



Friedrich • Teismann

THERAPIE-TOOLS



Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen

2. Auflage

BELTZ

Friedrich • Teismann

Therapie-Tools

Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen

Sören Friedrich • Tobias Teismann

Therapie-Tools

Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen

Mit Online-Material

2., neu ausgestattete Auflage

BELTZ

Sören Friedrich, M.A.
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Massenbergstr. 9–13
44787 Bochum

PD Dr. Tobias Teismann
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Massenbergstr. 9–13
44787 Bochum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29222-1 Print
ISBN 978-3-621-29223-8 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer
Illustratorin: Elisa Schallau, Gelsenkirchen

Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen	11
2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung	19
3 Krisenintervention	56
4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen	112
5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid	193
Literatur	206

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen	11
AB 1 Persönliche Haltung	12
INFO 1 Klassifikation suizidaler Handlungen	18
2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung	19
INFO 2 Heuristisches Phasenmodell im Umgang mit suizidalen Jugendlichen	24
INFO 3 Allgemeine Facetten der Beziehungsgestaltung	25
INFO 4 Spezifische Facetten der Beziehungsgestaltung	27
INFO 5 FAQ zur Beziehungsgestaltung	29
INFO 6 Risiko- und Schutzfaktoren	31
INFO 7 Indikation für eine Risikoabschätzung	33
AB 2 Leitfaden: Risikoabschätzung bei suizidalen Jugendlichen	34
AB 3 Leitfaden: Risikoabschätzung mit Eltern/Bezugspersonen	37
AB 4 Leitfaden: Exploration nach Suizidversuch	40
AB 5 Ressourcen	41
INFO 8 Diagnostikinstrumente zur Erfassung suizidrelevanter Konstrukte	42
AB 6 Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV©)	44
INFO 9 Risikokategorien	45
AB 7 Dokumentation: Risikoabschätzung (Erstabklärung)	46
AB 8 Dokumentation: Risikoabschätzung (Folgesitzungen)	49
AB 9 Diary Card	51
AB 10 Ressourcenpriming	52
INFO 10 Behandlung einer suizidalen Krise	53
INFO 11 Medikamentöse Behandlung von Suizidalität	55
3 Krisenintervention	56
INFO 12 Ambivalenzklärung	61
AB 11 Gründe für und gegen das Sterben	63
AB 12 Gründe zu leben	64
AB 13 Hope Box	65
AB 14 Krisenkontaktkarte	66
AB 15 Notfallplan erstellen	67
AB 16 Notfallplan: Vorlage	69
INFO 13 Zugang zu letalen Mitteln begrenzen	70
AB 17 Zugang zu Suizidmitteln begrenzen	71
AB 18 Unterstützungsplan	73
AB 19 Antisuizidvertrag: Formulierungsvorschlag	75
INFO 14 Anspannungszustände	76
INFO 15 Dissoziation	80
INFO 16 Hyperventilation	82
INFO 17 Antriebslosigkeit und Rückzug	83
INFO 18 Grübeln	84

INFO 19	Schlafstörungen	89
INFO 20	Albträume	91
INFO 21	Hinweise zur ambulanten Weiterbehandlung	92
AB 20	Schweigepflichtentbindung	93
AB 21	Schweigepflichtentbindung (Austausch mit Eltern)	94
INFO 22	Indikation stationäre Unterbringung	95
INFO 23	Ablauf: freiwillige stationäre Unterbringung	97
INFO 24	Ablauf: unfreiwillige stationäre Einweisung	98
INFO 25	Zwangsmaßnahmen: rechtliche Situation	99
INFO 26	Ausfüllhilfe: Akutbehandlung (PTV 12)	100
INFO 27	Ausfüllhilfe: Verordnung von Krankenhausbehandlung	101
INFO 28	Ausfüllhilfe: Verordnung einer Krankenbeförderung	102
INFO 29	Umgang mit hochakuter Suizidalität (Person droht zu springen)	103
INFO 30	Umgang mit einem Suizidversuch in der laufenden Behandlung	104
INFO 31	Informationen für Eltern/Bezugspersonen I	105
INFO 32	Informationen für Eltern/Bezugspersonen II: Mythen	107
INFO 33	Informationen für Eltern/Bezugspersonen III: Nach einem Suizidversuch	109
INFO 34	Was kann ich tun, wenn ein*e Freund*in oder ein*e Klassenkamerad*in suizidal ist?	110
4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen		112
AB 22	Phasenmodell der Psychotherapie mit suizidalen Patient*innen	118
AB 23	Narratives Interview	119
AB 24	Kettenanalyse	120
AB 25	Interpersonelle Kettenanalyse	121
INFO 35	Suizidale Kognitionen	122
AB 26	Suizidaler Modus	123
AB 27	Verbindliche Behandlungszusage	124
INFO 36	Übersicht: Interventionen zur Förderung sozialer Unterstützung, familiärer Kommunikation und familiären Zusammenhalts	125
AB 28	Soziales Netzwerk	128
INFO 37	Familienintervention: Verbesserung der familiären Kommunikation	129
INFO 38	Dos und Don'ts im Problemgespräch	132
INFO 39	Aktives Zuhören	133
INFO 40	Mit Eltern über Probleme reden	134
AB 29	Lob und Anerkennung	135
AB 30	Dankeschön-Zettel	136
INFO 41	Familienintervention: familiärer Zusammenhalt	137
INFO 42	Elternintervention: Empathie aufbauen	139
INFO 43	Was ist typisch für Jugendliche und was nicht?	141
AB 31	Den Mittelweg wählen	142
INFO 44	Unterstützer*innen einbeziehen	143
AB 32	Unterstützer*innen nominieren	144
INFO 45	Infobrief Unterst�tzer*in werden	145
INFO 46	Übersicht: Interventionen zur Förderung der Probleml�sekompetenz	146
AB 33	Problemkuchen	147
AB 34	Probleml�ser-Briefe	148
AB 35	Probleml�seschema	151
AB 36	Familienintervention: Probleml�setraining	154

AB 37	Problemlöse- und Kompromissplan	156
INFO 47	Übersicht: Interventionen zur Kognitiven Umstrukturierung	158
INFO 48	Distanz zu belastenden Gedanken aufbauen	160
AB 38	Bedeutung von Gedanken erkennen	162
AB 39	Check-up von belastenden Gedanken	163
AB 40	Logische Denkfehler	165
AB 41	Held*in des Alltags	167
INFO 49	Schwarz-Weiß-Denken	168
INFO 50	Eindruck, eine Last für andere zu sein	169
INFO 51	Hoffnungslosigkeit	171
INFO 52	Wertlosigkeit	173
AB 42	Bewältigungskarten	175
INFO 53	Übersicht: Interventionen zur Förderung der Emotionsregulation	176
AB 43	Anspannungsthermometer	178
INFO 54	Krisen-Survival-Skills	179
AB 44	Leichtes Lächeln	180
AB 45	Radikale Akzeptanz	181
AB 46	Emotionssurfing	182
AB 47	InSEL-Skill	183
AB 48	Frust ausbalancieren	184
AB 49	Achtsamkeitsübung	185
AB 50	Rückfallpräventionsübung	187
AB 51	Flagging the Minefield	189
AB 52	Brief an das suizidale Selbst	190
AB 53	Kontaktintervention: Briefvorlage I	191
AB 54	Kontaktintervention: Briefvorlage II	192
5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid		193
INFO 55	Suizid im stationären Setting I: Organisatorischer Ablaufplan nach einem Suizid	195
INFO 56	Suizid im stationären Setting II: Informieren von Mitpatient*innen	196
INFO 57	Umgang mit Suiziden im Schulkontext	197
INFO 58	Informationen für Suizidhinterbliebene	199
INFO 59	Suizide im ambulanten Setting	202
INFO 60	Mit einem Kind/Jugendlichen über den Suizid eines Familienangehörigen sprechen	203
AB 55	Notfalladressen	204
AB 56	Apps und Internetseiten	205

Vorwort

In Deutschland haben sich im Jahr 2019 insgesamt 185 Kinder und Jugendliche das Leben genommen, davon 22 Kinder im Alter zwischen 10 und 15 Jahren und 163 Jugendliche bzw. junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 20 Jahren. In der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen sind Suizide damit die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen. Suizide werden im Jugendalter häufiger von Jungen als von Mädchen vollzogen; kein Geschlechterunterschied findet sich hingegen im Kindesalter. Der vergleichsweise geringen absoluten Anzahl an Suiziden steht dabei eine große Häufigkeit an Suizidversuchen im Jugendalter gegenüber: 6,5 bis 9 Prozent der deutschen und 10,5 Prozent der europäischen Neuntklässler*innen berichten von lebenszeitlichen Suizidversuchen (Plener et al., 2009; Donath et al., 2014; Kokkevi et al., 2012); Suizidgedanken werden sogar von 30,8 Prozent der europäischen Jugendlichen berichtet. Ein steiler Anstieg der Häufigkeit suizidalen Erlebens und Verhaltens setzt dabei mit dem Erreichen des 12. Lebensjahres ein (Nock et al., 2013), während suizidales Erleben und Verhalten im Kindesalter sehr selten sind. Die stark divergierenden Prävalenzangaben von Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden machen jedoch deutlich, dass die wenigsten Jugendlichen, die einen Suizid erwägen, tatsächlich durch einen Suizid sterben.

Dennoch sind Suizidgedanken und Suizidversuche immer absolut ernst zu nehmen. Bis zu 85 Prozent der Jugendlichen, die durch einen Suizid sterben, kündigen diesen vorher an (Pompili et al., 2016) und geben ihrer Umwelt damit die Chance, helfend einzugreifen. Gleichzeitig gibt es keine Möglichkeit, sicher zu differenzieren, welche Jugendlichen eine Transition von suizidalem Erleben zu suizidalem Verhalten zeigen werden. Dementsprechend gehören die Beurteilung des aktuellen Suizidrisikos und die Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen sicher zu den schwersten und gleichzeitig verantwortungsvollsten Aufgaben und Herausforderungen für professionelle Helfer*innen.

Mit dem Ziel, diese Arbeit zu erleichtern und zu unterstützen, stellt das vorliegende Buch Materialien zur diagnostischen und therapeutischen Arbeit im Umgang mit Selbstdtötungsabsichten bereit. Vor dem Hintergrund, dass suizidales Erleben und Verhalten im Jugendalter prävalent werden, dienen die meisten Materialien weniger der Behandlung von Kindern als der von Jugendlichen. Nichtsdestotrotz werden durchgängig auch Hinweise zur Arbeit mit suizidalen Kindern gegeben und die Materialien können immer auch individuell angepasst werden. Materialien für die Arbeit mit suizidalen Erwachsenen finden sich in einem gesonderten Therapie-Tools-Band (Teismann & Friedrich, 2022).

Grundsätzlich setzt die Nutzung der hier zusammengestellten Therapiematerialien sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische Grundkenntnisse als auch eine vorangegangene Schulung im Umgang mit suizidalen Patient*innen voraus. Neben der Lektüre einschlägiger Literatur (Berk, 2019; Plener, 2014; King et al., 2013; Miller et al., 2017; Teismann et al., 2016; Wenzel et al., 2009) sollten unbedingt auch Praxisseminare zum Thema besucht worden sein.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Arbeits- und Informationsblätter zu den Themen Beziehungs-gestaltung, Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psychotherapie suizidaler Patient*innen. Zu jedem Thema wird zunächst eine kurze Einführung gegeben, die den Umgang mit den dann folgenden Materialien erläutern soll. Es folgen Informationsblätter (INFO), die entweder Sie oder Ihre Patient*innen bzw. deren Eltern dabei unterstützen sollen, in aller Kürze und verdichtet, wichtige Infor-mationen zu den jeweiligen Themen aufzunehmen. Arbeitsblätter (AB) können entweder in der The-rapie genutzt oder Patient*innen bzw. deren Eltern mitgegeben werden. Verschiedene Arbeitsblätter sind zudem für die therapeutische Vor- und Nachbereitung einer Sitzung gedacht.

Teilen Sie bitte nie Informations- oder Arbeitsblätter an die Patient*innen aus, die Sie nicht vor-her selbst gelesen haben und besprechen Sie alle ausgegebenen Materialien im Anschluss mit Ihren Patient*innen. Nutzen Sie sämtliche Materialien stets unter aufmerksamer Betrachtung der Aufnah-

mebereitschaft Ihrer Patient*innen. Manche Patient*innen finden »vorgefertigte« Arbeitsblätter ihrer Krisensituation nicht angemessen (orientieren Sie sich in solchen Fällen an den Vordrucken, aber fertigen Sie individuelle Materialien an), andere profitieren hingegen gerade in der Krisensituation von viel Struktur.

Der Umgang mit suizidalen Patient*innen gründet auf einer individuellen Fallkonzeption und folgt keinem strikten Manual. In diesem Sinne können die Materialien nicht sukzessive durchgearbeitet werden, vielmehr müssen Sie eine Auswahl solcher Arbeits- und Informationsblätter treffen, die im individuellen Fall passend sind. Dies gilt umso mehr, da die hier getroffene Untergliederung in Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psychotherapie nur heuristisch zu verstehen und keineswegs trennscharf ist: Die Risikoabschätzung ist integraler Teil der Krisenintervention und die Krisenintervention ist Teil der Psychotherapie. In diesem Sinne lassen sich diverse Materialien, die im Abschnitt zur Psychotherapie platziert sind, auch im Rahmen der Krisenintervention nutzen und andersherum.

Damit Sie die Arbeitsmaterialien gut zuordnen können, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. An diesen können Sie sehen, für wen das Blatt bestimmt ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen begegnen:

- T** **Therapeut*in:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für die Therapeut*innen selbst gedacht sind.
- P** **Patient*in:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeits- und Informationsblätter werden Patient*innen zur Bearbeitung ausgehändigt.
- E** **Eltern:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeits- und Informationsblätter werden den Eltern der Patient*innen zur Bearbeitung ausgehändigt.
- T P** **Therapeut*in und Patient*in:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeits- und Informationsblätter werden von Therapeut*innen und Patient*innen gemeinsam in einer Sitzung bearbeitet.
- T E** **Therapeut*in und Eltern:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeitsblätter werden von Therapeut*innen und Eltern gemeinsam in einer Sitzung bearbeitet.
- ↙** **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt oder auch separat zu notieren.
- ↗** **Input für's Köpfchen:** Auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Hintergrundinformationen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Inhalten der Therapie.
- ↳** **Hier passiert etwas:** An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeut*innen oder Patient*innen gegeben.
- ↔** **Wie sag ich's?** Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut*innen.

Wir hoffen, dass Ihnen die bereitgestellten Materialien bei der Arbeit mit suizidalen Patient*innen helfen.

Dortmund und Bochum, im Herbst 2021

*Sören Friedrich
Tobias Teismann*

1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen

■ Zusammenfassung

In diesem Kapitel geht es zunächst darum, die eigene Haltung zu Suiziden sowie den persönlichen Umgang mit Krisen und Ängsten in der Arbeit mit suizidalen Patient*innen zu reflektieren. Ergänzend werden Definitionen suizidaler Verhaltensweisen aufgeführt.

Typische Ängste im Umgang mit suizidalen Patient*innen beziehen sich auf die Angst vor Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen, vor Fehleinschätzungen, vor juristischen Konsequenzen sowie auf die Angst vor Vorwürfen durch andere (Eltern, Kolleg*innen; Conrad et al., 2021). Nun müssen entsprechende Ängste nicht zwangsläufig ungünstig sein – problematisch wird es dann, wenn uneingestandene Befürchtungen dazu beitragen, dass das Thema Suizidalität im Patient*innenkontakt vermieden wird bzw. eine unvollständige Risikoabschätzung und/oder unzureichende Implementierung von Therapiemethoden und Schutzmaßnahmen durch entsprechende Befürchtungen begünstigt werden. Vor diesem Hintergrund sollten sich Therapeut*innen ihrer Einstellung zu suizidalen Patient*innen, negativer Gegenübertragungsreaktionen und ihrer Ängste bewusst sein. So kann einem unkritischen Reagieren auf suizidale Patient*innen zuvorgekommen und Schwierigkeiten durch Infragestellung und Problemlösen – im Rahmen von Supervision/Intervision – vorab begegnet werden. Grundsätzlich geht ein häufiger Umgang mit suizidalen Patient*innen mit reduzierten Ängsten einher (Conrad et al., 2021).

Vor dem Hintergrund, dass bei der Klassifikation suizidaler Erlebens- und Verhaltensweisen eine erhebliche Uneinigkeit besteht (Cwik & Teismann, 2017; Hom et al., 2019), werden ergänzend Definitionen verschiedener Arten suizidaler Handlungen gegeben.

Arbeitsmaterial

AB 1 Persönliche Haltung

Das Arbeitsblatt dient dazu, die eigene Haltung zum Thema Suizid zu explorieren. Es ist nicht möglich, einem Suizid neutral gegenüberzustehen. Umso wichtiger ist es, eigene Einstellungen, eigene Reaktionen und Ängste in Bezug auf suizidale Jugendliche (und deren Eltern) zu reflektieren und einen Umgang zu finden, der es erlaubt, suizidale Patient*innen auf professionelle Art und Weise zu unterstützen.

INFO 1 Klassifikation suizidaler Handlungen

Im Rahmen des Klassifikationssystems von Posner et al. (2007) werden unter dem Oberbegriff »Selbst-verletzendes Verhalten« drei Klassen von Verhaltensmustern differenziert: (1) nicht-suizidales selbst-verletzendes Verhalten, (2) unbestimmtes selbstverletzendes Verhalten und (3) suizidales Verhalten. Die Differenzierung der drei Verhaltensklassen erfolgt auf Basis der dem Verhalten zugrundeliegenden Intention: Um von einer suizidalen Handlung sprechen zu können, muss ein gewisses Ausmaß an Absicht, durch die Handlung zu sterben, eruierbar sein – andernfalls handelt es sich um nicht-suizidales oder unbestimmtes selbstverletzendes Verhalten. Unter dem Oberbegriff des suizidalen Verhaltens wird des Weiteren differenziert zwischen einem Suizid, einem Suizidversuch, einem abgebrochenen Suizidversuch, einem unterbrochenen Suizidversuch und vorbereitenden Handlungen.

Persönliche Haltung

Beantworten Sie die folgenden Fragen nur für sich (und lassen Sie sich dabei Zeit).

(1) Einstellungen zu Suizid

Was denken Sie über Personen, die einen Suizidversuch unternehmen oder durch einen Suizid sterben?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was denken Sie über (1) Kinder und (2) Jugendliche, die einen Suizidversuch unternehmen oder durch einen Suizid sterben?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was denken Sie über die Eltern von (1) Kindern und (2) Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternehmen oder durch einen Suizid sterben?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Persönliche Haltung

Denken Sie, dass ein Suizid immer verhindert werden sollte? Wenn ja, warum? Und wenn nein, unter welchen Bedingungen halten Sie einen Suizid für »statthaft«? Gilt dies auch für Kinder und Jugendliche?

.....

.....

.....

.....

Denken Sie, dass ein Suizid immer verhindert werden kann? Und wenn nein, warum nicht?

.....

.....

.....

.....

Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich selbst vorstellen, Ihrem Leben ein Ende zu setzen? (Und wenn dies unvorstellbar für Sie sein sollte: Warum?)

.....

.....

.....

.....

Was könnte Sie daran hindern, sich selbst das Leben zu nehmen?

.....

.....

.....

.....

Persönliche Haltung

Was finden Sie heute am Leben wertvoll, schön, beglückend und erfüllend? Und wie war das in Ihrer Jugend?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(2) Eigene Erfahrungen mit Krisen und suizidalem Erleben

Denken Sie an eine eigene Krisensituation in Ihrem Leben (und insbesondere in Ihrer Jugend): Was an der Situation war besonders schwierig? Was hat Ihnen aus der Krise geholfen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie sollte man heute mit Ihnen in einer Krise bestenfalls umgehen/reden? Und wie hätte man das in Ihrer Jugend machen sollen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Persönliche Haltung

Wie sollte man in einer Krise auf gar keinen Fall mit Ihnen umgehen/reden? Und wie war das in Ihrer Jugend?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie in der Zeit der Krise darüber nachgedacht, sich selbst zu töten? Was/Wer hat Ihnen geholfen, die Krise zu überleben?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(3) Ängste im Umgang mit suizidalen Patient*innen

Was macht Ihnen in der Arbeit mit suizidalen Jugendlichen Angst?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Persönliche Haltung

Was macht Ihnen in der Arbeit mit den Eltern von suizidalen Jugendlichen Angst?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was würden Sie in der Arbeit mit suizidalen Jugendlichen und deren Eltern möglicherweise anders machen, wenn Sie weniger Angst hätten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Informationen müssen Sie einholen, welche Abläufe müssen Sie klären, welche Unterstützung müssen Sie organisieren, um weniger Angst im Umgang mit suizidalen Jugendlichen und deren Eltern zu haben?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Persönliche Haltung

(4) Emotionale Reaktionen auf suizidale Patient*innen

Welche negativen Reaktionen kennen Sie von sich aus der Arbeit mit suizidalen Jugendlichen (und deren Eltern)? Welche Aspekte der Situation und des Verhaltens einer suizidalen Person rufen bei Ihnen eine negative, abwertende Reaktion hervor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche positiven Reaktionen kennen Sie von sich aus der Arbeit mit suizidalen Jugendlichen (und deren Eltern)? Welche Aspekte der Situation und des Verhaltens einer suizidalen Person rufen bei Ihnen eine positive, mitfühlende Reaktion hervor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Informationen brauchen Sie oder müssen Sie wieder mehr in den Blick nehmen, um negative Reaktionen zu überwinden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Klassifikation suizidaler Handlungen

- **Suizid.** Tod aufgrund eines intentionalen, selbstschädigenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. Drei Bestimmungsmerkmale gelten als zentral:
- (1) Die Person ist tot.
 - (2) Das Verhalten der Person selbst führte zum Tod. (Die Person muss die tödliche Handlung allerdings nicht selbst ausgeführt haben – sie muss sie lediglich selbst initiiert haben.)
 - (3) Die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen. Eine entsprechende Intention wird entweder erschlossen oder wurde explizit zum Ausdruck gebracht.

Suizidversuch. Auf die eigene Person gerichtetes, potenziell selbstverletzendes Verhalten, das nicht zum Tod führte, aber mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. Wiederum gelten drei Bestimmungsstücke als zentral:

- (1) Die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen. Diese Absicht wird entweder erschlossen oder wurde explizit zum Ausdruck gebracht.
- (2) Es wurde ein Verhalten gezeigt, welches das Potenzial zur Selbstschädigung hatte bzw. von dem die Person dachte, dass es dieses Potenzial hat.
- (3) Eine Verletzung oder Schädigung kann, aber muss nicht eingetreten sein.

Unterbrochener Suizidversuch. Die Ausführung eines auf die eigene Person gerichteten, potenziell selbstverletzenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert ist, wird durch eine andere Person unterbrochen/verhindert, bevor es zu einer Schädigung oder einer potenziellen Schädigung gekommen ist. Zwei Merkmale sind entscheidend, um von einem unterbrochenen Suizidversuch zu sprechen:

- (1) Ohne die Unterbrechung wäre es zum Suizid(versuch) gekommen.
- (2) Es ist zu keiner Verletzung gekommen. (In dem Moment, in dem eine erste Tablette eingenommen/ein erster Schnitt gesetzt wurde, handelt es sich um einen Suizidversuch.)

Abgebrochener Suizidversuch. Die Ausführung eines auf die eigene Person gerichteten, potenziell selbstverletzenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert ist, wird vorbereitet. Die Person selbst stoppt ihr Verhalten jedoch, bevor es zu einer Schädigung oder einer potenziellen Schädigung gekommen ist. Wie beim unterbrochenen Suizidversuch gilt auch hier:

- (1) Ohne die Unterbrechung wäre es zum Suizid(versuch) gekommen.
- (2) Es ist zu keiner Verletzung gekommen. (In dem Moment, in dem eine erste Tablette eingenommen/ein erster Schnitt gesetzt wurde, handelt es sich um einen Suizidversuch.)

Vorbereitende Handlungen bzw. vorbereitendes Verhalten. Vorbereitungen zur Durchführung eines Suizid(versuch)s. Hierzu zählt beispielsweise das Schreiben eines Abschiedsbriefs, das Verfassen eines Testaments, der Erwerb einer Waffe bzw. das Sammeln von Medikamenten. Suizidgedanken oder Verbalisierungen derselben gelten nicht als vorbereitendes Verhalten.

nach Posner et al., 2007, 2014

2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung

■ Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden konkrete Hinweise zur Beziehungsgestaltung und zur Risikoabschätzung bei suizidalen Patient*innen gegeben. Es folgen Materialien zur Dokumentation der Risikoabschätzung und zur Fokussierung von Ressourcen.

Das wichtigste Ziel im Kontakt mit suizidalen Patient*innen ist es, eine therapeutische Beziehung herzustellen. Gleichzeitig wird unmittelbar mit der Risikoabschätzung des aktuellen Gefährdungsgrades begonnen. Die Vermutung, ein*e Patient*in könne sich in einer suizidalen Krise befinden, sollte ihm/ihr gegenüber direkt, offen und mit konkreten Worten angesprochen werden. Es ist ein empirisch gut widerlegter Mythos, dass man Patient*innen auf die Idee bringt, sich umzubringen, wenn man sie auf Suizidgedanken und -pläne anspricht (DeCou & Schuhmann, 2018). Es scheint auch keinen Unterschied zu machen, ob man früher oder später im therapeutischen Gespräch nach Suizidgedanken fragt (Chu et al., 2017); wichtig ist es allerdings, dass auf negativ formulierte Fragen (»Du denkst nicht an Suizid, oder?«) verzichtet wird (McCabe et al., 2017) und Suizidgedanken proaktiv von Therapeut*innen angesprochen werden, denn es vermeiden nicht wenige Patient*innen, im Gespräch von sich aus auf suizidales Erleben hinzuweisen (Vannoy & Robins, 2011).

Die Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos ergibt sich schließlich aus der Gewichtung der vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren. Grundsätzlich muss man sich darüber im Klaren sein, dass eine sichere Risikoabschätzung nicht möglich ist: Weder ist es möglich, suizidales Verhalten vorherzusagen, noch ist es möglich – in ausreichendem Maße – zwischen Hochrisikopatient*innen und Niedrigrisikopatient*innen zu differenzieren (u. a. Large et al., 2016; Woodford et al., 2019). Dies bedeutet aber mitnichten, dass auf ein abklärendes Gespräch verzichtet werden könnte – insbesondere, da Patient*innen sich dies oft wünschen (Hom et al., 2020). Der Fokus sollte aber weniger auf der Idee liegen, am Ende des Gesprächs eine Kategorisierung vornehmen zu können, als eher auf dem Ziel herauszufinden, was der/die Patient*in in der Krisensituation benötigt (Teismann et al., 2019):

- Was wünscht sich der/die Patient*in von der Behandlung?
- Was gibt es für modifizierbare Risikofaktoren?
- Was braucht der/die Patient*in, um sich sicherer zu fühlen?
- Wie gefährdet schätzt sich der/die Patient*in selbst ein?

Komplementär zur Problembetrachtung sollten zudem durchgängig die Ressourcen der Patient*innen in den Blick genommen werden. Grundpostulat eines ressourcenorientierten Vorgehens ist die Vorstellung, dass jede – auch eine psychisch beeinträchtigte und lebensmüde – Person Ressourcen hat und damit Möglichkeiten, sich unter widrigsten Umständen für das Weiterleben zu entscheiden und dieses zu gestalten. Die besondere Bedeutung der Ressourcenaktivierung ergibt sich überdies aus der Feststellung, dass ein grundlegender Neuaufbau von Fertigkeiten innerhalb einer Krise weder möglich noch ökonomisch wäre (Teismann & Willutzki, 2020).

Schlussendlich sei hervorgehoben, dass der informierte Konsens auch im Umgang mit suizidalen Patient*innen gilt, d. h., dass die Ergebnisse der Risikoabschätzung, Diagnosen und andere behandlungsrelevante Aspekte nicht vor den Patient*innen und deren Eltern »geheim gehalten« werden (Rudd et al., 2009).

Arbeitsmaterial

INFO 2 Heuristisches Phasenmodell im Umgang mit suizidalen Jugendlichen

Das Krisengespräch lässt sich prototypisch in verschiedene Arbeitsschritte unterteilen: Zu Beginn des Kontakts geht es um die Bildung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und die Risikoabschätzung. In Abhängigkeit von der aktuellen Gefährdungslage geht es dann darum, die Patient*innen wieder mit Gründen, weiterzuleben, in Kontakt zu bringen und sie dafür zu gewinnen, ihren Entschluss, sich das Leben zu nehmen, aufzuschieben. Hierzu lassen sich motivationale Strategien (**INFO 12** »Ambivalenzklärung« und **AB 11** »Gründe für und gegen das Sterben«) nutzen. Im weiteren Verlauf werden Strategien zur Förderung der Selbstkontrolle eingesetzt. In Bezug auf all diese Aspekte bietet es sich an, die Eltern der suizidalen Jugendlichen einzubeziehen:

- (1) Eltern können dazu beitragen, dass der/die Jugendliche die Behandlung tatsächlich wahrnimmt (nicht zuletzt auch dadurch, dass sie Termine mitabstimmen und den/die Jugendliche*n zu den Sitzungen bringen).
- (2) Eltern können fremdanamnestische Informationen zum Verlauf suizidalen Erlebens und Verhaltens geben und auf diese Weise das Fallkonzept komplettieren.
- (3) Eltern können die Umsetzung eines Notfallplans unterstützen, indem sie ein Auge auf Warnzeichen einer suizidalen Krise haben, ihr Kind in der Umsetzung von Bewältigungsstrategien unterstützen bzw. emotionale Unterstützung anbieten, in einer Krise den Kontakt zu Stellen des professionellen Hilfesystems herstellen und den Zugang zu letalen Mitteln begrenzen.
- (4) Im Fall familiärer Konflikte bietet der Einbezug von Familienmitgliedern die Möglichkeit, an den familiären Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten zu arbeiten.
- (5) In enger Absprache mit Eltern muss schließlich (immer wieder) über das Behandlungssetting (ambulant/stationär) entschieden werden. Einbezogen werden entweder beide Eltern oder nur ein Elternteil. Ist es den Eltern nicht möglich, sich an der Therapie zu beteiligen, kann es hilfreich sein, andere Erwachsene (z. B. Großeltern, Onkel/Tante) als Unterstützer*innen in die Therapie einzubeziehen.

INFO 3 Allgemeine Facetten der Beziehungsgestaltung

INFO 4 Spezifische Facetten der Beziehungsgestaltung

INFO 5 FAQ zur Beziehungsgestaltung

Zu Beginn jeden Kontakts mit einem suizidalen Kind oder einem/einer suizidalen Jugendlichen geht es um die Bildung einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Auch zu den Eltern der Betroffenen muss eine Beziehung etabliert werden. Allgemeine sowie spezifische Facetten der Beziehungsgestaltung mit (suizidalen) Patient*innen werden in diesen Informationsblättern für Therapeut*innen zusammengefasst. Zudem werden die rechtlichen Grundlagen mit Blick auf die Schweigepflicht im Umgang mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern dargelegt.

INFO 6 Risiko- und Schutzfaktoren

Das Informationsblatt gibt eine Übersicht über empirisch bestätigte Risikofaktoren, im Allgemeinen und in spezifischen Populationen (Becker & Correll, 2020; DGKJP, 2016; Franklin et al., 2017; Galynker, 2017; Mars et al., 2019a, b; O'Connor & Kirtley, 2018; WHO, 2014). Zudem werden Warnzeichen einer suizidalen Krise benannt und Faktoren, die den Übergang von Suizidgedanken zu Suizidhandlungen erleichtern. Schlussendlich werden Schutzfaktoren aufgelistet. Grundsätzlich muss man sich darüber im Klaren sein, dass einzelne Risikofaktoren keine nennenswerte Vorhersage von Suiziden erlauben (Franklin et al., 2017) und dass es keine Risikofaktoren gibt, die in jedem Fall vorhanden sein müssen, um ein erhöhtes Suizidrisiko anzunehmen (Huang et al., 2020). Das bedeutet, es gibt nicht *die eine* Konstellation an Risikofaktoren, die zu suizidalem Erleben und Verhalten führt. Das Vorliegen einzelner Risikofaktoren sollte jedoch immer als Anlass für eine Risikoabschätzung (s. **AB 2** »Leitfaden: Risikoabschätzung bei suizidalen Jugendlichen«) genommen werden.