

Workshop 5: Psychiatrische Ansätze der Heilung – Praxisnahe Antworten eines Klinischen Experten.

Dr. med. G. M. Barth, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Uniklinik Tübingen berichtet eingangs aus seiner klinischen Praxis und stellt den Teilnehmer*Innen (TN) die Frage, wer unter ihnen bereits einen vollendeten Suizid miterleben musste, weiterhin, wer bisher mit Suizidalität beruflich zu tun hatte.

In seinem Workshop (WS) arbeitete Dr. Barth mit den TN an der Aussage: *“Ich bestimme selbst über das Ende meines Lebens!”*. Unter den WS-TN wurde über Zustimmung und Ablehnung der Aussage kontrovers diskutiert. Die Haltung von Dr. Barth dazu war eindeutig: Es geht ihm um die Wertschätzung des Lebens. Er bezweifelte daher, ob professionelles Arbeiten insbesondere mit jugendlichen Suizident*innen möglich sei, wenn dieser Aussage zugestimmt werden könnte.

Oft bleibt auch bei Menschen in helfenden Berufen Unsicherheit in der Arbeit mit Suizidenten. Dr. Barth empfahl allen, die professionell mit suizidgefährdeten Menschen und Opfern von Suiziden bzw. ihren Angehörigen zu tun haben, Supervision, kollegialen Austausch, privaten Ausgleich und ein hohes Maß an Selbstfürsorge. Professionelle Deformierung oder eigene Suizidalität können andernfalls u.U. die Folge sein.

EINIGE KERNAUSSAGEN DES WORKSHOPS:

- **Bei Verdacht auf Suizidalität sollte die gefährdete Person unbedingt ernst genommen und immer angesprochen werden!** Beispiel: „Wie konkret sind Deine Suizidgedanken?“

Plädoyer für die Stärkung der Symbolisierungsfähigkeit von Kindern: Die Todessehnsucht ist häufig nicht konkret. Sie beinhaltet noch die innere Fähigkeit, sich vor dem Suizid zu schützen. Hilfreich ist dabei die Kommunikation über, sowie eine Ausdrucksfähigkeit der eigenen Gefühle. Dies geschieht oft symbolisch (etwa dem Tagebuchschreiben, dem Malen oder der Darstellung in der Kleidung) Mädchen haben häufig eine höhere, jedenfalls öffentlich erkennbarere und akzeptierte Symbolisierungsfähigkeit als Jungen. Sinngebender Bestandteil der jugendkulturellen Gruppierung der EMOS ist sowohl eine gewisse Todessehnsucht auf der einen, als auch die Symbolisierungsfähigkeit auf der anderen Seite.

- **Auf keine Schweigeversprechen eingehen!**

Junge Menschen vertrauen sich Bezugspersonen mitunter an, erwarten aber, dass diese die Tötungsabsicht für sich behalten. Wichtig ist, transparent zu machen, dass so wichtige Mitteilungen nicht dem Schweigegebot unterliegen dürfen. Bezugspersonen werden von Dr. Barth ermutigt, rechtzeitig Bezugspersonen oder Fachleute zu informieren. Auch, wenn sich Begleitende nicht sicher sind, wie ernst die Tötungsabsicht ist, sollten sie sich professionelle Unterstützung holen bzw. mit anderen Fachleuten austauschen.

- **Die Besserung des Zustandes von Suizident*innen sollte Angehörige und Begleitende besonders hellhörig machen.**

Häufig besteht gerade dann höchste Suizidgefahr, da der/die Betroffene eine innere Klarheit bzw. ein Entschluss zur Selbsttötung gefasst haben könnte. Dann geht es vielen Suizidgefährdeten „scheinbar“ tatsächlich besser. Sie leben entspannter mit dem Gedanken, dass sie sich umbringen werden.

Auch, wenn Jugendliche scheinbar wieder stabil sind und keine Suizidabsichten mehr äußern, liegt die Verantwortung bei der Institution/Klinik einer Entlassung zuzustimmen oder eine Einweisung, möglicherweise auch mit richterlichem Beschluss zu veranlassen bzw. den Angehörigen anzuraten.

- **Begleiterkrankungen (Depression, Schizophrenie, Psychosen ...) erkennen!**

Speziell nach einer akuten Phase von Suizidalität ist idealerweise die langfristige Perspektive / Behandlung im Blick zu behalten, und eine Anamnese sollte auch mögliche psychopathologische Ursachen analysieren.

Medikamentöse Therapien bei suizidalen Kinder und Jugendlichen sollten nicht ambulant gemacht werden, da bei der Verabreichung von Antidepressiva der Antrieb aktiviert wird, doch die depressive Stimmung bleibt und neue Suizidhandlungen ermöglichen könnte. Idealerweise ist dies während einer mehr als 3 wöchigen stationären Therapie „medikamentös einzustellen“. Gute Erfolge wurden in der Uniklinik Tübingen zu Beginn der Therapie mit der medikamentösen Therapie mit Neuroleptika erzielt.

- **Psychische Diagnosen im Kindes- und Jugendalter sind noch nicht üblich.**

Dr. Barth entdramatisiert: Diagnosen sind grundsätzlich nichts Schlimmes (Ausnahme: Borderline – Persönlichkeitsstörungen!), doch der noch immer diskriminierende Umgang und das mit der Diagnose verbundene Stigma führen zu Tabus. Hier muss für eine Akzeptanz in der Gesellschaft gearbeitet werden.

- **Vorsicht vor Nachahmungseffekten!**

Insbesondere bei betroffenen Familien, im schulischen Umfeld und in Freundeskreisen ist diese Gefahr real. Goethes Roman „Die Leiden des jungen Werthers“ aus dem Jahr 1774 und der dadurch ausgelöste Nachahmungseffekt und der Film „Tod eines Schülers“ aus dem Jahr 1981 wurden an dieser Stelle besprochen. Während und fünf Wochen nach der ersten Ausstrahlung nahm die Rate der Eisenbahnsuizide unter den 15- bis 19-Jährigen im Vergleich zu den Jahren davor und danach bei jungen Männern um 175 % und bei jungen Frauen um 167 % zu. (siehe dazu auch die Dissertation von Natalia Erazo S.24. evtl. auch S. 175, 176 und 141) http://edoc.ub.uni-muenchen.de/5403/1/Erazo_Natalia.pdf

Bei Jugendlichen ist der sogenannte Nachahmungseffekt wesentlich größer als bei Erwachsenen. Dagegen gibt es besonders bei Erwachsenen eine jahreszeitliche Häufung im Frühjahr, anders als bei Jugendlichen, wo es diese offenbar nicht gibt.

Anhand der Biographie von Hermann Hesse, der Zeit seines Lebens suizidal war, machte Dr. Barth deutlich, dass eine hohe Mortalität in der Familie schon in der frühen Kindheit zu Depressionen führen kann. Allerdings eignet sich das Beispiel Hesses auch, um zu begreifen, dass große Bindung und Symbolisierungsfähigkeit (z.B. Schreiben und Dichten) ein gelingendes Leben möglich machen kann.

- **Klarstellen: Suizid ist kein Weg!**

Menschen leben in Beziehung, dies macht einen Teil des Menschseins aus. In diesem Kontext ist für Dr. Barth ein Suizid gleich nach Mord das Schlimmste an Aggression, was den Hinterbliebenen angetan werden kann.

Auszüge aus Dr. Barths Handout:.

- Auf jeden vollendeten Suizid kommen 38 Suizidversuche.
- Bei den unter 12-Jährigen ist die Suizidalität meist „nur“ gedanklich virulent (Suizidgedanken und –drohungen). Wenn dennoch Suizid-Versuche unternommen werden, dann in der Regel in familiär sehr belasteten Milieus, und dann häufiger von jungen als von Mädchen.
- Bei den über 12-Jährigen kommen auf einen Suizidversuch eines Jungen, 3 - 9 Suizidversuche von Mädchen. Auf einen vollendeten Suizid eines Mädchens kommen allerdings 3-4 Suizide von Jungen.
- Suizidversuche sind unter Jugendlichen am häufigsten, vollzogene Suizide dagegen im Alter um die 40 Jahre. Die Suizidrate ist allerdings bei alten Menschen am höchsten
- In den letzten Jahrzehnten ist – trotz stabiler bzw. sogar abnehmender Gesamtzahl an Suiziden - eine Zunahme von Suizidalität vor allem bei älteren Jugendlichen, und darunter bei männlichen Jugendlichen festzustellen. Laut der Daten des statistischen Bundesamtes nimmt die Zahl von Suiziden seit über 20 Jahren ab. Auf 100 000 Einwohner*innen kam in der Vergangenheit eine Rate von 17,5 Suizidenten die auf ca. 12 gesunken ist, bei Männern von 25 auf ca. 18 (2007 war sie schon mal bei 11,4!) ; bei Frauen von 10,7 auf 6,3 (2007 und 2009 war sie schon bei 5,7!)

Die oben angesprochene Symbolisierungsfähigkeit wird abschließend von Dr. Barths in zwei Musiktippis illustriert: Andreas Bourani „Nur in meinem Kopf“ und Reinhard Mey „Zeugnistag“.

Protokoll: Jürgen Schaaf