



Friedrich • Teismann

THERAPIE-TOOLS



Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen

2. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools

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	Alpträume	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 Krankenförderung	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 Unterstützer*in werden	145
INFO 46	Übersicht: Interventionen zur Förderung der Problemlösekompetenz	146
AB 33	Problemkuchen	147
AB 34	Problemlöser-Briefe	148
AB 35	Problemlöseschema	151
AB 36	Familienintervention: Problemlösetraining	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 Selbsttötungsabsichten 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 Beziehungsgestaltung, 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 Informationen zu den jeweiligen Themen aufzunehmen. Arbeitsblätter (AB) können entweder in der Therapie 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 vorher 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 häufigerer 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 »Selbstverletzendes Verhalten« drei Klassen von Verhaltensmustern differenziert: (1) nicht-suizidales selbstverletzendes 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?

.....

.....

.....

.....

.....

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.

INFO 7 Indikation für eine Risikoabschätzung

Das Informationsblatt erläutert die Situationen, in denen in jedem Fall eine Risikoabschätzung vorgenommen werden sollte (DGKJP, 2016; Jacobs & Brewer, 2004). Vor dem Hintergrund einer deutlich erhöhten Suizidrate nach Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung (Qin & Nordentorft, 2005) sei die Notwendigkeit einer Risikoabschätzung im Abschlussgespräch besonders hervorgehoben.

AB 2 Leitfaden: Risikoabschätzung bei suizidalen Jugendlichen

Der Aufbau der Exploration orientiert sich am Ansatz der »Chronologischen Erfassung suizidaler Ereignisse« von Shea (2011), innerhalb dessen die Risikoabschätzung dadurch strukturiert wird, dass die Art und das Ausmaß suizidaler Ideen und Handlungen in Bezug auf verschiedene Zeiträume erfragt werden. Das Gespräch untergliedert sich somit in eine Exploration (1) aktueller Suizidalität, (2) suizidalen Verhaltens in den vergangenen zwei Monaten, (3) vergangener Suizidhandlungen und (4) unmittelbar bevorstehendem suizidalen Erleben und Verhalten. Innerhalb jedes Zeitfensters richtet sich der Fokus der Fragen auf Art und Ausmaß von Suizidgedanken und suizidalen Verhaltensweisen, wie auch auf das Vorliegen von Faktoren, die einen Übergang von Suizidgedanken zu Suizidhandlungen begünstigen (O'Connor & Kirtley, 2018). Die Abklärung suizidalen Verhaltens in der jüngeren und früheren Vergangenheit verfolgt dabei das Ziel, eine Einschätzung der Stabilität, Fluktuation, Intensität und Dauer suizidaler Gedanken zu erhalten. Bei der Exploration länger zurückliegender Suizidversuche sollten sich Behandelnde aus Zeitgründen auf die Exploration des schwersten und des letzten Suizidversuchs beschränken. Es ist darauf zu achten, dass die Exploration im Rahmen eines »natürlichen Gesprächsverlaufs« umgesetzt wird.

AB 3 Leitfaden: Risikoabschätzung mit Eltern/Bezugspersonen

Ein Risikoabschätzungsgespräch mit den Eltern sollte das Risikoabschätzungsgespräch mit den suizidalen Jugendlichen ergänzen. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass die Eltern suizidaler Jugendlicher in 40 bis 90 Prozent der Fälle von den Suizidgedanken ihrer Kinder nichts wissen (u. a. Klaus et al., 2009). Entsprechend werden Suizidgedanken und Suizidpläne häufiger von den Jugendlichen als von deren Eltern berichtet. Eine etwas bessere Übereinstimmung zwischen den Aussagen der Jugendlichen und ihrer Eltern findet sich in Bezug auf vergangene Suizidversuche. Grundsätzlich besteht aber auch die Möglichkeit, dass Eltern von suizidalem Erleben und Verhalten berichten, das der/die Jugendliche im Risikogespräch verschwiegen hat. Die Multiinformantenperspektive ist daher immer relevant; essenziell ist aber insbesondere das Risikoabklärungsgespräch mit der/dem Jugendlichen selbst.

AB 4 Leitfaden: Exploration nach Suizidversuch

Im Fall, dass ein*e Patient*in unmittelbar nach einem Suizidversuch in Behandlung kommt (beispielsweise im Kontext einer stationären Aufnahme), nimmt das Gespräch zur Risikoabschätzung hier seinen Ausgangspunkt. Bei fortbestehender Suizidalität schließt sich die allgemeine Risikoabschätzung (s. **AB 2** »Leitfaden: Risikoabschätzung bei suizidalen Jugendlichen«) an.

AB 5 Ressourcen

Ressourcenorientierte Diagnostik ist als Ergänzung einer problembezogenen Analyse zu verstehen. Sie verfolgt komplementär zur Erfassung von Risikofaktoren und -befindlichkeiten das Ziel, die externen, intra- und interpersonellen Ressourcen einer suizidalen Person zu erschließen. Aufgrund der ausgeprägten Demoralisierung suizidaler Jugendlicher ist nicht zu erwarten, dass sie ohne Weiteres Zugang zu ihren Ressourcen haben oder global Auskunft über sie geben können. Vielmehr benötigen Patient*innen gezielte Anregungen, um etwaige Ressourcen benennen zu können. Als Einstieg kann dieses Arbeitsblatt genutzt werden.

INFO 8 Diagnostikinstrumente zur Erfassung suizidrelevanter Konstrukte

Suizidalität muss immer in einem individuellen diagnostischen Gespräch abgeklärt werden. Gleichwohl können Fragebögen und Interviews zur Erfassung des Schweregrads suizidaler Krisen, zur Dokumenta-

tion des Verlaufs bzw. der Veränderungen suizidalen Erlebens und Verhaltens und zur Diagnostik von relevanten Risikofaktoren genutzt werden (Forkmann et al., 2016). Dies gilt vor allem, da es insbesondere Jugendlichen leichter zu fallen scheint, bei einer Fragebogenerhebung suizidale Erlebensweisen zu offenbaren als im diagnostischen Gespräch (Kaplan et al., 1994; Velting et al., 1998). Bei allen Vorteilen eines routinemäßigen Einsatzes von Fragebögen in Forschung und Praxis muss man sich darüber im Klaren sein, dass Fragebögen keine sichere Risikoabschätzung ermöglichen (Carter et al., 2017). Fragebögen sollten – neben ihrer Nutzung in der Forschung – vor allem dazu verwendet werden, das therapeutische Gespräch zu ergänzen. Auf diesem Informationsblatt werden nur solche Instrumente dargestellt, die für den deutschsprachigen Raum validiert wurden. Bis auf das Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) erfolgten die jeweiligen Validierungen allerdings ausschließlich in Erwachsenenstichproben. Die amerikanischen Originalversionen des Depressive Symptom Index – Suicidality Subscale (DSI-SS) und des Interpersonal Needs Questionnaires (INQ) wurden jedoch bereits in Jugendstichproben validiert, vom Columbia Suicide Severity Rating (CSSR) existiert eine englischsprachige Version für Kinder und eine deutsche Validierungsstudie der Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV) erfolgt derzeit.

AB 6 Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV©)

Bei der Skala Suizidalen Erlebens und Verhaltens (SSEV) handelt es sich um einen eindimensionalen Fragebogen zur Erfassung von Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidplänen und Suizidhandlungen während der vergangenen vier Wochen. Zusätzlich werden lebenszeitliche Suizidversuche erfasst. Es kann ein Summenscore über die ersten sechs Items gebildet werden; wichtiger ist aber die inhaltliche Betrachtung und Auswertung der Patient*innenantworten. Die Bearbeitungszeit der SSEV liegt bei etwa zwei Minuten, sodass die Skala gut zur Verlaufsbeobachtung eingesetzt werden kann. Der Fragebogen ist bisher nur in einer Erwachsenenstichprobe validiert worden (Teismann et al., 2021); eine Validierungsstudie für den Jugendbereich läuft derzeit.

INFO 9 Risikokategorien

Die Abschätzung des aktuellen Suizidrisikos ergibt sich aus der Gewichtung der vorliegenden Risiko- und Protektivfaktoren. Einen allgemeinen Orientierungsrahmen für die Risikoabschätzung bietet das auf diesem Informationsblatt dargestellte Schweregradskontinuum von Rudd und Kollegen (2001; Chu et al., 2015). Auch wenn die Übersicht den Eindruck vermittelt, eine zuverlässige Risikokategorisierung und -einschätzung wäre möglich, ist es eine bekannte Tatsache, dass vergleichsweise seltene Verhaltensweisen nicht sicher vorhergesagt werden können und dass eine valide und reliable Risikokategorisierung nicht möglich ist (Teismann & Friedrich, 2021). Der Fokus der Risikoabschätzung sollte daher weniger auf der Vorstellung liegen, am Ende des Gesprächs eine verlässliche Zuordnung vornehmen zu können, als vielmehr auf dem Ziel, herauszufinden, was die suizidale Person in der Krisensituation benötigt.

AB 7 Dokumentation: Risikoabschätzung (Erstklärung)

AB 8 Dokumentation: Risikoabschätzung (Folgesitzungen)

Sämtliche Kontakte mit einer/einem suizidalen Patient*in müssen sorgfältig dokumentiert werden: *Was nicht dokumentiert wurde, hat im Zweifelsfall nicht stattgefunden.* Dokumentiert werden sollten für jede einzelne Sitzung die Maßnahmen und Ergebnisse der Risikoeinschätzung (inkl. der Risikoabschätzung mit den Eltern/Bezugspersonen), therapeutische Indikationsentscheidungen, angewendete Interventionen sowie Kontakte zu behandelnden Ärzt*innen und Supervisor*innen.

AB 9 Diary Card

Suizidale Krisen weisen einen stark fluktuierenden Verlauf auf (Hallensleben et al., 2018). Mit dem Ziel, die Dynamik einer suizidalen Krise im Blick zu behalten, lassen sich sogenannte Diary Cards, wie sie in der Dialektisch-Behavioralen Therapie genutzt werden (DBT-A, Fleischhaker et al., 2010), einsetzen. Bestenfalls werden diese Tagebuchkarten über den gesamten Verlauf der Krisenintervention genutzt und jeweils zu Beginn der Sitzung ausgewertet.

AB 10 Ressourcenpriming

Vor allem im Umgang mit chronisch suizidalen Patient*innen, pervasiv-hoffnungslosen Patient*innen und interaktionell herausfordernden Patient*innen ist es hilfreich, die Technik des Ressourcenprimings (Flückiger & Wüsten, 2012) zu nutzen. Die Technik hilft dabei, systematisch auf Ressourcen achtzugeben und diese in der Therapie zu nutzen. Bestenfalls verschafft man sich kurz vor Sitzungsbeginn immer wieder einen Überblick.

INFO 10 Behandlung einer suizidalen Krise

Auf diesem Informationsblatt wird Eltern kurz beschrieben, was in einer ambulanten Behandlung suizidaler Patient*innen gemacht wird und unter welchen Bedingungen eine stationäre Behandlung erfolgen sollte. In Ergänzung zum therapeutischen Gespräch soll hiermit ein informierter Konsens unterstützt werden (Rudd et al., 2009).

INFO 11 Medikamentöse Behandlung von Suizidalität

Es gibt kein Medikament, dessen Effektivität für die Behandlung akuter Suizidalität (bislang) nachgewiesen werden konnte (Lorenzen & Bschor, 2021). Gleichzeitig wird kontrovers diskutiert, inwieweit Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter eine suizidalitätsanstoßende Wirkung haben. Auf diesem Informationsblatt werden Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung für Therapeut*innen zusammenfassend dargestellt.

Allgemeine Facetten der Beziehungsgestaltung

→ Ziel ist die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu allen Beteiligten, so dass über unangenehme, tabuisierte und intime Dinge gesprochen werden kann. Der Umgang mit suizidalen Patient*innen macht es erforderlich, einerseits schnell zu handeln und andererseits Beziehungsaspekte nicht aus dem Blick zu verlieren. Durchgängig ist auf eine offene, respektvolle, einfühlsame, interessierte und wertschätzende Haltung – allen Beteiligten gegenüber – achtzugeben.

Besonderheiten der Schweigepflicht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Grundsätzlich gilt auch im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen die Schweigepflicht. Besonderheiten ergeben sich jedoch aus dem Spannungsfeld des Erziehungsrecht der Eltern auf der einen Seite und dem Selbstbestimmungsrecht der Kinder und Jugendlichen auf der anderen Seite. Therapeut*innen haben den Eltern Minderjähriger gegenüber – aufgrund des Erziehungsrechts – eine Offenbarungspflicht und müssen Informationen an die Eltern/Sorgeberechtigten weitergeben. Ab dem 14. Lebensjahr können Jugendliche auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts zunehmend unabhängig von ihren Eltern Rechte wahrnehmen. Dazu gehört auch die Weitergabe von Informationen an die Eltern. Daher sollte eine ausdrückliche Einwilligung der Jugendlichen eingeholt werden. Im besonderen Fall von Suizidalität sollte dieses besondere Spannungsfeld zu Behandlungsbeginn offen thematisiert werden.

Beispiel

→) **An den/die Patient*in:** »Es ist mir wichtig, mit dir zu besprechen, wie wir mit den Themen und Inhalten umgehen, die wir hier gemeinsam besprechen. Ich kann dir versprechen, dass ich alles, was du mir erzählst, vertraulich behandle, d. h. auch, dass ich die Dinge, die du mir erzählst, für mich behalte und deinen Eltern nicht alles weitersage. Es gibt allerdings Ausnahmen. Wenn ich den Eindruck habe, dass du dich oder andere Personen in Gefahr bringst oder andere Personen dich in Gefahr bringen, dann muss ich deine Eltern informieren. Das gilt auch, wenn ich die Sorge habe, dass du in Gefahr bist, dich selbst zu verletzen oder dir etwas anzutun. Wann immer möglich, werde ich dir im Vorhinein offen mitteilen, was ich deinen Eltern sage und deine Bedenken dazu mit dir besprechen.«

An die Eltern: »Es ist mir wichtig, mit Ihnen zu besprechen, wie wir mit den Themen und Inhalten umgehen, die ich hier gemeinsam mit ihrem Kind bespreche. Damit sich Ihr Kind gut aufgehoben fühlt und Vertrauen fassen kann, ist es wichtig, dass ich mit den Dingen, die es mir erzählt, vertraulich umgehe. Ihr Kind hat zudem das Recht, dass ich Inhalte für mich behalte. Es gibt jedoch Ausnahmen. Das ist mir und sicherlich auch Ihnen sehr wichtig. Ich werde Sie immer und umgehend informieren, wenn ich mir Sorgen um die Sicherheit Ihres Kindes mache. Dies gilt für alle Situationen, in denen ich das Gefühl habe, dass Ihr Kind sich oder andere Personen in Gefahr bringt oder andere Personen Ihr Kind in Gefahr bringen.«