

Suizidalität im Jugendalter



- Jugendalter
- Psychische Störungen
- Suizidalität
- Vorgehensweise bei akuter Suizidalität
- An wen sich wenden?



Gehirnentwicklung in der Adoleszenz

Präfrontaler Kortex

Limbisches System



Auffälligkeiten im Jugendalter

- Gefühlsschwankungen
- Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper
- Interesseverlust, Rückzug
- Selbstverletzendes Verhalten
- Aggressives und regelverletzendes Verhalten
- Leistungsknick
- Substanzmissbrauch



Typen psychischer Störungen

Internalisierende Störungen

(Emotionale Störungen)

- Depressionen
- Angst-Panikstörungen
- Essstörungen
- Dissoziation



Externalisierende Störungen

(Expansive Störungen)

- Dissoziale und aggressive Verhaltensweisen
- Hyperkinetische Störung
- Alkohol- und Drogenkonsum



Besonderheiten im Jugendalter

- Hohe Symptomvariation und –fluktuation
- Auffällige Verhaltensweisen / „Symptome“ sind auch bei Gesunden vorhanden
- Verhaltensweisen können je nach Alter und Entwicklungsstand normal oder pathologisch sein



Hinweise auf eine psychische Störung

- Die **Übergänge** zwischen normalem und auffälligem Verhalten sind **fließend**.
- Je **stärker** ein Problem oder eine Verhaltensweise ausgeprägt ist, um so eher muss man es als **Auffälligkeit** bewerten.
- Wie sehr ein Verhalten als problematisch angesehen wird, hängt auch von der **Häufigkeit** ab, mit der es auftritt.
- Die **Schwere des Problems** wird u. a. daran bemessen, ob der Betroffene und seine Umgebung Möglichkeiten sehen, das Verhalten selbständig zu verändern.

„Normales“ und krisenhaftes Verhalten in der Adoleszenz

(nach Streeck-Fischer, Fegert, Freyberger, 2009)

normal	krisenhaft
Gelegentliche Experimente mit Drogen	Zeitweiliger Gebrauch / Missbrauch von Drogen zur Identitätsstiftung und Emotionsregulation
Sexuelle Experimente mit Peers Schüchternheit und Unsicherheit im Umgang mit anderen	Promiskuitive sexuelle Beziehungen oder mangelnde Beziehungen zu Gleichaltrigen
Interesse an Schule und bisherigen Hobbies lässt nach	Schulverweigerung, Verlust von Interesse
Auseinandersetzungen über Musik, Kleidung, Freizeit; Eltern provozieren durch überzogenes Verhalten	Eltern hassen, basale gesellschaftl. Werte und Regeln bekämpfen, ungeordnetes Denken, Suizidgedanken
Unzufriedenheit, Langeweile	Angst, überwältigt zu werden; unfähig, das Leben zu genießen, lähmende depressive Zustände

Suizid

Absichtliche Selbsttötung

Veralteter Begriff: „Selbstmord“

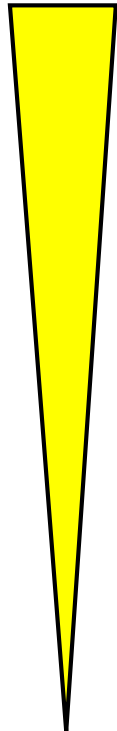
Suizidversuch

Selbsttötungsversuch ohne tödlichen Ausgang

Selbstschädigende Handlung

Handlung ohne Todeswunsch um Veränderungen (des körperlichen oder seelischen Befindens) herbei zu führen.

Häufig



Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung
im Leben

Unspezifische Todessehnsüchte

Allgemeine Suizidphantasien /-ideen

Konkrete Suizidgedanken /-drohungen

Suizidpläne

Suizidvorkehrungen

Selten

Suizidhandlungen

Präsuizidales Syndrom (nach Löchel; Warnke)

- Gefühle von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit
- Geringes Selbstwertgefühl
- Neigung zum Grübeln
- Sozialer Rückzug
- Gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- Vorstellungen zur Durchführung des Suizids



Phase der Erwägung des Suizids / Phase der Möglichkeit des eigenen Suizids	Selbsttötung wird als Möglichkeit zur Problemlösung gesehen; Todeswünsche, Selbsttötungsphantasien werden auf die eigene Person bezogen
Phase der Ambivalenz	Pläne zur Selbsttötung werden geschmiedet, Vorbereitungen zur Durchführung getroffen. Eventuell direkte oder indirekte Signale zur Suizidankündigung. Es ist noch keine Entscheidung gefallen!
Phase des Entschlusses	Fassung des Entschlusses und Umsetzung meist ohne lange zeitliche Verzögerung . Plötzliche „ Ruhe vor dem Sturm “, die oft zu einer Unterschätzung der akuten Suizidgefahr führt

Suizidmethoden

- Sogenannte „**weiche**“ Methoden:
Vergiftung mit Schmerz- oder Schlaftabletten,
giftige Gase einatmen
- Sogenannte „**harte**“ Methoden:
Erhängen, Erschießen, Schnittverletzungen,
aus großer Höhe herabstürzen



Geschlechtsspezifische Unterschiede

Mädchen und Frauen

Mehr Suizidversuche
Mehr „weiche“ Suizidmethoden



Jungen und Männer

Mehr vollendete Suizide
Mehr „harte“ Suizidmethoden



- Im Alter von etwa 13 Jahren Übergang „vom Kind zum Jugendlichen“
- „Experimentelles“ Denken („Was wäre wenn ...?“)
- Inszenierungen (Ausprobieren von verschiedenen Rollen)
- Sinn der eigenen Existenz (Identitätssuche), Suizidphantasien und -ideen
- Etwa 30 % erleben diese Zeit als Krise (Denken depressiv-verzweifelt, wütend, widersprüchlich)

(nach du Bois)

Risikofaktoren für suizidales Handeln

- **Suizidhandlungen** in der Vorgeschichte
- **Androhung** von Suizid
- Suizide in der Familie
- **Psychische Erkrankungen**
- (Chronische) somatische Krankheiten
- **Verlustsituationen**
- **Akute Konflikte, Überforderungserleben**
- Abrupte klinische Veränderung (**plötzliche „Besserung“**)

Häufigkeit von Suizidversuchen / Suizide

- Suizid**versuche** im Jugendalter besonders häufig, Zahl der vollendeten Suizide deutlich geringer.
- Bei Jugendlichen bis zum Alter von 20 sind Suizide die **zweithäufigste** Todesursache hinter tödlichen Unfällen.
- Suizid**gedanken** in der Pubertät bei ca. 30 % der Jugendlichen
- Konkrete Suizid**pläne** bei Jugendlichen ca. 14 %

(Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 261-7)

Psychische Gesundheit und Corona-Pandemie

Belastungsfaktoren:

- Kontaktverlust
 - Perspektivverlust
 - Angst vor der Zukunft
-
- Zunahme psychische Auffälligkeiten, insbes. depressive Symptomatik, Angststörungen, Essstörungen,
 - Zunahme von suizidalen Gedanken



Hinweise auf Suizidalität

(nach Klosinski, 2004)

Gefühle

- Gefühl nicht geliebt zu werden,
- Gefühle der Einsamkeit, Isolation, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit
- Sehnsucht „weg zu sein“



Hinweise auf Suizidalität (nach Klosinski, 2004)

Verhalten

- Sozialer Rückzug, Andeutungen von Todesgedanken
- Deutliche, untypische Verhaltensänderung
- Leistungsabfall in der Schule
- Symptome einer Depression
- Weglauftendenzen
- Intensive Beschäftigung mit dem Thema Tod
- Plötzlich gelöste Stimmung nach depressiver Phase



Hinweise auf Suizidalität (nach Klosinski, 2004)

Alarmzeichen

- Abschiedsbrief
- Konkrete Planung zur Suiziddurchführung



Unterscheidung latente und akute Suizidalität

Latente Suizidalität:

- Suizidgedanken zeitweise vorhanden
- Keine konkrete Handlungsabsichten
- Distanzierungsfähigkeit gegeben
- Alternative Lösungswege denkbar

Akute Suizidalität:

- Suizidgedanken sehr dominant
- Suizidpläne
- Konkrete Pläne
- Kein Distanzierung von suizidalen Absichten
- Suizidale Handlung für die nächste Zeit **kann nicht** ausgeschlossen werden



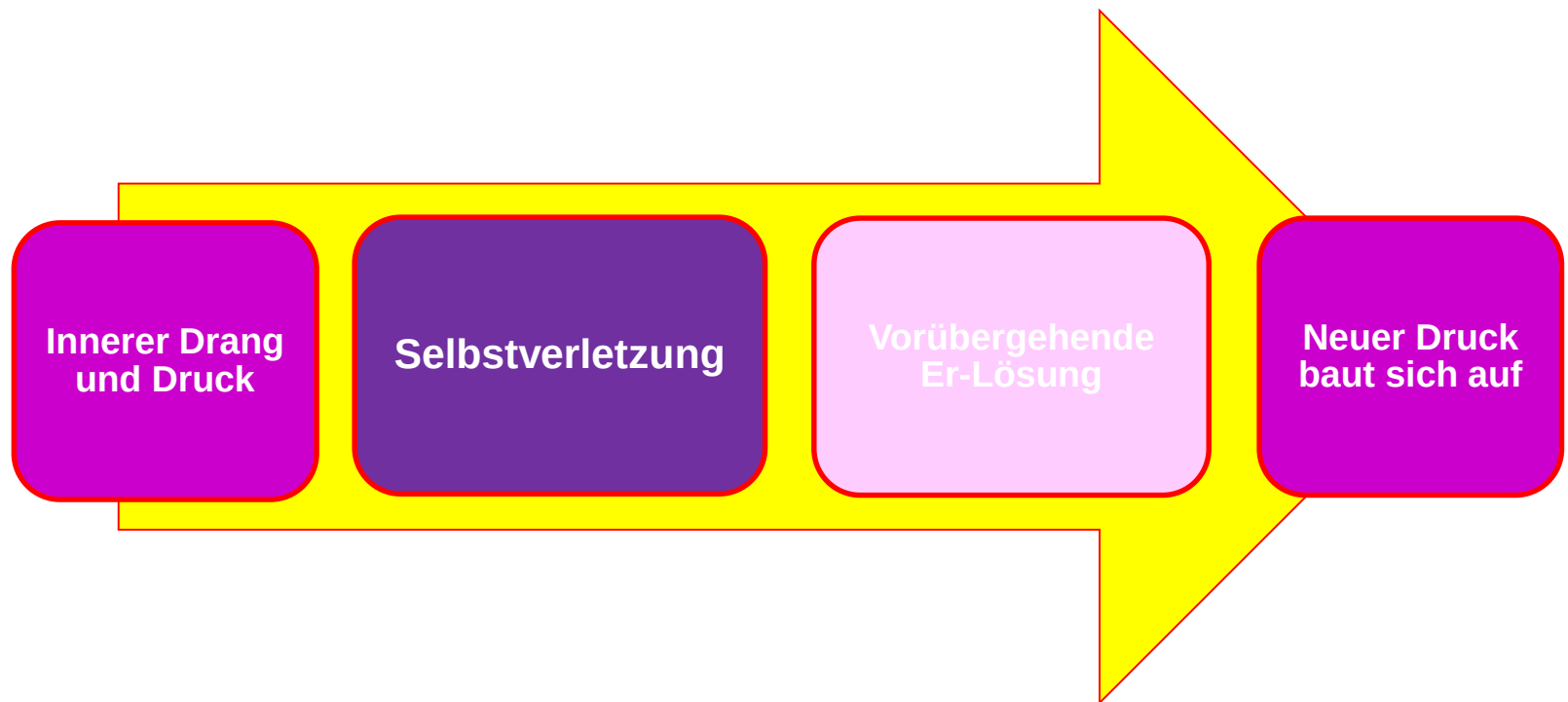
Wichtig: Etwa 90 % der Suizidenten leiden an einer psychischen Krise oder Störung

- Depressionen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Anpassungsstörungen und akute Belastungsreaktionen
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Schizophrene Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen



Selbstverletzendes Verhalten

Schema der Selbstverletzung:



Suizidversuch vs. Selbstschädigende Handlung

Suizidversuch

- Todeswunsch oder Wunsch nach Pause
- Geringe Entdeckungswahrscheinlichkeit
- Eher planende Ausführung mit Vorbereitung
- Akute Wiederholungsgefahr in den nächsten Stunden groß

Selbstschädigende Handlung

- Wunsch nach Spannungsreduktion
- Hohe Entdeckungswahrscheinlichkeit
- Eher impulsive Ausführung ohne Vorbereitung
- Akute Wiederholungsgefahr in den nächsten Stunden niedrig

Bio-psycho-soziales Modell



- **Biologische Faktoren**
- **Psychologische Faktoren**
- **Soziale Faktoren**



Protektive Faktoren

- Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde
- Integration in Gruppen
- Gründe zu leben
- Positives Selbstwertgefühl
- Gefühl der Selbstwirksamkeit
- Effektive Problemlösestrategien
- Gute Frustrationstoleranz
- Lebenszufriedenheit
- Religiosität
- Gute körperliche und seelische Gesundheit



- Etwa 12 % der Jugendlichen, die einen **Suizidversuch** unternommen haben, wiederholen ihn innerhalb eines Jahres.
- Je häufiger die **Anzahl** der Suizidversuche in der Vorgeschichte, desto größer das Risiko für weitere Versuche (Feuerlein, 2001).
- 4% der Jugendlichen, die während der Adoleszenz einen Suizidversuch unternommen haben, versterben im weiteren Lebenslauf infolge eines Suizides (Warnke, 2007).
- Etwa 40 - 60 % der Jugendlichen lehnen nach einem Suizidversuch therapeutische Hilfe ab.

Was tun bei Hinweise auf Suizidalität?

- Das **Thema direkt ansprechen** und gezielt nachfragen.
- Sicherheit und Entlastung
- Ständige Beaufsichtigung des Jugendlichen!
- Jugendpsychiatrische Untersuchung
- Wichtige Informationen zusammentragen

Ziele des Gesprächs

- Klärung ob Suizidalität vorliegt
- Stabilisierung
- Unterstützungsmöglichkeiten suchen
- Klärung weiteres Vorgehen



Ungeeignete Gesprächsimpulse

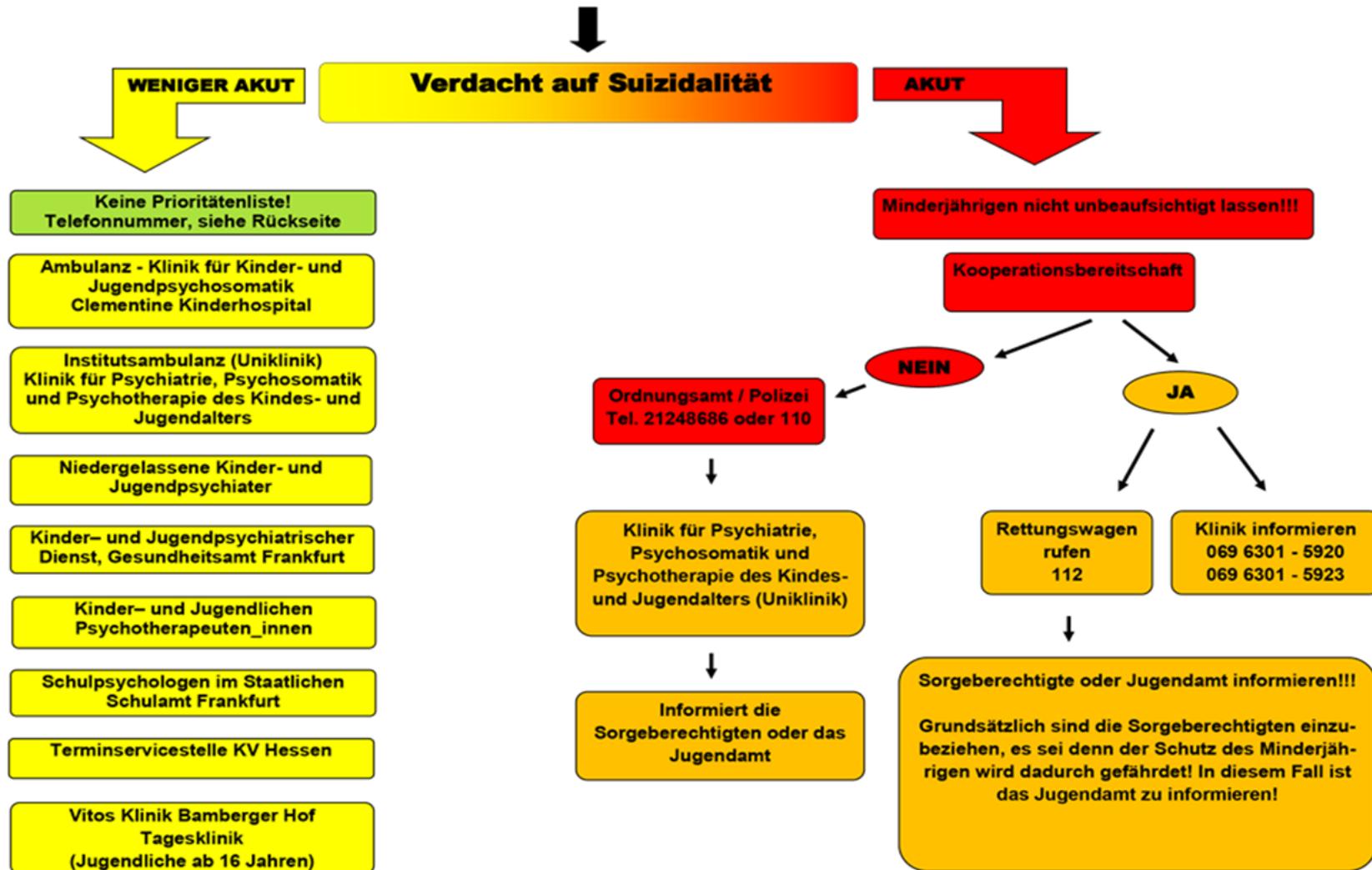
- Ermahnen oder Belehren
- Ratschläge geben oder vorschnelles Trösten
- Herunterspielen des auslösenden Problems
- Ausfragen oder Nachforschen
- Beurteilen oder Kommentieren

(Klosinski, 2006)

Wie geht's weiter?

- Hinweise auf Suizidalität
- Klärung der Behandlungsbereitschaft (freiwillig, nicht freiwillig)
- Vorstellung in der Klinik
- Einschätzung der Suizidalität (durch den Arzt)
- Stationäre Notaufnahme / Entlassung, eventuell reguläres Behandlungsangebot zur Behandlung der psychiatrischen Störung (ambulant, teilstationär, vollstationär)
- Nachsorge nach stationärer Behandlung

Hilfen für suizidale Minderjährige Frankfurt am Main



www.frans-hilft.de/downloads/

Bei Weigerung des Jugendlichen:

- **Ordnungsrechtliche Vorgehensweise:** Über die Polizei (bei jeder Polizeidienststelle) Vorstellung in der Klinik veranlassen (§17 PsychKHG)
- Bei stationärer Behandlung > 24 h **gegen den Willen des Betroffenen** muss die Unterbringung vom zuständigen Familiengericht genehmigt werden.

Einschätzung der Suizidgefährdung nach Suizidversuch

Mäßige Gefährdung

- Erster Suizidversuch
- Gute Distanzierung von weiteren Suizidversuchen
- Weiche Methode mit Entdeckungsmöglichkeit
- Appellativer Charakter
- Keine psychiatrische Vorerkrankung
- Vorübergehende Krisensituation
- Unterstützendes Umfeld / gute Ressourcen
- Gutes Coping

(nach Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001)

Einschätzung der Suizidgefährdung nach Suizidversuch

Hohe Gefährdung

- Wiederholter Suizidversuch
- Suizidabsicht / Wunsch nach stationärer Aufnahme
- Harte Methode
- Todeswunsch
- Psychiatrische Grunderkrankung
- Fortbestehende Krisensituation
- Wenig familiäre Ressourcen
- Schlechtes Coping

(nach Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001)

Behandlungsziele



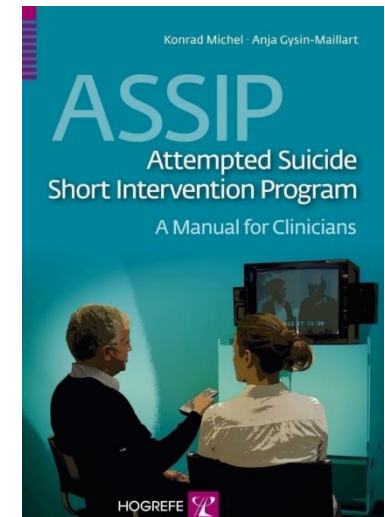
- Reduktion von Suizidgedanken
- Thematisierung von Auslösern
- Reduktion von Schuldgefühlen
- Aufzeigen von Handlungsalternativen
- Wiederaufbau von Selbstwertgefühl



(in Anlehnung an Klosinski, 2004)

Kurzes Interventionsprogramm nach Suizidversuch

- Interview
- Videoexposition
- Identifizierung individueller Warnzeichen
- Prophylaktische Strategien entwickeln

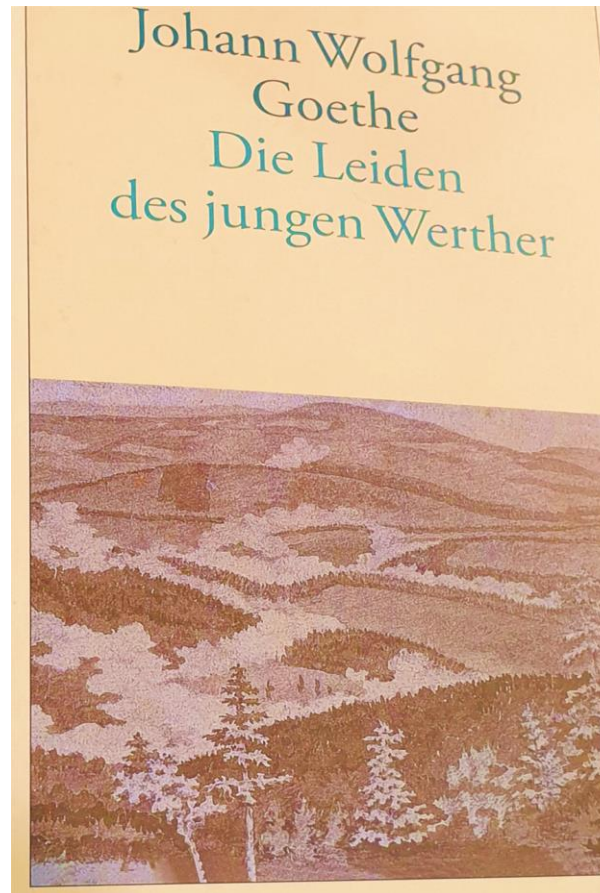


- Maßnahmen nach einem Suizidversuch oder Suizid für die von der suizidalen Handlung Betroffenen
- Betreuung der **Mitbewohner** zur Verarbeitung und Vermeidung von Traumatisierung (Jugendhilfe)
- Bearbeitung im **Team**

Umgang mit dem Thema „Suizid“

- Offenheit für die **eigenen Gefühle**
- Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und denen der Teamkollegen
- Grenzen der **eigenen Belastbarkeit** immer wieder ausloten und im Team offen besprechen

Imitationssuizide – Der „Werther-Effekt“



„Papageno-Effekt“

Berichte über Betroffene, die **Krisensituationen konstruktiv** und **ohne suizidales Verhalten** bewältigen konnten, haben einen durchaus **positiven Effekt** auf gefährdete Menschen.



1. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
(www.suizidprophylaxe.de)
2. Fachverband für Prävention und Rehabilitation der
Erzdiözese Freiburg e.V.
(www.u25-freiburg.de)
3. Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS)
(www.frans-hilft.de)
4. Angehörige um Suizid
(kontakt@agusselbsthilfe.de)

An wen sich wenden?

- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater
- Niedergelassene Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten
- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Uni-Klinik, Frankfurt)
- Klinik Bamberger Hof
- Clementine Kinderhospital (Abt. Psychosomatik)
- Verhaltenstherapie-Ambulanz Goethe-Universität Frankfurt
- Anna-Freud-Institut / Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt
- Erziehungsberatungsstelle (www.ebffm.de)
- Drogenberatungsstelle mit spezifischen Angeboten für Jugendliche
- Gesundheitsamt Frankfurt – KJPD
- Terminservicestelle KV Hessen Tel. 069 – 116 117





Die beste **Suizidprävention** ist die frühzeitige **Erkennung** und **Behandlung** der (in den meisten Fällen) zugrundeliegenden **psychiatrischen Erkrankung!!!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



joelle.penzkofer@stadt-frankfurt.de