



Zur Beratung und Begleitung von suizidalen Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

Dr. med. Sebastian Wolf

Die Arche Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen. e.V., München

Im Kindesalter sind vollzogene Suizide extrem seltene Ereignisse, wenn gleich Äußerungen wie „ich möchte tot sein“, „ich werde tot sein“, „ich möchte nicht mehr leben“ bei Kindern bis 10 Jahre häufig vorkommen und entsprechend oft Anlass für eine Anfrage beim Kinderarzt geben. Offenbar haben die meisten Kinder in ihren Familien jedoch eine noch ausreichend antisuizidal wirkende Beziehung zu Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten, die sie vor einem Suizidversuch bewahren. Trotzdem gilt auch hier, die innere Not der Kinder zu verstehen, die hinter solchen Äußerungen liegt.

In der Jugendzeit werden Suizidäußerungen, Suizidversuche und Suizide mit zunehmendem Alter deutlich häufiger. Unterschieden wird zwischen vollzogenen Suiziden, die zum Tode führen und Suizidgedanken, Suizidäußerungen, Suiziddrohungen und Suizidversuchen. Die Suizidversuche werden zum einen bezüglich der Lebensgefahr unterteilt in leicht bis schwerwiegend, zum anderen bezüglich der Absicht, sterben zu wollen, in appellativ bis ernsthaft.

Im Sinne der Sekundärprävention sind die guten Behandlungserfahrungen in der Adoleszenz mit entscheidend für die Verhinderung später letal endender Suizidversuche. Viele Erwachsene kommen häufig Jahre später wieder in eine Beratung oder beginnen eine Therapie, wenn sie als Kinder und Jugendliche gute Erfahrungen mit professioneller Hilfe gemacht haben.

In der kinder- und jugendmedizinischen Praxis hat die Abwendung einer suizidalen Handlung oberste Priorität. Entscheidend dabei ist die tragfähige Beziehung des Kindes zum Praxispersonal und dem Arzt/der Ärztin ab dem ersten Kontakt.

32.3.1 Häufigkeit von Suizidversuchen

Über Suizidversuche werden keine amtlichen Statistiken geführt. Eine Erfassung aller Suizidversuchshandlungen ist zudem sehr schwierig, weil nur ein Teil der suizidalen Handlungen, z.B. diejenigen, die in Krankenhäusern behandelt werden müssen, bekannt wird. Viele Suizidversuche werden nur Beratungsstellen oder Hausärzten mitgeteilt oder bleiben völlig unbehandelt und damit ungezählt.

Man kann davon ausgehen, dass in der Altersgruppe bis 25 Jahre ca. 20 – 30 mal mehr Suizidversuche begangen werden als vollzogene Suizide. Das wären in Deutschland ca. 25.000 Suizidversuche bei den unter 25jährigen pro Jahr.

Suizidversuche sind immer Hinweise für Belastungen und müssen deshalb unabhängig von der Schwere des Versuches ernstgenommen werden. Maßnahmen zur Veränderung der Belastung sollen folgen. Generell wird angenommen, dass die Zahl der Versuche in der Gruppe junger Menschen am höchsten ist, Frauen dabei dreimal häufiger als Männer, was die Versuche betrifft.



32.3.2 Häufigkeit von vollzogenen Suiziden

Jede Statistik über Suizide ist mit Vorsicht zu betrachten. Es ist davon auszugehen, dass eine große Zahl von Suiziden nicht als solche erkannt und erfasst werden. So ist anzunehmen, dass sich unter der Rubrik KFZUnfälle und Drogentote ebenso wie bei den "ungeklärten Todesfällen" viele Suizide verbergen. Generell sterben Männer durch Suizid doppelt so häufig wie Frauen.

In der Bundesrepublik Deutschland (alte und neue Bundesländer) haben sich im Jahr 2002 insgesamt 11.163 Menschen (14,5 /100.000Einwohner) das Leben genommen (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Davon

waren unter 10 Jahren:	0 Personen
zwischen 10-15 Jahren:	25 Personen
zwischen 15-20 Jahren:	314 Personen
zwischen 20-25 Jahren:	436 Personen

Bei jährlich 11.163 Suiziden in Deutschland wird deutlich, dass im Gegensatz zu den Versuchen (32.3.1) der Großteil der tatsächlich vollendeten Suizide im Erwachsenenalter stattfindet. Die Auseinandersetzung mit Suizidgedanken beginnt jedoch häufig bereits in der Kindheit und Adoleszenz. Suizidprävention heißt, gute Erfahrungen bei früheren Krisen gemacht zu haben.

32.3.3 Hinterbliebene nach Suiziden im Umfeld

Bei niedrig geschätzten 10 betroffenen Personen im direkten Umfeld eines Suizids rechnen wird mit jährlich über 100.000 Hinterbliebenen von Suiziden. Bei einer Erfassungsspanne von 50 Jahren sind dies zur Zeit mindestens 5 Millionen Menschen in Deutschland, die in vielfältiger Weise an den Folgen von Suiziden in ihrem Umfeld leiden können.

Hinterbliebenen suchen Ärzte häufig wegen körperlicher Beschwerden auf. Ein Besprechen der Belastungen nach einem Suizid in der Familie bringt Entlastung und trägt zur Prävention weiterer Suizide bei. Hinterbliebene Geschwister sollten unbedingt begleitet werden. Häufig leiden Geschwister besonders lange unter eigenen Schuldvorwürfen oder erleben den Suizid als nachvollziehbare und auch für sie in Frage kommende Konfliktlösung. Durch die Trauerreaktion der Eltern können sich die lebenden Geschwister als weniger geliebt bis ausgestoßen erleben.

32.3.4 Vorgehen bei Suizidalität

„Die Situation eines erst mal fremden Menschen zu erfassen ist meistens schwierig. Es hat sich dabei bewährt etwas mehr über 5 wesentliche Lebensbereiche zu erfahren, um Dich und Deine Situation besser verstehen zu können. Diese Lebensbereiche sind für die Zufriedenheit von Menschen wichtig beziehungsweise tragen zur Stimmung bei. Ist es in Ordnung für Dich, wenn ich Dir kurz die 5 Bereiche aufzähle und wir dann schauen, wie Du Deine Situation in den einzelnen Bereichen siehst? Letztlich geht es um...“



Krisenberatungen kommen mitunter sehr chaotisch zustande und die Beteiligten sind selten ruhig und strukturiert. Es kommt auch vor, dass die Jugendlichen unverständlich ruhig erscheinen und stumm sind. Ziel ist es, dem Jugendlichen Ruhe und Zuversicht zu vermitteln. Dabei empfiehlt sich ein geordnetes, schematisches Vorgehen. Oberstes Ziel sollte sein, dass der Jugendliche ein zweites Mal in die Praxis kommt und sich in der Zwischenzeit eine gewisse innere Distanz zum Sterbenwollen einstellen kann. Alternativen zum Suizid können mit der Zeit zugelassen werden.

Im Wesentlichen interessiert sich der Untersucher wie bei der körperlichen Untersuchung für definierbare Teilbereiche, die er nebeneinander oder nacheinander abfragt. So kann man sich in ca. 15-30 Minuten ein erstes Bild machen und dem Jugendlichen dabei Kompetenz und Interesse an seiner Situation vermitteln. Wichtig ist, dass der Jugendliche das Motiv hinter den Fragen versteht.

32.3.5 Die 5 wesentlichen Lebensbereiche

1. Beziehungen: Partnerschaft, Vater, Mutter, Geschwister, andere Verwandte, Freunde
2. Schule/Ausbildung/Beruf/Karriere
3. Wohnverhältnisse: Schlaf- und Wohnräume, Störungen, Fahrwege
4. Finanzen: Taschengeld, Einkünfte, Schulden
5. Gesundheit, Schmerzen, körperliches Erleben, Wohlbefinden „ Ziel dabei ist, besondere Ereignisse und mögliche Belastungen, aber auch Bereiche, die o.k. oder gut laufen, zu erfahren. Möglichkeiten, die einem oft selber nicht mehr bewusst sind, können so vielleicht gefunden werden“.

Bei Fragen nach Straftaten, Schulden, Drogenkonsum oder sexuellen Neigungen (homosexuelle Jugendliche haben ein erhöhtes Suizidrisiko) wie auch bei Gewalterfahrung und Missbrauch hilft es, wenn man vorausschickt, dass man diese Fragen allen Jugendlichen in diesem Alter stellt und auch darüber die Schweigepflicht gilt.

32.3.6 Risikoeinschätzung

Im Zusammenhang mit Suizidalität hat die Diagnostik immer auch therapeutische Auswirkungen. Vergleichbar mit einer multimodalen, mehrgleisigen Diagnostik und Therapie kann man bei der Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung einen Befund erheben, indem man gleichzeitig auf 8 Aspekte achtet.

1. Beziehung aufbauen, Akzeptanz erreichen Bereits bei der Anmeldung sollte versucht werden, Hemmschwellen zu senken, um möglichst viele Jugendliche in einer Lebenskrise zu erreichen. Ein erstes Gespräch ohne aufwendige Anmeldeformulare, Einverständniserklärungen der Eltern, Meldung an die Krankenkasse oder Angaben von persönlichen Daten wie Name, Adresse und Telefonnummer der Eltern wäre ideal. Der Jugendliche sollte am Telefon oder an der Rezeption auch nur sagen dürfen, er wolle den



Arzt sprechen. Daten lassen sich meist noch im Laufe der Gespräche erheben. Viele Jugendliche befürchten zu Recht, dass über die Inhalte mit den Eltern oder anderen (z.B. Lehrern, Polizisten, Jugendämtern) gesprochen wird. Jugendliche geben lieber ihre eigene Mobiltelefonnummer an als die Haustelefonnummer der Eltern. Längeres Warten im Wartezimmer sollte vermieden werden, da Geduld und Gelassenheit beim suizidalen Jugendlichen meist sehr reduziert oder nicht existent sind. Längeres Wartenlassen wird möglicherweise als mangelndes Interesse oder fehlende Zeit des Arztes interpretiert. Zudem schämen sich viele Jugendliche in Wartezimmern und gehen vielleicht wieder.

Wichtig ist es, dem Jugendlichen den Sinn und Zweck von Beratung in einer Krise zu erklären. Das ärztliche Angebot (Dauer, Häufigkeit, Hilfsmöglichkeiten) muss dargestellt werden.

Die Schweigeverpflichtung sollte umfassend erläutert werden:

„Wenn man hier über problematische oder schwierige Situationen redet, gibt es eine Schweigeverpflichtung. Menschen (z. B. Eltern, Lehrer), die sich informieren möchten, müssen verstehen, dass man hier nicht mehr offen sprechen kann, wenn die ärztliche Schweigepflicht gebrochen wird. Wir versuchen, dass Jugendliche wie Du ihre Belange selber in die Hand nehmen können und nicht der Arzt versucht zu helfen, indem er Informationen an Dritte weitergibt. Etwas anderes ist es, wenn Du selbst uns bittest, mit jemand zu sprechen.“

Während der Gespräche sollten Unterbrechungen wie Rezepte unterschreiben, Zwischenfragen des Personals, telefonieren, „kurz mal rausgehen“ etc. unterbleiben. Jugendliche in suizidalen Krisen sind häufig extrem leicht zu kränken und fühlen sich schnell abgewertet. Die ärztliche Grundhaltung sollte anteilnehmend neugierig sein. Nach der Frage, weshalb er/sie kommt, sollte dem/der Jugendlichen erklärt werden, auf welche Weise (s.o. Vorgehen bei Suizidalität, 5 Lebensbereiche) man versuchen wird, ihm/ihr zu helfen und ob das für ihn/sie so o.k. ist. Man sollte nicht zuerst schnell konfrontieren und auf Fehlverhalten des Jugendlichen oder anderer hinweisen. Moralisieren und Bloßstellen sind ebenso wenig hilfreich wie schnelles Hinwegtrösten, schnelle Suggestionen oder Ratschläge. Der Jugendliche könnte dies als Besserwisserei und „rasch weiterkommen wollen“ interpretieren oder sich selber als minderwertig empfinden, was bei Suizidgefahr unbedingt zu vermeiden ist. Verstehen bedeutet Verständnis zeigen können. Der Jugendliche sollte selber zur Einsicht kommen und nicht durch den Helfer darauf gestoßen werden.

„Ich würde gerne nachvollziehen und verstehen in welcher Situation sich wer wie verhalten hat und was dann passierte oder geschah.“

2. Anlässe für Suizidalität erfahren „Du hast gesagt, dass Du keine Ahnung hast, weshalb du den Suizidversuch gemacht hast. Könnte denn eines oder mehrere der (u.g.) Gründe dafür in Frage kommen? Ich würde gerne verstehen, wie es Dir in der Situation gegangen ist, was Du dabei erlebt oder gedacht



hast.“ Für die Umwelt werden Suizidhandlungen oft “ohne wirklichen Grund“ begangen. Die Auslöser erscheinen insbesondere Erwachsenen häufig banal. Für das Verständnis der Suizidalität eines Jugendlichen hilft es zwischen Auslösern und dahinterliegenden oder tiefergehenden Ursachen zu unterscheiden. Auslöser sind die Ereignisse, die kurz vor einer Suizidhandlung stehen, die “das Fass zum Überlaufen bringen“. Im Volksmund gibt es viele Metaphern für solche Situationen.

„Viele Menschen erleben eine Krise so, als würde ein Fass überlaufen, ein Vulkan ausbrechen, es einen Knall geben oder ein schwer bepackter Rucksack nicht mehr alleine zu tragen oder zu ertragen sein. Könnte eines der Beispiele für dich zutreffen?“ Warum ein Ereignis, wie z.B. ein Verbot, das die einen verkraften, für einen anderen nicht aushaltbar ist, bleibt oft zunächst unklar bis man die tiefergehenden Ursachen bzw. zusätzlich belastenden Faktoren ergründen kann. Es gilt die subjektive Betroffenheit des Jugendlichen zu erfassen auch oder gerade wenn sie diskrepant zu einem “objektiven, vernünftigen“ Erleben steht.

Mögliche Anlässe im Sinne von Risikofaktoren für Suizidalität sind:

1. Trennungen
2. Kränkungen
3. schulisches/berufliches Versagen
4. Zugehörigkeit zu einer Randgruppe (Homosexuelle, Ausländer etc.)
5. Umzüge, Schulwechsel, Verlust von Gewohntem
6. Mobbing
7. Straffälligkeit
8. Traumatische Erlebnisse: Todesfälle, Unfälle, Gewalterfahrungen wie Misshandlung, Missbrauch, schwerste Vernachlässigung
9. 9. Psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Depression siehe Kapitel 32.2)
10. Suizidversuche und vollzogene Suizide im Umfeld der Jugendlichen und
11. Mediendarstellungen von Suiziden, die immer ein großes Risiko zur Nachahmung beinhalten (Werther-Effekt).

3. Berücksichtigen belastender Familiendynamiken Folgende Familienthemen können die Suizidgefahr deutlich erhöhen und sollten bei der Beurteilung der Gesamtsituation berücksichtigt werden. Das entbehrliche Kind/der entbehrliche Jugendliche Viele, kurz aufeinanderfolgende Kinder begünstigen suizidale Gedanken, da beim einzelnen Jugendlichen der (falsche) Eindruck entstehen kann, dass es selber nicht wirklich benötigt und erwünscht sein könnte. Bei Eltern, die in Sorge um ein krankes oder behindertes Kind so absorbiert sind oder die Enttäuschung über den Verlust eines Kindes nicht verkraften, begünstigen beim gesunden Geschwister Phantasien, dass es den Eltern lieber gewesen wäre, es selbst wäre gestorben.



Starke Schuldzuweisungen an das Kind

Häufig fühlen sich auch Jugendliche mitschuldig an der Erkrankung eines Geschwisters, am Tod von Familienangehörigen oder an der Krankheit eines Elternteils. Auch die unglücklich verlaufende Ehe der Eltern wird oft den Kindern/Jugendlichen angelastet bzw. Sie fühlen sich mitschuldig. Abgebrochene Karrieren eines Elternteils aufgrund des Kindes, unerfüllte Hoffnungen in das eigene Leben oder das der Kinder können zu großer Vorwurfshaltung gegenüber den Kindern führen.

Vorbild, Familientradition einer pessimistischen Lebenshaltung

Ein Familienmitglied ist depressiv und/oder suizidal, droht immer wieder, oft über Jahre, mit Suizid oder erweitertem Suizid (d.h. Mitnahme von anderen in den Tod). Suizidalität ist ständig Thema in der Familie und wird als Konfliktlösungsmuster erlebt. Nicht selten gibt es in Familien Mythenbildungen um tragisch gescheiterte Vorfahren ("er ist wie der Onkel X, der auch nie glücklich wurde und sich umbrachte") Loyalitätskonflikte bei Streit der Eltern, bei Trennungen und Scheidungen denken Kinder und Jugendliche an den eigenen Suizid, um den Streitigkeiten zu entfliehen oder um sich nicht für einen und damit gegen den anderen Elternteil entscheiden zu müssen. Symbiotische Bindung Adoleszenz bedeutet immer, dass eine Ablösung von den Eltern ansteht.

Vorherrschend ist eine ambivalente Haltung aller Beteiligten. Der Jugendliche hat entweder Angst, die Eltern oder einen Elternteil alleine zu lassen oder fühlt sich von einem vorher sehr eng verbundenen Elternteil plötzlich verlassen. Zum Beispiel eine alleinerziehende Mutter, die nach langer Zeit des Alleinlebens mit dem Sohn eine neue Partnerschaft eingeht oder beschließt, dass der Sohn jetzt selbstständiger werden müsse. Der jugendliche Sohn fühlt sich verraten oder verlassen und wird suizidal. Der Konflikt könnte durch einseitige radikale Beziehungstrennung durch Suizid entschieden werden.

„Jugendlich sein heißt immer auch, dass ein "alter Schuh" zu klein wird, er an allen Ecken drückt, ein neuer Schuh jedoch noch nicht gefunden ist. Eltern wie Kinder pendeln dann zwischen einem zunehmend unbefriedigendem alten Verhalten und einem neuen noch unbekanntem, ungeübten und oft unzufriedenstellendem Neuem hin und her. Beide Seiten werfen sich dabei oft Undankbarkeit, Respektlosigkeit und Inkonsequenz im Verhalten vor.“

Gewaltatmosphäre, Misshandlungen, Missbrauch, Vernachlässigung

In Familien mit Misshandlungen, Missbrauch und Vernachlässigung gibt es multiple Belastungen, die suizidale Entwicklungen bei den Betroffenen in jedem Lebensalter erklären. Die Opfer fühlen sich z.B. oft selber schuldig an den ihnen widerfahrenen Dingen, schämen sich dafür, sind traurig über die negativen Umstände, empfinden Neid darüber, dass es die anderen besser haben, sind wütend auf die Täter oder erleben Ohnmachtgefühle über die scheinbare Ausweglosigkeit. Nicht selten erleben Jugendliche, die in der kinder- und jugendmedizinischen Praxis auftauchen können, noch aktuell Misshandlung oder Missbrauch, was ein offenes Reden darüber fast unmöglich macht. Hierbei ist es besonders wichtig, behutsam und



sensibel vorzugehen, aber auch nicht den Eindruck zu erwecken, dass über diese Themen nicht gesprochen werden dürfte. „Jetzt würde ich noch ein paar Fragen stellen zu Themen, die für Menschen in Deinem Alter eine Bedeutung haben können und die ich deshalb immer erfrage. Es sind Dinge, über die es besonders schwer fallen kann zu sprechen, die aber wenn sie bestehen würden, eine Veränderung notwendig machen könnten. Besonders auch über diese Dinge gilt die Schweigepflicht. Ist das o.k.?“

Wenn vom Jugendlichen Zustimmung kommt, kann man z. B. nach Drogenerfahrungen und aktuellem Drogen- und Alkoholkonsum fragen. Danach nach Straftaten wie zum Beispiel ein Ladendiebstahl oder Schulden, die durch Handyrechnungen, Internetgebühren und Rateneinkäufe entstanden sind. Gelingt dies in einem offenen Verhältnis, können sexuelle Erfahrungen und Kontakte, freiwillige und auch unfreiwillige erfragt werden.

4. Die Motive für den Suizidversuch verstehen

Häufig werden Suizidhandlungen von einer Mischung aus verschiedenen Motiven begleitet. Diese können entweder aus den Lebensumständen und aktuellen Belastungen heraus vermutet oder von den Jugendlichen angegeben werden. Oft werden akute Anlässe schneller benannt als dahinterliegende Motive, die man auch nicht immer als erstes direkt erfragen sollte. Häufige Motive, die das Risiko für Suizidalität erhöhen sind:

1. andere ins Unrecht setzen, sie traurig stimmen, ihnen Schuld zuweisen
2. die eigene Ratlosigkeit und Verzweiflung darstellen. Dies kann auch als Appell gerichtet sein, um Hilfe oder irgendeine Art von Veränderung zu bekommen
3. Aufmerksamkeit und Zuwendung auf sich lenken
4. Hilfe und Unterstützung abrufen
5. Loyalität überprüfen („halten sie noch zu mir?“)
6. die Bedeutung des anderen darstellen („ohne dich kann ich nicht leben!“)
7. aus einem Konflikt gehen, Ruhe haben, befreit sein von allen Belastungen
8. sich drohendem Unheil oder Zurückweisung erst gar nicht stellen müssen
9. quälenden Gedanken wie z.B. eigenen Schuldvorwürfen entgehen
10. Tot zu sein und auf ein „besseres Jenseits“ zu hoffen oder mit anderen Verstorbenen verbunden zu sein. Suizidversuche und vollzogene Suizide im Umfeld stellen immer ein hohes Risiko für Nachahmer dar.

5. Signale für schwere Krisen und Suizidgefahr erkennen

Für die Umwelt kommen Suizidhandlungen oft „aus heiterem Himmel“. Bei genauerer Betrachtung werden aber fast immer Signale ausgesandt, die als Symptome verstanden werden können und diagnostisch wegweisend sind.



Auffälliges Verhalten

- weglaufen, Schule/Ausbildung schwänzen, Leistungsabfall
- sozialer Rückzug mit Vereinsamung, Lust- und Interesselosigkeit
- auffällige Verhaltensänderung (auch unerklärliche Gelassenheit)
- körperliche Verwahrlosung oder das Gegenteil
- Veränderung der Essgewohnheiten, psychosomatische Beschwerden

Äußerungen

- vage oder konkrete Suizidäußerungen
- versteckte, indirekte, verschlüsselte Hinweise auf ein Lebensende z.B. dass man an Ostern/Weihnachten nicht mehr da sein wird, oder dass man eine Klassenfahrt eh nicht mitmachen wird.
- Fragen, bzw. „neutrale“ Diskussion über tödliche Mittel
- verwenden von Zeichen, Symbolen, Farben, die auf Suizid hinweisen, z B. schwarze Kreuze, Gräber, Galgen, illustrierte Tötungsszenen
- Worte, Sätze, Gedichte, die auf Suizidalität hinweisen
- Abschiedsbriefe
- Äußerungen wie „Recht auf Freitod“, „jeder sollte sterben wann er will“

Praktische Vorbereitungen zum Suizid

- z.B. Tabletten sammeln, Testbesuch einer Brücke, besorgen eines Staubsaugerschlauchs zum Einleiten von Autoabgasen in das Wageninnere
- persönliche Dinge verschenken im Sinne einer Testamentsvollstreckung

6. Gefühle beim Jugendlichen erfassen

Folgende Gefühle und Reaktionen sind bei Suizidgefährdeten typisch und können im Gespräch erfasst werden. Falls der Jugendliche Gefühle nicht oder nur sehr ungenau benennt, kann man ihm auch typische Gefühle anderer anbieten. Der Jugendliche soll entlastet werden und sich verstanden fühlen.

„Wenn du Dich an diese Situation erinnerst, was ging oder geht Dir da durch den Kopf, was hast du da erlebt oder empfunden?“...“ Könnte so etwas wie...dabei gewesen sein?“.

- Ohnmacht, Ausweglosigkeit,
- Scham, Schuld
- Kränkung, Zurücksetzung
- Enttäuschung, Ärger, Wut
- Argwohn, Neid
- Angst, Zweifel, Misstrauen
- Trauer, Resignation



- Leere
- Fatalismus
- unbegründete Hoffnung
- Demütigung, Bloßstellung
- Idealisierung, Abwertung

7. Gefühle bei sich als Helfer bemerken und nutzen

Oft entsprechen die aufkommenden Gefühle beim Untersucher denen des Jugendlichen oder den Gefühlen von anderen Beteiligten eines Konflikts, zum Beispiel Wut oder Ohnmacht. Die Liste der möglichen Gefühle entspricht obiger Liste für die Jugendlichen. Besonders gefährlich sind Ungeduld, Verärgerung und Tendenzen zum Bagatellisieren beim Behandler. Leicht kränkbare Jugendliche können sich abgelehnt oder nicht ernstgenommen fühlen. Viele Jugendliche neigen selber zum Bagatellisieren, um keine Umstände zu machen oder weil sie dadurch hoffen, schneller aus der Beratungssituation zu kommen, da sie sich auch vom Arzt unverstanden fühlen. Auch wenn man sich sehr gut mit dem Jugendlichen versteht besteht die Gefahr, dass man die Not des Jugendlichen bagatellisiert.

8. Diagnosen stellen, Differentialdiagnosen ausschließen

Auch wenn eine genaue Diagnose oft schwierig zu stellen ist, sollte eine diagnostische Eingrenzung nicht fehlen. Oft ergibt sich aus den differentialdiagnostischen Überlegungen ein Verständnis für die Situation und Suizidalität. Therapeutische Maßnahmen lassen sich daraus oft besser ableiten. Mögliche Diagnosen neben einer oft attestierten Adoleszentenkrise sind:

Akute Belastungsreaktion (ICD 10: F43.0),
Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10: F43.1),
schulische Überforderung, Teilleistungsstörung (z.B. Legasthenie (ICD 10: F81.0),
Essstörungen (ICD 10: F50),
Persönlichkeitsstörungen (ICD 10: F60),
Depression (ICD 10: F32) (siehe auch Kapitel 32.2),
Schizophrenie (ICD 10: F20).

32.3.7 Vorgehen in der Praxis – Intervention

Ein Kernproblem im Umgang mit suizidalen Jugendlichen besteht darin, mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Wenn ein Jugendlicher von sich aus Eltern oder andere Erwachsene wie Verwandte, Lehrer, Ärzte, Trainer, etc. anspricht ist es deutlich einfacher. Der Jugendliche sucht Hilfe und Rat. Weitaus häufiger allerdings signalisieren Jugendliche eher durch ihr Verhalten oder psychosomatische Erkrankungen, dass sie Hilfe brauchen. Sie lassen vielmehr "die Puppen tanzen". In der Pubertät, einer Zeit geprägt vom Ringen um die eigene Identität, Ablösung und Unabhängigkeit gelten Erwachsene oft als ewig besser wissende und Vorschriften machende Instanzen, die einen nicht verstehen.



Auch deswegen werden Eltern oft am wenigsten ins Vertrauen gezogen. Auch alle anderen von den Eltern eingesetzte Erwachsenen werden schnell abgelehnt, wenn Jugendliche nicht den Eindruck haben, dass man es gut mit ihnen meint.

Wenn Jugendliche durch negatives Verhalten auf sich aufmerksam machen, ist es wichtig, dies ohne Vorwurf anzusprechen. Zum Beispiel: „Ich habe gehört, dass sich Deine Schulnoten in den letzten Wochen verschlechtert haben, stimmt das denn, siehst du das auch so?“ „Ich wundere mich darüber und mache mir Sorgen und frage mich, woran das liegen könnte. Hast Du eine Idee?“

Wichtig ist, dass man sich durch eine bagatellisierende Antwort oder eine coole Fassade nicht entmutigen oder verärgern lässt. Viele Menschen in akuten Krisen verstecken Verzweiflung, Wut und Trauer hinter einer arrogant anmutenden, aggressiven oder coolen Fassade. Auch betont selbstsicheres oder fröhliches Verhalten kann irritieren. Auch hier kann es sinnvoll sein, einen erkennbaren Widerspruch zum Verhalten oder der Sorge anderer deutlich zu machen. „wie würde es denn auf dich wirken, was würdest du denn denken und tun, wenn Du an meiner Stelle wärst?“

32.3.8 Fragen zum besseren Verständnis

- Wo sind Belastungen, in welchen Lebensbereichen: Beziehungen, Schule, Wohnen, Finanzen, Körperlichem/Gesundheit? (s. Kapitel 32.3.5.)
- Wer leidet: Nur der Jugendliche oder auch die Geschwister, die Freundin, die halbe Klasse?
- Unter was oder wem leidet man?
- Wie lange schon: Stunden, Tage, Wochen, Monate, Jahre und
- Wie oft pro Tag, Woche, Monat, Jahr?
- Wie stark: „bisschen, erträglich, abnehmend, zunehmend, sehr, unerträglich, so nicht mehr auszuhalten“

Häufig sagen Jugendliche eher zu wenig als zuviel. Sinnvoll sind Fragen zur Situation, dem Verhalten und den Folgen/Ergebnissen. Jugendlicher: „Mir geht es schlecht!“ (Ergebnis)

Arzt: „In welcher Situation“ (Situation). Was tust Du dann? Was machen die anderen? Was hast du früher getan?“ (Verhalten) „Was ist dann passiert?“ (neues Ergebnis) „Wie hat sich die Situation verändert?“ (neue Situation) „Was könntest Du anderes tun? (neues Verhalten) „Was könnte sich dadurch ergeben?“ (neues Ergebnis)

32.3.9 Umgang mit dem Tabu-Thema „Selbstmord“

Wichtig ist es, die Probleme des Jugendlichen ernst zu nehmen auch wenn man selber mit deutlich besserer Frustrationstoleranz ausgestattet ist. Schlechte Noten erscheinen nicht so tragisch oder eben selbst verschuldet, eine unglückliche Liebe wird leicht mal belächelt, wohingegen sie für den Jugendlichen eine existentielle Angelegenheit sein kann. Wichtig ist es, Mitgefühl auszudrücken ohne zu sehr zu bemitleiden,



Zuversicht auszustrahlen ohne zu schnell über etwas hinwegtrösten zu wollen. Auch kann man nie wissen, ob hinter den zunächst angegebenen Gründen nicht auch schwerwiegende Belastungen und Traumata wie häusliche Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch liegen können. Wenn Sorgen, Ängste oder Belastungen einmal thematisiert sind, sollte man mögliche Suizidgedanken ansprechen:

z. B. „...bei all dem was Du jetzt geschildert hast, hast Du da schon mal daran gedacht, so wie bisher nicht mehr weiter leben zu wollen oder zu können?“ Falls die Antwort „ja“ ist sollte man nicht erschrecken sondern ruhig weiterfragen, wie konkret etwaige Suizidpläne bereits verfolgt wurden. Es besteht eine deutlich größere Suizidgefahr, wenn der Jugendliche sich schon einen bestimmten Platz zum Sterben ausgesucht hat oder Suizidmittel wie Tabletten oder einen Staubsaugerschlauch zum Autoabgase einleiten besorgt hat. Es ist falsch, dass durch das Ansprechen möglicher Suizidgedanken der Jugendliche erst auf die Idee gebracht wird. Suizidgedanken bestehen bei sehr vielen Jugendlichen, sie anzusprechen ermöglicht oft erst, darüber zu reden und Alternativen zum Suizid zu finden. Im offenen Gespräch wird der Jugendliche bereits aus seiner Isolation herausgeführt. Wichtig dabei ist, dass Suizidalität als etwas allgemein Bekanntes, Häufiges und Veränderbares erkannt werden kann. Es gibt immer einen Teil in jedem Menschen, der Leben möchte und einen Teil, der so nicht mehr leben will oder kann. Suizidale Jugendliche wollen selten tot sein sondern vielmehr nicht mehr so weiterleben wie bisher (s. Motive).

Negativen Pausenwünschen im Sinne von Sterben wollen, um endlich Ruhe zu haben sollten lebensbejahende Argumente gegenüber gestellt werden. Positive Veränderungswünsche sollten bestärkt werden., zum Beispiel, dass man in der Zukunft auch anders leben könnte. Wie könnte ein Leben in 6 Monaten, einem Jahr, 5 Jahren, 10 Jahren aussehen. Gibt es positive Momente im Leben.

32.3.10 Umgang mit häufigen Suiziddrohungen

Häufig wiederkehrende Suizidäußerungen werden nicht selten auch zur Durchsetzung von Wünschen und/oder zur Vermeidung von negativen Konsequenzen eingesetzt. Dies setzt die Umgebung unter großen Druck und löst Sorge wie Ärger gleichermaßen aus. Leider kann man nicht annehmen, dass wer oft Suizidankündigungen macht, sich nicht das Leben nehmen wird. Dies wird immer wieder fälschlicherweise behauptet und leider oft durch spätere Suizide widerlegt. Wenn Suizidäußerungen oder -drohungen ignoriert werden löst dies mitunter einen Teufelskreis aus, der im Suizid enden kann. Meint man hingegen alle Wünsche des Jugendlichen erfüllen zu müssen, kann dies ebenfalls zum Suizidversuch führen.

Am Besten benennt man auch gegenüber dem Jugendlichen dieses Dilemma. Dabei ist es wichtig, nicht verärgert und aggressiv zu sein. Das Wissen, dass auch oder gerade hinter dem jugendlichen Agieren eine tiefe innere Not, zum Beispiel ein Selbstwertproblem oder Ängste liegen können, ermöglicht es besser, seinen Ärger in Grenzen zu halten.



32.3.11 Grenzen der ambulanten Suizidprävention

Ein Krisengespräch über Suizidalität kann den Arzt in einige Schwierigkeiten bringen, weshalb viele Hausärzte bei Jugendlichen wie bei Erwachsenen die entscheidende Frage nach Suizidgedanken nicht stellen, obwohl ein dramatisch hoher Anteil von Suizidenten kurz vor dem tödlichen Suizid noch einen Arzt aufsucht.

Bei folgenden Umständen sollte an eine Klinikeinweisung gedacht werden:

1. erhebliche Selbstgefährdung (durch ambulante Krisenintervention nicht verändert)
2. erhebliche Fremdgefährdung (z.B. Aggression, gefährdendes Verhalten)
3. nach Suizidversuch (medizinische Abklärung, weiterbestehende Suizidalität)
4. psychopathologischer Befund mit schwerer Depressivität, wahnhaft, agitiert, desorientiert und unzureichendem Gesprächskontakt
5. schwierige soziale Situation mit ungenügenden Hilfsressourcen und überfordertem und erschöpftem sozialen Umfeld. Herausnahme aus dem sozialen Krisenfeld scheint als Zäsur notwendig.

Vorgehen:

1. sich nicht provozieren oder hilflos machen lassen
2. Rücksprache und Beratung z.B. mit Erziehungs-/Familienberatungsstellen, Drogen- oder Schulberatung, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kliniken
3. versuchen, den Patienten zu motivieren, freiwillig in die Klinik zu gehen
4. wenn keine sinnvolle Verständigung möglich ist, Einweisung ohne Hast
5. zum Schutze des Lebens nicht vor Notarzt oder Polizei zurückschrecken.
6. Sorgeberechtigte informieren. Klarheit über die Priorität: Leben sichern

32.3.12 Krisenintervention – Zusammenfassung:

1. Aufbau einer Beziehung: Gesprächsfokus auf die aktuelle Lebenssituation
2. Situation abklären: Themen offen ansprechen, Verzweiflung als eine denkbare Möglichkeit akzeptieren und nicht dagegen anreden wollen
3. Aushalten der eigenen Ratlosigkeit oder Hilflosigkeit
4. schwierige Situation zum Thema machen: Zusammenfassen der Belastung
5. mögliche Suizidgedanken ansprechen: z. B. „...bei all dem was Du jetzt geschildert hast, hast Du da schon mal daran gedacht, so wie bisher nicht mehr weiter leben zu wollen oder zu können?“
6. wenn Suizidgedanken bestätigt werden, nachfragen nach konkreten Plänen
7. stellvertretend eigene Hoffnung ausdrücken, dabei nicht bagatellisieren
8. Konfrontation mit der eigenen Sicht der Dinge, Diskrepanzen benennen
9. motivieren zum Einbeziehen von weiteren Vertrauenspersonen
10. weitere Gespräche vereinbaren und/oder Weitervermittlung klären



7TH HOPE CONGRESS MUNICH 2010

NOVEMBER 3 - 7, 2010

Literatur

Crepet, P.: Das tödliche Gefühle der Leere. Suizid bei Jugendlichen. Reinbeck Verlag 1996

Dickhaut, HH.: Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für helfende Berufe und Eltern. Beltz Verlag 1995

Giernalczyk, T.: Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. dgvt Verlag 2003

Serviceteil

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention: www.suizidprophylaxe.de

Beratungsstelle NEUland in Berlin: www.neuhland.de

Beratungsstelle Die Arche in München: www.die-arche.de