

**Zeitschrift:** Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie  
**Herausgeber:** Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;  
Arbeitsgruppe für Kriminologie  
**Band:** - (1986)  
  
**Artikel:** Wie ernst sind Suizidversuche in der Pubertät gemeint?  
**Autor:** Kleinpeter, Ursula  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1051038>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 13.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Wie ernst sind Suizidversuche in der Pubertät gemeint?

Ursula Kleinpeter

Diese Frage wird fast ausschließlich unter dem Aspekt gesehen, wie groß das Risiko für eine Wiederholung einer solchen Handlung ist. Darüber gibt es zahlreiche Veröffentlichungen – ganz überwiegend über Erwachsene. *Bürk und Möller* (1985) haben erst kürzlich eine Literaturübersicht zu diesem Thema zusammengestellt.

Ich meine, daß die Erlebnissituation der Jugendlichen und auch die Auslösung suizidalen Handelns zu mindest bis zum Alter von 16 Jahren mit den Gegebenheiten bei Erwachsenen nichts gemeinsam haben, also auch nicht vergleichbar sind.

Der Selbstmord eines Jugendlichen stellt einen biologischen und psychologischen »Widerspruch an sich« dar. Denn in keinem Lebensabschnitt ist der Mensch zukunfts zugewandter, lebenshungriger und vitaler als gerade im jugendlichen Alter. In keiner Entwicklungsphase nach dem frühen Kindesalter aber ist die Harmonie der Persönlichkeit und deren Integration labiler und abhängiger von dem Gefühl der Geborgenheit, der Sicherheit, der Anerkennung und den zwischenmenschlichen Kontakten als in der Pubertät. Die Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen geht mit ihren hormonalen Umstellungen, mit den Veränderungen in den Beziehungen zu den Mitmenschen, mit dem Verlust der bis dahin geltenden Wertnormen sowie mit den neuen Momenten im Ich-Erleben nicht immer ohne Konflikte von statten. Frank Wedekind (»Frühlingserwachen«) faßte die ganze Problematik in einem Satz zusammen: »Die Welt und ich, wir passen nicht zueinander, die Welt muß sich ändern!« Diese Phase ist physiologisch und wird von gesunden Jugendlichen in einer angepaßten Umgebung ohne ernsthafte Krisen bewältigt.

Unübersehbar haben aber die Suizidversuche allgemein und auch bei Jugendlichen in den letzten 30 Jahren erheblich zugenommen, während die Häufigkeit von Suiziden in der Altersgruppe unter 15 Jahren seit der Jahrhundertwende mit zum Teil wesentlichen Schwankungen in den einzelnen Jahrgängen konstant geblieben ist (*Klein-Peter* 1963; *Remschmidt und Schwab* 1978). *Biener* (1984) vertritt allerdings die Auffassung, daß die Kindersuizide in der Schweiz seit 1952 ansteigen. Auf jeden Fall erscheint die Frage berechtigt, ob Suizidversuche als mißlungene Suizide zu werten

sind. *Waage* (1962) geht soweit, darin zwei grundsätzlich verschiedene Verhaltensweisen zu sehen. In dem einen Fall kommt es demnach zu einer vollständigen Abkehr von der menschlichen Gesellschaft mit dem Willen, aus dem Leben zu scheiden; im anderen dagegen handelt es sich um einen letzten verzweifelten Appell an die Mitmenschen, also um eine Zuwendung zur menschlichen Gesellschaft.

Unter diesem Aspekt wären die Suizidpatienten in vier Gruppen zu untergliedern:

1. Selbstmord
2. mißlungener Selbstmord
3. Selbstmordversuch
4. Selbstmordversuch mit tödlichem Ausgang

Natürlich ist die Differenzierung sehr schwierig, insbesondere bei den erfolgten Suiziden. Bei einem Versuch, retrospektiv die Ursachen von vier Suiziden bei Jugendlichen soweit wie möglich aufzuklären, fanden wir einen Unfall bei sexuellen Spielereien, eine Affekthandlung und in zwei Fällen den Verdacht einer beginnenden Psychose. Eine weitere psychotische Erkrankung fanden wir in einem Fall eines sicher mißlungenen Suizids.

Im Gegensatz zu der in der Literatur vorherrschenden Auffassung, daß Psychosen beim Suizid Jugendlicher keine Rolle spielen, möchte ich meinen, daß sie häufiger sind, als angenommen wird. Um eine absolute und endgültige Abkehr von der menschlichen Gesellschaft bei einem Jugendlichen zu bewirken, müssen die vitalsten Sphären des psychischen Erlebens gestört sein und das gerade ist ein Charakteristikum der Psychose. Einen Beweis dafür zu erbringen ist nicht möglich, weil diese Suizide in der Regel im Beginn der Erkrankung durchgeführt werden, zu einer Zeit, da die kognitiven Funktionen noch soweit intakt sind, daß der Patient die Krankheitssymptome erlebt, was zu Beunruhigung, Angst und Suizidgedanken führt. Nach *Friedrich* (1983) beträgt der Zeitraum vom Auftreten erster Symptome bis zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme viereinhalb Monate. Eine lange Zeitspanne, die von Friedrich folgendermaßen beschrieben wird: »Die Hilflosigkeit und Vergeblichkeit, gegen diese Symptome anzukämpfen, die Nutzlosigkeit elterlicher Ermutigung und das Ausgeliefertsein, anders zu wollen als zu können, sind Charakteristika der Prodromphase.«

Halluzinationen fand er im Vorfeld der schizophrenen Erkrankung bei 36 % der Jugendlichen und »Wahnproduktionen« bei 66 %. Die zu diesem Zeitpunkt noch gut erhaltenen Ich-Funktionen ermöglichen den Patienten die Verheimlichung ihrer Symptomatik über viele Wochen der Angst und Verzweiflung.

Deshalb sind die Suizide im Vorfeld einer Psychose so ernst gemeint und gut geplant, daß sie in der Regel auch zum Erfolg führen. Die sehr häufige

Berufung auf die Seltenheit von Psychosen in diesem Alter ist sicher kein Gegenbeweis. Der Selbstmord dürfte im jugendlichen Alter wesentlich seltener sein als die Psychosen. Nach *Ringel* (1953) ist der Anteil der Psychosen beim Selbstmordversuch nur halb so groß wie beim Selbstmord.

Damit möchte ich zum Thema zurückkommen: Wie ernst sind Suizidversuche gemeint? und nicht: Wie gefährlich können Suizidversuche sein? sondern: Wie ernst sind sie in der Pubertät gemeint?

Neben den absolut ernst gemeinten Suiziden im Beginn einer Psychose, gibt es – bei Jugendlichen extrem selten und wohl auch erst nach dem 16. Lebensjahr – sogenannte Bilanzselbstmorde, z.B. bei schweren chronischen Erkrankungen oder anderen Behinderungen. In diesen Fällen wird ganz rational das Für und Wider gegeneinander aufgerechnet und wenn die Entscheidung für den Suizid gefallen ist, wird er genau so rational geplant und vollendet. Das setzt allerdings schon eine hohe Reife der Persönlichkeit voraus und fällt von der Psychopathologie her nicht in den Bereich der Jugendpsychiatrie.

Für alle anderen Fälle möchte ich sagen: Jeder Suizidversuch eines Jugendlichen ist ein so ernst gemeinter Appell an die Umwelt, daß dabei das Risiko zu sterben in Kauf genommen wird.

Damit möchte ich nicht gesagt haben, daß die Jugendlichen so denken und das Risiko kalkulieren. Sie wollen einer ausweglos erscheinenden Situation entfliehen und glauben vordergründig auch sterben zu wollen. Ihr Denken dreht sich, hoch affektiv geladen, im Kreis. Sie sind nicht mehr fähig, sachlich-logisch ihre Lage zu analysieren und Lösungswege zu finden. »Es gibt keinen anderen Ausweg, mich liebt keiner, ich mache Schluß, die anderen werden schon sehen, was sie davon haben.« Das ist das typische Denkmodell der Pubertierenden, d.h. der 10 bis 15jährigen.

Die Welt der Erwachsenen demonstriert ihnen den Suizidversuch als modernes und meist sehr wirksames Mittel der Problemlösung. Problemlösungsverhalten im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, der sozialen Anpassung und der Positionsfindung für das eigene Ich, muß aber gerade in der Pubertät neu bzw. wesentlich weitergehend erlernt werden und das erfolgt in der Regel am Vorbild der Erwachsenen.

Hinzu kommt der Einfluß von Film, Fernsehen, Presse und Literatur, die natürlich auch das menschliche Phänomen »Suizidversuch« bearbeiten, verarbeiten und frei Haus liefern. Es gibt unzählige Untersuchungen über die Auswirkungen brutaler Kriminalfilme auf die Aggressivität der Kinder und Jugendlichen. Ich kenne jedoch keine über die Suggestionwirkung suizidaler Handlungen in der modernen Publizistik. Außerdem wird über gelungene Suizide wesentlich weniger gesprochen und publiziert als über Suizidversuche. Ohne bewußtes Nachdenken entsteht bei den Jugendlichen im Unterbewußtsein die Auffassung, daß Suizidversuche im allgemeinen einen guten Ausgang nehmen.

Die Suizidversuche des Pubertätsalters kann man je nach Ausgangsposition und Schulmeinung des Untersuchers sehr unterschiedlich interpretieren und klassifizieren. Ein Psychoanalytiker wird einen Fall ganz anders zuordnen und behandeln als ein Sozialpsychiater oder gar ein Neuropsychiater.

Meine Variante als Kinderneuropsychiater der *Göllnitz*-Schule: Zu schwerwiegenden Störungen des subjektiven Erlebens und daraus resultierenden Fehlhaltungen gegenüber den Bezugspersonen (Eltern, Mitschüler, Lehrer usw.) und auch gegenüber der eigenen Person, kann es kommen, wenn die Konflikttoleranzbreite eines Jugendlichen durch somatisch bedingte Leistungseinengung und Labilität der Persönlichkeit vermindert ist, wenn sie chronisch durch inadäquate Umwelteinflüsse oder durch ein einmaliges schweres psychisches Trauma überschritten wird. In jedem Fall wird der Jugendliche darauf reagieren, wobei nach Göllnitz, dem Ausmaß der psychopathologischen Bedeutung nach, folgende Reihe der psychischen Reaktionen möglich ist:

1. Die psychogenen Reaktionen – Eine sinnvolle und voll motivierte Erlebnisreaktion, der Entwicklungsphase entsprechend und relativ schnell abklingend
2. Die psychogene Entwicklung – Eine zunächst adäquate, aber durch unterhaltende Umwelteinflüsse tiefergehende und länger anhaltende Erlebnisreaktion. Nach Beseitigung der Noxen, noch reversibel
3. Die abnorme Erlebnisreaktion – Die psychische Reaktion weicht hier im Verhältnis zum Anlaß durch ihre ungewöhnliche Stärke in der Qualität und Dauer von der normalen psychogenen Reaktion ab
4. Die abnorme psychogene Entwicklung (Neurose) – Eine besondere Konstellation zwischen Persönlichkeit, Umweltklima und bestimmten Anlässen führt zu einer Entwicklung, die von dem Patienten nicht mehr beherrscht und kompensiert werden kann und als fremdartig und störend empfunden wird.

Diese psychischen Reaktionen treten als sehr vielfältige Syndrome in Erscheinung. Die Symptomwahl ist abhängig von Erfahrungen, Erlebnissen und Vorbildern, von konstitutionellen Faktoren und dem Grad der Persönlichkeitsreife. Der Suizidversuch Jugendlicher ist bis auf wenige Ausnahmen eine Erscheinungsform der psychischen Erlebnisreaktionen. Bei der Wahl dieses Mittels spielen Vorbilder eine sehr große Rolle, nach *Waage* in der Hälfte der Fälle. Aber auch Gedanken über den Sinn des Lebens und des Sterbens, die für dieses Alter typisch sind, im Zusammenhang mit dysphorischen Verstimmungen, begünstigen eine solche Reaktion.

Wie bei allen anderen psychischen Erlebnisreaktionen sind auch bei Suizidhandlungen graduelle Unterschiede festzustellen, wobei nicht die Intensität des Todeswunsches ausschlaggebend ist. Durch eine kurze Dar-



stellung einiger Beispiele in Anlehnung an die vorher gegebene Einteilung soll das deutlich gemacht werden.

Kurzschluß- oder Affekthandlungen in Form eines Suizidversuches sind in der Altersgruppe 10–15 Jahre bei schweren psychischen Traumen in den Bereich der psychogenen Reaktionen einzuordnen, d.h., bei dem Stand der Persönlichkeitsreife muß das keine abnorme Reaktion sein.

Drei Beispiele in Kurzfassung sollen das belegen, wobei zu beachten ist, daß in jedem Fall die Haltung der Mutter, die gar nicht der eigentliche Akteur war, den Ausschlag gab.

Ein 14jähriger, gut intelligenter, ganz normaler Junge mit sehr schönen blonden langen Haaren – sein ganzer Stolz – wird von seinem jähzornigen Vater wegen eines banalen Vergehens angewiesen, zum Friseur zu gehen und sich eine Glatze schneiden zu lassen. Die Mutter, die den Jähzorn des Vaters fürchtete, gab dem Jungen wortlos das Geld dazu. Die Familie bewohnte ein Eigenheim am Waldrand; der Junge ging und erhängte sich am nächsten Baum.

Ein anderer 14jähriger, normaler Junge wurde wegen eines Vergehens erstmals in seinem Leben vom Vater verprügelt – ganz ruhig, ohne Affekt, nach vorheriger pädagogischer Erläuterung der Notwendigkeit dieser Maßnahme. Wie sich später ergab, hatte der Junge sich schon vorher entkleiden müssen, d.h. er stand während dieses erzieherischen Gespräches nackt da, eine unglaublich diskriminierende Situation für einen 14jährigen.

Die Mutter saß dabei und tat gar nichts, sagte auch nichts. Dieser Junge lief weg und wurde uns deshalb vorgestellt. Vor seinem Haus in einem großen Neubaugebiet stand kein Baum.

Ein 13jähriges Mädchen, das bis zum 10. Lebensjahr in einem Kinderheim aufgewachsen war und seitdem sehr nette Pflegeeltern hatte, wurde nach sexuellen Spielereien mit 2 Jungen, an denen es offenbar mit einer gewissen Neugierde beteiligt gewesen war, von der Lehrerin vor der ganzen Klasse als verkommen und verlogen beschimpft mit dem Hinweis, daß das eine Sache für die Jugendhilfe sei, die schon wissen würde, wo solche Mädchen hingehörten. Nach Schulschluß begleitete die Lehrerin das Mädchen nach Hause und berichtete alles mit gleichem Akzent der Mutter in Gegenwart des Mädchens. Die Mutter fühlte sich verpflichtet, sich der Auffassung der Lehrerin anzuschließen und beschimpfte das Mädchen ihrerseits, das daraufhin in sein Zimmer ging und alle Schlaftabletten der Großmutter einnahm. Dieses Mädchen sagte später, daß es sehr enttäuscht gewesen sei über die Reaktion der Mutter, die nicht einmal gefragt habe, wie sich das ganze wirklich abgespielt hatte.

Ein Fall für eine psychogene Entwicklung: Ein 15jähriger, normal entwickelter Junge mit sehr guten Schulleistungen wurde uns vorgestellt, da er Selbstmordabsichten geäußert hatte. Die Untersuchung ergab, daß der Junge aus einer Familie mit sehr hohen ethisch-moralischen Ansprüchen kam. Der Vater war Musiklehrer, die Mutter Hausfrau, eine 5 Jahre ältere Schwester Studentin. Zwischen den Eltern einerseits, den Eltern und den Kindern andererseits bestand ein echtes Vertrauensverhältnis und gute emotionale Bindungen.

Der Junge hatte vor etwa einem halben Jahr angefangen zu onanieren. Er sprach nur einmal mit einem Gleichaltrigen über diese Frage und quälte sich vier Monate lang mit schwersten Selbstvorwürfen. Dann vertraute er sich dem Vater an. Dieser führte eine eingehende Aussprache über sexuelle Fragen mit dem Sohn durch und festigte dadurch die Bindung des Jungen zu ihm noch mehr. Er bezog jedoch zur Frage der Onanie eine falsche Stellung. Vielleicht aus Unkenntnis, vielleicht aber auch aus pädagogischen Erwägungen machte er dem Sohn klar, daß Onanie etwas sehr häßliches sei, was ein anständiger Junge nicht tun dürfe. Der Junge war zunächst erleichtert und nahm sich vor, nicht mehr zu onanieren, da das Urteil des Vaters für ihn über alle Zweifel erhaben war. Es kam für ihn eine Zeit schwerer Kämpfe. Er reagierte mit Kopfschmerzen, ließ in der Schule nach und erlebte immer wieder sein persönliches Versagen, denn er onanierte naturgemäß trotz aller Bemühungen gelegentlich wieder. Die Kopfschmerzen verstärkten sich, es kamen Schlafstörungen hinzu, und er meinte nun, da ein Lehrer kurz vorher an einem Hirntumor verstorben war, daß auch er einen habe und hielt sein weiteres Leben für sinnlos. Eine einzige Aussprache mit dem Jungen und den sehr vernünftigen Eltern löste hier alle Probleme und beseitigte die körperlichen Beschwerden.

Eine abnorme Erlebnissituation nach langem Leidensweg bot ein 15jähriger Junge, der sich nach einer perinatalen Hirnschädigung verzögert entwickelte und ein Jahr verspätet in die Normalschule kam, da die Mutter gegen eine Beschulung in der Hilfsschule protestiert hat. Die Ehe der Eltern war im 5. Lebensjahr des Kindes geschieden worden, die Mutter sah ihren Lebensinhalt in der Förderung ihres einzigen Kindes. So wurde der Junge von Jahr zu Jahr immer noch gerade so versetzt und chronisch massiv überfordert. Als er neun Jahre alt war, heiratete die Mutter wieder. Der neue Vater gab sich Mühe, ein gutes Verhältnis zu dem Jungen herzustellen, er hielt ihn aber für wenig gut erzogen, besonders was Sauberkeit und Ordnung anbelangte und versuchte, von der Mutter unterstützt, mit erzieherischen Maßnahmen eine Änderung herbeizuführen. Sein Prinzip war: »Strenge Ordnungsliebe und flottes Reagieren.« Dabei erkannte er nicht die Grenzen der Leistungsfähigkeit dieses retardierten Kindes. Er

ging in seinen Anforderungen immer von dem Alter des Jungen aus. Auch wurde dieser bei den Schularbeiten jetzt noch mehr unterstützt, um bessere Ergebnisse zu erreichen. Objektiv war der Junge nicht in der Lage, den Forderungen des Vaters zu genügen. Bei aller Mühe, die er sich gab, erzielte er unbefriedigende Ergebnisse. Mit Eintritt in die Pubertät erschien ihm die häusliche Situation unerträglich. Er fühlte sich verkannt, von den Eltern nicht geliebt und nicht verstanden. In der Schule war seine Situation auf Grund der schwachen Leistungen nicht viel günstiger. Der einzige Mensch, an dem er hing, war die Großmutter. Diese konnte ihm aber gegenüber dem Vater wenig helfen. Nach einer erneuten Auseinandersetzung im Elternhaus wegen Unordentlichkeit und schlechter Zensuren, beschloß er diesem Leben, »das ja doch niemals anders werden würde«, ein Ende zu machen. Er besorgte sich Tabletten und nahm sie etwa 10 Stunden später ein. Er gibt an, überlegt zu haben, daß Mutti wohl traurig sein würde; daß ihr das aber nichts schade, sie hätte ihn ja gegen den Vater verteidigen können. Vati würde nicht traurig sein; aber er würde sich große Vorwürfe machen, ihn so schlecht behandelt und zu diesem letzten Schritt getrieben zu haben. Großmutter zuliebe hätte er es gern nicht getan; aber er meinte, ihr dieses schwere Leid zufügen zu müssen, da es keinen anderen Ausweg gebe.

Als abnorme psychogene Entwicklung würde ich die Suiziddrohungen eines knapp 11jährigen, gut entwickelten gesunden Jungen bezeichnen. Bei der Exploration sowie in den projektiven Testverfahren zeigte sich eine abnorm starke Mutterbindung, sowie ein über das Alter weit hinausgehendes Bedürfnis nach Geborgenheit.

Zur häuslichen Situation erfuhren wir, daß der Vater die Mutter des Patienten nach Eintritt der Schwangerschaft verlassen hatte. Die Mutter lebte mit dem Kind bei ihren Eltern und wurde von diesen unselbständig und in Abhängigkeit gehalten. Der Großvater bestimmte was zu tun und was zu lassen sei und tyrannisierte die beiden Frauen. Die Mutter stillte ihr Zärtlichkeitsbedürfnis im Umgang mit dem Kind und sprach mit diesem auch über ihre Sorgen. Über den Vater des Jungen wußte sie nur Schlechtes zu berichten: er sei jähzornig, launisch, sprunghaft, egoistisch und geltungssüchtig gewesen.

Als der Junge 10 Jahre alt war, trat plötzlich dieser Vater in Erscheinung und stellte Forderungen. Um aus der häuslichen Abhängigkeit herauszukommen, heiratete die Mutter ihn zwei Monate nach seinem Erscheinen. Der Junge reagierte mit heftigen Eifersuchtsszenen und sagte zur Mutter: »So lange hast Du nur mich lieb gehabt und jetzt auch noch den da.« Er stellte aber auch sehr kritische Fragen betreffs der Schilderungen, die die Mutter vorher von seinem Vater gegeben hatte und verstand ihre plötzliche Zuwendung zu ihm nicht. Die Mutter gab ausweichende und widersprechende Antworten, worauf der Junge mißtrauisch wurde und dieses



offen zeigte. Der Vater hatte für seinen Sohn und dessen Reaktionsweise keinerlei Verständnis, er brachte ihn zum Schweigen. In der nur zwei Monate währenden Ehe zeigte sich, daß die ursprüngliche Charakterisierung des Vaters völlig richtig gewesen war. Es spielten sich sehr häßliche Szenen ab mit groben Schimpfworten, Schlägereien und brutalen sexuellen Perversionen. Dabei äußerte die Mutter mehrfach Suizidabsichten. Der Junge war Zeuge des ganzen Geschehens.

Sein Verhalten in der Schule blieb unauffällig. Dagegen war er zu Hause reizbar, mißtrauisch, neigte zu Wutausbrüchen, war bockig und gehorchte keinem mehr. Immer wieder verlangte er Liebesbeweise von seiner Mutter und traute ihr doch nicht. Schließlich drohte er ihr aus nichtigem Anlaß, in den Fluß zu gehen; ein anderes Mal nahm er sein Fahrrad und drohte, sich damit überfahren zu lassen. Als er wiederkam sagte er: »Es hat noch nicht geklappt, das Auto konnte noch rechtzeitig bremsen.«

Dieser Junge, der vorwiegend in der Welt der Erwachsenen gelebt hatte, verlor plötzlich das Vertrauen zu seinen Bezugspersonen, besonders enttäuscht von der Mutter. Seinem Zuhause, dem Ort der Wärme und Geborgenheit, stand er nun ablehnend gegenüber. Er verabscheute die Welt der Erwachsenen, bediente sich nun jedoch der Mittel derselben, um sie zu erpressen; und drohte mit keineswegs ernstgemeinten Selbstmordabsichten, um sich immer wieder der Liebe und Fürsorge der Erziehungspersonen zu versichern. Auf entsprechende Fragen antwortete er ohne Scheu: »Ich wollte ihr (der Mutter) ja nur einen Schreck einjagen.«

Diese Gruppe von Suizidversuchen im Rahmen psychogener Reaktionen und Entwicklungen sind im Alter bis zu 15 Jahren ganz überwiegend als Appellfunktionen aufzufassen. Gefährlich sind die Affektreaktionen, die doch häufiger kurzschlüssig zu sogenannten »harten Methoden« führen. Bei den länger schwelenden Prozessen stehen Medikamente an erster Stelle. Vorwiegend dürften es folgende Mechanismen sein, die die Jugendlichen vor dem Tode bewahren:

Im tiefsten Innern, ihnen nicht oder doch nur sehr vage bewußt, wollen sie nicht sterben. Sie wollen aus einer schwierigen Situation entfliehen, auf ihre Not aufmerksam machen. Die alterstypischen, lebensbejahenden Kräfte sind letztlich doch stärker als der Todeswunsch. Sie sind ambivalent und greifen zu Mitteln, die eine Überlebenschance offen halten. *Remschmidt* und *Schwab* (1978) stellten fest, daß 16 % ihrer jugendlichen Probanden den Suizidversuch in der unmittelbaren Gegenwart ihrer Angehörigen verübten, mit der Schlußfolgerung: »Daraus kann jedoch, wie eine Detailanalyse der einschlägigen Fälle zeigt, nicht der Schluß gezogen werden, daß kein ernstgemeinter Suizidversuch vorlag.«

Die affektive Einengung des Denkvermögens gestattet den Jugendlichen keine kritische Wahl der Mittel. Sie nehmen, was sich gerade findet, z.B. an Tabletten aus dem elterlichen Medikamentenschrank, ohne jede Überlegung, wie die Tabletten wirken und ob sie ausreichend sind für die Beendigung des Lebens. Das ist immer wieder zu beobachten, auch bei Jugendlichen, die von der Intelligenz und dem Bildungsstand her durchaus in der Lage wären, geeignete Mittel auszuwählen. Insofern gibt auch der Grad der Lebensbedrohung durch einen Suizidversuch bei Jugendlichen keine Auskunft über die Ernsthaftigkeit einer suizidalen Handlung.

Unabhängig von der Konstellation der Ursachenmomente ist nach jedem einmal erfolgten Suizidversuch große Aufmerksamkeit der nachgehenden Fürsorge zu schenken und die weitere psychische Entwicklung dieser Jugendlichen zu beobachten. Das ist wichtig, um eine doch vielleicht beginnende Psychose noch rechtzeitig erkennen zu können und auch, um einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung je nach Störungsgrad durch pädagogische, sozial-psychologische oder psychotherapeutische Maßnahmen entgegenzuwirken.

## Résumé

Combien les tentatives de suicide sont-elles sérieuses à l'âge de la puberté?

Contrairement aux suicides pendant la puberté, les tentatives de suicide ont considérablement augmenté. Il en résulte la question si les tentatives de suicide devraient être interprétées comme des suicides échoués. Du point de vue psychopathologique, les tentatives de suicide sont un appel adressé à l'entourage dans une situation qui paraît désespérée. L'intention de suicide est tellement forte que l'on accepte même le risque de mourir. De premier plan, les jeunes croient vouloir mourir, mais, sans y réfléchir, ils utilisent surtout des moyens qui leur laissent la chance de survivre. Les tentatives de suicide pendant la puberté sont très sérieuses et exigent par conséquent un traitement convenable. Dans la subconscience, la volonté de vivre est pourtant, dans la majorité des cas, plus forte que le désir de mourir.

**Ursula Kleinpeter**

Professor Dr. sc. med.

Direktor der Abteilung Kinderneuropsychiatrie

der Klinik für Psychiatrie und Neurologie des Bereiches Medizin

der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

Gehlsheimer Str. 20

DDR-2540 Rostock 40