monate.

**Hat sich damals im Krankenhaus jemand um Dich gekümmert?**

Nein, mir hat erst die Therapie geholfen.

**Wie sah Dein Leben danach aus?**

Jetzt hab ich wieder eine neue Arbeit und es ist besser. Jetzt geht der Alltag wieder los. Und ich hab einen neuen Freund.

**Bist Du glücklich?**

Ja. Es ist nicht die Freundschaft, die ich vorher mit meinem Freund hatte. Wo ich auf Wolken geschwebt habe. Aber er ist ein guter Kamerad und hält zu mir mit allen Vor- und Nachteilen. Das ist ganz gut.

**Würdest Du es nochmal versuchen?**

Nein, jetzt nicht mehr. Durch meine Therapie hab ich andere Möglichkeiten zu leben.

**Electronic Mail: Lisa**

## **Informationen zur Person**

### **Wie alt bist Du?**

Ich bin 22 Jahre alt. Bei den Selbstmordversuchen war ich 13 und 15 Jahre alt.

### **Wo wohntest Du?**

Ich wohnte bei meinen Eltern.

### **Warst Du finanziell unabhängig?**

Nein.

### **Welchen Beruf hattest Du?**

Ich war zu der Zeit Schülerin.

## **Damalige Situation**

### **Wann war das erste Mal als Du an Selbstmord dachtest?**

Als ich 13 Jahre alt war. Ich versuchte es öfters.

### **Beschreibe Deine Situation bei dem ersten Selbstmordversuch!**

Meine beste Freundin wurde zusammengeschlagen und verlor 70% des Gehirns. Meine Schwester war heroinabhängig und sie hat mich bei ihren Heroinkäufen mitgenommen. Im Jahr vorher wurde ich vergewaltigt. Ich kam aus einem schrecklichen Elternhaus. Ich wurde missbraucht und litt die meiste Zeit unter Depressionen.

## **Motive**

### **Kannst Du Deine Motive beschreiben?**

Zu dieser Zeit war alles in meinem Leben außer Kontrolle geraten. Ich wollte nur Frieden.

### **Mit welcher Methode wolltest Du Dich umbringen?**

Ich wollte eine Überdosis Speed nehmen.

### **Hattest Du Angst Dich umzubringen?**

Nein. Die Überdosis verursachte starke Schmerzen. Ich hatte einen Herzschlaganfall.

**Erzähltest Du jemandem vorher etwas?**

Als ich zum ersten Mal daran dachte, machte ich meinen Freunden gegenüber Anspielungen. Aber später als ich es immer mehr wollte, erzählte ich es nicht mehr. Ich hatte Angst jemand würde versuchen, mich davon abzuhalten.

**Kannst Du Deine Kindheit/Jugend beschreiben?**

Sie war schrecklich. Meine Eltern waren beide sehr mißbrauchend. Meine Mutter seelisch und emotional, mein Vater körperlich und sexuell. Ich hatte keine gute Beziehung zu ihnen. Mein Bruder distanzierte sich sehr von ihnen. Man kann es kaum eine Familie nennen. Mein Bruder kam manchmal wochenlang nicht nach Hause. Er verbrachte die meiste Zeit mit seinen Freunden. Ich haßte meinen Vater, wir kämpften die ganze Zeit. Ich suchte bei meiner Mutter Hilfe, aber sie war nicht in der Lage mir zu helfen.

In der Schule hatte ich gute Zensuren und ich hatte sehr wenige Freunde. Aber wir waren nicht "normal". Wir waren alle in der Punk oder Hippie-Szene. Wir wurden deshalb oft geärgert.

**Beschreibe die Situation von Deinem ersten Selbstmordgedanken bis zum Versuch!**

Ich weiß nicht mehr genau, wann ich zum ersten Mal daran dachte mich umzubringen. Ich begann mit Selbstverstümmelung. Ich hab mich selbst mit einem Rasiermesser geschnitten, mit zerbrochenem Glas und mit Nägeln etc. Ich haßte mich und benutzte die Verstümmelung als eine Bestrafung für die Fehler, die ich glaubte zu machen. Von da an hatte ich Selbstmordgedanken und -pläne. Das wurde zu einer regelrechten Manie. Ich war sehr deprimiert. Ich verbrachte viel Zeit mit meinen Freunden, die genauso wie ich, Eltern hatten, die ihre Kinder schlügen. Wir blieben so lange draußen, wie wir nur konnten. Wir unterhielten uns, tranken Kaffee in Cafés, gingen in Kneipen, und spazierten auf der Straße, nach Orten suchend, wo wir hinkonnten. Wir versteckten uns gegenseitig in den Häusern der anderen.

**War die Situation für Dich aussichtslos?**

Ja, ich hatte keine Hoffnung. Ich hatte keine Perspektive. Ich dachte nicht über die Zukunft nach. Ich war von Selbstaß angetrieben. Ich konnte an nichts anderes mehr denken. Ich schaute in den Spiegel und dachte, wie häßlich und dumm ich doch bin. Ich sagte mir, daß mich niemals jemand lieben würde. daß ich ein Fehler bin.

**Hattest Du zu der Zeit keine Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden?**

Ich hatte nur wenig Kontakt zu meiner Familie, weil ich ihnen entkommen wollte. Ich verbrachte viel Zeit im Haus meiner besten Freundin.

**Hattest Du jemanden, dem/der Du Dich anvertrauen konntest?**

Ich erzählte es einigen meiner Freunde, aber viele von ihnen, waren in der gleichen Situation.

**Gehörtest Du einer religiösen Gemeinschaft an?**

Ich versuchte es. Ich ging zu dieser Zeit in eine kirchliche Jugendgruppe. Als ich versuchte mit ihnen dort über meine Probleme zu reden, sagten sie mir, wenn ich genügend Glauben hätte, würde sich alles regeln.

**Hat schon mal jemand von Deiner Familie oder Deiner Freunde Selbstmord begangen?**

Nein.

**Ablauf****Hast Du den Selbstmordversuch vorbereitet?**

Ich machte eine Menge Pläne; ich versuchte mir auszudenken, welche Methode funktionieren würde und wie ich am besten nicht gefunden würde, bevor ich tot bin.

**Hast Du einen Abschiedsbrief geschrieben?**

Ja, ich schrieb allen meinen Freunden und meiner Familie Briefe.

**Situation nach dem Selbstmordversuch****Von wem wurdest Du gefunden?**

Mein Bruder fand mich.

**Wolltest Du gefunden werden?**

Als ich es meinen Freunden erzählte, ja. Als ich aber wirklich versuchte zu sterben, nein.

**Wurdest Du zum Krankenhaus gebracht, als Dein Bruder Dich fand?**

Ja. Sie sagten, es wäre ein Unfall, weil ich eine Überdosis geschluckt habe. Ich wäre ein wenig krank gewesen und hätte versehentlich zu viele Tabletten geschluckt.

**Hast Du vom Krankenhaus irgendwelche Unterstützung bekommen?**

Nein.

**Wie waren die Reaktionen Deiner Freunde/Familie?**

Sie taten so, als wenn nichts geschehen wäre. Meine Eltern sprachen mit mir wochenlang nicht, dann taten sie so, als wenn nichts passiert wäre.

**Wie fühltest Du Dich nach dem Versuch?**

Ich war enttäuscht und böse. Ich wollte wirklich sterben.

**Hast Du von jemandem Unterstützung bekommen?**

Ja, ein wenig von einem Lehrer.

**Wußten Deine Lehrer davon?**

Meine Eltern sprachen mit ihnen und sagten ihnen, sie sollten mich beobachten. Es war schrecklich, die meisten haben mich behandelt, als wenn ich verrückt wäre. (sprachen nur leise mit mir, haben sich nie mit mir unterhalten, bewerteten meine Aufsätze nicht, schauten mich merkwürdig von der Seite an) Einer von ihnen versuchte, mir zu helfen und mich zu unterstützen, aber zu der Zeit war ich schon so verschüchtert und verärgert. Es half nicht.

**Machtest Du eine Therapie?**

Ja, als ich von zuhause wegging, sie half auch.

**Haben sich Deine Probleme gelöst.**

Nein, aber es half von einem mißbrauchenden Umfeld weg zu sein. Ich war in der Lage eine Therapie zu machen und fand die Hilfe, die ich brauchte.

**Wolltest Du mit jemandem über Deinen Selbstmordversuch reden?**

Ja, aber ich hatte davor Angst.

**Wurde Dein Leben komplizierter?**

Für eine Zeit merkte ich, daß jeder verärgert über mich war und das ich mich gut benehmen mußte.

**Wie sah Dein Leben nach dem Selbstmordversuch aus?**

Schlecht. Alle Probleme waren immer noch da. Ich versuchte es wieder als ich 15 Jahre alt war. Ich dachte seit meinem ersten Versuch täglich daran.

**Hat sich Deine Situation nach dem ersten Versuch verändert?**

Nein, nicht bei dem ersten. Aber nach dem zweiten ging ich von zuhause weg.

**Bist Du nun glücklich?**

Ich glaube ja.

**Würdest Du es noch einmal versuchen?**

Manchmal denke ich daran. Aber es ist jetzt anders, vorher war es ein sehr intensiver Gedanke. Nun ist er mehr im Hinterkopf verschwunden.

**Electronic Mail: Elisabeth**

## **Informationen zur Person**

### **Wie alt warst Du bei dem Suizidversuch?**

Ich war 16 Jahre alt.

### **Wohntest Du zusammen mit Deiner Familie?**

Nein, ich wohnte mit meinem Freund zusammen.

### **Warst Du finanziell unabhängig?**

Nein. Ich war von meinen Eltern abhängig.

### **Welchen Beruf hattest Du?**

Ich war Schülerin in einer Privatschule.

## **Damalige Situation**

### **Wann war es das erste Mal, als Du daran dachtest Selbstmord zu begehen?**

Das erste Mal als ich wirklich daran dachte, weiß ich nicht mehr genau. Wahrscheinlich war es mit 14, als ich jemanden verletzte, den ich liebte. Ich glaube es gibt einen Unterschied zwischen dem ersten Mal, als der Suizidgedanke mir in den Sinn kam, und dem Zeitpunkt als ich mich ernsthaft damit beschäftigte.

### **Was waren die Gründe dafür?**

Ich kenne wirklich nicht mehr die Situation, als ich zum ersten Mal an einen Suizidversuch dachte. Deshalb berichte ich nun vom letzten Mai als es zum ersten Mal passierte.

### **Kannst Du Deine Situation beschreiben?**

Als ich 16 Jahre alt war, wurde ich von einem Mann brutal vergewaltigt, ich endete mit 36 Messerstichen und 2 gebrochenen Rippen. Er hat sich danach selbst umgebracht. Ich interessierte mich für Sex nicht sehr. Ich hatte aber Sex mit sehr vielen Männern aus keinem besonderen Grund. Sex bedeutete mir nichts mehr.

Weil ich so viel Sex hatte, verschwand mein Selbstvertrauen und ich begann zu denken, daß ich ein schlechter Mensch bin. Ich bin etwas schüchtern, und neige zu Problemen, wenn es darum geht, Freundschaften oder eine dauerhafte Beziehung mit einem Mann einzugehen. Ich denke der Grund dafür, liegt in der Vergewaltigung. Trotzdem verlobte ich mich mit einem Mann, den ich sehr liebte. Ich lernte ihn durch den Computer kennen. Er wohnte allerdings weit von mir entfernt. So wollten wir beide zusammenziehen. Ganz plötzlich war seine Liebe vorbei. Er stand eines Morgens auf und sagte: "Ich liebe Dich nicht mehr" und das war es. Ich hatte immer noch wenig andere Freunde und durch finanzielle Probleme war ich gezwungen, mit dem Mann den ich immer noch liebte, zusammen zu wohnen. Wir waren sehr arm, aßen nur einmal am Tag und hatten kein Geld um irgendwas zu unternehmen. We-

gen meiner emotionalen Probleme wurde ich in der Schule schlechter. Ich hatte ein Stipendium und wenn meine Noten schlecht waren, durfte ich zu der Schule nicht zurückkommen. Meine Familie half mir nicht viel. Ich verließ mein zu Hause sehr früh, weil ich nicht mehr mit ihnen leben konnte. So kamen alle Probleme zusammen, die ich ertragen mußte. Ich wollte von alldem nur für eine Weile fliehen. Ich wollte nur alleinsein und einen Urlaub machen, deshalb dachte ich, daß ein Selbstmordversuch ein Ausweg wäre.

**Konntest Du mit Deinem Freund nicht reden?**

Doch, glaube mir, ich versuchte es. Nach einer Woche sagte er, seine Meinung hätte sich geändert und er wollte mit mir zusammensein. Als ich darüber nachzudenken begann, glaubte ich, daß es nicht ehrlich gemeint war. Und was würde passieren, wenn mein ganzes Leben von ihm abhängt und fünf Monate später ändert er wieder seine Meinung. Ich konnte es nicht tun, so sehr ich es auch wollte. So ist unsere Beziehung, um es vorsichtig auszudrücken, sehr belastet.

**Gehörtest Du einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft an?**

Ich bin Jüdin, aber nicht übertrieben.

**Hat sich sonst jemand in Deiner Familie oder Freundeskreis umgebracht?**

Nein nur der Vergewaltiger, sonst niemand.

**Hast Du einen Abschiedsbrief geschrieben?**

Nein. Ich glaube die Leute wußten genau, was ich von ihnen hielt. Ich sage immer jedem, was ich von ihm halte.

**Beschreibe Deine Kindheit!**

Ich glaube ich war ein "typisches" Kind. Ich ging mit 10 Jahren zu einer Privatschule. Ich spielte Flöte seit ich fünf Jahre alt war. Keiner im Gymnasium mochte mich, weil wir nie viel Geld hatten. Kinder sind ja bei solchen Dingen brutal, was die Kleidung anbetrifft und welche Dinge man als Kind hat. Immer wenn ich etwas nicht aus Secondhandläden hatte, dachte ich die anderen würden auf mich herabsehen. Ich erzählte meinen Eltern, daß ich ausziehen werde und sie nichts daran ändern können.

**Ablauf**

**Wie hast Du den Selbstmordversuch begangen?**

Ich nahm eine Überdosis verschiedener Tabletten aus unserer Apotheke.

**Hattest Du Angst vor dem Sterben?**

Nein, nicht wirklich. Mir war einfach alles zuviel. Es war mir egal. Aber als ich aufwachte, schreiend vor Schmerzen, bedauerte ich alles.

### **Hast Du den Selbstmordversuch angekündigt?**

Ja, ich tat es. Ich versuchte mit 7 verschiedenen Leuten zu reden. Ich dachte von ihnen, daß ich mit ihnen reden könnte und sie mir auch helfen würden. Mein Verlobter eingeschlossen, meine Eltern und einige Freunde wollten nicht mit mir reden. Ich erzählte es ihnen, als ich aus dem Krankenhaus kam. Ein Ehepaar schien sehr zu bedauern, nicht mit mir geredet zu haben. Aber es wurde nie wieder angesprochen. Ob es ihnen wirklich leid tat, weiß ich nicht.

### **Wie und von wem wurdest Du gefunden?**

Ich wurde bewußtlos von meinem Verlobten gefunden. Er kam früher von der Arbeit zurück. Sie erzählten ihm im Krankenhaus, wenn er später gekommen wäre, wäre ich tot gewesen.

### **Wolltest Du gefunden werden?**

Nein, ich hatte vorher keine Warnsignale angekündigt.

## **Situation nach dem Suizidversuch**

### **Wie reagierten Deine Angehörigen/Freunde?**

Einige waren nett, viele sagten: "Tu das nicht wieder, Du kannst immer mit mir reden." Aber sie waren die Leute, die vor dem Selbstmordversuch nicht mit mir reden wollten. Mein Freund war etwas verärgert. er sagte, ich hätte doch mit ihm reden können. Aber ich hab es versucht und er hörte mir nicht zu.

### **Wie fühltest Du Dich nach dem Selbstmordversuch?**

Ich war eher enttäuscht. Ich arbeitete in einer Ambulanz und wenn wir einen Selbstmordversuch aufnahmen, war der Mensch auf uns böse. Wir sagten, wir könnten nicht Gott spielen und entscheiden wer lebt und wer stirbt, deshalb versuchen wir jeden zu retten. So weiß ich, daß es nicht der Fehler meines Verlobten war, als er mich ins Krankenhaus brachte. Aber ich hatte eine Menge Schmerzen und mußte dumme Dinge tun, um zu beweisen, daß ich nicht ausgerastet war. Ich mußte eine Menge Fragen beantworten, was ich nicht wollte z.B. "Warum hast Du das getan." Sie hatten das Gefühl, daß sie mich fragen müßten. Aber ich hatte nicht so richtig Lust ihnen das alles zu beantworten. Ich wollte nur nach Hause und allein sein. Es war spät und ich wollte abhauen, ich war müde. Ich wollte nicht mit einem alten Mann reden, der mich nicht kennt, und dem es wohl auch egal ist, ob ich lebe oder nicht. Sein Job ist nur, mich zu ergründen. Das war das Problem, daß ich mit Therapeuten immer habe. Ich mag die ganze Idee nicht: zu einem Psychologen zu gehen und alle meine Probleme (die ich nicht kenne) vor ihm auszubreiten. Er plant irgendwelche Sitzungen, egal ob Du zu dem Zeitpunkt etwas auf dem Herzen hast oder nicht. Vielleicht brauchst Du zu einem ganz anderen Termin jemanden dringend.

### **Hast Du von jemandem Unterstützung nach dem Selbstmordversuch bekommen?**

Nicht wirklich.

**Wolltest Du über Deinen Selbstmordversuch reden?**

Nein, aber sie haben mich ein wenig dazu gezwungen. Ich hatte nur so herumgealbert, und das ganze so abgetan. Das ich nicht wirklich sterben wollte, nur allem entfliehen. Aber zu dieser Zeit glaube ich, war ich nicht geistig in der Lage eine Entscheidung zu treffen.

**Hast Du eine Therapie gemacht?**

Ja. Meine Schule zwang mich zu einer Therapie zu gehen. Ich ging zweimal hin, es war aber am Ende des Schuljahres und ich ging nicht zurück zur Schule. Ich mag es nicht zu einer Therapie zu gehen. Ich wollte jemanden, dem ich etwas bedeute und der mich liebt, aber es gab niemanden. Deshalb war ich so verzweifelt.

**Wurde Dein Leben komplizierter?**

Nicht wirklich.

**Wie sah Dein Leben nach dem Selbstmordversuch aus?**

Es sah wirklich nicht anders aus. Die Dinge waren immer noch genauso wie vorher.

**Bist Du jetzt glücklich?**

Ich denke, das Leben hat jetzt wieder eine Richtung für mich. Ich habe mich in meinem Leben nie Problemen wirklich gestellt. Ich habe jetzt immer noch nicht viel Freunde. Aber ich konzentriere mich darauf, mir mehr Selbstvertrauen zu geben und ich fange jetzt mehr Sachen an, die mir helfen. Ich bin sehr glücklich.

**Würdest Du es noch einmal machen?**

Nein, nicht jetzt. Mein Leben sieht im Moment ganz gut aus. Es geht mir wirklich gut Ich habe einen wunderbaren Freund gefunden und einen guten Job.

Hiermit versichere ich, die Arbeit selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.

Bonn, den 24. Januar 1995

Birgit Schettler

