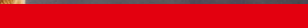




CURAVIVA.CH

PRAXISHILFE

FÜR DEN UMGANG MIT SUIZIDALEN KRISEN



INHALTSVERZEICHNIS

1. Jugendsuizid	4
Zahlen und Fakten	4
Für das Thema sensibilisieren	5
2. Die Perspektive des Betroffenen – ein Erklärungsversuch	6
Suizidale Krisen in der Adoleszenz	6
Mögliche Auslöser	7
3. Die Perspektive des Begleitenden – hilfreiche Interventionen	10
Rolle und Auftrag	10
Risikofaktoren, Warnsignale und Alarmzeichen	10
Risiko einschätzen (leichtes, mittleres, hohes)	12
Verantwortung	14
Interventionsmodell	15
Interventionsformen	15
4. Literatur, Links und Partner	18
Hilfestellungen	18
Fachstellen	19
Hilfreiche Broschüren	20
Literatur	21

1. JUGENDSUIZID

ZAHLEN UND FAKTEN

Die Suizidrate der Schweiz liegt international gesehen im mittleren Bereich. Im Vergleich mit westlichen Ländern ist sie im oberen Drittel anzusiedeln. Bei den 15 bis 44-jährigen Männern ist Suizid in der Schweiz die häufigste Todesursache.¹

In den vergangenen Jahren (2009–2013) starb in der Schweiz an jedem dritten Tag ein junger Mensch unter 30 Jahren durch Suizid. 8 von 10 Verstorbenen waren männlich. Demgegenüber kommt es bei Frauen deutlich häufiger zu Suizidversuchen. Dies hängt damit zusammen, dass Männer tendenziell harte Methoden (Erhängen, Erschiessen, Sprung in die Tiefe, Bahnsuizid usw.) wählen, während Frauen häufiger weiche Methoden anwenden (z. B. Einnehmen von Tabletten oder Gift, Zuführen von Schnittwunden usw.), die nicht unmittelbar zum Tod führen.

Im Vergleich zu vollendeten Suiziden liegt die Anzahl der Suizidversuche im Jugendalter um ein Vielfaches höher.² Steffen et al. unterstreichen dies, indem sie berichten, dass vor allem Jugendliche zwischen 15 und 29 Jahren Suizidversuche unternehmen und die höchste Rate (2004) bei jungen Frauen zwischen 20 und 24 Jahren auftritt.³ Demgegenüber begehen Kinder bis 10 Jahre laut Statistik selten bis nie einen Suizidversuch bzw. einen Suizid. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass in diesem Alter die Entwicklung des Todeskonzepts noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Allgemein wird angenommen, dass 50 % der Gesamtbevölkerung im Verlauf ihres Lebens Suizidgedanken haben.⁴

¹ Keller-Guglielmetti, E., und Walter, E. (2015); von Greyerz, S., und Keller-Guglielmetti, E. (2005)

² Nevermann, C., und Reicher, H. (2009)

³ Steffen, T., Maillart, A., Michel, K., und Reisch, T. (2011)

⁴ Keller-Guglielmetti, E., und Walter, E. (2015)

FÜR DAS THEMA SENSIBILISIEREN

Suizidversuche und Suizide, im Speziellen die von Kindern und Jugendlichen, sind in unserer Gesellschaft ein Tabuthema. In der Arbeit mit Jugendlichen sind wir jedoch immer wieder mit dieser Thematik konfrontiert. Viele von uns fühlen sich im Umgang damit unsicher. Individuelle Ängste können dazu führen, suizidale Signale zu überhören oder zu verharmlosen.

Individuelle Ängste können dazu führen, suizidale Signale zu überhören oder zu verharmlosen.

Werden suizidale Tendenzen eines Jugendlichen an einen herangetragen, kann dies überfordern, was schlimmstenfalls zu falschem Handeln führt.⁵ Aussagen wie «Wenn jemand von Suizid spricht, wird er sich nichts antun» oder «Ich spreche das Thema Suizid lieber nicht an, da ich den Jugendlichen nicht auf dumme Gedanken bringen möchte» sind nicht zielführend. Vielmehr darf oder muss im Verdachtsfall bei Kindern und Jugendlichen ganz konkret nach Suizidgedanken gefragt werden.

Diese Broschüre will einerseits für das Thema Jugendsuizidalität sensibilisieren und andererseits Wissen vermitteln. Indem verschiedene Aspekte wie Auslöser, Ursachen bzw. Risikofaktoren, Alarmsignale und Intervention aufgegriffen werden, soll der Umgang mit suizidalen Krisen von Kindern und Jugendlichen erleichtert werden.

⁵ Egli, N. (2015)

2. DIE PERSPEKTIVE DES BETROFFENEN – EIN ERKLÄRUNGSVERSUCH

SUIZIDALE KRISEN IN DER ADOLESCENZ

Krisen gehören zu jeder gesunden Persönlichkeitsentwicklung – und Suizidgedanken kommen gerade im Jugendalter vergleichsweise häufig vor. Das Jugendalter bzw. die Adoleszenz ist vermutlich die wichtigste und tiefgreifendste Umbruchphase im menschlichen Leben.⁶

Suizidgedanken kommen gerade im Jugendalter vergleichsweise häufig vor.

Wie Jugendliche konkret mit Krisen und Suizidgedanken umgehen, steht mit ihren eigenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien in Zusammenhang.⁷ Es geht dabei um Abhängigkeit vs. Autonomie, Leben in der Peergroup, Beziehungsabbrüche, körperliche und hormonelle Veränderungen, Stimmungsschwankungen, Leistungsdruck, Suche nach der eigenen Identität und dem Sinn des Lebens. Die Auseinandersetzung mit den Entwicklungsanforderungen dieser Zeit kann fordern, fördern und auch überfordern.⁸ Wenn eigene Ressourcen und Fähigkeiten nicht ausreichen bzw. die Risikofaktoren und Belastungen dominieren, kann sich eine Entwicklungskrise zu einer grösseren Krise ausweiten, die nicht mehr konstruktiv bewältigt wird. Die Psyche ist bedroht.

Hilfreich ist, suizidales Verhalten als Ausdruck einer Beziehungsstörung anzusehen.⁹ Die Beziehung zu anderen Menschen wird nicht mehr als positiv und schützend erlebt. Dies führt dazu, sich anderen nicht mehr anzuvertrauen, Bindung und Beziehung nicht mehr als etwas Sinnvolles zu erleben.

Suizidversuche können einen Appellcharakter haben. Der Appell richtet sich an das soziale Umfeld – an Eltern, Freunde oder Bezugspersonen. Es geht in erster Linie nicht darum, aus dem Leben zu scheiden, sondern

⁶ Erikson, E. (2003)

⁷ Egli, N. (2015)

⁸ Borg-Laufs, M., Gahleitner, S.B., und Hungerige, H. (2012)

⁹ Schnell, M. (2005)

in seiner Not wahrgenommen zu werden und Hilfe zu erhalten. Der Suizidversuch wird so zum Kommunikationsversuch bzw. zum Hilferuf, mit der Hoffnung, das Umfeld zu alarmieren und gehört zu werden.

MÖGLICHE AUSLÖSER

Weshalb sich Kinder und Jugendliche das Leben nehmen, lässt sich nicht pauschal beantworten. Es scheint, dass oft nicht der Todeswunsch im Zentrum steht, sondern der Wunsch, von allen Problemen befreit zu sein. Die suizidale Handlung ist daher als Reaktion auf eine gravierende Lebenskrise zu sehen.

Zu beachten sind einerseits **Auslöser**, andererseits **Ursachen** bzw. **Risikofaktoren**.

Auslöser sind oft alltägliche Probleme, die unüberwindbar scheinen oder sich derart zuspitzen, dass sie zu einer totalen Überforderung und damit zu Handlungsunfähigkeit führen. Im Konkreten können das z. B. Schulprobleme, (Cyber-)Mobbing, Konflikte mit Freunden oder der Familie, Liebeskummer, soziale Isolation oder Versagensängste sein.

Auslöser können relativ banale Ereignisse sein, die «das Fass zum Überlaufen bringen». Für einige Jugendliche scheint der Suizidversuch in der konkreten, als unerträglich erlebten Situation die einzige Möglichkeit zur Veränderung oder Bewältigung zu sein. Begünstigt wird dies zusätzlich, wenn suizidale Handlungen in der eigenen Geschichte bereits als Problemlöseverhalten erlebt wurden (z. B. Suizid eines Angehörigen).¹⁰

Die **Ursachen** von Suizidalität liegen jedoch meist auf einer tieferen Ebene. Als Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität gelten z. B. psychische Erkrankung (Depression), Traumata, Gewalt in der Familie, Beziehungsbrüche, Verlusterlebnisse, sexuelle Ausbeutung, sexuelle Orientierung/LGBT, Sucht, materieller Notstand, frühere Suizidversuche (einer der grössten **Risikofaktoren**), Suizid in der Herkunftsfamilie, Migration, mangelndes Selbstwertgefühl.

Obwohl in der Krise oft nur der Auslöser für eine suizidale Handlung zu erfassen ist, kommt der Ursache in der Behandlung ein hoher Stellenwert zu. Dies jedoch eher auf therapeutischer als auf pädagogischer Ebene.

¹⁰ Schnell, M. (2005)

MUSTER

Meist kommt der Suizid bzw. ein Suizidversuch eines Jugendlichen für das Umfeld sehr überraschend. In der Regel steckt hinter einem Suizid bzw. einem Suizidversuch jedoch bereits ein langer Prozess.

Obwohl Jugendliche einen Suizidversuch bzw. den Suizid häufig direkt oder indirekt ankündigen, wird die suizidale Entwicklung eines Jugendlichen oft im direkten Umfeld nicht als solche wahr- oder ernst genommen.

Nachfolgend werden zwei Modelle vorgestellt, die in der Praxis helfen können, die Entwicklung einer suizidalen Krise zu erkennen und das Risiko einer Gefährdung besser einzuschätzen.

Das Modell des Präsuizidalen Syndroms von Ringel¹¹

Ringel fand aufgrund von Befragungen von Menschen nach Suizidversuchen heraus, dass die seelische Befindlichkeit der Betroffenen vor der suizidalen Handlung Ähnlichkeiten aufwies. Er fasste diese in seinem Modell zu den drei Komponenten **Einengung**, **Aggression** und **Suizidgedanken** resp. **Suizidfantasien** zusammen.

Auch wenn ein Suizid oder ein Suizidversuch überraschend erscheinen mag, so steckt jedoch bereits ein langer Prozess dahinter.

1. Die Betroffenen berichten von einer Einengung, die immer stärker wird, und zwar im Erleben von sich selbst und der Umwelt. Einengung führt immer mehr zum Rückzug, zur Abnahme von sozialen Kontakten, zum Aufgeben von Interessen und zum Gefühl der Einsamkeit.
2. Zudem bauen sie **Aggressionen** auf, die mit der Zeit gegen die eigene Person gerichtet werden. Sie können sich in aggressiven Fantasien und/oder selbstverletzendem Verhalten zeigen.

¹¹ Eink, M., und Haltenhof, H. (2012); Nevermann, C., und Reicher, H. (2009)

3. Sie äussern wage bis konkrete **Suizidgedanken** und **-fantasien**, die zu Beginn bewusst herbeigeführt werden und mit der Zeit immer zwanghafter und gefährlicher werden können.

Die drei Komponenten können nacheinander oder auch gleichzeitig auftreten.

Das Modell der Phasen der Suizidalität von Pöldinger¹²

Pöldinger geht in seinem Modell von den drei Phasen **Erwägung**, **Ambivalenz** und **Entschluss** aus.

1. Phase der **Erwägung**: Suizid wird als Problemlösung in Betracht gezogen. Dabei spielen vor allem suizidale Handlungen im sozialen Umfeld und Berichte aus den Medien eine Rolle.
2. Phase der **Ambivalenz**: Hier besteht Unschlüssigkeit darüber «Soll ich, soll ich nicht?», «Ein Teil in mir will leben, der andere Teil will sterben». In dieser Phase wird ein innerer Kampf ausgetragen und mit sich selbst gerungen. Dabei kommt es oft zu direkten Hilferufen, in denen Kontakt zu anderen Menschen gesucht wird. Hier besteht eine Chance für Hilfe und Unterstützung.
3. Phase des **Entschlusses**: Hier kann es zu indirekten Äusserungen kommen. Typisch für diese Phase ist oft das plötzliche Verschwinden der Verzweiflung. Ausgeglichenheit, Gelassenheit und Erleichterung machen sich breit. Dies signalisiert nicht das Ende der suizidalen Krise, sondern vielmehr, die Ambivalenz hinter sich gelassen und den Entschluss gefasst zu haben. Diese Verhaltensänderung sollte als deutliches Alarmsignal verstanden werden.

¹² Eink, M., und Haltenhof, H. (2012)

3. DIE PERSPEKTIVE DES BEGLEITENDEN – HILFREICHE INTERVENTIONEN

ROLLE UND AUFTRAG

Wenn man in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit dem Thema Suizid konfrontiert wird, geht es in erster Linie darum, dies ernst zu nehmen und ganz konkret beim Jugendlichen nachzufragen. Grundsätzlich kann nur im direkten Austausch herausgearbeitet werden, weshalb sich das Weiterleben lohnt und welche altern Lösungsmöglichkeiten es gibt.

Andere Lösungsmöglichkeiten herauszuarbeiten, ist nur im direkten Austausch möglich.

Entscheidend ist, sich als Person mit der Thematik zu befassen, um im Ernstfall möglichst gezielt intervenieren zu können. Dazu gehören das Reflektieren und Bewusstmachen der eigenen Einstellung gegenüber Suizidalität. Der Auftrag ist in jedem Fall, Kinder und Jugendliche, so gut es geht, vor einem Suizidversuch bzw. Suizid zu schützen. Gleichzeitig müssen alle Beteiligten akzeptieren, dass es dennoch dazu kommen kann.

RISIKOFAKTOREN, WARNSIGNALE UND ALARMZEICHEN

Suizidversuche und Suizide werden zu etwa 75 % im Voraus direkt oder indirekt (z. B. über Verhaltensveränderungen) angekündigt.¹³

Oft sind die Botschaften verschlüsselt, werden nonverbal ausgedrückt, was das Erkennen erschwert. Doch auch direkte Ankündigungen werden oft nicht als solche wahr- oder ernst genommen. Falls man Signale bemerkt, ist es jedoch wichtig, das Gespräch zu suchen, den Jugendlichen ernst zu nehmen, ganz konkret nachzufragen, nicht zu bagatellisieren und die Signale nicht einfach als manipulativ abzustempeln. Hier nochmals der Hinweis darauf, dass Suizidversuche eine Appellfunktion haben: suizidales Verhalten als Kommunikationsversuch im Sinne eines Hilfeschreis.

¹³ Möller, H., Laux, G., und Deister, A. (2009)

Jugendliche, die sich in einer Krise befinden, zeigen dies häufig durch ihr Verhalten. Nicht jedes Signal ist ein Zeichen für Suizidalität. Klarheit über die Notwendigkeit einer Hilfestellung hat man jedoch erst, wenn man das Gespräch sucht und ganz konkret danach fragt. Auch bei nicht akuten Fällen.

Nebst Ursachen bzw. Risikofaktoren, die bereits im Abschnitt «Auslöser» näher behandelt wurden, gibt es auch ganz klare Warnsignale für suizidale Tendenzen. Diese können in Form von sprachlichen Äusserungen, Verhaltensveränderungen, Anspielungen, psychischen Veränderungen usw. auftreten.

Warnsignale beachten.

Warnsignale¹⁴ können sein:

- soziale Isolierung, Rückzug
- aggressiv-abwehrendes Verhalten
- starke Stimmungsschwankungen, Gereiztheit
- diffuse Ängste
- vernachlässigte äusserliche Erscheinung
- Essstörungen
- vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum
- Konzentrationsverlust, Zerstreutheit
- auffällige Unruhe, psychomotorische Agitiertheit
- Interessenlosigkeit, Aufgabe von Hobbys
- vermehrte Unfallneigung
- psychosomatische Symptome wie Erschöpfung, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühle
- verbale Hinweise («Es wäre besser, wenn es mich gar nicht gäbe», «Mich will ja eh keiner haben», «Mir ist sowieso alles egal», «Meinen Geburtstag erlebe ich eh nicht mehr»)
- schriftliche Hinweise (Abschiedsbriefe, Testamente, Gedichte, Hinweise in Schulaufsätzen > Beschäftigung mit dem Tod)
- symbolische Hinweise (Grabsteine zeichnen)

¹⁴ Ortiz-Müller, W., Scheuermann U., und Gahleitner S.B. (2010); Nevermann, C., Reicher, H. (2009)

Allgemein gilt: Je konkreter die Ankündigung, desto dringender besteht Handlungsbedarf.

Bei folgenden Alarmzeichen ist unmittelbares Handeln angezeigt:

- Suizidpläne und Vorbereitungen
- konkrete Handlungen wie Sammeln von Tabletten oder Besorgen einer Waffe
- konkrete Suizidankündigungen
- Verschenken von sehr persönlichen Gegenständen und Haustieren
- plötzliche Erleichterung und Ruhe, obwohl sich die Krisensituation nicht verbessert hat

Plötzlich auftretende Gelassenheit kann ein Anzeichen dafür sein, dass sich Betroffene nicht mehr in der Ambivalenzphase befinden, sondern sich für Suizid entschieden haben. Gab es zudem in der Vergangenheit schon Suizidversuche, stellt dies ein deutlich erhöhtes Risiko dar.¹⁵

RISIKO EINSCHÄTZEN (LEICHTES, MITTLERES, HOHES)

Hilfreich für die Einschätzung, ob eine suizidale Gefährdung besteht, die eine Intervention erfordert, ist das Modell von Pödlinger (siehe Abschnitt «Muster»):

Erwägung	Ambivalenz	Entschluss
Mässige Suizidgefahr		Hohe Suizidgefahr
Passive Todeswünsche		Suizidpläne
Suizidgedanken		Vorbereitungen
Suizidfantasien		Suizidale Handlungen

¹⁵ Nevermann, C., und Reicher, H. (2009)

Hilfreiche Fragen für die Einschätzung:

In welcher Phase befindet sich der Jugendliche? Geht es um Suizidgedanken? Oder bereits um Suizidpläne? Wurden allenfalls schon Vorbereitungen getroffen? Gab es Suizidversuche in der Vergangenheit? Wie steht es um die Warnsignale? Gibt es eindeutige Alarmzeichen?

Fragen wagen.

Ist die Suizidgefahr als hoch einzuschätzen und liegen Alarmzeichen wie konkrete Hinweise und Äusserungen vor, gilt es, unmittelbar zu handeln.

(Interventionsmodell/Interventionsformen S. 11–13).

In allen anderen Fällen gilt: Sobald irgendetwas auffällt oder ein Verdacht besteht, dies immer direkt und sehr konkret ansprechen. Nur wenn ich mich wage, danach zu fragen, kann ich erfahren, ob eine tatsächliche Gefährdung vorliegt.

Erschwerend für die Einschätzung ist, dass verschiedenste – auch geringfügige Ereignisse – als Auslöser zu einer suizidalen Handlung führen können (siehe Abschnitt «mögliche Auslöser»). Der Auslöser bringt lediglich das Fass zum Überlaufen. Dahinter versteckt sich jedoch eine Ursache, die die Bereitschaft zum Suizid womöglich schon lange erhöht hat.¹⁶

Deshalb: Bei allfälligen Anzeichen (Warnsignale/Alarmzeichen) aufmerksam sein und das direkte Gespräch mit dem Jugendlichen suchen. Bestehen Unsicherheiten bezüglich des eigenen Handelns, müssen diese im Austausch mit Kollegen und/oder Fachpersonen geklärt werden (Einschätzung nach dem 4-Augen-Prinzip). Im Bedarfsfall stehen unterstützende Stellen rund um die Uhr zur Verfügung (z.B. Beratung und Hilfe 147 > siehe Kapitel 4).

¹⁶ Nevermann, C., und Reicher, H. (2009)

VERANTWORTUNG

Es ist nicht die Aufgabe vom (sozial-)pädagogischen Personal in stationären Kinder- und Jugendinstitutionen, die suizidalen Jugendlichen zu therapieren, sondern

- für Warnsignale aufmerksam zu sein,
- Jugendliche in ihrem Erleben ernst zu nehmen,
- beratend zu intervenieren
- und wenn nötig an professionelle Stellen zu triagieren.

Übergaben erfolgen wann immer möglich mit Einbezug der Betroffenen an offizielle Stellen wie Hausärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste oder direkt an den Sanitätsnotruf 144. Die Entscheidung für oder gegen eine Intervention ist mit Einbezug einer Drittperson zu treffen. Die Verantwortung soll delegiert oder geteilt werden.

Für das Einholen einer Zweitmeinung ist eine definierte interne (Gruppenleitung, Bereichsleitung, ...) oder externe Stelle (z.B. Beratung und Hilfe 147) beizuziehen.

Die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen kann belastend sein. Die Angst vor möglichen Folgen schwingt immer mit! Hilfreich ist, jeden Fall genau zu dokumentieren und in geeigneten Gefässen (Supervision/Intervision) zu reflektieren.

Folgende Grundsätze¹⁷ gelten:

1. Ich kann niemanden vom Suizid abhalten.
2. Es hilft dem Jugendlichen, wenn ich die Angst aushalten kann, dass er sich etwas antun will.
3. Solange er sich an mich wendet, will er noch etwas von mir. Somit habe ich auch das Recht zu handeln.
4. Wenn ich mich überfordert fühle, werde ich direkt Unterstützung für mich beanspruchen.

¹⁷ Dorrman, W. (2009)

INTERVENTIONSMODELL

Oberste Priorität hat, den Jugendlichen zu schützen und wenn immer möglich nicht alleine zu lassen. Bei Anbahnung einer Krise kann folgendes **Modell der Krisenintervention**¹⁸ beigezogen werden:

- Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses
- Entlastung durch aufmerksames und beruhigendes Zuhören
- Erfragen des Auslösers und der Ursache
- Aktivieren von Ressourcen/Bewältigungsstrategien
- Zieldefinition
- Problembearbeitung
- Abschluss

Verantwortung für das eigene Handeln, aber nicht für das Leben des Betroffenen übernehmen.

INTERVENTIONSFORMEN

Beratende Interventionen: kritisch wohlwollende Begleitung der suizidgefährdeten Person, Verantwortung für das eigene Handeln, aber nicht für das Leben des Betroffenen übernehmen.

Dabei geht es im Wesentlichen um folgende Aspekte:

- **in Beziehung treten:** aktiv zuhören, offene Fragen stellen, empathisch sein
- **Gefährdung einschätzen:** Wenn immer möglich Selbsteinschätzung der Betroffenen einbeziehen (z.B. Skalierungsfragen: Wie hoch schätzt du die Gefahr ein, dass ...) > siehe Abschnitt «Risiko einschätzen»
- **Tunnelblick verlassen, Perspektiven aufbauen:** Pläne direkt ansprechen
«Wie, wo und wann?»
«Sind bereits Vorbereitungen getroffen?»

¹⁸ Ortiz-Müller, W., Scheuermann U., und Gahleitner S.B. (2010)

Persönliche Konsequenzen und Konsequenzen für Angehörige besprechen

«Gibt es etwas, was du noch erleben möchtest?»

«Angenommen, du wärst tot, was wäre dann besser?»

«Von was wärst du dann erlöst?»

«Wie werden deine Eltern/Freunde reagieren, wenn sie von deinem Suizid erfahren?»

«Wie wird es ihnen wohl gehen?»

«Wie wird deren Zukunft ohne dich aussehen?»

Ambivalenz nutzen

«Welche Alternativen gäbe es?»

«Was müsste sich als Erstes verändern, damit der Teil in dir, der leben will, wieder wächst?»

Hilfreich für die **Gesprächsführung** in suizidalen Krisen:

- Ort für Gespräch wählen, wo sich Jugendliche wohlfühlt, genug Zeit einplanen
- Konkret nachfragen bietet dem Jugendlichen eine Chance zur Entlastung
- Eigene Sorge mitteilen und eigene Ängste reflektieren
eigene Ängste dürfen nicht das konkrete Nachfragen verhindern
- Nicht über Legitimation von Suizid sprechen
- Angebote, die ich mache, muss ich einhalten können,
«Ich bin hier und jetzt für dich da» anstelle von «Ich bin immer für dich da»
- Sich nicht erpressen lassen
Zweitperson beziehen

Im Gesprächsverlauf zeigt sich, ob eine Neubewertung der Situation möglich ist (Abstand zur suizidalen Ankündigung), ob Vereinbarungen getroffen werden können und Entlastungsmöglichkeiten gefunden werden (z. B. Notfallplan, Vernetzung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten, ambulanten Psychotherapeutinnen/-therapeuten).

Ist dies nicht möglich, sind **kontrollierende Interventionen** und der Einbezug von Fachpersonen (im Idealfall Notfallpsychiaterin/Notfallpsychiater) nötig.

Kontrollierende Interventionen: suizidgefährdete Person mit kontrollierenden Massnahmen vor Selbstgefährdung schützen. Dafür ist wenn immer möglich eine Notfallpsychiaterin/ein Notfallpsychiater beizuziehen.

Grundsatz: Betroffene nicht alleine lassen!

- Betroffene Jugendliche sind genau darüber zu informieren, weshalb die Verantwortung nicht mehr alleine getragen werden kann.
- Notfalls ist auch gegen den Willen des betroffenen Jugendlichen zu handeln.
- Wenn die Situation so akut ist, dass direkt kontrollierend interveniert werden muss, sind Kollegen oder Vorgesetzte beizuziehen.

Bei kontrollierenden Interventionen lautet der Grundsatz: Betroffene nicht alleine lassen.

4. LITERATUR, LINKS UND PARTNER

HILFESTELLUNGEN

Allgemeiner Notruf 112, Sanität 144, Polizei 117

wenn Hilfe vor Ort nötig ist
24 h am Tag, 365 Tage im Jahr

Beratung und Hilfe 147

zum Einholen einer Zweitmeinung
zum Einleiten einer Krisenintervention
wenn Austauschbedarf besteht
24 h am Tag, 365 Tage im Jahr; kostenlos
www.147.ch

Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste vor Ort

für weiterführende Beratung
zum Aufbau therapeutischer Unterstützung
Kontaktaten via www.147.ch/Beratungsstellen.379.o.html

Kriseninterventionszentren vor Ort

professionelle Hilfe während 24 h am Tag
beizuziehen, um ambulante oder stationäre Therapie aufzugleisen
Kontaktaten via www.147.ch/Beratungsstellen.379.o.html

FACHSTELLEN

Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz

www.ipsilon.ch

Schweizer Bündnisse gegen Depression

www.npg-rsp.ch/de/links/schweizer-buendnisse-gegen-depression.html

Fachgruppe Suizidprävention Bern

www.suizidpraevention-kantonbern.ch

Fachstelle Entwicklungspsychiatrie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung

www.pukzh.ch/unsere-angebote/kinder-und-jugendpsychiatrie/angebote/ambulantes-angebot/ambulatorien/fachstelle-entwicklungspsychiatrie/

HILFREICHE BROSCHÜREN

Bildungsdirektion Kanton Zürich und Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (Hrsg. 2015). Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention. 2., überarbeitete Auflage

Döring, G., Grégoire, S., Joos-Körtje, A., und Meurer, S. (2013 aktualisiert). Zwischen Selbsterstörung und Lebensfreude. Hinweise für die Suizidprävention bei jungen Menschen. 2. Auflage, Arbeitskreise Leben in Baden-Württemberg

Landeshauptstadt Düsseldorf, Der Oberbürgermeister, Zentrum für Schulpsychologie (Hrsg.). Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. Informationen des Zentrums für Schulpsychologie. 3. Auflage

Schule und Elternhaus Schweiz (Hrsg. 2012). Jugendsuizid (nur online für Mitglieder verfügbar unter www.schule-elternhaus.ch)

«sicher!gsund» (Hrsg. 2009). Jugendsuizid: Prävention und Intervention an Schulen. Redaktion «sicher!gsund», Amt für Volksschule St. Gallen, 2009

Suizid-Netz Aargau (Hrsg. 2007). Ich kann nicht mehr. Ich bring mich um. Suizidprävention – Ein Leitfaden für Beratende (Bezug: Dargebotene Hand Aarau)

LITERATUR

- Borg-Laufs, M., Gahleitner, S.B., und Hungerige, H. (2012). Schwierige Situationen in der Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Dorrmann, W. (2009). Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Reihe «Leben lernen». Stuttgart: Klett-Cotta Verlag (6. aktualisierte Auflage)
- Egli, N. (2015). Jugendsuizidalität – Suizidprävention in der Schulsozialarbeit. Winterthur: Nestis Verlag
- Egli, N. (2015). Weshalb beenden junge Menschen ihr Leben? Suizidprävention – ein Auftrag für die Schulsozialarbeit. Sozial aktuell, Nr. 5, Mai 2015; S. 24/25
- Eink, M., und Haltenhof, H. (2012). Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 4. Auflage, Bonn: Psychiatrie Verlag
- Erikson, E. (2003). Jugend und Krise. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag (5. aktualisierte Ausgabe)
- Keller-Guglielmetti, E., und Walter, E. (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz, Bundesamt für Gesundheit
- Möller, H., Laux, G., und Deister, A. (2009). Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Nevermann, C., und Reicher, H. (2009). Depressionen im Kindes- und Jugendalter, Erkennen, Verstehen, Helfen. 2. Auflage München: Verlag C. H. Beck, S. 77–100
- Ortiz-Müller, W., Scheuermann, U., und Gahleitner S.B. (Hrsg.) (2010). Praxis Krisenintervention Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart: Kohlhammer

Papastefanou, C. (Hrsg) (2013). Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer

Schnell, M. (2005). Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter. In: Lehmkuh, U., und Streeck-Fischer, A. (Hrsg.) (2005). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht-Verlag, Nr. 54; S. 457–472

Steffen, T., Maillart, A., Michel, K., und Reisch, T. (2011). Abschlussbericht: Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010 im Rahmen des WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen, Bundesamt für Gesundheit

Von Greyerz, S., und Keller-Guglielmetti, E. (2005). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz – Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), Bundesamt für Gesundheit

CURAVIVA.CH

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

CURAVIVA Schweiz · Zieglerstrasse 53 · Postfach 1003 · 3000 Bern 14
Telefon +41 (0)31 385 33 33 · www.curaviva.ch · info@curaviva.ch