

Gesprächsführung bei suizidalen Kindern und Jugendlichen

Jürgen Junglas

Institut Rhein-Eifel, Sinzig

26.9.2006, 4UE

Leitsätze

- Wenn ein Kind/Jugendlicher Hinweise auf Suizidtendenzen zeigt gilt es/er solange als suizidal bis die Suizidalität sicher ausgeschlossen wurde
- Sobald ein Kind/Jugendlicher einem Psychotherapeuten/Psychiater wegen Suizidalität vorgestellt wurde unterliegt die Einschätzung der Suizidalität, und dem entsprechend die Entscheidung über weitere Maßnahmen, ausschließlich bei dem Profi.
- Sofern Eltern/Sorgerechtsinhaber die Verantwortung für das Überleben eines unsicher suizidalen Kindes übernehmen wollen muss der Psychotherapeut/Psychiater einschätzen, ob die Eltern/Sorgeberechtigten in der Lage sind, entsprechend den vom Kind ausgehenden Notwendigkeiten zu handeln; ansonsten muss er die Maßnahmen, die dem Wohl des Kindes entsprechen mit rechtlicher Unterstützung durchsetzen (z.B. geschlossene Unterbringung gegen den Willen der Eltern)

Hinweise auf Suizidalität

- Rückzug
- Selbstverletzungen
- Lebensüberdrussäußerungen: „Ich kann nicht mehr“, „Ich will nicht mehr“, „Mir ist alles zu viel“
- Entsprechende Tagebucheintragungen
- Besuch von Suizidforen im internet

Elterliche Kompetenz

- Wenn ein Elternteil in der Suizideinschätzung unsicher ist, gilt das Kind als suizidal, auch wenn das andere Elternteil dem widerspricht
- Eltern, die nicht in der Lage sind, die Suizidneigung ihres Kindes zu managen:
 - Rationalisierende Eltern ohne emotionalen Kontakt zum Kind
 - Versteckt feindselige (herabwürdigende) Haltung zum Kind
 - Persönliche Enttäuschung über mangelnden Erfolg des Kindes
 - Eingeschüchterte Eltern, die sich nicht trauen, ihr Kind anzusprechen, wenn dieses sein Kontaktverhalten ändert
 - Eltern, die nicht wissen, was ihre Kinder in ihrer unbeaufsichtigten Zeit tun
 - Eltern mit einer infantilen/romantischen Weltsicht, die Gefahren verleugnen
 - Eltern, die die suizidalen Neigungen verharmlosen

Äußerungen, die auf eine kritisch erhöhte Suizidneigung hinweisen

- „Ist doch mein Leben“
- „Ich weiß nicht, warum ich das (z.B. Tabletteneinnahme) getan habe“
- „Interessiert doch eh keinen“

Rechtliche Möglichkeiten/Notwendigkeiten

- Wenn der Therapeut den Patienten für suizidal hält:
 - Einweisung in (jugend)psychiatrische Klinik (Eltern oder andere Sorgeberechtigte bringen zuverlässig den Jugendlichen in die Klinik)
 - Geschlossene Unterbringung in (jugend)psychiatrischer Klinik
§ 1631 b BGB oder PsychKG
 - Herbeirufen der Polizei oder Notarztes (ggf. über Feuerwehr) wegen akuter Eigengefährdung

Garantenstellung und unterlassene Hilfeleistung

- Angehörige, Ärzte und Therapeuten sind aufgrund ihrer **Garantenstellung** verpflichtet, eine Selbsttötung zu verhindern
- Unterlässt der Garant die Handlung (bspw. Rettung aus einer Gefahr), so kann er strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden (Vergehen der unterlassenen Hilfeleistung).
- *Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm nach den Umständen zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft (§ 323 c StGB)*

Realitätsbezug

- Das Gespräch mit dem Suizidalen und seiner Umgebung bleibt eng an der Realität der Möglichkeit des Suizids und der Verantwortlichkeit aller Beteiligten (auch des Therapeuten)
- Glorifizierende und beruhigende Suizidphantasien sollten zutage treten können
- Solange der Therapeut sich gefühlsmäßig nicht sicher ist, dass der Suizid mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht erfolgt, muss er den Patienten als suizidal einschätzen!
- Eine „latente Suizidalität“ gibt es nicht!

Fakten, dass bei der Suizideinschätzung gebraucht werden



STERN

26.09.2006, Institut
Rhein-Eifel, Sinzig

W

Durchschnittlich alle dreißig Minuten
springt in der Bundesrepublik ein Mensch aus dem
Fenster oder bringt sich auf andere Weise um

Schwankender Verlauf

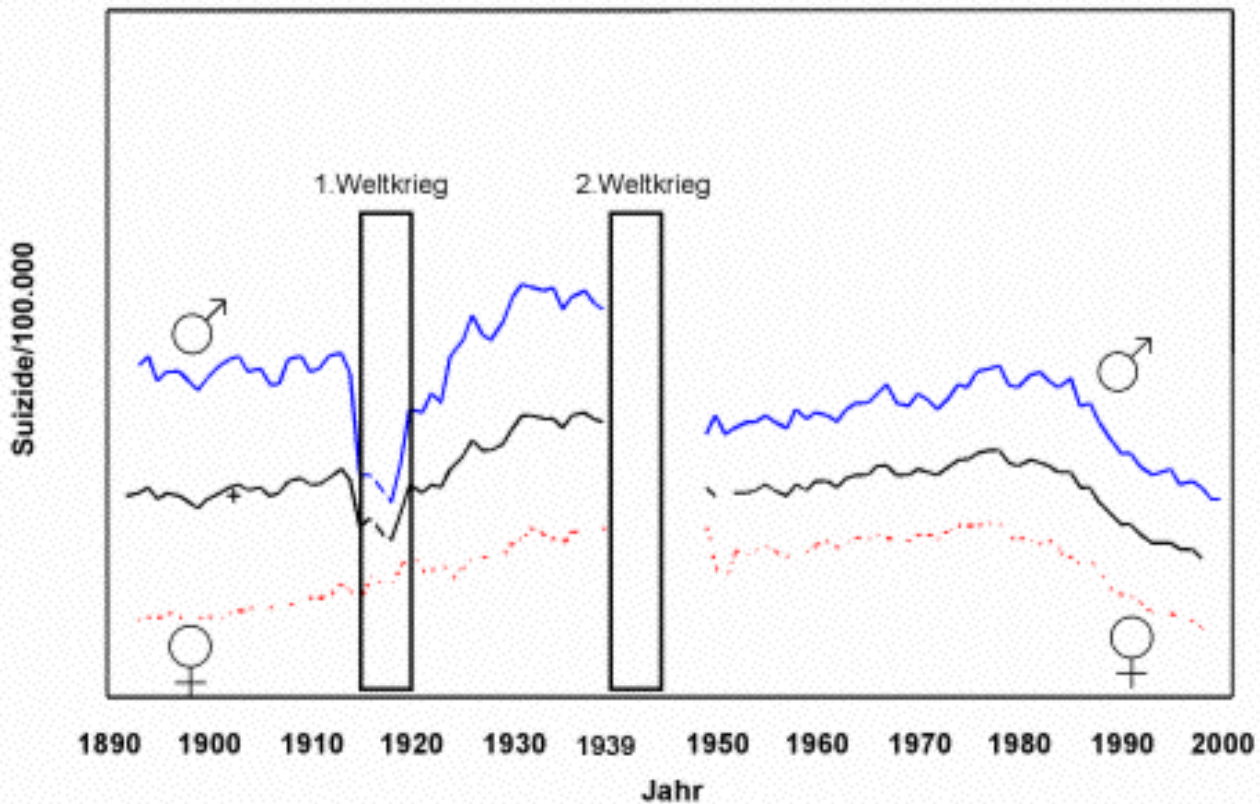
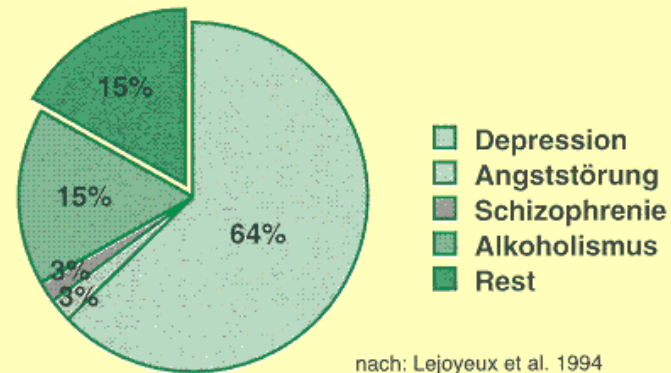


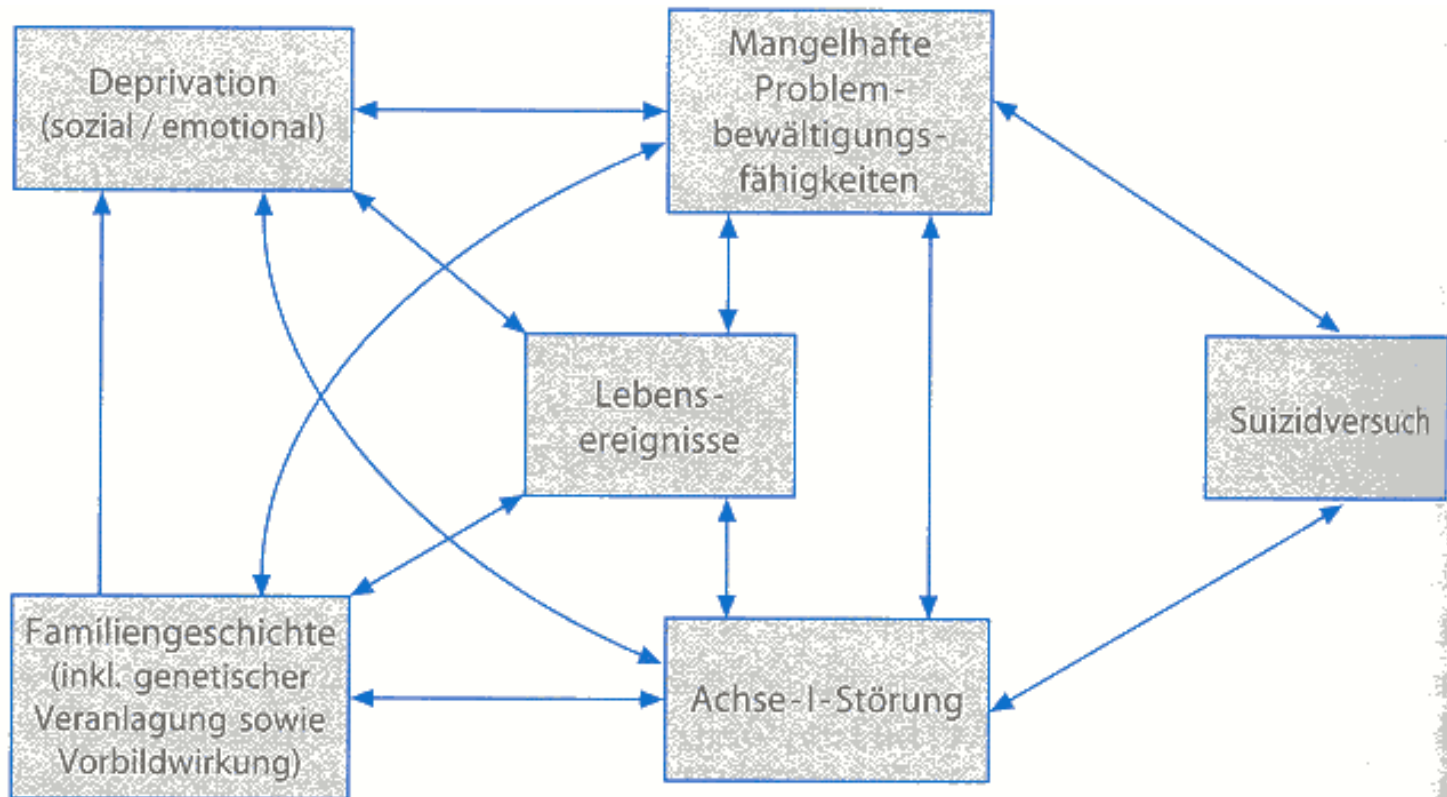
Abb. 1: Patienten mit besonderem Suizidrisiko

- Patienten mit chronifizierter depressiver Störung oder Angststörung mit psychiatrischer Komplikation (Depression, Abhängigkeit) - häufig erst nach 4- bis 5-jähriger Erkrankungsdauer
- vorausgegangener Suizidversuch, vorhandener Suizidplan
- positive Familienanamnese für Suizid (-versuch)
- aktuelle Konflikte (wie Verlust des Arbeitsplatzes, Partnerschaftskonflikt, Umzug) oder Jahrestage von psychosozialen Belastungen
- Männer, u.a.
 - junge schizophrene Patienten mit gut erhaltener Persönlichkeit und Begleitdepression
 - allein stehende Rentner mit fehlendem sozialem Netz
- sozial isolierte Menschen, u.a. auch Teenager!

Grunderkrankungen bei Suizid



Suizid-Entwicklung



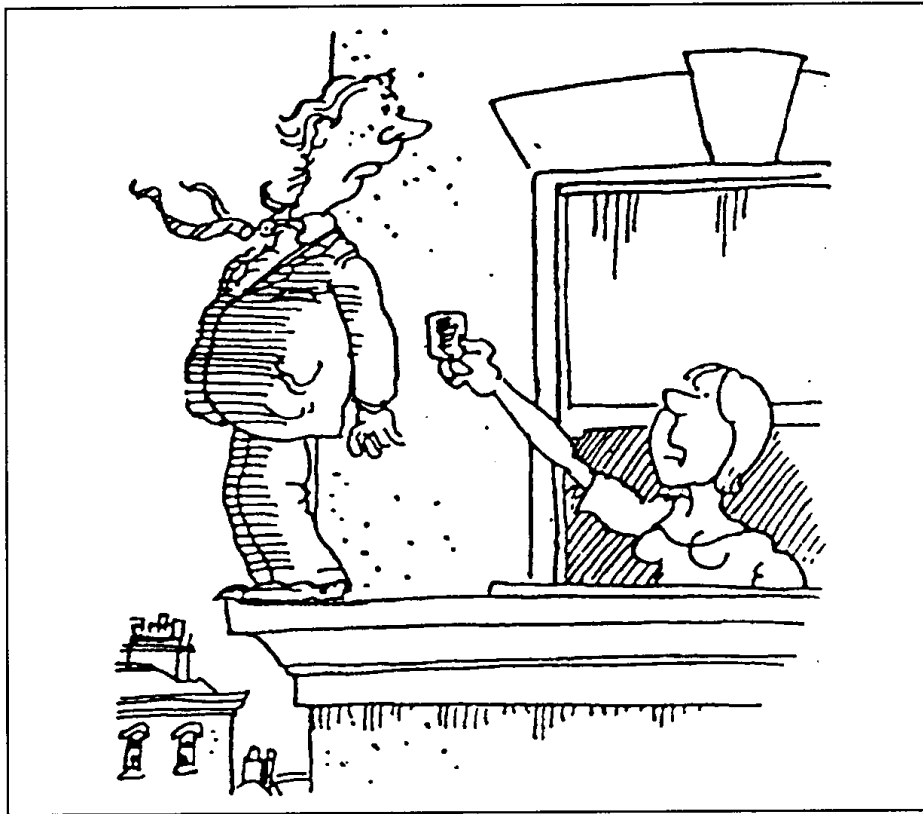
Geschlechtsunterschiede

- Frauen
 - Häufiger
 - Suizidversuche, „weiche Methoden“, bekannte Störung (in Behandlung)
- Männer
 - Häufiger
 - Erfolgreicher Suizid, „harte Methoden“

Altersgipfel; Zeitgipfel

- Alterphasen
 - Jugendalter
 - Greisenalter
- Jahreszeit
 - Frühling, v.a. Mai

Egoist oder Altruist? (Klaas 1994)



**If your mind's really made up, take this kidney donor card
(Nierenspenderausweis)**

Beziehungstat!

- Distanz zu Bezugspersonen reduziert Suizidrate (Matakas)

Suizidversuch

- Nach somatischer Notfallbehandlung
- Selbstvorsteller / Vorstellung durch Angehörige
- Verhinderter Suizidversuch/-Drohung
- Verzögerte Vorstellung
- Präsuizidales Syndrom

Präsuizidales Syndrom

(Ringel 1981)

1. **Zunehmende Einengung**

Situative Einengung

Dynamische Einengung (einseitige Ausrichtung der Apperzeption, der Assoziationen, der Verhaltensmuster, der Affekte und Abwehrmechanismen)

Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen

Einengung der Wertwelt

2. **Aggressionsanstauung** und Wendung der Aggression gegen die eigene Person

3. **Selbstmordphantasien** (anfangs aktiv intendiert, später sich passiv aufdrängend)

Suizidmanagement

- Stationäre Aufnahme
(entlastend, distanzierend und sichernd)
- Einschätzung und Stärkung der elterlichen bzw. Angehörigen-Kompetenz
- Unterstützung der Autonomieimpulse des Patienten
- Ruhig-bestimmte Führung von Patient und Angehörigen mit Verständnis für emotionale Erpressungsversuche
- Einschätzung der Suizidalität durch mehrere geschulte Personen nach Standards

Hoch-Risiko-Faktoren für Suizid im Jugendalter (AACAP)

- Männliche Jugendliche zeigen höheres Risiko als weibliche.
- Unter den männlichen Jugendlichen:
- Frühere Suizidversuche
- Assoziierte Verstimmung (affektive Störung)
- Assoziierter Substanzmissbrauch
- Unter den weiblichen Jugendlichen:
- Verstimmungen (affektive Störungen)
- Frühere Suizidversuche
- Unmittelbares Risiko zeigt sich durch Agitiertheit und Depressive Episode (MDD)

Checkliste zur Einschätzung von kind- oder jugendlichen Suizidversucher in einem Krisenzentrum (AFSP, 1999)

Suizidversucher mit dem größten Suizidrisiko:

- Denkt an Suizid
- Depressiv, manisch, hypomanisch, sehr ängstlich, oder Mischung dieser Zustände
- Hat früher einen Suizidversuch gemacht
- Substanzmissbrauch alleine oder in Verbindung mit einer Verstimmung
- Männlich
- Irritierbar, agitiert, droht anderen mit Gewalt, wahnhaft oder halluziniert
- Lebt alleine

Suizidversucher, die nicht ohne eingehende Diagnostik entlassen werden dürfen I

(AFSP 1999):

- **Schaue nach Zeichen klinischer Depression:**
 - Gedrückte Stimmung die meiste Zeit
 - Verlust von Interesse oder Freude in alltäglichen Aktivitäten
 - Gewichtsverlust oder –gewinn
 - Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
 - Rastlos oder verlangsamt
 - Müdigkeit, Verlust von Energie
 - Fühlt sich wertlos oder schuldig
 - Niedriges Selbstwertgefühl, von sich enttäuscht
 - Fühlt sich hoffnungslos bzgl. Zukunft
 - Kann sich nicht konzentrieren, ist unschlüssig
 - Wiederkehrende Gedanken an den Tod
 - Irritierbar, regt sich über Kleinigkeiten auf

Suizidversucher, die nicht ohne eingehende Diagnostik entlassen werden dürfen II

(AFSP 1999):

- **Schaue nach Zeichen von Manie oder Hypomanie:**
- Gedrückte Stimmung die meiste Zeit
- Begeisterte, grandiose oder reizbare Stimmung
- Aufgeblasener Selbstwert, Grandiosität
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Zerstreut
- Gedankenflucht
- Abrupter Themawechsel im Gespräch
- Exzessive Beschäftigung mit verschiedenen Aktivitäten
- Agitiert oder rastlos
- Spricht mehr als gewöhnlich, muss sprechen
- Hypersexuell, verschwenderisch, ungehemmt

Situationsabhängige Suizidalität!

- Affektive Belastungssituation in der Klinik nur indirekt einzuschätzen
- Einschätzung der „Suizidneigung“ des familiären Systems
- „Sekundären Gewinn“ von Suizidagieren eingrenzen!
- Patient die emotionale Annahme der Klinikbehandlung ermöglichen

Phasen der Suiziddynamik

- Emotionale Einengung
- Entlastung durch Tat
- Hypomanische Phase mit Realitätsverleugnung
- Wiederanschluss an die emotionale Realität
- Beginnende Einengung

