



„ICH BRING MICH UM!“ - SCHREI NACH AUFMERKSAMKEIT

UMGANG MIT SUIZIDALITÄT UND HANDLUNGSLEITLINIEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Dr. med. Claudia Neumann, Oberärztin

Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz
des Alexius-/Josef-Krankenhauses Neuss

Dorothea Rothkötter, Bereichsleiterin

Marco Gillrath, Direktor

Raphaelshaus - Jugendhilfezentrum



AUSGANGSSITUATION



- ▶ Viele Kinder und Jugendliche im Raphaelshaus haben psychiatrische Vorerfahrungen
- ▶ Konfrontation in den Wohngruppen mit selbstverletzendem Verhalten
- ▶ Unsicherheiten der pädagogischen Fachkräfte in Bezug auf die Unterscheidung zwischen Selbstverletzung und Suizidalität
- ▶ Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz der St. Augustinus Gruppe und dem Raphaelshaus seit März 2009
- ▶ Gemeinsame Weiterentwicklung von Konzepten
- ▶ Erarbeitung von Leitlinien zu diesem Thema



EINLEITUNG



- ▶ 2017 beendeten 9.235 Menschen ihr Leben durch Suizid, ca. 25 Personen pro Tag (Statistisches Bundesamt)
- ▶ Damit sterben mehr Menschen durch Suizid als z. B. aufgrund von Verkehrsunfällen, Drogen etc.
- ▶ Insgesamt ist die Zahl in den vergangenen Jahrzehnten jedoch gesunken
- ▶ Es begehen deutlich mehr Männer aller Altersgruppen als Frauen Suizid (vgl. Statistisches Bundesamt - Suizid)
- ▶ Suizidversuche werden dagegen häufiger von Frauen und im jüngeren Lebensalter unternommen
- ▶ Ungefähr jede dritte Person unternimmt nach einem ersten Suizidversuch einen weiteren Versuch



EINLEITUNG



- ▶ Bei Kindern und Jugendlichen ist Suizidalität die zweithäufigste Todesursache nach Unfällen
- ▶ Es gibt oft zehn Versuche vor einem vollendeten Suizid (vgl. DKSB Landesverband Mecklenburg -Vorpommern e.V. 2020a)
- ▶ Suizidversuche von Mädchen sind in den letzten Jahren gestiegen
- ▶ Die Anzahl der Suizidversuche von Jungen sind seit Jahren stabil
- ▶ Suizidversuche ab 15 Jahren besonders häufig, davon 10,8 % von Mädchen und 4.9 % von Jungen (vgl. Kaess et al., 2011)
- ▶ Kinder und Jugendliche in Jugendhilfeeinrichtungen haben ein vier - bis fünffach erhöhtes Risiko, einen Suizid zu begehen (vgl. Vinnerljung B., Hjern A., Lindblad F., 2006)



SUIZIDALITÄT – KLASSIFIKATION IM DIAGNOSESYSTEM



Suizidalität umfasst:

- ▶ Suizidgedanken
- ▶ Suizidankündigungen
- ▶ Suizidpläne
- ▶ Suizidversuche

Suizidalität kann im ICD-10 im Rahmen einer psychiatrischen Grunderkrankung klassifiziert werden oder als eigenständiges Störungsbild

- ▶ R45.8 - Suizidalität
- ▶ Z91.8 - Suizidversuch

Im DSM-5 (APA) ist eine Suizidale Verhaltensstörung als eigenständige Forschungsdiagnose aufgenommen



NICHT SUIZIDALES SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN (NSSV) – DEFINITION, KLASSIFIKATION



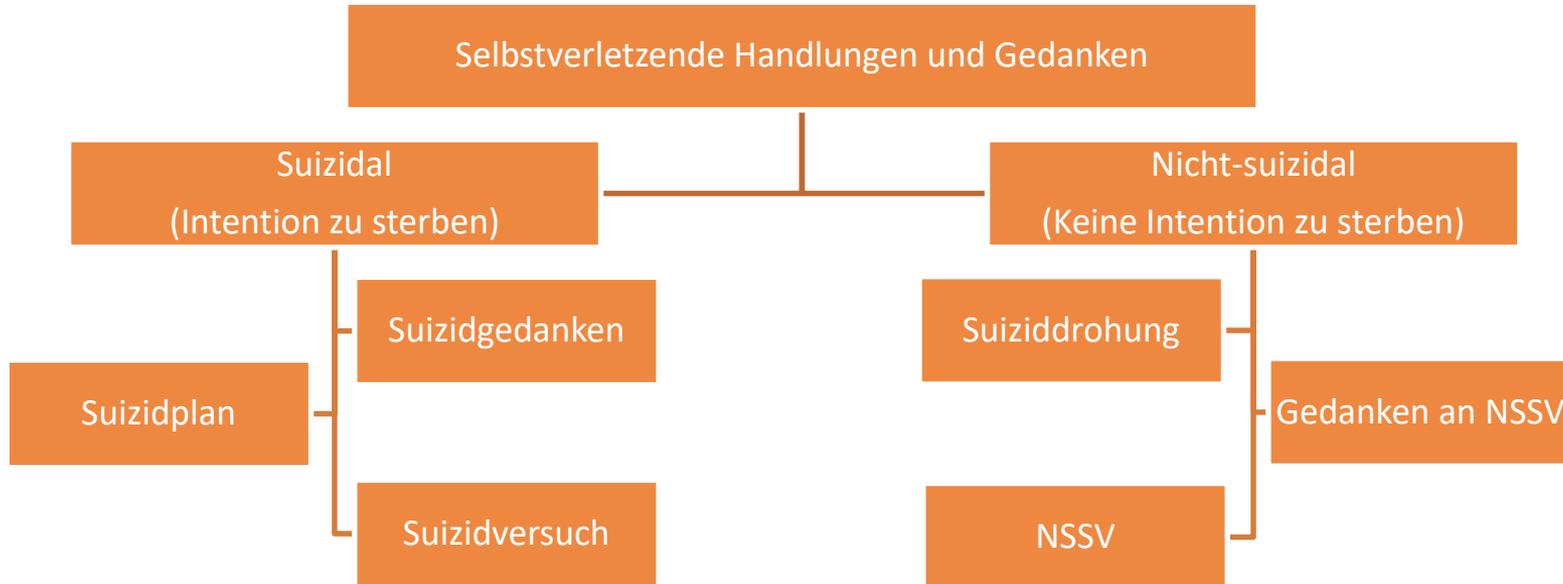
- ▶ Bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von Körpergewebe,
- ▶ ohne suizidale Absicht,
- ▶ die sozial nicht akzeptiert ist

NSSV kann nach ICD-10 nicht als eigenständiges Störungsbild klassifiziert werden. Momentan kann die psychotherapeutische Behandlung von NSSV nur dann kassenärztlich abgerechnet werden, wenn das Verhalten im Rahmen einer anderen psychischen Störung auftritt.

Im DSM-5 (APA) ist NSSV als Forschungsdiagnose aufgenommen



NSSV UND SUIZIDALITÄT





SUIZIDALITÄT - EPIDEMIOLOGIE



Gesamtpopulation aller Kinder und Jugendlichen:

- ▶ Suizidgedanken: 14,4 %
- ▶ Suizidversuche: 8,0%

Kinder und Jugendliche in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen:

- ▶ Suizidgedanken: 70,4 %
- ▶ Suizidversuche : 25,6 %



NSSV - EPIDEMIOLOGIE



- ▶ Lebenszeitprävalenz einmaliges NSSV: 25 - 30 %
- ▶ Repetitives NSSV (DSM-5 Kriterien mind. an 5 Tagen im letzten Jahr): ~ 4%
- ▶ Repetitives NSSV bei (teil-)stationären Patienten: 50%

- ▶ Weibliche Jugendliche verletzen sich etwas häufiger als männliche Jugendliche.
- ▶ Die meisten Personen zeigen NSSV in der mittleren Adoleszenz (zwischen dem 15. und 17. Lebensjahr).



RISIKOFAKTOREN





KRISENPLAN RAPHAELSHAUS



Differenzierungen:

1. Suizidversuch und schwere Verletzungen
2. Ankündigung Suizid ohne externalisierte Krise
 - mit Commitment (Selbst- oder Handlungsverpflichtung)
 - ohne Commitment
3. Ankündigung Suizid mit (aggressiver) Krise
4. Durchführung selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidalität
5. Ankündigung selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidalität



SKILLS



Alle Skills haben das Überwinden einer Krise als Ziel.
Das subjektive Empfinden der Mädchen und Jungen wird sich
damit aber zunächst nicht verändern.

- ▶ Physische Skills, z. B. scharfes Kaugummi, Tabasco, Eiswürfel in den Mund oder auf die Haut, Wurzelbürste
- ▶ Psychische Skills, z. B. Entspannungsübungen, Gedankenstopp, Gesprächsangebote, Krisennotfallplan
- ▶ Hirnflickflacks, z. B. Kreuzworträtsel, Stadt-Land-Fluss, Zauberwürfel, Memory



NACHSORGE



- ▶ Nachsorge ist wichtig, da die Wiederholungsrate für weiteren Suizidversuch hoch ist
- ▶ Angebote für Kinder und Jugendliche, z. B. therapeutische Anbindung, Gesprächsangebote
- ▶ Angebote für Eltern, z. B. Notfalltelefon, Beratungsstelle, therapeutische Praxen
- ▶ Angebote für Mitarbeitende, z. B. Supervision, Beratung, Berufsgenossenschaft



EXPLORATION



Anlass zur Exploration akuter Suizidalität - „Reden rettet Leben“

- ▶ Bei Verdacht auf Suizidalität, v. a. Suizidversuche in der Vorgeschichte
- ▶ Suizidäußerungen oder -andeutungen - auch Hinweise aus dem sozialen Umfeld bzw. Äußerungen/Andeutungen gegenüber Dritten beachten
- ▶ Verstärkte Hoffnungslosigkeit oder Überforderungserleben
- ▶ Bei Suizidversuchen bzw. Suiziden im Umfeld des Jugendlichen (aufgrund der Nachahmungsgefahr)
- ▶ Bei plötzlichen Verhaltensänderungen des Jugendlichen Entwicklung einer psychischen Störung



EXPLORATION



Anlass zur Exploration akuter Suizidalität - „Reden rettet Leben“

- ▶ Vorliegen von Risikofaktoren und Warnzeichen wie depressive Symptome, unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod, Verschenken persönlicher Gegenstände, Verfassen eines Testaments
- ▶ Höhere Frequenz und Schwere des NSSV
- ▶ Massive akute Stressfaktoren (z. B. traumatisches Erlebnis, Tod einer Bezugsperson, Mobbing etc.)
- ▶ Entwicklung einer psychischen Störung



EINSCHÄTZUNG VON SUIZIDALITÄT



Columbia - Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

- ▶ Halbstrukturiertes Interview
- ▶ Ermöglicht eine Bewertung der Suizidalität, indem mittels eines klaren Entscheidungsbaums die Suizidalität von Suizidgedanken bis zu einem Suizidversuch eingeschätzt wird
- ▶ Reduziert falsch-positiv hohe Bewertungen, indem die Einschätzung immer auf Basis des letzten Untersuchungszeitpunktes erfolgt (Ausschluss von kumuliert-erhöhten Werten)
- ▶ Bei akuten Warnzeichen durchführen, um einschätzen zu können, ob eine stationäre Einweisung notwendig ist



ZIELE



Ziele der Zusammenarbeit im Umgang mit suizidalen und nichtsuizidalen selbstverletzenden Verhaltensweisen in der Jugendhilfe:

- ▶ „Entstigmatisierung“ - „Reden rettet Leben“
- ▶ Vermeidung von stationären Aufenthalten
- ▶ Entwicklung und Implementierung eines Handlungsleitfadens
- ▶ Qualifizierung der Mitarbeiter*innen unter Berücksichtigung derer Wünsche
- ▶ Erstellung und Weiterentwicklung eines E-Learning-Programms und regelmäßiges Anbieten von Workshops



E-LEARNING



Das E-Learning umfasst Module zu

- ▶ Suizidalität
- ▶ nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten
- ▶ Krisenplan
- ▶ Nachsorge





E-LEARNING – BEISPIEL 1



Einführung

Im Kindes- und Jugendalter treten im Zuge von Adoleszenz Krisen gehäuft suizidale Krisen und selbstverletzendes Verhalten auf.

Anhand dieses E-Learning Programms sollen Sie geschult werden, Risikofaktoren hinsichtlich einer suizidalen Krise zu erkennen, zu bewerten und entsprechende Handlungsoptionen zu identifizieren und anzuwenden. Außerdem sollen die Unterschiede zu nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten aufgezeigt und differenziert werden.

Als Grundlage hierzu lernen Sie unterschiedliche Begriffe im Kontext von Suizidalität kennen. Hierzu zählt insbesondere die Abgrenzung und Differenzierung zum nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten

Im Anschluss werden Ihnen die verschiedenen Abstufungen, Risiko- und protektiven Faktoren sowie die Exploration von Suizidalität mittels der C-SSRS beschrieben werden.

Abschließend wird Ihnen ein Krisenplan mit entsprechender Nachsorge und Dokumentation schrittweise dargelegt.

Zurück

Weiter



E-LEARNING – BEISPIEL 2



Nachsorge - Suizidversuch

- Die Wiederholungsrate für einen weiteren Suizidversuch beträgt unter weiblichen Jugendlichen 50% und männlichen Jugendlichen 37%
- Im Anschluss an psychiatrische (Krisen-)aufenthalte sollten zur multidimensionalen Behandlung und Stabilisierung der Jugendlichen eine Rückmeldung an die behandelnden Ärzte, Gruppenleiter, Therapeuten und Eltern erfolgen
- Sollte es keine ambulante Behandlung geben, sollte diese schnellstmöglich erfolgen – Zur Überbrückung zur Beziehungsstabilisierung sollten (niederschwellige) supportive Gesprächsangebote für die Betroffenen erfolgen

Zurück

Weiter



LITERATUR



DKSB Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2020a): Aktuelle Zahlen und Fakten. Abgerufen am 15.01.2020 von [https://www.dksb-mv.de/Projekte und Einrichtungen/Suizidpraevention in der Kinder und Jugendhilfe/Aktuelles/Aktuelle Zahlen und Fakten/n/45.aspx](https://www.dksb-mv.de/Projekte_und_Einrichtungen/Suizidpraevention_in_der_Kinder_und_Jugendhilfe/Aktuelles/Aktuelle_Zahlen_und_Fakten/n/45.aspx)

Kaess M.; Parzer P.; Haffner J.; Steen R.; Roos J.; Klett M.; Brunner R.; Resch F. (2011): Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*, 11, 597

Vinnerljung, B., Hjern, A., Lindblad, F. (2006): Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 723 - 733



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!