

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 fremdanamnestiche 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.