



Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Dozent

Dr. Kurt Quaschner (KJP / PP)

- Leitender Psychologe der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg
 - Ausbildungsleiter, Dozent, Supervisor des „IVV Marburg“

Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Veranstaltung 6:

„Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen“

Donnerstag, 11. November 2021,

15.00 bis 16.30 Uhr

Programm

1. Einführung
2. Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen
3. Risikofaktoren, Ursachen
4. Hinweise auf Suizidalität bei Schüler/-innen
5. Was können Lehrkräfte tun?
6. Hilfen bei Suizidalität
7. Diskussion

1. Einführung

- Begriffe und Definitionen:

Wovon reden wir ?

1. Einführung: Begriffe und Definitionen

- Der **Begriff „Suizidalität“** beschreibt eine Vielzahl von sehr heterogenen Verhaltens- und Erlebnisweisen
- Insbesondere handelt es sich **nicht** um eine abgrenzbare Krankheits- oder Störungskategorie im Sinne einer (ICD-10)-Diagnose, sondern um ein Symptom, das verschiedenen Diagnosen klassifikatorisch zugeordnet werden kann

→ KEINE Diagnose !

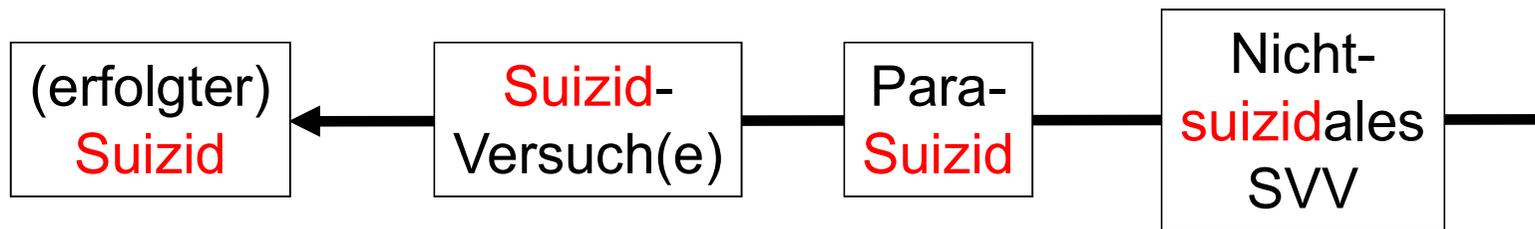
1. Einführung: Begriffe und Definitionen

- Neben dieser deskriptiven Mehrdeutigkeit ist auch **keine** klare ursächliche (ätiologische) Zuordnung zu bestimmten Bedingungsfaktoren möglich.

→ **KEINE einheitliche(n) Ursache(n)**

- D.h. es handelt sich um einen komplexen Sachverhalt, der in sehr unterschiedlichen – deskriptiven und ätiologischen - Zusammenhängen auftreten kann und mit verschiedenen **Begriffen** bezeichnet werden kann.

Begriffliches Umfeld „Suizidalität“



Suizidalität

(Wolfersdorf 1999)

Suizidalität meint die **Summe aller Denk- und Verhaltensweisen** von Menschen, die in **Gedanken**, durch **aktives Handeln** oder **passives Unterlassen** oder **handeln lassen** den **eigenen Tod** anstreben bzw. als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen.

Der Terminus **“suizidale Verhaltensweisen“** umfasst

- **Suizidgedanken**,
- **Suizidversuche** und
- **Suizide**.

Suizidversuch

(Wewetzer & Quaschner 2019)

Alle **vorbereiteten** und **durchgeführten Handlungen**,

→ die mit dem **Wissen**, dem **Wunsch** und dem **Ziel** durchgeführt wurden,

→ sich mit der angewandten **Methode** das **eigene Leben zu nehmen**,

→ die Handlung aber in der Vorbereitung **abgebrochen** oder **überlebt** wurde.

Suizid

(Wewetzer & Quaschner 2019)

Der **Suizid** wird als Selbsttötung eines Menschen definiert. Dieser kann durch **aktives Handeln** durchgeführt werden, aber auch durch **Unterlassung**, z.B. wenn ein jugendlicher Diabetiker sein lebenswichtiges Insulin nicht spritzt.

Die **Suizidhandlung** kann **spontan und impulshaft** oder auch sehr **geplant** erfolgen.

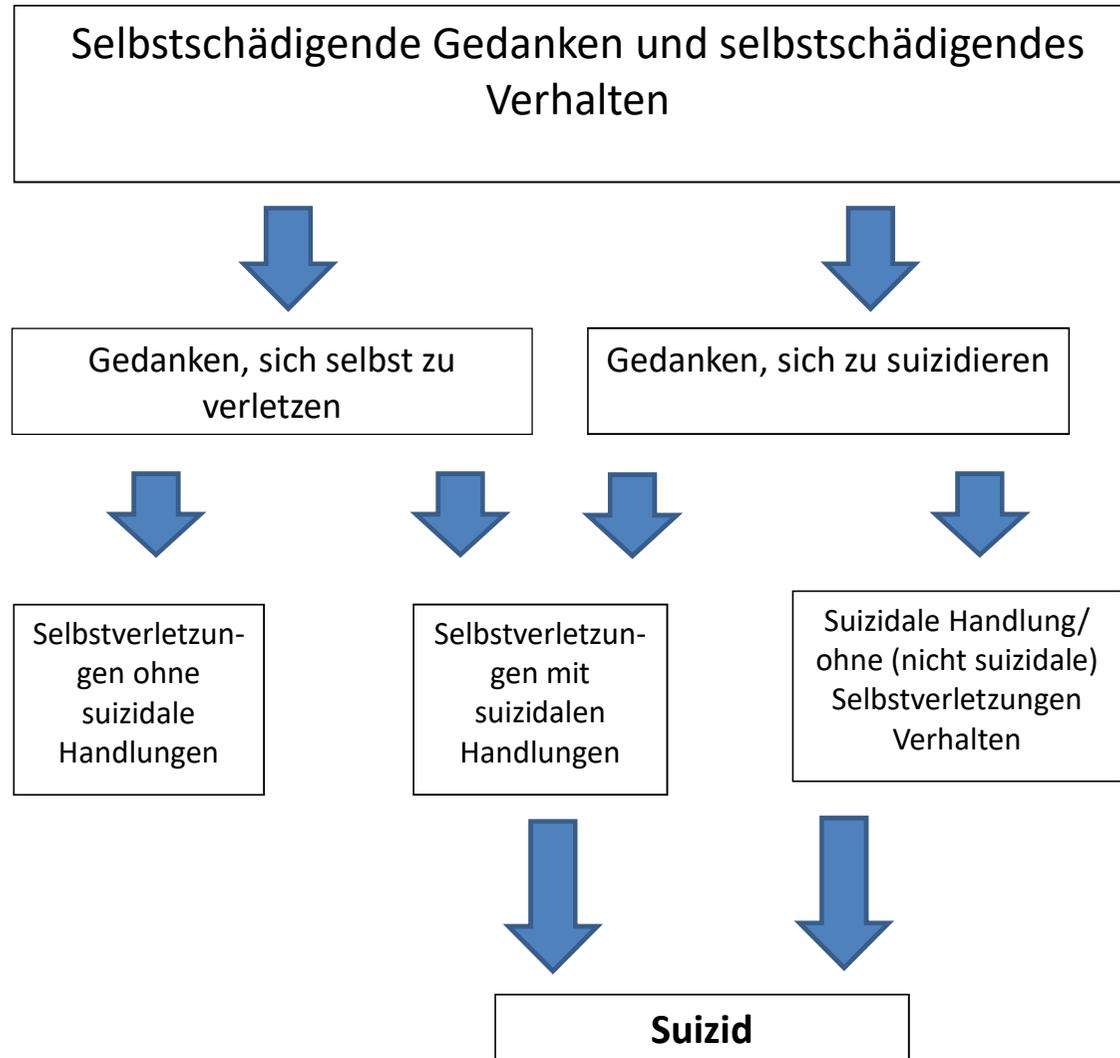
Parasuizid

(nichthabituelle Selbstschädigung mit potenzieller, aber nicht intendierter Lebensbedrohung)

Eine Handlung mit **nicht tödlichem Ausgang**, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Stelle eine **Selbstschädigung** bewirken würde, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken (WHO, 1989).

Formen selbstschädigenden Denkens und Handelns

(Wewetzer & Quaschner 2019)



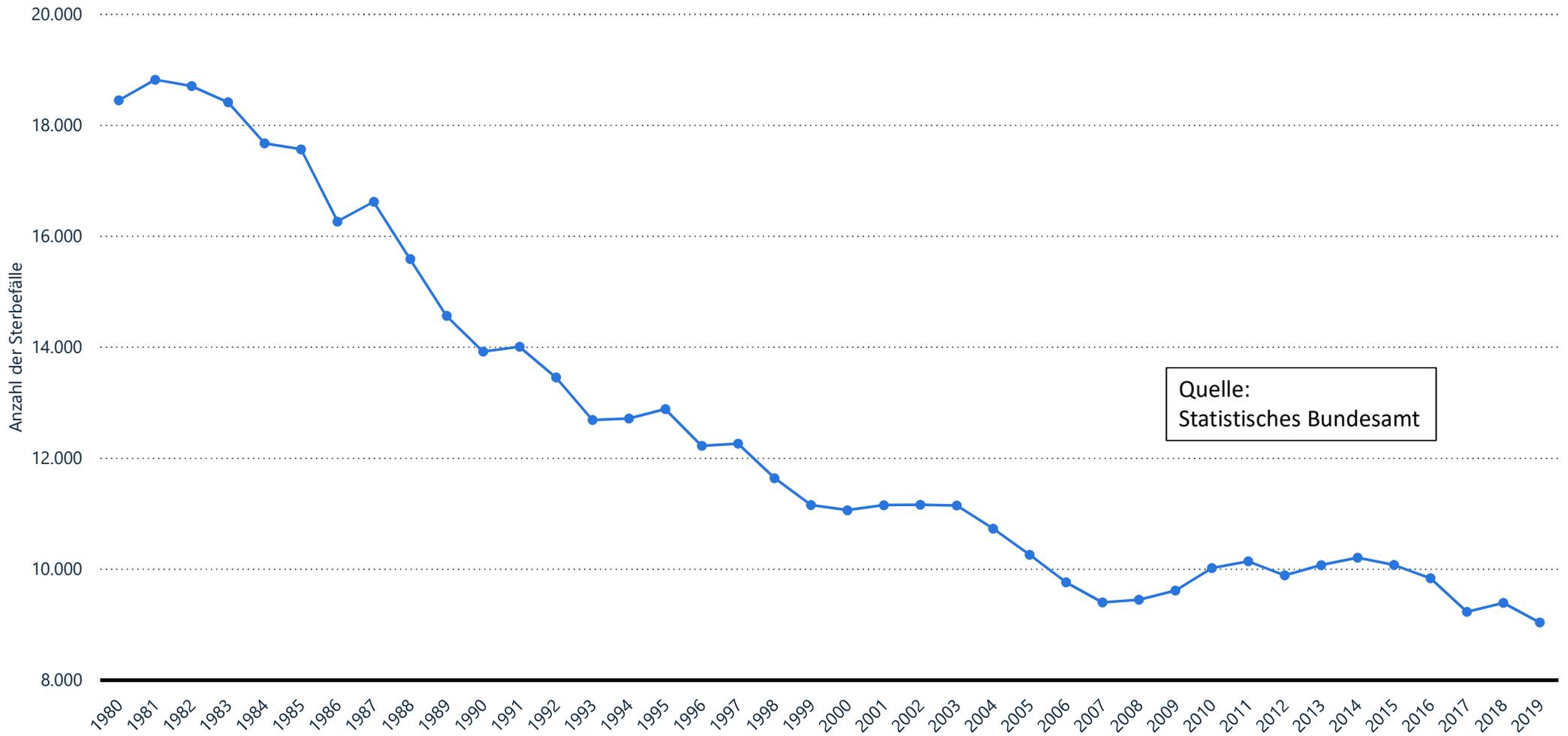
2. Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

- Häufigkeiten (Epidemiologie)
- Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen

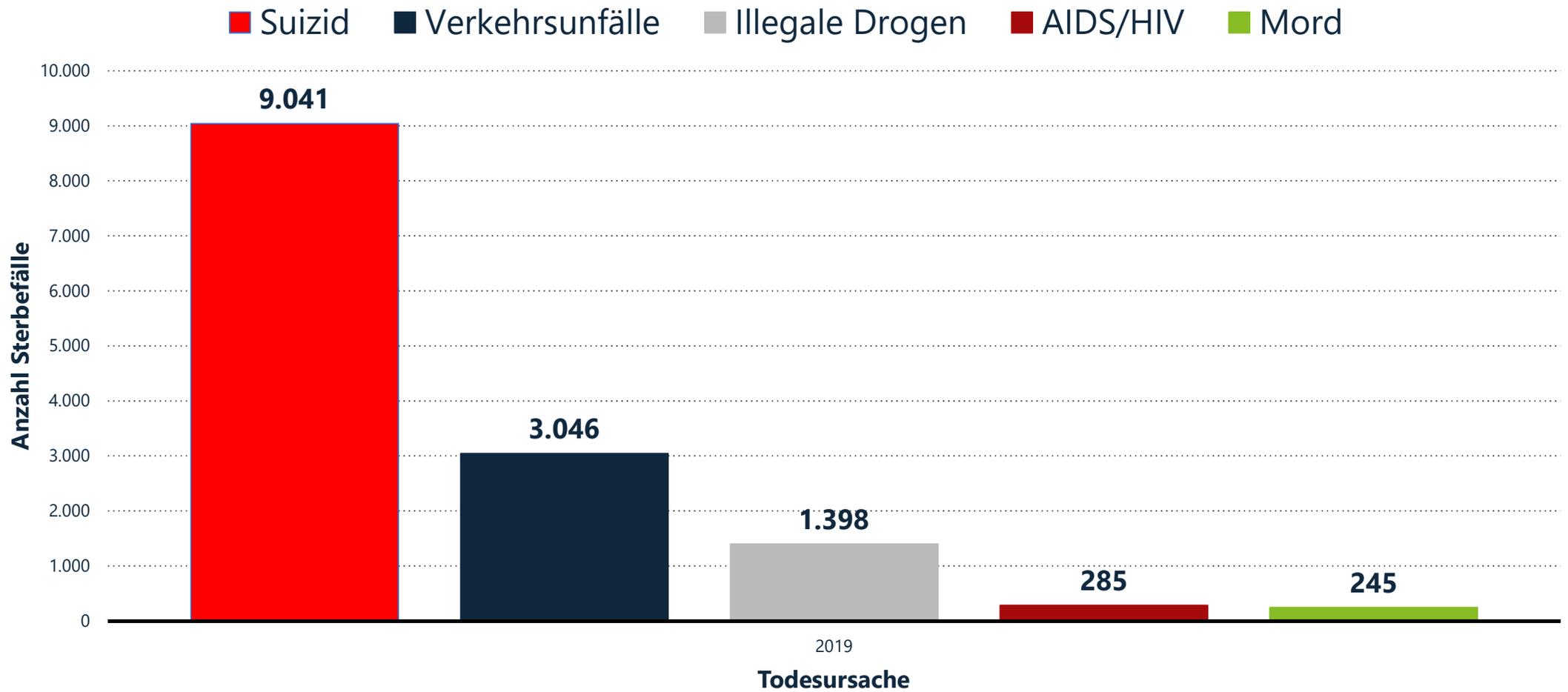
Epidemiologie

Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland

(in den Jahren von 1980 bis 2019)

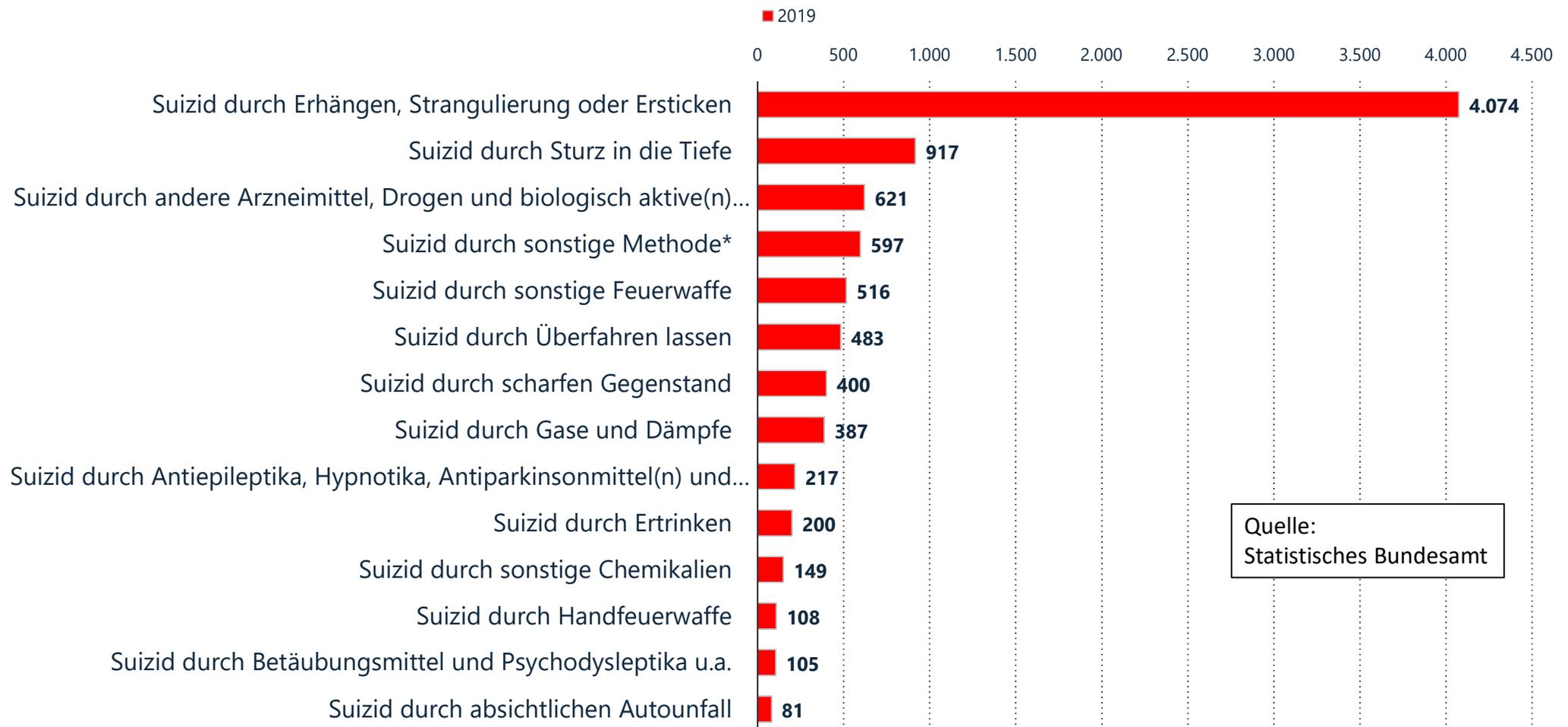


Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen 2019

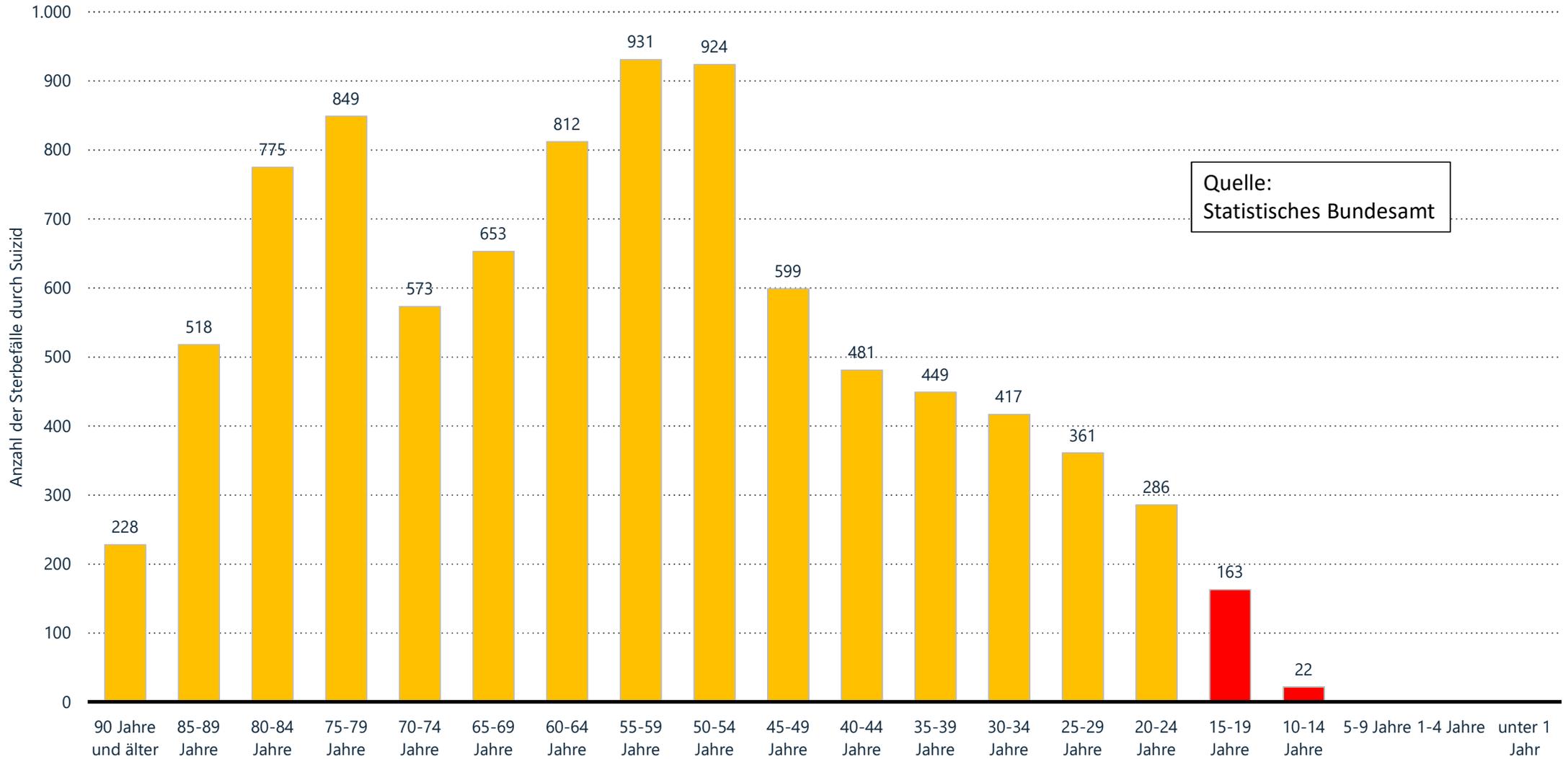


Quelle:
Statistisches Bundesamt

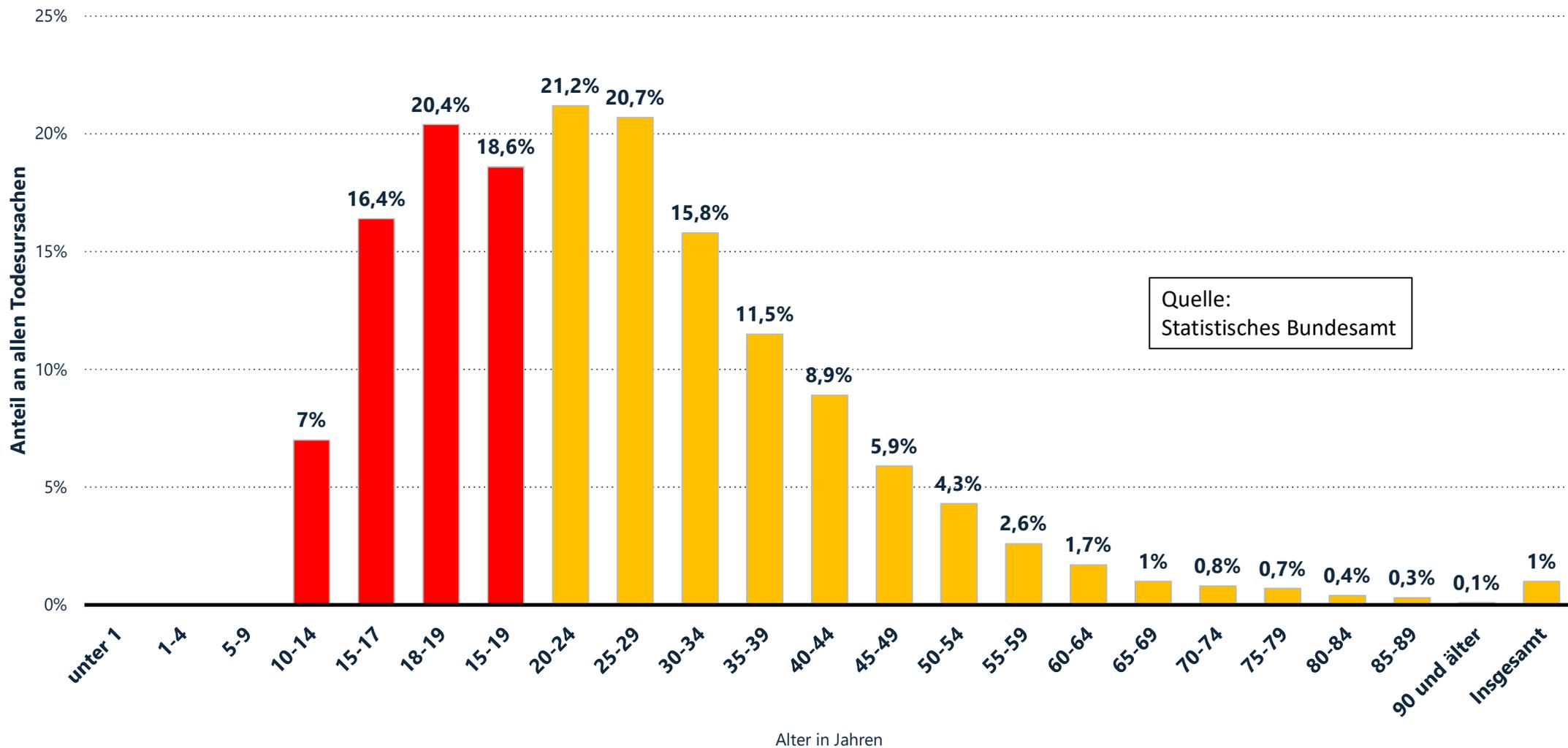
Anzahl der Sterbefälle durch Suizid nach Art der Methode 2019



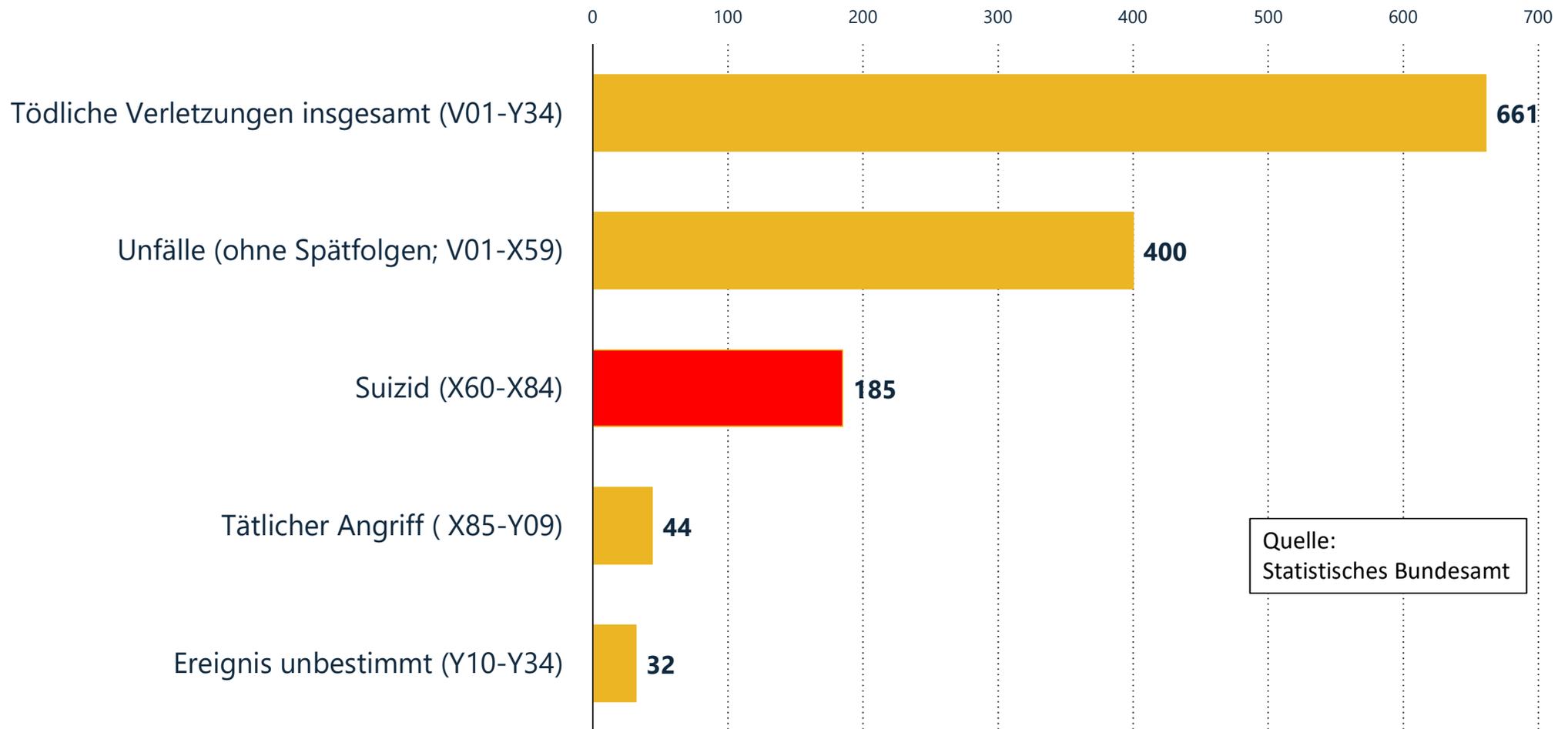
Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppe 2019



Anteil von Suiziden an allen Todesursachen nach Altersgruppen 2019



Anzahl der Todesfälle durch tödliche Verletzungen unter Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) 2019



Prävalenz Deutschland

- **Heidelberger Schulstudie:** (n = 5759, Alter 14,9 J.)
 - Suizidgedanken: 14,4%
 - Suizidversuche: 7,9%
 - Suizidpläne: 6,5%
- **BELLA Studie** (n = 2863 Familien, Alter 11-17 J.)
 - 6 Monatsprävalenz: Suizidgedanken: 3,8%
- **Ulmer Schulstudie** (n = 665, Alter 14-17 J.)
 - Suizidversuche: 6,5%
 - Suizidgedanken: 35,9%

Besonderheiten von (psychisch auffälligen) Kindern und Jugendlichen

Für die Einschätzung von **psychischen Auffälligkeiten (d.h. Suizidalität)** Kindern und Jugendlichen sind **zwei Bereiche** von zentraler Bedeutung:

- Die **Entwicklungsdimension**

(z.B: zeitlicher Horizont, Todeskonzept)

- Die **Umfeld- und Kontextabhängigkeit**

(z.B: „suizidale Einflüsse“, risikoreiche Lebenssituation)

Entwicklungsstufen des Todeskonzeptes bei Kindern I (Reuter 2020)

Zusammenfassend lassen sich **drei Entwicklungsstufen** unterscheiden:

Stufe I: Kinder bis zum Alter von **3 bis 4 Jahren** haben noch **keine bzw. nur begrenzte Vorstellungen** davon, was Tod und Tot-Sein bedeutet.

Stufe II: Zwischen **5 und 8 Jahren** gewinnt die Todesthematik an Bedeutung, Kinder interessieren sich für Vergänglichkeit und Tod, die **Subkonzepte des Todeskonzeptes** werden allmählich erfasst (**Irreversibilität** und **Universalität** sind dabei eher zugänglich als **Funktionsverlust** und zuletzt **Kausalität**), aber zunächst nur zögerlich auf die eigene Person bezogen.

Stufe III: Mit durchschnittlich **8 bis 10 Jahren** verfügen Kinder über ein vollständig entwickeltes, **realitätsgerechtes Todesverständnis**.

Entwicklungsstufen des Todeskonzeptes bei Kindern II (Reuter 2020)

Insgesamt äußern **jüngere Kinder** im Vergleich zu **älteren** geringere **Angst** vor dem Tod, ggf. wirken ihre weniger entwickelten Vorstellungen weniger bedrohlich und

→ erst die Einsicht in die **Merkmale des realitätsgerechten Todeskonzepts** ruft **Angst** hervor bzw. verstärkt diese

(Wass 2003; Slaughter/ Griffith 2007; Lee/Kim/Choi u. a. 2014).

Zusammenfassung Symptomatik → Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen I

- **Suizidversuche** sind im Jugendalter um ein Vielfaches häufiger als **Suizide**
- **Mädchen** unternehmen häufiger als **Jungen** **Suizidversuche**
- Bis zu 30% der Jugendlichen haben **Selbstmordgedanken**
- Ein **Suizidversuch**, der zur klinischen Behandlung führt, wird in über 25% der Fälle **wiederholt**

Zusammenfassung Symptomatik → Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen II

- **Kritischster Zeitraum** für einen erneuten Versuch sind die 6 Monate nach dem ersten Suizidversuch
- 15% der Betroffenen **wiederholen** den Suizidversuch innerhalb einer Jahresfrist
- Von den Jugendlichen, die einen **Parasuizid**(versuch) begangen haben, nehmen sich im weiteren Lebensverlauf 4% das Leben
- Das **Risiko Minderjähriger**, einen Suizid zu begehen, ist somit mehr als 100-fach höher als in der Normalbevölkerung.

3. Risikofaktoren, Ursachen

→ Hinweise auf Zusammenhänge,
Entstehungsbedingungen und (mögliche !)
ätiologische Faktoren

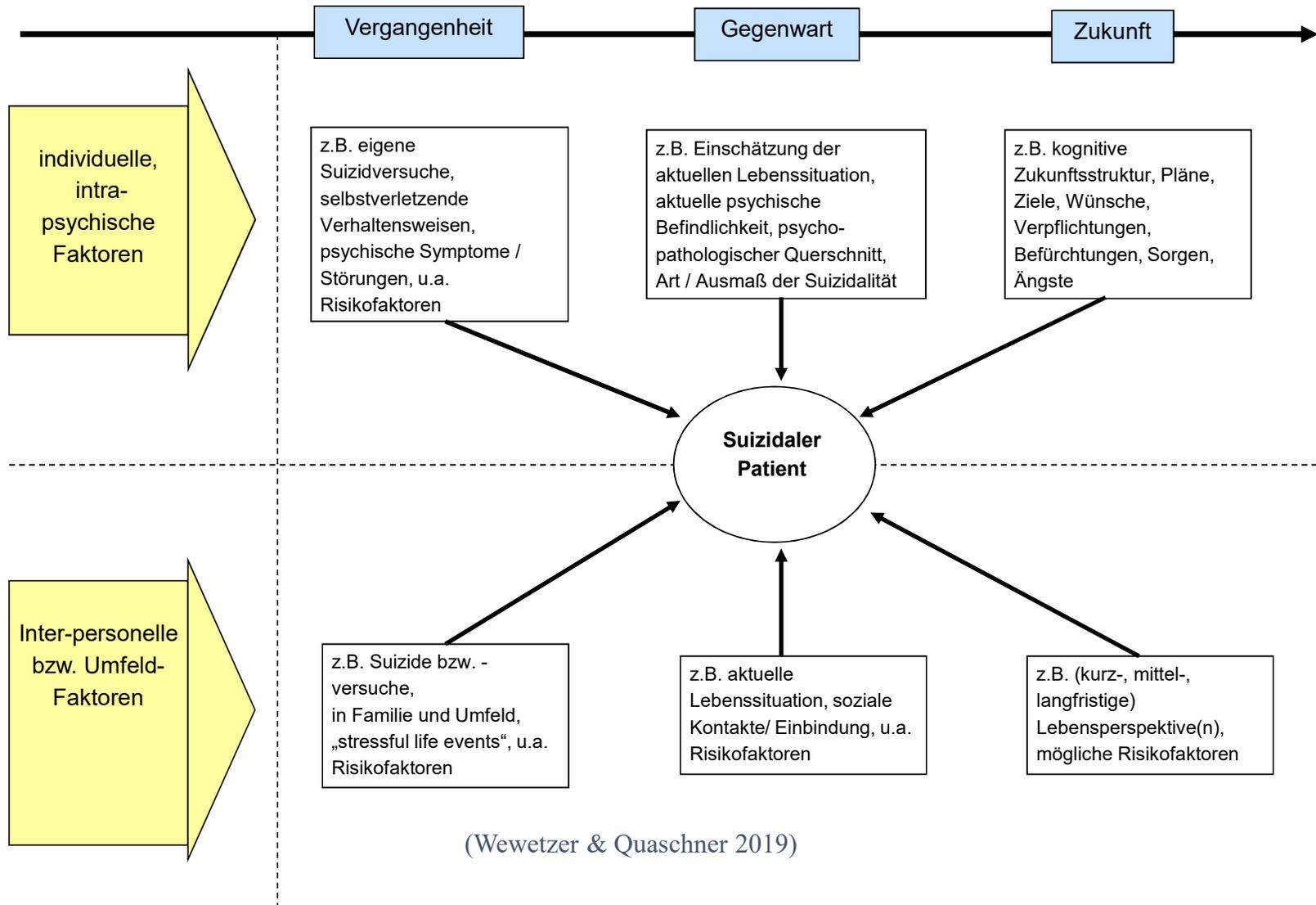
→ **Indikatoren** für die
Einschätzung von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

(Wewetzer & Quaschner 2019, mod. nach Warnke 2003)

Wie schätze ich die Suizidalität des Patienten ein ?

- Was muss ich wissen?
- Welche Inhalte muss ich abfragen?
- Was benötige ich anamnestisch ?

Strukturierung von suizidalitätsrelevanten Faktoren



(Wewetzer & Quaschner 2019)

Spezifische Merkmale der suizidalen Handlung

- Suizidversuch **in Isolation** durchgeführt
- Zeitpunkt und Ort machten eine **Entdeckung** oder Intervention **unwahrscheinlich**
- Zur **Vermeidung einer Entdeckung** wurden Vorsorgemaßnahmen getroffen
- **Information Dritter** über den geplanten Suizidversuch **erfolgte**
- Genauer **Suizidplan** bestand
- Eine **Nachricht** war **hinterlegt**
- Eine **Alarmierung Dritter** nach dem Suizidversuch **blieb aus**
- Suizidgedanken oder der Suizidversuch bezogen sich auf eine „**harte Methode**“

Akute **personale Faktoren** beim Patienten

- **Keine Distanzierung** von Suizidideen bzw. vom Suizidversuch
- Aufdrängende Suizidgedanken; Vorhandensein eines **konkreten Suizidplans**
- Deutliche **Hoffnungslosigkeit** und **Verzweiflung**
- **Soziale Isolierung** und **sozialer Rückzug**
- **Keine Lösung** für den **Konflikt**, der zu Suizidalität geführt hat
- **Beendigung** einer wichtigen Freundschafts- oder **Liebesbeziehung**

Eigenanamnestische Angaben und Faktoren

- **Frühere Suizidversuche**
- **Suizidankündigung**
- **Getroffene Suizidabsprachen**
- **Verlust** einer engen **Bezugsperson**
- Keine konkrete **Zukunftsperspektive** (z. B. Lebenssituation, Schule, Beruf)
- **Ungelöste** psychische und/oder soziale **Konflikte**
- **Psychische Störungen (s.u.)**
- Zeitpunkt der Vorstellung liegt innerhalb **Jahresfrist nach letztem Suizidversuch**

Identifikation von Hochrisikogruppen: **Psychische Störungen** und **Suizidalität** (Walrath et al. 2001, Warnke 2008)

- **Depression** (30-96%)
- **Störungen des Sozialverhaltens** mit aggressiven Verhalten (bis 50%)
- **Anpassungsstörungen** und **akute Belastungsreaktionen** (25% bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten)
- **Alkohol- und Drogenmissbrauch** (20-65%)
- Affektive und schizophrene **Psychosen** (ca 7%)
- **Persönlichkeitsstörungen** (insbes. histrionische- narzistische-, emotional instabil (8%))

Depression und Suizid

(Hegerl et al. 2008)

- 10-15% mit rezidivierender Depression versterben durch Suizid
- 20-60% weisen einen Suizidversuch auf
- 40-70% leiden an Suizidideen
- bei 90% der Suizidpatienten lag im Vorfeld eine psychiatrische Erkrankung vor

Familienanamnestische Aspekte

- **Positive Familienanamnese** mit Suiziden und/oder Suizidversuchen
- **Gewalt** und/oder **Substanzmissbrauch** in der Familie
- **Sozial destabilisierende Familienverhältnisse** (ungelöste familiäre Konflikte), **fehlender sozialer Rückhalt**

Extrafamiliäre Aspekte Medien → „Werther-Effekt“

Die **Information** darüber, dass Suizid möglich ist (nachgewiesenermaßen heute z.B. durch **Medien** (**Fernsehfilme, Internet, soziale Medien**) induziert), kann ein bereits disponiertes Kind oder Jugendlichen zur Selbsttötung verleiten („**Werther-Effekt**“).

4. Hinweise auf Suizidalität bei Schülern/-innen

(= Zusammenfassung von Punkt 3, d.h.

→ Welche alltagsrelevanten Kriterien und Hinweise lassen sich daraus ableiten ?)

Von vielen Autoren (Löchel, 1983; Warnke, 2008) wird vor Durchführung eines Suizidversuchs ein sogenanntes „**präsuizidales Syndrom**“ beschrieben.

Symptomatik des „präsuizidalen Syndroms“ (1) :

- **Gefühle** von Verzweiflung, Ratlosigkeit, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit.
- **Geringes Selbstbewusstsein** und **Selbstwertgefühl**.
- Erleben von **Unverständnis im sozialen Umfeld** mit ausgeprägter **Neigung zum Grübeln**.

Von vielen Autoren (Löchel, 1983; Warnke, 2008) wird vor Durchführung eines Suizidversuchs ein sogenanntes „**präsuizidales Syndrom**“ beschrieben.

Symptomatik des „präsuizidalen Syndroms“ (2):

- **Sozialer Rückzug** bis hin zur **Isolierung** und einer allgemeinen **Initiativ- und Interesselosigkeit**.
- **Depressive Stimmungsauslenkung** mit **Beschwerden** wie Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Appetitlosigkeit.
- **Gegen die eigene Person gerichtete Aggression (→ SVV)** und konkretere Vorstellungen bzw. **Planungen** zur Durchführung eines Suizidversuchs.

Allerdings:

Bei **Kindern** und **Jugendlichen** ist ein „**präsuizidales Syndrom**“

→ **kein** regelmäßig anzutreffendes Ereignis.

→ Vielmehr kommt es oftmals zu **impulshaften** suizidalen Gedanken und suizidalen Handlungen kommen (Becker & Keitel, 2013).

→ Nicht selten stehen **plötzliche Kränkungerlebnisse** oder

Beendigungen von partnerschaftlichen Beziehungen im Vordergrund.

5. Was können Lehrkräfte tun?

- Umgang und Handlungsmöglichkeiten
- Gesprächshaltung und
- Gesprächsinhalte

Wie gehe ich mit einem suizidalen Kind/Jugendlichen um?

- Die Sorge, durch das (offene) **Ansprechen** einen möglichen Suizidversuch erst auszulösen, ist unberechtigt.
- Das Gegenteil ist der Fall, da viele Kinder und Jugendliche einem Suizidversuch **ambivalent** gegenüber stehen und sich Hilfe und Unterstützung wünschen.
- Das **offene und direkte Ansprechen** der möglichen Suizidalität ist somit **besonders wichtig**.
- Dabei gilt es insbesondere die **Bereiche** der suizidalen **Gedanken**, der suizidalen **Absicht**, einen möglichen (konkreten) Suizid**plan** zu erfragen.

Hinweise und Hilfen zum **Umgang** mit Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen I

- **Ruhig** bleiben und möglichst **sachlich** in den **Kontakt** treten
- Mit dem Kind oder Jugendlichen **erst mal alleine sprechen**
- Dem Kind oder Jugendlichen **Gesprächsbereitschaft signalisieren** und sich **Zeit nehmen**
- Nach **Gründen** und nach möglichen **Auslösern** für die bestehende Suizidalität erkundigen
- Die fast immer vorhandene **Ambivalenz** ansprechen, da Kinder und Jugendlichen häufig schwanken zwischen der Suche nach Hilfe und der Abwehr von Hilfe.
- Gleichzeitig gilt es die **Beziehungsverantwortung** des Kindes oder Jugendlichen zu stärken im Sinne einer Verdeutlichung der wichtigen Bedeutung des suizidalen Menschen für seine Angehörigen.

Hinweise und Hilfen zum **Umgang** mit Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen II

- Falls es **im Vorfeld Lösungsversuche** für die bestehenden Probleme des Kindes oder Jugendlichen gegeben hat, gilt es diese aufzugreifen und zu würdigen.
- **Keine übereilten** neuen Lösungsvorschläge und Deutungen
- Für den Betroffenen ist es wichtig, dass der Erwachsene **Verständnis** zeigt für den Gedanken oder Impuls, als unerträglich Empfundenes durch Suizid zu unterbrechen, ohne den Suizid als solchen gutzuheißen.
- Das Kind oder den Jugendlichen **motivieren** sich gemeinsam **fachkundige Hilfe** zu holen

Verhaltensweisen die im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen unterbleiben sollten

- Das Kind oder den Jugendlichen in seiner Problematik **nicht ernst nehmen** und z.B. einen Suizidversuch in seiner Gefährlichkeit herunterspielen
- Eine **belehrende, kritisierende und ermahnende Haltung** einnehmen
- **Schnelle allgemeingehaltene Lösungsvorschläge** und Ratschläge anbringen
- Das Verhalten des Kindes **vorschnell bewerten** und Erklärungen und Deutungen abgeben
- **Eigene Ängste, Kränkungen** in den Vordergrund stellen

(1) Was kann die Schule tun ?

- Bekomme ich als Lehrer **Hinweise, dass ein Schüler suizidale Gedanken äußert** ist es wichtig mit diesem **zeitnah** ein **persönliches Gespräch** zu suchen (KEINE Zusicherung von Verschwiegenheit, d.h. Transparenz von Beginn an).
- Prinzipiell ratsam ist es, wenn möglich sich **Unterstützung aus der eigenen Schule** zu holen (Kollegen, Vertrauenslehrer, u.a.).

(2) Was kann die Schule tun ?

- Konkretisiert sich im Gespräch der Verdacht der Suizidalität müssen auch die **Sorgeberechtigten unverzüglich benachrichtigt** und einbezogen werden.
- Besteht der Verdacht auf eine **akute Suizidalität** muss die betreffende Schülerin oder Schüler **unverzüglich ärztlich oder psychotherapeutisch** vorgestellt und untersucht werden.
- Gelingt dies nicht, sollte der **Notarzt und / oder die Polizei** gerufen werden, die dann über das weitere Vorgehen entscheidet.

6. Hilfen bei Suizidalität

→ Welche **professionellen**

und

→ **nicht-professionellen** Hilfen gibt es ?

(Universelle) Prävention

- Zugang zu **Handfeuerwaffen**
- Einzäunung **hoher Gebäude**
- Sicherung von **Brücken**
- Zugang zu Trassen von **Hochgeschwindigkeitszügen** beschränken
- **Packungsgröße** potentiell gefährlicher **Medikamente**
- Entgiftung des **Hausgases** (neue Bundesländer 1992/3800 auf 2002/2200)

Prävention → Medien:

Medienberichte - Imitationseffekt

- „Selbstmord“ in Artikelüberschrift
- Bericht auf Titelseite
- Fotoreportage
- Simplifizierung des Motivs
- Romantisierung des Motivs
- heroische und billigende Berichterstattung
- detaillierte Beschreibung der Methode

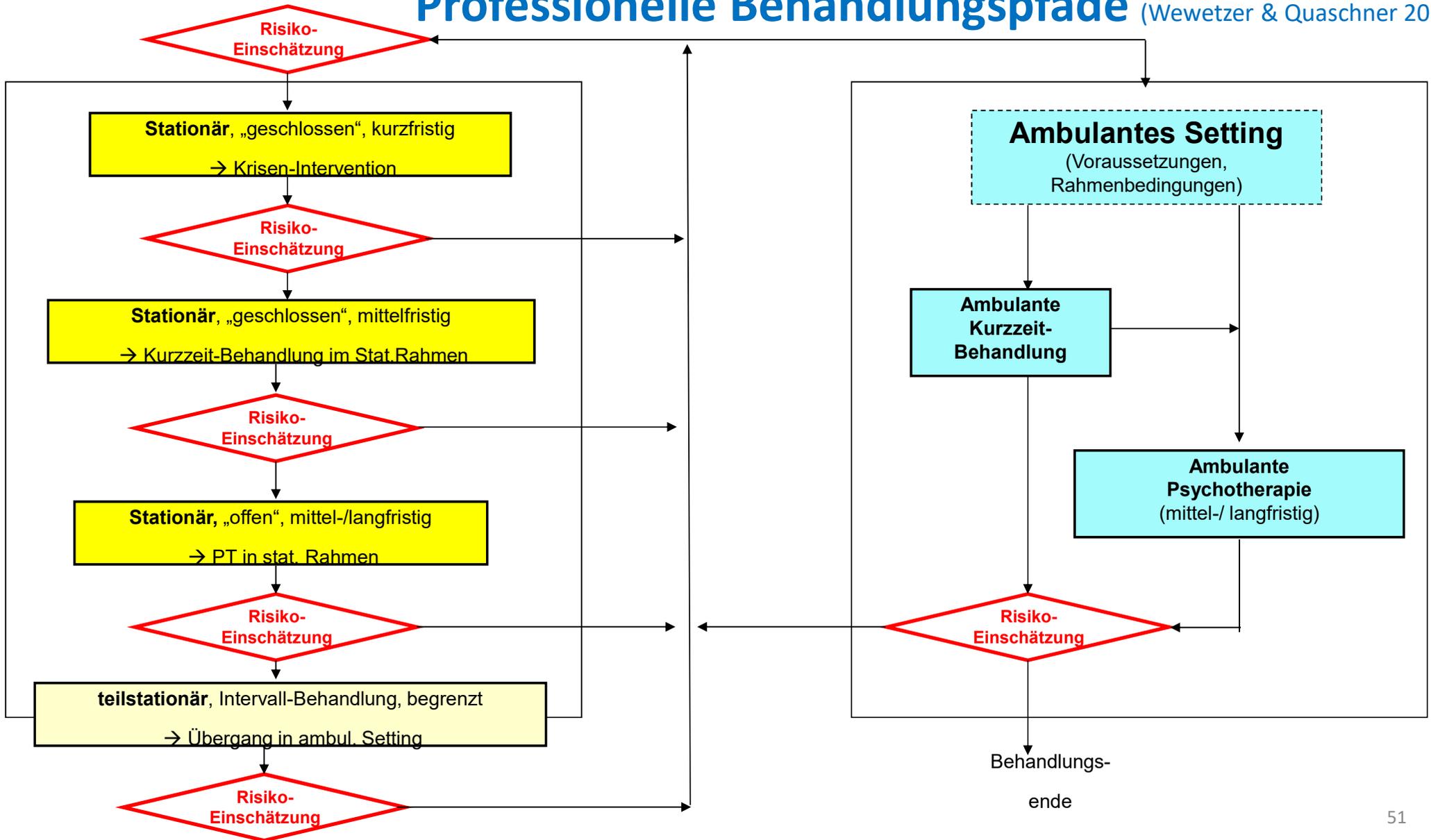
(Etzesdorfer, Sonneck 1999)

Postvention

Postvention betrifft die Summe aller nach einem Suizidversuch oder Suizid für die von der suizidalen Handlung Betroffenen notwendigen/ zu ergreifenden Maßnahmen.

- bei einem Suizid ist der respektvolle Umgang mit der **Familie** wichtig
- kommt ein Kind oder Jugendlicher durch Suizid zu Tode, ist dies eine **extreme Belastungssituation** für Eltern, Geschwister und Angehörige, aber auch für den Freundeskreis, **Mitschüler** und das **soziale Umfeld**
- kommt ein sich in **stationärer Behandlung** befindlicher Patient durch Suizid zu Tode, ist dies eine hohe Belastung für die Mitpatienten als auch für die Mitarbeiter

Professionelle Behandlungspfade (Wewetzer & Quaschner 2019)



Hilfreiche Websites zum Thema **Suizidalität**

<http://www.frnd.de/>

→ deutschsprachige Website „Freunde fürs Leben“ ansprechend für Jugendliche

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

→ Website der Dt. Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.suizidpraevention-deutschland.de>

→ Website des Nationalen Suizidpräventionsprogramms

<http://www.agus-selbsthilfe.de>

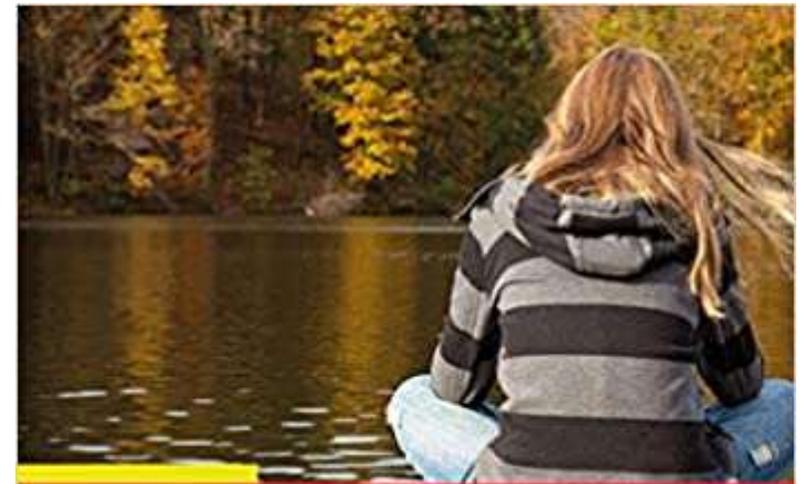
→ Website der Angehörigen nach Suizid

Suizidalität

Christoph Wewetzer
Kurt Quaschner

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 hogrefe



Christoph Wewetzer
Kurt Quaschner

Ratgeber Suizidalität

Informationen für Betroffene,
Eltern, Lehrer und Erzieher

 hogrefe

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**