



Friedrich • Teismann

**THERAPIE-TOOLS**



# Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen



**BELTZ**

Leseprobe aus Friedrich • Teismann, Therapie-Tools Suizidalität und  
Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen, ISBN 978-3-621-28802-6

© 2022 Beltz, Weinheim Basel

<https://www.beltz.de/fachmedien/psychologie/produkte/details/47325-therapie-tools-suizidalitaet-und-krisenintervention-bei-kindern-und-jugendlichen.html>

# Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
<b>1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen</b>	<b>11</b>
<b>2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung</b>	<b>19</b>
<b>3 Krisenintervention</b>	<b>56</b>
<b>4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen</b>	<b>112</b>
<b>5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid</b>	<b>193</b>
Literatur	206

# Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

<b>1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen</b>	<b>11</b>
AB 1 Persönliche Haltung	12
INFO 1 Klassifikation suizidaler Handlungen	18
<b>2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung</b>	<b>19</b>
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
<b>3 Krisenintervention</b>	<b>56</b>
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

## 3 Krisenintervention

### ■ Zusammenfassung

Im Zentrum dieses Kapitels stehen Strategien der Krisenintervention bei suizidalen Patient\*innen. Im Einzelnen geht es um die Klärung von und die Auseinandersetzung mit ambivalenten Motiven, Strategien zur Förderung von Selbstkontrolle, den Umgang mit typischen (Krisen-)Symptomen und den Einbezug der Eltern. Ergänzt wird das Kapitel durch Entscheidungshilfen mit Blick auf das zu wählende Behandlungssetting und Hinweise zur (freiwilligen/unfreiwilligen) stationären Unterbringung.

In den allermeisten Fällen stehen Patient\*innen der Möglichkeit eines Suizids ambivalent gegenüber (Harris et al., 2010): Auf der einen Seite gibt es den Wunsch zu sterben und auf der anderen Seite gibt es Wünsche an das Leben und/oder Ängste vor dem Tod. Im Rahmen der Krisenintervention geht es im ersten Schritt darum, diese Ambivalenz für Betroffene spürbar und Gründe, die (immer noch) für das Leben sprechen, wieder erlebbar zu machen. Orientieren lässt sich hierbei an Methoden der Motivierenden Gesprächsführung (Koban & Teismann, 2017). Anknüpfend an das Herausarbeiten von Gründen zu leben kommen veränderungsorientierte Interventionen zur Förderung der Selbstkontrolle zum Einsatz: Vor dem Hintergrund einer breiten empirischen Befundlage zum Nutzen sogenannter Means-Restriction-Methoden (Teismann & Glasow, 2021) muss es immer darum gehen, den Zugang zu letalen Suizidmethoden zu begrenzen. Im therapeutischen Gespräch sollte daher abgesprochen werden, wie gefährliche Gegenstände (z. B. Rasierklingen, Medikamente, Giftstoffe) gesichert werden können. Grundsätze der Motivierenden Gesprächsführung sollten auch hierbei beachtet werden (Britton & Bryan 2016; Czyz et al., 2019). Als weitere Standardintervention im Umgang mit suizidalen Krisen gilt die Erstellung eines Notfallplans (Stanley & Brown, 2012). Beim Notfallplan handelt es sich um eine Liste von hierarchisch organisierten Strategien und Personen/Institutionen, die ein\*e Patient\*in im Fall einer suizidalen Zuspitzung anwenden bzw. kontaktieren kann. Alternativ lassen sich auch Unterstützungspläne oder Antisuizidpakte aufstellen. In weiteren Sitzungen sollten die Jugendlichen beim Management von krisenbedingten Übererregungssymptomen (Agitiertheit, Dissoziation, Hyperventilation, Schlafprobleme), anhaltendem Grübeln und/oder massivem Rückzugsverhalten unterstützt werden. Natürlich lassen sich ergänzend auch sämtliche der im Kapitel 4 »Psychotherapie« beschriebenen Methoden im Sinne der Krisenintervention nutzen.

Im Fall, dass sich ein\*e Patient\*in glaubwürdig von einer Umsetzung suizidaler Gedanken distanzieren kann, diesbezüglich absprachefähig erscheint und ein ausreichend stabiles familiäres Umfeld existiert, kann eine ambulante Weiterbehandlung erfolgen. Es sollten in dieser Situation allerdings verschiedene Anpassungen (Sitzungsfrequenz erhöhen, Telefonkontakte vereinbaren) der therapeutischen Vorgehensweise erwogen werden. Im Fall, dass sich ein\*e Patient\*in zu Hause nicht ausreichend sicher fühlt bzw. bei unzureichender Distanzierung nicht absprachefähig erscheint, muss eine (freiwillige/unfreiwillige) stationäre Unterbringung erwogen werden.

## Arbeitsmaterial

### INFO 12 Ambivalenzklärung

#### AB 11 Gründe für und gegen das Sterben

Im Anschluss an die Risikoabschätzung und parallel zur weiteren Festigung der therapeutischen Beziehung geht es im Fall eines anzunehmenden Suizidrisikos darum, die Entscheidung des/der Patient\*in zum Suizid ins Wanken zu bringen. In dieser Phase kann sehr gut auf Strategien und Methoden aus dem Motivational Interviewing zurückgegriffen werden (Britton et al., 2011; Czyz et al., 2019; Grupp-Phelan et al., 2019). Der/Die Patient\*in wird dazu eingeladen, Gründe für bzw. gegen das Weiterleben zusammenzutragen sowie für bzw. gegen das Beenden des Lebens. Es geht darum, suizidale Jugendliche mit ihrer eigenen Zwiespältigkeit in Kontakt zu bringen. Sie sollen erleben, wie ein Suizid mit persönlichen Zielen und Werten in Konflikt steht. Dabei wird versucht, dass der/die Jugendliche selbst – und nicht der/die Therapeut\*in – die Gründe vorbringt und vertritt, die weiterhin für das Leben sprechen (»living talk«). Im Erfolgsfall verschiebt sich nach und nach die Überzeugung von »Es ist besser zu sterben« hin zur Überzeugung »Es könnte besser sein, weiterzuleben«. Dadurch kann der/die Patient\*in die Entscheidung für sich zumindest probenhalber treffen, gegen suizidale Impulse systematisch vorzugehen und therapeutische Hilfe konstruktiv anzunehmen. Ist die ambivalente Haltung des/der Patient\*in zum Suizid exploriert und auch sichtbar expliziert, kann es in Ergänzung hilfreich und notwendig sein, die Motive/Wünsche, die vermeintlich mit einem Suizid angestrebt werden, mithilfe kognitiver Methoden in Frage zu stellen (**INFO 47** »Übersicht: Interventionen zur Kognitiven Umstrukturierung«).

Grundsätzlich muss beachtet werden, dass das hier beschriebene Vorgehen nur dann gewinnbringend eingesetzt werden kann, wenn von einer gewissen Ambivalenz auszugehen ist (die Jugendlichen also nicht primär zur Behandlung gezwungen wurden).

#### AB 12 Gründe zu leben

Die im Rahmen der Ambivalenzklärung identifizierten Gründe zu leben sollten auf einer sogenannten Bewältigungskarte (s. a. **AB 42** »Bewältigungskarten«) aufgelistet und für den/die Patient\*in so jederzeit verfügbar gemacht werden. Alternativ kann natürlich auch eine Notizen-App im Smartphone verwendet werden.

#### AB 13 Hope Box

Alternativ oder ergänzend zu einer Bewältigungskarte, auf der Gründe zu leben aufgelistet sind, kann auch eine sogenannte Hope Box erstellt werden (Wenzel et al., 2009). Hierbei handelt es sich um eine Box, einen Koffer oder eine Tasche, die mit Gegenständen angefüllt wird, welche an persönliche Gründe für das Weiterleben erinnern. Ergänzend können in die Hope Box auch Materialien zur Emotionsregulation (z. B. Chili-Bonbons, Igelball, s. **INFO 14** »Anspannungszustände«) gelegt werden und/oder die Eltern können gebeten werden, positive Statements aufzuschreiben (z. B. »Ich liebe dich und ich werde dich immer bei allen Schwierigkeiten unterstützen«), die ihr Kind in die Hope Box legen kann. Grundsätzlich sollte die Hope Box in der Therapie vorgestellt und jedes einzelne Item sollte besprochen werden. Auf diese Weise lernt man den/die Jugendliche nicht nur besser kennen, sondern kann auch prüfen, ob manche Gegenstände eher problemkontaminiert sind und besser nicht in der Hope Box aufbewahrt werden sollten.

#### AB 14 Krisenkontaktkarte

Die schriftliche Fixierung von einigen essenziellen Notfallkontaktnummern soll sicherstellen, dass es einen unmittelbaren Kontakt zum Hilfesystem gibt. Es sollten ein bis zwei erwachsene Kontaktpersonen mit Namen und Nummern notiert werden und es sollte die Telefonnummer und Anschrift der notfallaufnehmenden Klinik notiert werden. Zusätzlich können auch die Kontaktdaten des/der Behandler\*in (samt Zeiten, in denen Erreichbarkeit besteht) notiert werden. Die Karte kann an die Jugendlichen und deren Bezugspersonen gegeben werden (King et al., 2013). Wichtig ist vor allem, dass Eltern explizit darauf hingewiesen werden, ihr Kind im Notfall unmittelbar in ein Krankenhaus

zu bringen, oder – wenn sie unsicher sind, ob sie ihr Kind sicher dorthin bringen können – Feuerwehr und/oder Polizei zu verständigen.

#### **AB 15 Notfallplan erstellen**

#### **AB 16 Notfallplan: Vorlage**

Die Effektivität von Notfall- oder Sicherheitsplänen konnte in ersten Studien nachgewiesen werden (Nuij et al., 2021), sodass die Erstellung solcher Pläne inzwischen als Standardintervention gilt. Bei der Erstellung des Notfallplans geht es nicht darum, möglichst viele Strategien und Personen aufzulisten, sondern darum, möglichst effektive Strategien zu benennen. Wichtig ist es zudem, dass Patient\*innen den Notfallplan immer mit sich tragen – kleine Karten, die im Portemonnaie mitgeführt werden können, bieten sich hierfür an. In diesem Sinne kann die Vorlage auf **AB 16** in gefalteter Form (Ziehharmonikafaltung) genutzt werden. Zudem gibt es auch Apps zur Erstellung von Notfallplänen: *Krisen-Kompass* oder *SafetyPlan* (englischsprachige App). Der Notfallplan sollte immer zunächst mit den Patient\*innen erstellt und dann mit den Eltern gemeinsam besprochen werden. Auf diese Weise sind die Eltern zum einen über die Inhalte des Notfallplans informiert und können bei der Umsetzung der Strategien assistieren, zum anderen können sie aber auch prüfen, ob sie die aufgelisteten Strategien und Personen für hilfreich halten. Eine Kopie des Notfallplans sollte immer auch den Eltern ausgehändigt werden (Berk & Clarke, 2019).

#### **INFO 13 Zugang zu letalen Mitteln begrenzen**

#### **AB 17 Zugang zu Suizidmitteln begrenzen**

Die Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln gilt als weitere Standardintervention im Umgang mit suizidalen Patient\*innen. Es wird angenommen, dass der positive Effekt von Zugangsbeschränkungen auf verschiedenen Wegen zustande kommt: Zum einen scheint das Zeitfenster, innerhalb dessen die höchste Gefahr für suizidale Handlungen besteht, nur von kurzer Dauer zu sein, d. h. es geht um wenige Minuten bis hin zu wenigen Stunden (Millner et al., 2017). Besteht in diesem Zeitfenster kein unmittelbarer Zugang zu einer Tötungsmethode, so erhöht sich die Chance, dass die Person überlebt. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass Personen, die sich – innerhalb einer spezifischen suizidalen Krise – für eine Suizidmethode entschieden haben, nur selten auf eine andere Methode ausweichen (Deisenhammer et al., 2016). Suizidmittel sollten – in enger Absprache mit den Patient\*innen – durch Eltern gesichert werden. Im besten Fall wird zunächst alleine mit den Patient\*innen über Möglichkeiten der Zugangsbeschränkung gesprochen, um in der Folge alleine mit den Eltern hierüber zu sprechen. Auf diese Weise lässt sich verhindern, dass die Jugendlichen unmittelbare Kenntnis davon bekommen, wo und auf welche Weise gefährliche Mittel gesichert werden (Berk & Clarke, 2019).

#### **AB 18 Unterstützungsplan**

Der Einbezug von Eltern ist essenziell für die Krisenintervention bei suizidalen Kindern und Jugendlichen: Neben fremdanamnestischen Informationen zur Risikoabschätzung müssen soziale Unterstützungsangebote abgesprochen und dysfunktionale Kognitionen geklärt werden. Zudem bedarf es des Einbezugs der Eltern bei der Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln. Unterstützungs- und Eingriffsmöglichkeiten sollten möglichst konkret und transparent abgesprochen werden. Im Einzelfall muss jedoch entschieden werden, ob der vertragsartige Charakter dieses Arbeitsblatts hilfreich ist oder lieber eine weniger formale Form der Absprache getroffen werden sollte.

#### **AB 19 Antisuizidvertrag: Formulierungsvorschlag**

In einem Antisuizidvertrag verspricht der/die Patient\*in, sich in einem festgelegten Zeitraum nicht selbstgefährdend zu verhalten. Meist werden Nonsuizidverträge ergänzt durch Absprachen, dass der/die Patient\*in sich bei aufkommenden Suizidwünschen an Freunde, Familienangehörige, den/die Therapeut\*in oder andere Professionelle wendet – es werden also Notfallstrategien in den Vertrag integriert. Antisuizidverträge sollten daher alternativ und nicht ergänzend zu Notfallplänen verwendet werden. Vor dem Hintergrund weitreichender Kritik am Einsatz von Antisuizidverträgen (Rudd, et al., 2006) weist Dorrman (2005) sehr deutlich darauf hin, dass es beim Antisuizidvertrag weniger



um das Endprodukt selbst geht, als um den Prozess der Vertragserstellung und der dabei ablaufenden Interaktion zwischen Patient\*in und Therapeut\*in. Dem/Der Patient\*in soll die Vertragserstellung ein Gefühl der Sicherheit/Selbstwirksamkeit vermitteln. In akuten Krisensituationen sollte entsprechend auf die Nutzung von vorgefertigten Verträgen verzichtet werden! Vor diesem Hintergrund ist dieses Arbeitsblatt explizit als Formulierungshilfe und nicht als Vordruck zu verstehen.

#### **INFO 14 Anspannungszustände**

#### **INFO 15 Dissoziation**

#### **INFO 16 Hyperventilation**

#### **INFO 17 Antriebslosigkeit und Rückzug**

#### **INFO 18 Grübeln**

#### **INFO 19 Schlafstörungen**

#### **INFO 20 Albträume**

In einer Krisensituation leiden Betroffene unter starken Symptomen, die zu einer Verschärfung der Krisensituation beitragen oder auch den Kern einer Krise ausmachen (Claus & Teismann, 2021; Galyunker, 2017). Entsprechend benötigen Patient\*innen zum Teil praktische und kurzfristig wirksame Hilfen im Umgang mit diesen Symptomen. In diesem Sinne lassen sich die Infomaterialien nutzen. Selbstverständlich können in der Krisensituation keine Interventionen eingesetzt werden, die eines längeren Therapieprozesses bedürfen. Nichtsdestotrotz sollten die Symptome, unter denen die Jugendlichen besonders leiden, bereits in der Krisensituation in den Behandlungsfokus genommen werden.

#### **INFO 21 Hinweise zur ambulanten Weiterbehandlung**

Im Fall, dass sich ein\*e Patient\*in glaubwürdig von Suizidhandlungen distanzieren kann, diesbezüglich absprachefähig erscheint und ein ausreichend stabiles familiäres Umfeld besteht, kann eine ambulante Weiterbehandlung erfolgen. Dies gilt auch im Fall chronischer Suizidgedanken. Es sollten allerdings die auf dem Informationsblatt beschriebenen Anpassungen der therapeutischen Vorgehensweise beachtet werden.

#### **AB 20 Schweigepflichtentbindung**

#### **AB 21 Schweigepflichtentbindung (Austausch mit Eltern)**

Es sollte bereits zu Beginn der Behandlung der Umgang mit der Schweigepflicht geklärt werden und entsprechende Entbindungen gegenüber den Eltern und/oder Dritten eingeholt werden.

#### **INFO 22 Indikation stationäre Unterbringung**

#### **INFO 23 Ablauf: freiwillige stationäre Unterbringung**

#### **INFO 24 Ablauf: unfreiwillige stationäre Einweisung**

#### **INFO 25 Zwangsmaßnahmen: rechtliche Situation**

Im Fall, dass sich ein\*e Patient\*in nicht sicher von einer – zeitnah zu erwartenden – Umsetzung suizidaler Gedanken distanzieren kann bzw. nicht absprachefähig erscheint, ist der/die behandelnde Therapeut\*in verpflichtet, eine stationäre Weiterbehandlung zu veranlassen. Die Informationsblätter informieren über Indikation (sensu DGKJP, 2016; Jacobs & Brewer, 2004), praktische Vorgehensweisen und die rechtliche Situation.

#### **INFO 26 Ausfüllhilfe: Akutbehandlung (PTV 12)**

#### **INFO 27 Ausfüllhilfe: Verordnung von Krankenhausbehandlung**

#### **INFO 28 Ausfüllhilfe: Verordnung einer Krankenförderung**

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Möglichkeiten und Kompetenzen geschaffen, die die Behandlung suizidaler Patient\*innen für ambulante Psychotherapeut\*innen deutlich erleichtert haben. Die verschiedenen Informationsblätter dienen dazu, sich einen schnellen Überblick zu verschaffen. Vertiefende Informationen zu den einzelnen Angeboten können auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgerufen werden: <https://www.kbv.de/html/27068.php>. Zu beachten ist, dass sich die Formulare im Laufe der Zeit ändern können (Stand der hier gemachten Angaben ist der April 2021).

### **INFO 29 Umgang mit hochakuter Suizidalität (Person droht zu springen)**

In der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit ist man selten mit hochakuter Suizidalität, d. h. mit unmittelbar drohenden Suizidhandlungen, konfrontiert. Nichtsdestotrotz ist man gut beraten, sich auf einen entsprechenden Fall – zumindest theoretisch – vorzubereiten. Im stationär-psychiatrischen Setting müssen notfallpsychologische Maßnahmen bestenfalls vorab geprobt werden. Außerhalb des psychologisch-psychiatrischen Bereiches sind v. a. Notfallseelsorger\*innen und Rettungskräfte mit hochakut-suizidalen Personen konfrontiert. Das Vorgehen im Fall hochakuter Suizidalität unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der weniger akuten Krisenintervention; die Ziele »Beziehung herstellen« und »Zeit gewinnen« stehen hier jedoch stärker im Vordergrund. Es sollte ein offenes und maximal empathisches Gespräch angeboten werden und es sollte versucht werden, den Suizidenten (vorsichtig) in Kontakt mit ambivalentem Erleben zu bringen. Die im Informationsblatt dargestellten Informationen sind dabei nicht so zu verstehen, dass sie nur bei drohenden Sprungsuizide befolgt werden sollten, sondern gelten natürlich auch, wenn Personen kurz davorstehen, sich auf andere Weise das Leben zu nehmen.

### **INFO 30 Umgang mit einem Suizidversuch in der laufenden Behandlung**

Ein Suizidversuch während einer laufenden Behandlung bedarf immer der besonderen therapeutischen Aufmerksamkeit. Das Informationsblatt fasst Punkte und Interventionen zusammen, die reflektiert und umgesetzt werden sollten. Ein Suizidversuch stellt kein Ausschlusskriterium für eine fortgesetzte ambulante Behandlung dar.

### **INFO 31 Informationen für Eltern/Bezugspersonen I**

#### **INFO 32 Informationen für Eltern/Bezugspersonen II: Mythen**

#### **INFO 33 Informationen für Eltern/Bezugspersonen III: Nach einem Suizidversuch**

Die Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen ist für Angehörige belastend und verunsichernd. Im Rahmen der Krisenintervention/Psychotherapie müssen die Bedürfnisse und Belange der Angehörigen daher immer mit in den Blick genommen werden. Zudem müssen Mythen entkräftet, praktische Hilfen besprochen und Grenzen der häuslichen Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Im Rahmen von Elternsitzungen sollten die Inhalte der Informationsblätter daher aufgegriffen und vertieft werden.

### **INFO 34 Was kann ich tun, wenn ein\*e Freund\*in oder ein\*e Klassenkamerad\*in suizidal ist?**

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz suizidalen Erlebens und Verhaltens ist es nicht unwahrscheinlich, dass Jugendliche in Kontakt mit suizidalen Freund\*innen und Klassenkamerad\*innen kommen. Die so genannte ABS-Regel von Plöderl et al. (2010) kann helfen, den Kontakt zu strukturieren: **A**chte auf die Warnsignale, **B**leibe in Beziehung, **S**ag es einem Erwachsenen deines Vertrauens. Das Informationsblatt erläutert die genaue Vorgehensweise für Jugendliche.

## Ambivalenzklärung

Suizidale Patient\*innen befinden sich in aller Regel in einem langanhaltenden und intensiven Zustand der Ambivalenz: Auf der einen Seite steht der Wunsch zu sterben bzw. so nicht mehr leben zu wollen und auf der anderen Seite gibt es noch Wünsche an das Leben bzw. Ängste vor dem Sterben oder Totsein. Jeglicher Versuch, diese Ambivalenz zu schnell auf eine Entscheidung hin zu forcieren, schafft potenziell Distanz zwischen Therapeut\*in und Patient\*in und sollte daher vermieden werden. Achten Sie zudem auf eine ambivalenzfreundliche Sprache (»Einerseits ... andererseits«, »Ein Teil möchte ..., der andere Teil möchte ...«, »Du möchtest A und B.«) und lassen Sie sich Zeit dabei, ambivalentes Erleben zu explorieren. Notieren Sie die verschiedenen Motive – sichtbar für Patient\*innen – auf Karteikarten und gestalten Sie die Exploration in den folgenden Schritten.

### (1) Exploriere Gründe für das Sterben

#### ■ Beispiel



»Was ist es eigentlich genau, dass dich im Moment sagen lässt, es ist besser für mich zu sterben? Welche Gründe führt der Teil von dir, der für den Suizid ist, an? Welchen Vorteil hätte es für dich derzeit, tot zu sein? Was für Dinge in deinem Leben veranlassen dich, dir den Tod zu wünschen? Was erhoffst und versprichst du dir von einer Selbsttötung?«

**Hinweis:** Lassen Sie sich Zeit bei der Exploration und begleiten diese durch offene Fragen, aktives Zuhören und Würdigungen (»Ich kann mir vorstellen, wie belastend das sein muss«). Fokussieren Sie nicht vorschnell auf potenziell lebensbejahende Motive und stellen Sie die genannten Gründe zu sterben nicht in Frage! Fassen Sie alle Gründe zu sterben nochmal zusammen, bevor Sie die Exploration fortsetzen.

### (2) Exploriere Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben

#### ■ Beispiel



»Gibt es einen Teil in dir, der nicht für das Sterben eintritt? Einen Teil, der zweifelt und den noch etwas mit dem Leben verbindet? Was verbindet diesen Teil mit dem Leben?« ODER: »Siehst du noch Hindernisse auf dem Weg zu einer Selbsttötung?

Die Tatsache, dass du heute hier bist, spricht dafür, dass zumindest ein Teil von dir noch etwas vom Leben möchte: Was könnte das sein?« ODER: »Was genau könnte dich dazu veranlasst haben, hier heute von den Suizidgedanken zu erzählen?

Auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig): Wie wichtig ist es dir momentan, am Leben zu sein? Wenn der/die Patient\*in nicht die 0 wählt: Was lässt dich eine [Angabe des/der Patient\*in] wählen und keine 0? Wenn der/die Patient\*in die 0 wählt: Was müsste sich ändern, damit du eine höhere Zahl wählen könntest?«

## Ambivalenzklärung

**Hinweis:** Vertiefen Sie die Auseinandersetzung durch aktives Zuhören (»Für deine Mutter ist es wichtig, dass du am Leben bleibst!«), Fragen nach konkreten Beispielen (»Was ist es eigentlich, was deine Mutter so wichtig für dich macht?«) oder mit der Bitte um weitere Aufklärung (»Was genau befürchtest du, würde schlimmstenfalls mit deiner Mutter passieren, wenn du dir das Leben nimmst?«) und helfen Sie Patient\*innen so, emotional mit wichtigen Gründen für das Weiterleben in Kontakt zu kommen.

### (3) Zusammenfassung und Schlüsselfrage

Fassen Sie die Gründe für das Sterben und die Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben abschließend zusammen.

#### ■ Beispiel



»Es hört sich so an, als wärst du zwischen zwei Zuständen hin- und hergerissen. Einerseits ist dein Leben momentan (bzw. schon seit langem) wirklich schwierig und anstrengend, so dass es nicht wenige Punkte gibt, die für das Sterben sprechen: ... Und gleichzeitig gibt es Punkte, die (immer noch) gegen das Sterben sprechen: ...«

Schließen Sie eine offene Frage danach, wie man nun mit den beiden Teilen umgehen könnte, an.

#### ■ Beispiel



»Wie kann es aus deiner Sicht nun weitergehen? Wie willst du mit diesen widersprüchlichen Perspektiven umgehen?«  
UND: »Worum müssen wir uns hier in der Behandlung vor allem kümmern?«

**Hinweis:** Wenn Sie darum gebeten werden, dann können Sie nun Informationen zu weiteren Behandlungsoptionen geben. Zudem können Sie – wenn es passend erscheint – kognitive Methoden einsetzen, um die Zwangsläufig- und Sinnhaftigkeit einzelner Motive zu sterben, weiter infrage zu stellen. Schließlich sollten die Gründe für das Leben bzw. gegen das Sterben verschriftlicht werden (AB 11 »Gründe für und gegen das Sterben«).

AB 11 • P

# Gründe für und gegen das Sterben

## Für das Leben/ gegen das Sterben

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Für das Sterben/ gegen das Leben

.....

.....

.....

.....

.....

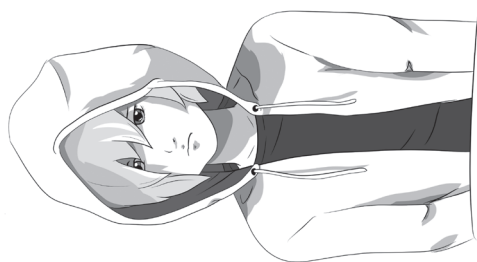
.....

.....

.....

.....

.....



Beispiele: Meine Freund\*innen/Familie könnten glauben, dass ich sie nicht geliebt habe. Ich habe Angst, dass mein Haustier eingeschläfert wird. Ich will nicht, dass irgendjemand denkt, ich hätte gekniffen. Ich bin eigentlich jemand, der kämpft. Ich habe Angst vor dem Tod. Ich habe Angst davor, einen Suizidversuch zu überleben. Ich habe Angst vor den Schmerzen.

Beispiele: Ich wäre nicht länger eine Last für andere. Die Streitigkeiten wären dann endlich vorbei. Ich würde nicht länger gemobbt und gequält werden. Ich hasse mich selbst und habe es nicht anders verdient. Wenn ich tot bin, wird es ihnen leidtun, was sie mir angetan haben. Es ist einfach egal, ob ich lebe oder tot bin. Ich hätte endlich Ruhe (von meinen Gedanken/Gefühlen).

AB 12 • P

## Gründe zu leben

In suizidalen Krisen fällt es jedem schwer, sich an die Dinge zu erinnern, die weiterhin für das Leben und gegen das Sterben sprechen. Es ist daher hilfreich, sich diese Dinge aufzuschreiben. Hierzu kannst du das unten stehende Kärtchen nutzen. Lies dir die Punkte immer wieder durch und schreib alles auf, was dir im Laufe der Zeit noch einfällt.



Meine Gründe zu leben:

Meine Gründe, *nicht* zu sterben:



## AB 13 • P

### Hope Box

Dinge, die einem wichtig sind, kann man leicht vergessen, wenn man schlecht drauf ist. Eine Hope Box kann dir helfen, dich auch in einer suizidalen Krise an die Dinge zu erinnern, für die es sich lohnt, weiterzuleben.



Nimm dir zur Erstellung der Hope Box eine Papierschachtel, einen Schuhkarton oder einen kleinen Koffer und leg all die Dinge hinein, die dich an deine Gründe zu leben erinnern. Alternativ kannst du eine Zusammenstellung dieser Dinge auch mit dem Smartphone machen. Achte dann aber darauf, dass alles an einer Stelle gespeichert bzw. verlinkt ist.



- ▶ Fotos/Filmclips von Freund\*innen/Eltern/Großeltern
- ▶ Fotos/Filmclips von deinem Haustier
- ▶ Playlist mit Lieblingssongs
- ▶ Download von Lieblingsfilmen/Serien/Clips
- ▶ Texte/Fotos/Filme von Lieblingsstars
- ▶ Lieblings-Memes
- ▶ Lieblingsbuch
- ▶ Postkarten, (Liebes-)Briefe
- ▶ Fotos von Orten, die du noch bereisen möchtest
- ▶ Kopien von Zeugnissen, Auszeichnungen
- ▶ Judogürtel usw.

Lege keine Dinge in deine Hope Box, die mit negativen Gefühlen verknüpft sind! Und mach dir keinen Druck: Es ist normal, dass erstmal nur wenige Gegenstände in der Hope Box sind. Immer wenn dir noch etwas einfällt, dann kannst du es auch später noch hinzufügen.

Achte darauf, dass du mindestens einmal pro Woche – und immer im Notfall – in die Box hineinguckst.