Liebe KollegInnen und liebe systemisch Interessierte,

am Donnerstag den 28. November 2019 von 10:00 bis 17:00 Uhr fand unser DGSF Fachtag in Leipzig mit Frau Martina Nassenstein aus Köln zum Thema:

„Suizidalität – Enttabuisierung eines menschlichen Phänomens in Therapie und Beratung“ statt.

Veranstaltungshinweise:

Die Fachgruppe Systemische Psychotherapie und Psychiatrie lädt am 12. Dezember 2019 zu ihrem Treffen nach Leipzig ein. Treffpunkt ist die Demmeringstr. 40, 04177 Leipzig (Lindenau) von 18 bis 21 Uhr.

https://www.dgsf.org/aktuell/termine/termine/fachgruppe-systemische-psychotherapie-und-psychiatrie-7

Ausblick der Regionalgruppe für Veranstaltung 2020 in Leipzig

16.01.2020	Filmabend: „Tomorrow“
12.03.2020	Fachabend „Unsere Stimme - ein zentraler Wirkfaktor in Beratung und Therapie“ – Dr. Romi Baumgartner
17.06.2020	Filmabend: „noch offen“
18.06.2020	Klimafachtag: „Es geht um`s Ganze“
15.10.2020	Filmabend: „under the skin“
26.11.2020	Fachabend: „Heteronormativität & Diversität in Therapie und Beratung“

PROTOKOLL

1. Mythen und Fakten

➔ TN sortieren Aussagen nach falsch und richtig;
   a. Hauptjahreszeit Frühling/Sommer (März bis September)
   b. Suizidalität immer ansprechen -> das Tabu auflösen, schafft Entlastung
   c. Suizidalität wird in der Regel ausgesprochen
   d. …

2. Historie und Definition von Suizid/Freitod

→ es gibt keine einheitliche Definition; Vorstellung verschiedener möglicher Definitionen
➔ Diskussion über „das In-Kauf-Nehmen"/Sterbenwollen vom Tod, Bsp. Extremsportarten, Überdosierungen, Magersucht -> redet man dann schon von Suizid?

3. Statistik

   a. In Deutschland alle 57 Minuten ein Suizid (10.000 pro Jahr; Vgl: 3000 Verkehrstote)
   b. 15-29-Jährige 2.häufgste Todesursache (Deutschland)
   c. Weltweit alle 40 Sek. (800.000)
   d. Durchgeführte Suizide: Männer > Frauen 3:1
   e. im Alter von durchschnittlich 57 Jahre gibt es die meisten Suizidversuche-> Phase mit viel Veränderung, eigenes „Endlichsein", Kinder gehen aus dem Haus (Neudefinition Partnerschaft), abnehmende Gesundheit, größten Erfolg im Beruf meist durchlebt, Infragestellung durch jüngere Kolleg*innen
   f. Suizidversuche von Frauen: da Frauen eher „weiche" Methoden wählen (z.B.: Vergiftungen; „hart" v.a. Erhängen), nutzen Suizidversuche eher als „Appell"
   g. Suizidversuche geschätzt alle 5 Minuten in Deutschland (100.000 pro Jahr); keine Unterscheidung zwischen ernsthaften und nicht ernsthaften Versuchen
   h. Problem der Vorurteile und Verurteilung z.B. durch medizinische Personen gegenüber Klienten die Suizidversuche überlebt haben
   i. In der DDR und nach der Wende gab es eine sehr hohe Suizidrate (Beitrag von TN)
   j. Sterbehilfe wird nicht unter „Suizid" gefasst
   k. Vergleich Bundesländer: Sachsen an zweiter Stelle nach Sachsen-Anhalt
   l. Suizidalität als Symptom
   m. Suizidprävention (primär, sekundär, tertiär) -> Erwin Ringel (schon seit 2.Weltkrieg)
      i. Aktuell: Entwicklung einer App
   n. Werther-Effekt; Serie „Tote Mädchen lügen nicht" -> Anstieg der Suizidrate in Amerika kurz nach Veröffentlichung der Serie (allerdings stieg die Jahressuizidrate nicht an); Diskussion darüber, ob die Serie Suizid romantisiert oder aber auch sensibilisieren kann für das Thema? Konsens ist, dass die Serie das Thema nicht sensibel genug behandelt; Empfehlungen, dass mehr alternative Handlungsoptionen thematisiert werden sollten (…)
   o. RISIKOFAKTOREN

i. Langfristiges vs. Akutes/unmittelbares Risiko
ii. „Ritzen“ wird nicht als suizidales Verhalten eingestuft, es sei denn, die gewünschte Erleichterung tritt nicht mehr ein
iii. Bei Suizidversuchen gesamtes (Familien-)System betroffen -> Hilfsangebote für alle Betroffenen notwendig
iv. Genetische Disposition in dem Sinne, dass Kinder von psychisch kranken Menschen prädisponiert sind psychisch zu erkranken
v. Hohe Bedeutung von Scham- und Schuldgefühlen

p. Diskussion über Begrifflichkeit „harte“ und „weiche“ Methoden, da von TN angemerkt, dass diese (offiziellen) Bezeichnungen Stereotype zwischen Männer und Frauen bestärken könnte; geprägt von gesellschaftlicher Haltung? Nomenklatur „erfolgreicher“ Suizid diskutiert. Sensibilisierung von Jugendlichen bzgl. „erfolgreichem“ Suizid (TN erzählt von Heroisierung des „Erfolgs“ von suizidalen Männern durch männliche Jugendliche in Gruppen, die sie leitet -> Diskussion über Umgang damit)
„Weich“ vielleicht aber auch wegen „fließendem Übergang“ durch Einschlafen vs. „hart“ sind plötzliche, gewaltvolle (sich selbst gegenüber und gegen andere Auffindende) Tode

4. Phasen suizidaler Entwicklung

a. Präsuizidales Syndrom (Ringel)
b. Stadien der suizidalen Entwicklung (Pödlinger)
c. Stichwort Krise -> im chinesischen 2 Zeichen dafür, einmal Gefahr und einmal Chance; Zerrissenheit/Ambivalenz von suizidalen Klienten. Zwischen Wunsch zu Leben und Gefühl keine andere Möglichkeit zu haben
d. Ambivalenz ist die Phase, in der man als Außenstehende*r am besten helfen kann
e. Ruhe vor dem Sturm -> Erleichterung nach Entschluss

PAUSE

5. Reflexionsbogen zum Thema Suizidalität

-> Die TN haben vor der Pause einen Reflexionsbogen bekommen, die sie für sich ausfüllen sollten

a. Nach der Pause: auf Anfrage einer TN wird über die Frage, ob man als Therapeut*in/Sozialarbeiter*in/… eine bewusste Entscheidung zum Suizid respektieren kann, diskutiert -> Wenn akuter Suizidwunsch geäußert wird/Gefahr im Vollzug ist, muss man handeln; Konsens darüber, dass diese Frage nicht einfach beantwortet werden kann, da das „Respektieren“ solch einer Entscheidung auf vielen Ebenen stattfinden kann. Hilfsangebote müssen ausgebaut werden, letztendlich hat aber jede*r das Recht über sein eigenes Leben/Tod entscheiden zu dürfen, es bleibt die Frage über die Fähigkeit bewusst zu entscheiden

6. Suizidprävention aus systemischer Perspektive

a. Krisendefinition nach Etzersdorfer

b. 2 charakteristische Merkmale des Suizidenten:
   1. Einsamkeit 2. Einschränkung des Blickwinkels;
   Kontrolle <-> Ohnmacht;
c. Krisenintervention (Akzeptanz der inneren Not):
   i. Ernstnehmen des subjektiven Erlebens
   ii. „Die stellvertretende Hoffnung sein“ (Cullberg/Sonneck) -> Ambivalenz: kann auch belastend sein, wenn alleinige Verantwortung bei Therapeut*in/Berater*in liegt
d. Zweiergespräche über die Situation, wenn Klient*innen nicht auf schnelles Hilfsangebot eingehen und den geplanten Rahmen einer Sitzung damit „sprengen“ (Kontrollabgabe des/der Therapeut*in/Berater*in?) -> Konsens, dass bei schlechtem Gefühl der/die Klient*in entweder begleitet oder aber jemand als Begleitung in eine helfende/überwachende(?) Einrichtung organisiert werden muss
e. Authentizität wichtig! Nur Angebote machen, die man auch einhalten kann; eigene Grenzen kommunizieren
f. Keine Statistik zur Wirksamkeit von Suizidverträgen; wenn benutzt, dann möglichst keine Vordrucke benutzen, sondern individuelle Verträge abschließen -> nicht Inhalt, sondern Prozess entscheidend
g. Bei Gefahr im Vollzug keine Datenschutzreglementierungen mehr (Name der/des Klient*in darf bspw. der Polizei genannt werden)

7. Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (Pöldinger)

a. Haben Sie n letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?
b. Wie oft?
c. Konkrete Ideen?
d. Vorbereitungen?
e. Schon einmal Versuch unternommen?
f. Fällt es schwer, an etwas anderes zu denken?
g. Noch Interesse an Beruf und Umgebung?

➔ Kein stupides Abarbeiten der Fragen, sondern individuelle Einschätzung der Situation mit entsprechenden Fragen im Hinterkopf

➔ TN äußert Schwierigkeiten durch Diskrepanz zwischen Verständnis (für Notwendigkeit der Fragen) oder den aktuellen Bedürfnissen der/des Patient*in und dem Bedürfnis der/des Beratenden, gewisse Fragen geklärt zu haben -> im Zweifel, wenn man sich als Beratende*r unsicher fühlt, Fragen klären/handeln, um sicher zu sein, das Risiko richtig abschätzen zu können

8. Fragen, die am Ende geklärt sein sollten:

a. Hat Klient*in Suizididеen/-absichten?
b. Hoher Handlungsdruck?
c. Hoffnung auf Hilfe?
d. (Realistische) Pläne für Zukunft?
e. Verleugnung der Suizidalität?
f. Suizidfördernde Symptome, z.B. Wahn, Halluzinationen?
g. Bereits Suizidversuche? Unterschiede in Methoden?

9. Jugendliche (Gruppen mit erhöhtem Risiko)

a. Verweis auf Einrichtungen in Finnland für Menschen in suizidalen Krisen
b. Zusätzliche Risikofaktoren: u.a. Homosexualität/Transgender, Drogenkonsum, Mobbing, Depression, Drogen, hohe Impulsivität, kritische Lebensereignisse und Mangel an Erfahrung der Bewältigung von Krisen, Wechsel von Bezugspersonen; TN ergänzt Problematik der Abgrenzung von Elternhaus -> Ressource der Familie wird in dieser Phase ggf. nicht angenommen
c. Umgang mit Suche nach Aufmerksamkeit bei Jugendlichen -> Empfehlung der offenen Kommunikation, wenn Verdacht auf anders Problem hinter dem vorgeschobenen Problem
d. Warnsignale: Verhaltens- oder verbale Ebene
    i. Sozialer Rückzug
    ii. Verschlechterung schulische Leistungen
    iii. Vernachlässigung Körperpflege
    iv. Schriftliche oder verbale Äußerungen (besonders bei verbalen Äußerungen: Abwägen (Bsp: „Kein Bock mehr“ muss nicht direkt suizidal sein))
    v. Verschenken von wichtigen Gegenständen

➔ Anmerkung TN: kein „einfaches“ Abarbeiten der Liste der Warnsignale möglich (keine Checkliste); aufmerksam und sensibel sein, aber nicht voreilig Schlüsse ziehen aus Äußerungen oder Verhaltensweisen, die vlt auch in einem gewissen Alter typisch/“normal“ sind

e. Juristische Rahmenbedingungen
    i. Eltern müssen bei akuter/hoher Suizidgefahr einbezogen werden
    ii. Für geschlossene Unterbringung: ärztliches Attest -> TN gibt zu bedenken, dass (zumindest in Leipzig) ggf. sehr lange auf ein ärztliches Attest gewartet werden muss; außerdem gäbe es in Sachsen keine pädagogischen geschlossenen Einrichtungen
    iii. Dokumentation wichtig! (woraus schließe ich, dass keine akute Suizidalität vorliegt?)
    ->in D. jedoch kein Fall bekannt, in dem ein*e Therapeut*in/Berater*in juristisch verurteil wurde
f. Was brauchen Jugendliche? (aus Perspektive von Menschen, die mit Jugendlichen arbeiten)
    i. Ernst genommen werden, Augenhöhe
    ii. Transparenz
    iii. Eigene Entscheidungsspielräume (im juristischen Rahmen)
    iv. Aufklärung
    v. Entlastung/Humor
    vi. Vertrauen/Zutrauen
    vii. Wahlmöglichkeit +Konsequenz
    viii. Wahrnehmung Körper, über Gefühle reden

10. Methoden

a. Non-Suizid-Verträge (keine Vordrucke, Prozesse entscheidend)
b. Pro-Contra-Listen (Was spricht dafür das Leben zu beenden? Was spricht für das Weiterleben?)
c. Teile-Arbeit/Inneres Team (zB. Kuscheltiere, Parlament der Seele, Ressourcenmannschaft)
d. Familienbrett/Skulpturarbeit (Position verändern, wer kann unterstützen?)
e. Zirkuläre Fragen (Stärkung des Selbstwertgefühls)
f. Genogramm (Hinweise auf tragfähige Beziehungen)
g. Hypothesen

➔ Immer abwägen, welche Methode zu einem selbst und zu den Klient*innen passt!
➔ TN bringt „paradoxe Intervention“ an; Diskussion darüber, dass Humor hilfreich sein kann, aber auch da abgewägt werden muss, ob Klient*in einen (richtig) versteht
➔ Hypnotherapie? -> Arbeit mit Bildern von Unterstützungssystemen. Martina bemerkt, dass bei psychisch kranken Klienten Gefahr der Entstehung von Wahnsymptomen besteht

ALLGEMEIN WICHTIG:

Suizidalität ist multifaktoriell, i.d.R. gibt es nie EIN Ereignis, welches einen Menschen (jugendlich oder erwachsen) suizidal macht
-> wichtig: familiäre Ressourcen, Zukunftsorientierung, Stärkung Selbstbewusstsein und Entscheidungsfähigkeit, „Basics“ sichern, Zuverlässigkeit, Pathologisierung vorbeugen durch „Normalisierung“, Handlungsspielräume erarbeiten, Stigmatisierung vorbeugen, Lebenswirksamkeit erarbeiten

Abschlusszitat: „ Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal, wie es ausgeht.“ (Václav Havel)

Protokoll:Anna Altmeyer