28.11.19

Das stille Leid

Suizidalität im Jugendalter - IKH-Seminar

Dr. Martin Jung

Helios

zweites Dia

Interessenkonflikte

- keine kommerziellen Interessen
- Chefarzt der Klinik für KJPP Hesterberg
- Keine Helios Aktien
- Keine Fresenius Aktien
- 1. Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Häufigkeit

Häufigkeit

Vor dem Suizid beschützen

DER TAGESSPIEGEL

Jedes Jahr nehmen sich 600 Jugendliche das Leben

...Aber zum Weltsuizidtag am 10. September sollen alle gewarnt sein - und bitte sensibel, appelliert die Telefonseelsorge. Die Zahlen sind erschreckend. Selbsttötung ist in Deutschland nach Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache junger Menschen zwischen 15 und 20 Jahren. In den vergangenen zehn Jahren nahmen sich nach Angaben der Telefonseelsorge Berlin jedes Jahr in Deutschland mehr als 600 Jugendliche das Leben. ...In ganz Deutschland waren es 10 000 Selbsttötungen.

05.09.2013

Häufigkeit

Definition

Suizidgedanken	Wiederkehrende sich aufdrängende Gedanken, sich das Leben zu nehmen
Suizidplan	Die Formulierung einer spezifischen Methode
Suizidversuch	Aktion mit der Intention zu sterben
Suizid	Willentliche Beendigung des eigenen Lebens

Häufigkeit

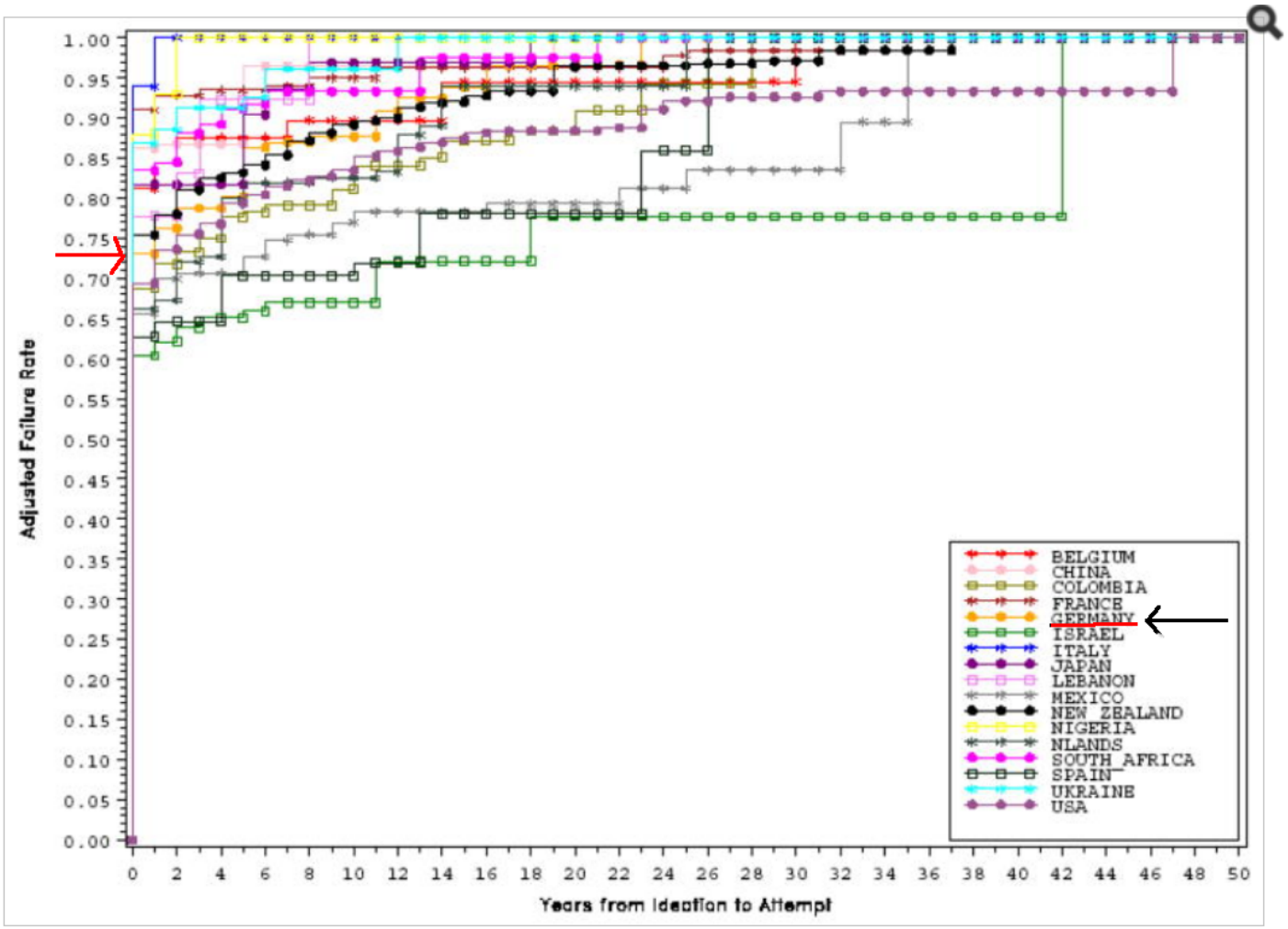
Suizidraten international

Häufigkeit

Suizidraten international

Häufigkeit

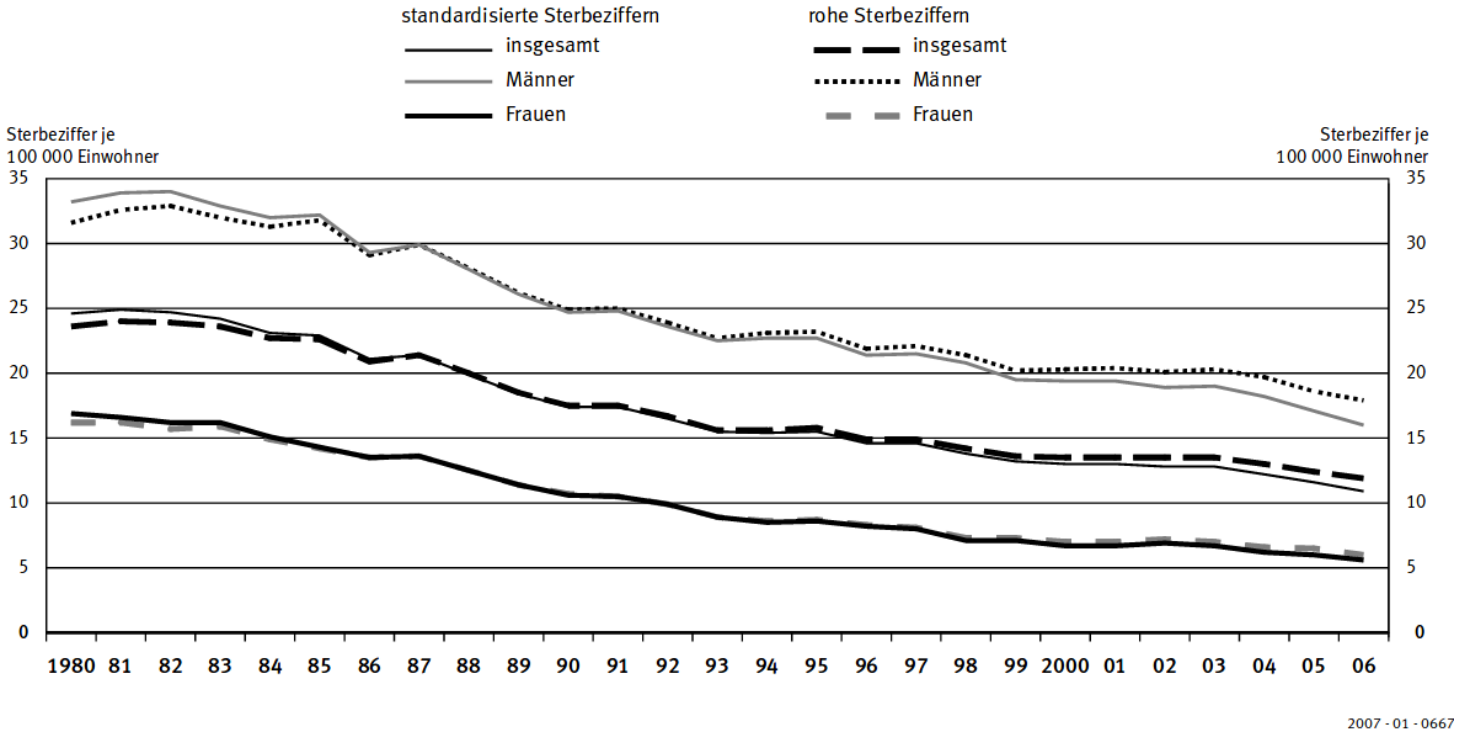
Transition



Quelle Nock et al.,Br J Psychiatry. 2008 Feb; 192: 98–105.

Häufigkeit

Destatis Suizidraten Deutschland im Zeitverlauf



Häufigkeit

Neurologen-und-psychiater-im-Netz

- Suizid ist nach Unfällen die *zweithäufigste Todesursache* im Jugendalter.
- Im Jahr 2011 starben in Deutschland 130 15- bis < 20-jähr. männliche Jugendliche und junge Erwachsene durch Suizid, bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Frau in dieser Altersstufe waren es 42.
- Bei den unter 15-jährigen starben 12 Jungen und 9 Mädchen durch Suizid (www.destatis.de).
- Die Häufigkeit von *Suizidversuchen* wird mit 0,2 bis 18 % angegeben,
- bei *psychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen* beträgt die Häufigkeit bis 60 %.
- Von vielen Suizidversuchen erfahren nur Beratungsstellen, Hausärzte oder sie bleiben gänzlich unbekannt.

https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/

Häufigkeit

Berühmte Suizidanten

z.B.
Kurt Cobain
Marilyn Monroe
Robin Williams
Vincent van Gogh
Ernest Hemingway

Ursachen

Ursachen

Hintergründe

Suizidalität ist in den meisten Fällen

- kein Ausdruck von innerer oder äußerer Freiheit und Wahlmöglichkeit,
- sondern von Einengung
  - durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not,
  - durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen,
  - durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen.
- Die Benennung »Freitod« ist für den Großteil suizidaler Menschen falsch.

Ursachen

Abgrenzung SVV

nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (Autoaggression),
z. B. „Entspannungsschnitte“, sich spüren wollen, z. B. bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus. Keine Intention zur Selbsttötung
(Differenzialdiagnose schwierig, wenn Selbstverletzung lebensgefährlich wird/wurde)

suizidales Verhalten: Intention offensichtlich Selbsttötung (Todeswunsch dominiert)
oder
Selbstschädigung mit Risiko des Versterbens (Suizidalität als Kommunikationsform: Appell, Ambivalenz, cry for help)

Ursachen

Modelle

Krisenmodell

- bisher gesund
- scheinbar unlösbare Konfliktsituation
- ängstlich depressiv bis präpsychotisch-desorientiert
- Modelle aus Familie, Umfeld, Kultur

Krankheitsmodell

- aufgrund großer Häufung psychische Erkrankungen bei Suizid

Ursachen

Psychische Erkrankungen bei durch Suizid Verstorbenen

Psychische Erkrankung	Häufigkeiten (%)
Depressive Störung	17–89
Bipolare affektive Störung	0–2
Schizophrenie	2–19
Alkoholabusus/-abhängigkeit	15–56
Persönlichkeitsstörungen	0–62
Angststörungen gesamt	0–24
Essstörungen gesamt	0–5
Anpassungsstörung	2–21
Persönlichkeitsstörung (Achse I)	0–34
Irgendeine psychische Störung	70–100

(nach Schneider 2003)

Ursachen

Genetik

- Suizidales Verhalten: genetischer Anteil: ca. 30-50 %
- Sowohl Suizide als auch Suizidversuche: familiäre Häufung (auch nach Kontrolle v. psychiatrischen Erkrankungen)
- Höhere Konkordanzraten b. monozygoten Zwillingen
- Möglicherweise vermittelt durch Impulsivität
- Kandidatengene:
  - TPH: Tryptophan Hydroxylase
  - SERT: Serotonin Transporter
  - 5HTR1A, 5HTR2A, 5HTR1B: Serotonin Rezeptoren
  - MAO A: Monoaminooxidase
- Ergebnis: bislang inkonklusiv

Mann et al., 2009, Brent & Mann 2005, Brent & Melhem 2008, Mann & Curier 2007, Mann 2003,

http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Lehre/2015_11_WS_2015_16_Plener.pdf

Ursachen

Gründe für Suizidversuche bei Jugendlichen

Gründe (n = 120)	Hauptgrund	Spielt eine Rolle
Sterben wollen	28 %	56 %
Erleichterung eines unerträglichen Gefühlszustandes	18 %	57 %
Zeitweiliges Entfliehen aus einer unlösbaren Situation	13 %	55 %
Jemandem seine Verzweiflung mitteilen	9 %	28 %
Herausfinden, ob man wirklich geliebt wird	5 %	27 %
Jemandem ein schlechtes Gewissen bereiten	4 %	29 %
Jemandem zeigen, wie sehr man ihn geliebt hat	2 %	21 %
Hilfe zu bekommen	2 %	18 %
Eine Entscheidung beeinflussen	1 %	13 %
Andere Gründe	18 %	18 %

Ursachen

Traumatisierung

- WHO Studie -Suizidversuch
  - 21 % Verlust eines geliebte Menschen
  - 16 % Interpersonelle Gewalt
  - kumulativer Effekt
- Sexueller Missbrauch OR:2,6 (Stein et. al)
- körperliche Misshandlung OR:1,9 (Stein et. al)

Ursachen

Traumatisierung

- WHO Studie -Suizidversuch
  - 21 % Verlust eines geliebte Menschen
  - 16 % Interpersonelle Gewalt
  - kumulativer Effekt
- Sexueller Missbrauch OR:2,6 (Stein et. al)
- körperliche Misshandlung OR:1,9 (Stein et. al)

Ursachen

Modell Brent u. Mann

Modell Suizidalität

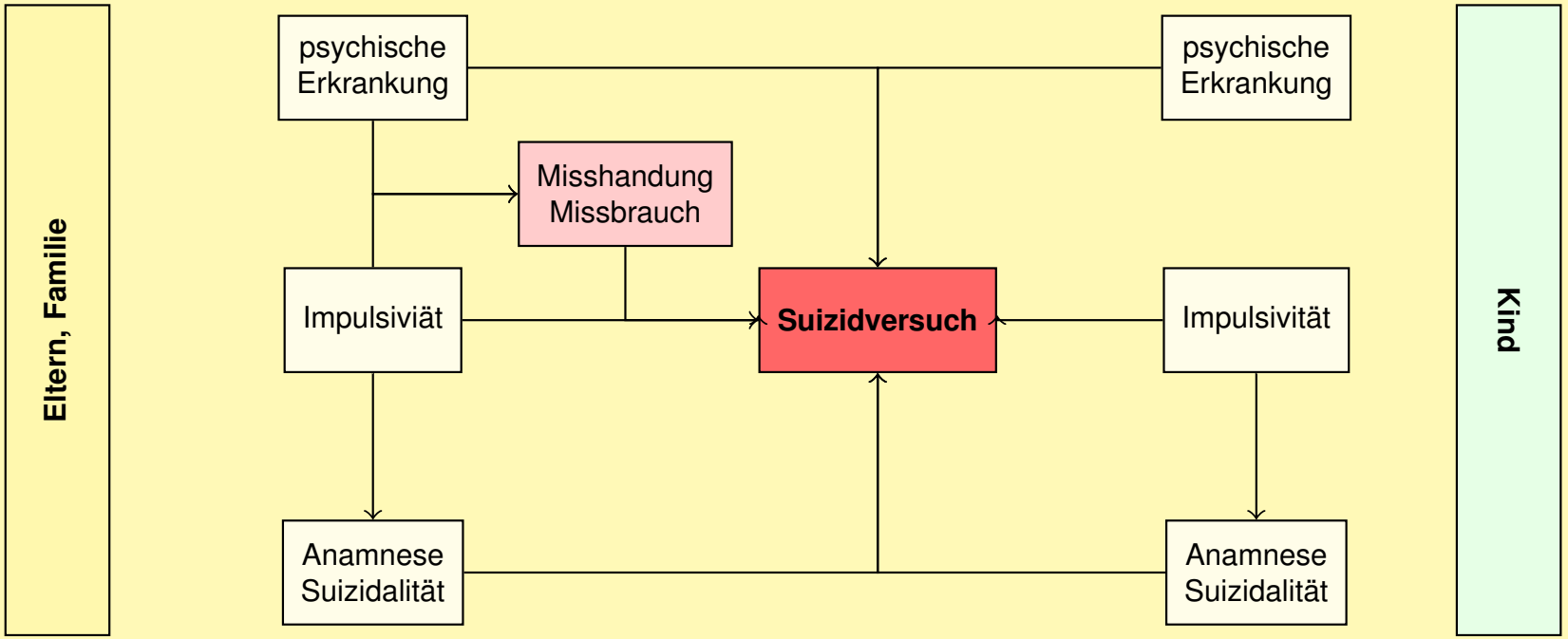


Abbildung : Familiäre Einflussfaktoren für Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Ursachen

Brent & Mann 2006

Familiäre Risikofaktoren

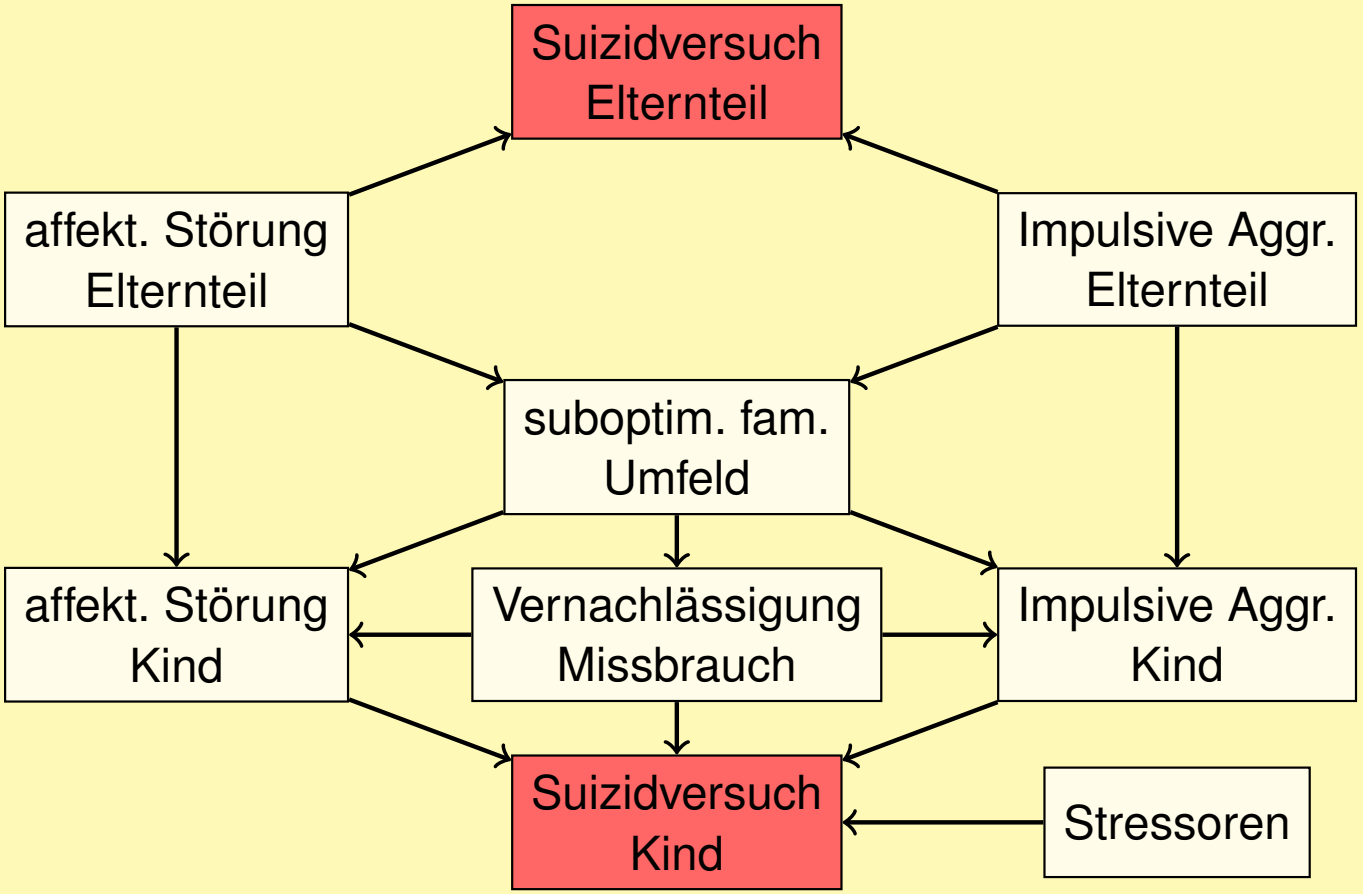


Abbildung : Familiäre Einflussfaktoren für Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen II

Erkennung

Erkennung

Theorien zum Suizid

- Präsuizidales Syndrom nach Ringel (1953)
- Einengung,
  - Situative Einengung: Einengung persönlicher Möglichkeiten
  - Dynamische Einengung: Einengung der persönlichen Gefühlswelt, Reduktion der Abwehrmechanismen
  - Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen
  - Einengung der Wertewelt: Langeweile, Interesselosigkeit, Entwertung
- Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- Selbstmordphantasien

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Das Gefühl äußern, in Situationen gefangen zu sein

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Das Gefühl äußern, in Situationen gefangen zu sein
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Das Gefühl äußern, in Situationen gefangen zu sein
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Sozialer Rückzug

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Das Gefühl äußern, in Situationen gefangen zu sein
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Sozialer Rückzug
- Ungewöhnlicher Ausdruck von Ärger und Wut

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Das Gefühl äußern, in Situationen gefangen zu sein
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Sozialer Rückzug
- Ungewöhnlicher Ausdruck von Ärger und Wut
- Rücksichtsloses Verhalten

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Alarmsignale

- Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen
- Zunehmender Substanzkonsum
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Anzeichen von Ängstlichkeit
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Das Gefühl äußern, in Situationen gefangen zu sein
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Sozialer Rückzug
- Ungewöhnlicher Ausdruck von Ärger und Wut
- Rücksichtsloses Verhalten
- Zeichen von Stimmungsänderungen

Rudd et al., 2006, Wintersteen et al., 2007

Erkennung

Schweregradeinteilung

1. glaubhaft keine Suizidalität
2. Basissuizidalität
3. Erhöhte Suizidgefahr
4. Akute Suizidgefahr

Erkennung

Erhöhte Basissuizidalität

Risikokonstellationen

- suizidale Krise u./o. Suizidversuche in der Vorgeschichte
- suizidale Handlungen auch unter Hilfe - und Therapiebedingungen
- Störung der Impuls- und Aggressionskontrolle
- Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitseinstellung
- Suizide in der Familie bzw. bei Modellen
- Zugehörigkeit zu einer Risiko-Gruppe z.B. beim Vorliegen einer psychischen Störung, besonders belastende Lebenssituationen u.ä.

Erkennung

erhöhte Suizidgefahr

erhöhte Suizidgefahr

- Äußerung konkreter Todes- und Ruhewünsche
- Erkennung oder Äußerung konkreter Suizidideen und - Pläne
- keine glaubwürdige Distanzierung bei direktem Nachfragen nach Suizidalität
- fremdanamnestisch werden suizidale Äußerungen berichtet, werden aber vom Betroffenen verneint
- tiefe Hoffnungslosigkeit, die im Gespräch nicht aufhellbar ist
- festgelegte konkrete Zeitpunkte und Rahmenbedingungen, die einen Suizid nahe legen bzw. begründen (z.B. Todestag eines geliebten Menschen)
- mehrere Krankheitsphasen einer psychischen Störung oder chronische psychische Erkrankung
- subjektiv aussichtslos erscheinende Situation
- bei Vorliegen konkreter Suizidanweisungen z.B. durch imperative Stimmen mit Suizidaufforderung

Erkennung

Akute Suizidgefahr

Für akute Suizidgefahr spricht, wenn

- eine konkrete Suizidabsicht geäußert wird
- eine Suizidhandlung geplant und bereits vorbereitet ist, eventuell auch abgebrochen wurde
- ein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) besteht und nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist)
- Autoaggressivität (selbst-aggressives Verhalten) vorliegt und das Kind/der Jugendliche nicht mehr steuerungsfähig und damit nicht absprachefähig ist
- Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch nicht benannt werden können

Erkennung

Schweregrad

Aspekte, die für die Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs sprechen, sind

- eine *längere Planung* und ein fixierter oder angekündigter Termin;
- ein *ausgeprägter Vorsatz* zur Selbsttötung;
- die Wahl einer so genannten *»harten« Methode*, wie Sprung von einer Brücke, Erschießen oder vor einen Zug werfen;
- getroffene Maßnahmen, die eine Entdeckung verhindern sollten;
- bereits getroffene Regelungen in Vorwegnahme des eigenen Todes;
- ein *Abschiedsbrief mit Angabe von Gründen* für den Suizid;
- *keine Information Dritter* bei Verwendung so genannter »weicher Methoden« (z.B. Tabletteneinnahme), wodurch ein rechtzeitiges Eingreifen von außen verhindert werden soll.

Erkennung

keine Suizidalität

keine Suizidalität

- *Automutilation* und nichtsuizidale selbstverletzende Verhaltensweisen
- *Nahrungsrestriktion bei Anorexia nervosa* ohne Intention zu sterben
- *chronischer Substanzmissbrauch* und Drogenkonsum ohne Intention zu sterben
- *Risikoverhalten im Jugendalter* (inkl. Mutproben) und riskanter Lebensstil (z.B. Extremsportarten) ohne Intention zu sterben
- *Selbsttötungen in nichtsuizidaler Absicht* im Rahmen von akuten Psychosen bei Realitätsverkennung (z.B. Sprung aus dem Fenster in der Annahme, man könne fliegen) oder unter akuter Drogenintoxikation
- *Unfälle* ohne Intention zu sterben
- *sexuell motivierte Strangulationen* („Choking Games“) ohne Intention zu sterben
- *Suiziddrohungen*, ausschließlich um z.B. Strafmaßnahmen oder Abschiebung zu entgehen.

Erkennung

Leitlinien Suizidalität

- Die Erfassung der Suizidalität ist fester Bestandteil der psychopathologischen Befunderhebung
- Suizidalität muss nach Suizidversuchen erfragt werden und sobald ein Verdacht besteht.
- Suizidalität sollte beim Vorliegen von Warnzeichen und Risikofaktoren, sowie bei unklaren Compliance - und Adhärenzproblemen somatischer Erkrankungen erfragt werden
- Die Einschätzung der Suizidalität soll durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, erfolgen.
- Nach einer suizidalen Handlung soll eine Kontaktaufnahme möglichst früh erfolgen

Erkennung

Leitlinien Suizidalität II

- Bei Vorliegen von Suizidalität muss ein psychopathologischer Befund vollständig erhoben werden
- Bei V.a. Vorliegen von Suizidalität sollte eine körperlich - neurologische Untersuchung inkl. Hautinspektion erfolgen
- Bei der Beurteilung der Suizidalität sollten auch die Aussagen Dritter (Eltern, Lehrer etc.) berücksichtigt werden
- Bei gefährdeten Patienten soll die Abklärung der Suizidalität wiederholt im Verlauf erfolgen
- Bei V.a. Vorliegen psychischer Störungen soll eine erweiterte Diagnostik erfolgen

Erkennung

Fragebögen

SIT BIG
Self-injurious thoughts and behaviors interview: German

(Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment, 19*, 309-317.)
Dt. Übersetzung: Plener, P.L.

Einleitung:

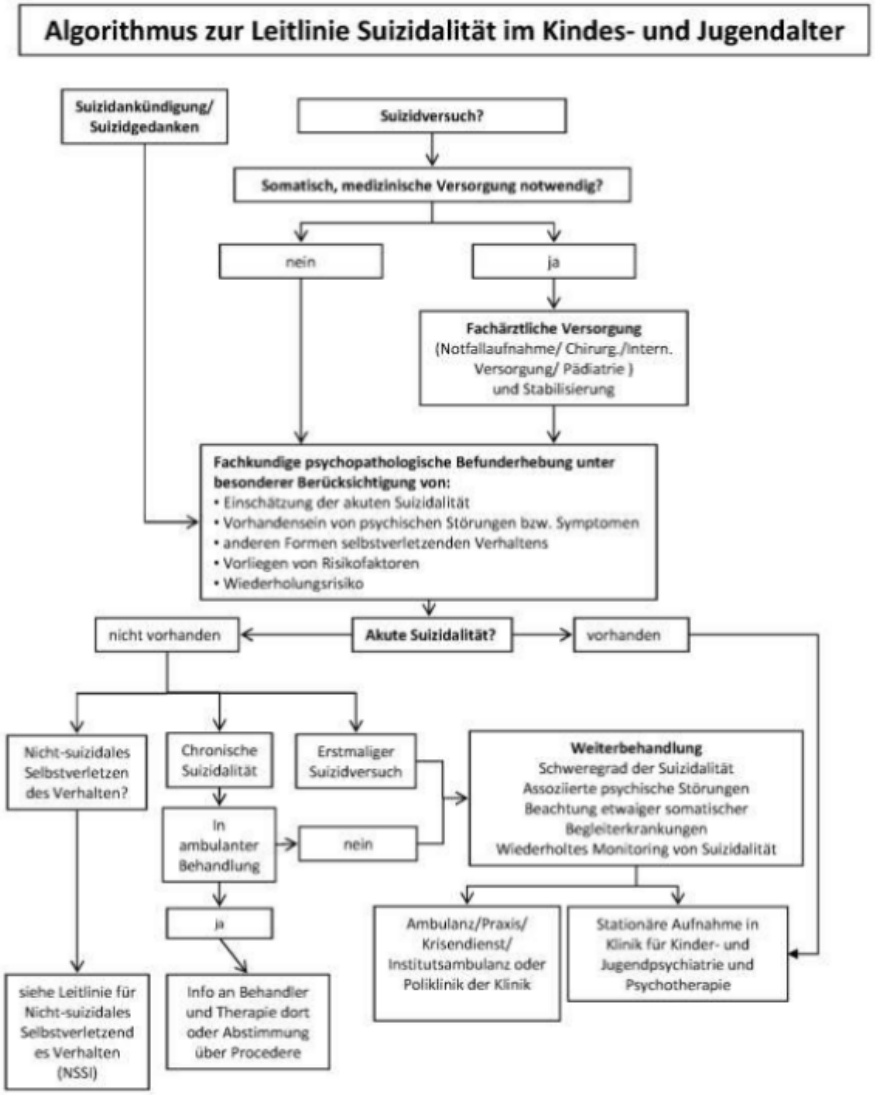
Die kommenden Fragen beschäftigen sich mit ihren Gedanken und Gefühlen zu Suizid und selbstverletzendem Verhalten. Bitte hören Sie sorgfältig zu und antworten sie so genau sie können. Haben sie Fragen bevor wir beginnen?

Suizidgedanken

Behandlung

Behandlung

AWMF Leitlinien Suizidalität bei Jugendlichen



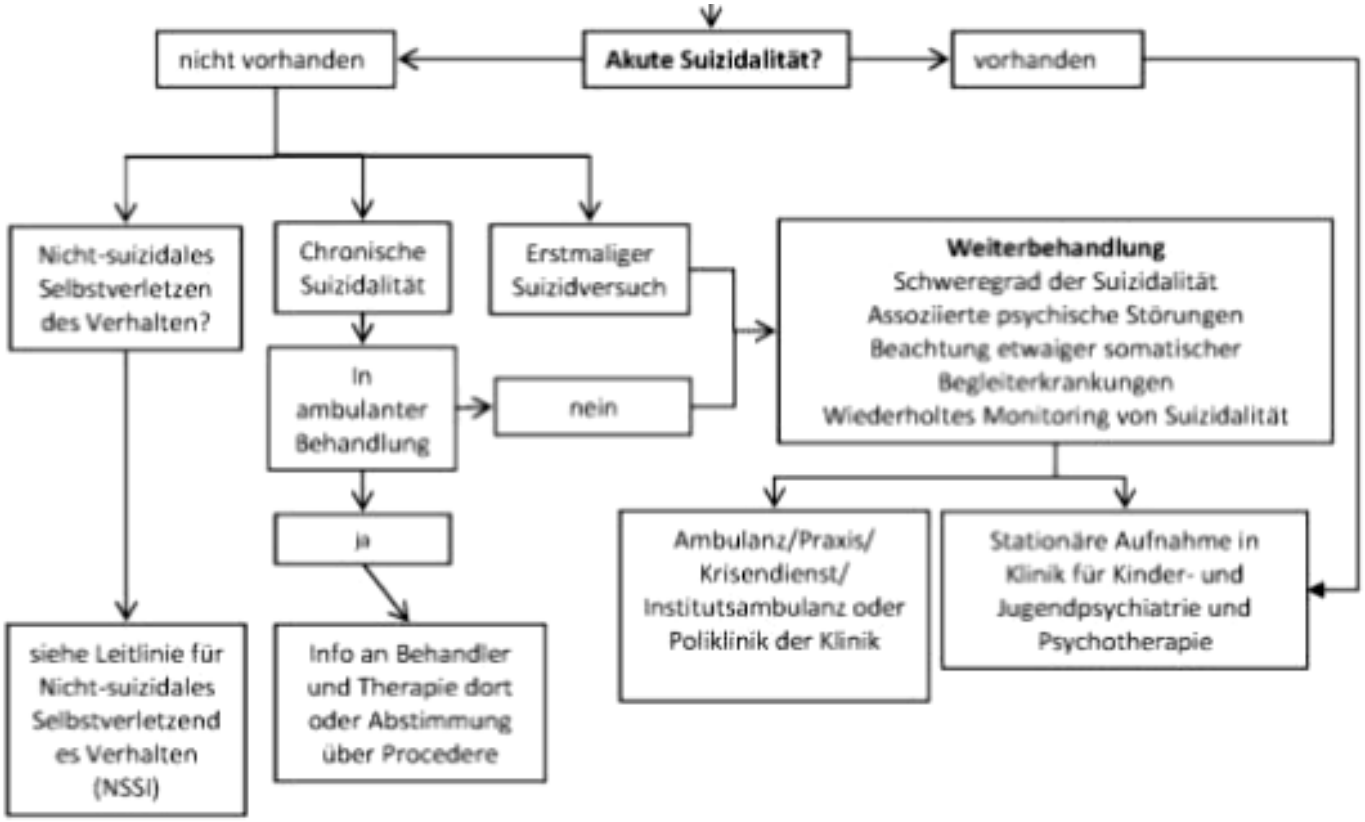
Behandlung

Algorithmus Teil 1

Quelle: AWMF Leitlinien Suizidalität bei Jugendlichen

Behandlung

Algorithmus Teil 2



Quelle: AWMF Leitlinien Suizidalität bei Jugendlichen

Behandlung

Therapiesetting

Ambulante Therapie

- Risiko- und Schutzfaktoren ausreichend
- geringe Letalitätsabsicht
- stützendes Umfeld
- Absprachefähigkeit
- Ausschluss psychiatrischer Störungen
- ausreichendes Funktionsniveau

Stationäre Therapie

- Fortbestehende Krise
- weitere Belastungsfaktoren
- hohe Letalitätsabsicht / nicht einschätzbar
- wiederholte Suizidversuche
- ggf geschlossene Behandlung

Behandlung

Therapie

Therapie

- Entlastende Gespräch
- Phramakotherapie
- Psychotherpie
- Behandlung komorbider Störungen
- Umfeld klären (Schule, Familie, Freunde)
- Familienbezogene Interventionen
- Einbezug Jugendhilfe

Behandlung

Zusammenfassung Behandlung I

- die Sicherheit des Patienten muss oberstes Ziel sein
- eine stationäre Behandlung muss bei akuter Suizidalität umgehend eingeleitet werden (ggf. auch ohne Freiwilligkeit des Patienten) mit adäquat begleitetem Transport in die Klinik
- die stationäre Behandlung muss bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen
- psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen können bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein

Behandlung

Zusammenfassung Behandlung II

- eine psychotherapeutische Intervention unter Beachtung der folgenden Punkte soll erfolgen:
  - Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
  - wenn möglich, Kontinuität des Therapeuten
  - Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität
  - Reduktion von Belastungsfaktoren
- assoziierte psychische Störungen sollen gemäß der entsprechenden Leitlinien behandelt werden
- bei belastenden psychosozialen Umständen sollte die Jugendhilfe einbezogen werden

Handlungsmöglichkeiten

Handlungsmöglichkeiten

Was kann ich tun?

Was kann ich tun?

- Beziehung anbieten: ernsthaft und direkt nach konkreten Suizidideen oder Suizidhandlungen fragen (Suizidalität ist Ausdruck von Not!)
- Akuten Handlungsdruck erfragen
- Zeit, Zuwendung, Fürsorge zur Verfügung stellen
- Die Sorgen des Betroffenen ernst nehmen
- Geduldiges Zuhören
- Gegebenenfalls zu einer Hilfseinrichtung begleiten
- Vermeiden von Vorhaltungen
- Vermitteln von Zuversicht
- Angehörige oder als positiv erlebte Bezugspersonen einbeziehen
- Vermitteln, dass der Betroffene wichtig ist
- Eigene Grenzen erkennen und als Helfer Unterstützung suchen

Handlungsmöglichkeiten

Das sollte man nicht tun

Das sollte man nicht tun

- Moralische Vorhaltungen machen
- Den Betroffenen alleine lassen
- Allgemeine Ratschläge geben
- Kritik an dem Wunsch des Betroffenen äußern
- Bagatellisieren (» Das ist doch alles nicht so schlimm«)

Handlungsmöglichkeiten

Fragen

- Suizidalität: »Haben Sie schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen ?«
- Vorbereitung: »Denken Sie bewußt daran oder drängen sich derartige Gedanken, auch wenn Sie es nicht wollen, auf ?«
- Ankündigungen: » Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemandem gesprochen ?«
- Einengung: » Haben sich Ihre Interessen, Kontakte zu anderen etc. gegenüber früher reduziert ?«

Handlungsmöglichkeiten

Umgang mit suizidalen Krisen

- Wer fragt macht nichts falsch
- Weder durch Fragebogenuntersuchungen (Gould et al., 2005), noch durch persönliche Ansprache (Crawford et al., 2011) wird Schaden angerichtet
- Fragen wird von Betroffenen eher als entlastend beschrieben (Gould et al., 2005)

Prävention

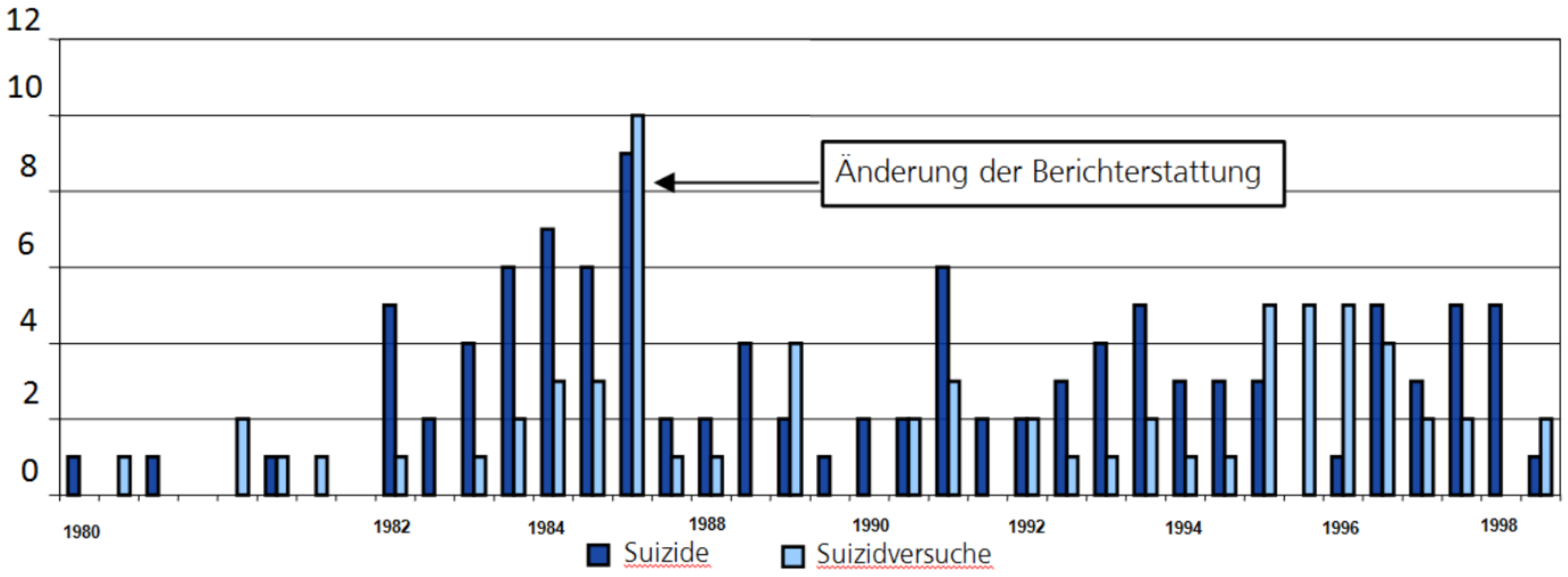
Prävention

Psychosoziale Einflussfaktoren

- Verfügbarkeit von Suizidmitteln
  - Zugang zu Waffen
  - Packungsgrößen frei verkäuflicher Arzneimittel (Paracetamol in GB - 43 % Suizide mit PCM)
  - Barrieremethoden an Brücken
- »Werther Effekt«
  - nach Suizid Fußballer (Robert Enke)
  - von 53 Suizide in 28 Tagen $\rightarrow$ 121 in 28 Tagen
- Suizid von Freunden verdoppelt Suizidgedanken bei Schülern
- Mobbingopfer Odds-Ration 4,5, Mobbing-Täter 3,4

Prävention

Presseberichterstattung



Sonneck & Etzersdorfer, 1998

U-Bahn Suizide in Wien

Prävention

Medienguide Deutsche Depressionshilfe

Empfehlung zur Berichterstattung über Suizid

Wie Journalisten Nachahmungstaten verhindern können

Prävention

Medienguide II

Worin besteht die Gefahr?

- Identifikation
- Glorifizierung
- Aufmerksamkeit
- Handlungsanleitung

Prävention

Medienguide II

Worin besteht die Gefahr?

- Identifikation
- Glorifizierung
- Aufmerksamkeit
- Handlungsanleitung

Grundsätzlich gilt:

Je größer die Aufmachung eines Berichtes über Suizid und umso emotionaler der Inhalt, desto häufiger wird es zu Nachahmungen kommen .

Prävention

Wie können Journalisten helfen?

Nachahmung setzt Identifikation voraus. Diese Gefahr steigt, wenn:

- durch Titelgeschichten, Schlagzeilen und Fotos Aufmerksamkeit erregt wird
- die Begriffe Selbstmord, Suizid und Freitod in der Überschrift vorkommen
- die Suizid-Methode detailliert beschrieben wird
- ein leicht zugänglicher Ort beschrieben oder gar mystifiziert wird
- das soziale Umfeld, die Identität und die Motive ergreifend beschrieben werden
- der Suizid positiv bewertet, glorifiziert oder romantisiert wird
- der Suizid als nachvollziehbare Reaktion oder als einziger Ausweg bezeichnet wird
- das Opfer eine prominente Person ist

Prävention

Medienguide IV

Die Nachahmungsgefahr sinkt, wenn

- der Suizid als Folge einer Erkrankung (z.B. Depression) dargestellt wird, die erfolgreich hätte behandelt werden können
- alternative Problemlösungen und Fälle von Krisenbewältigung aufgezeigt werden
- Helplines und Hilfekontakte angegeben werden
- Expertenmeinungen eingeholt werden
- Hintergrundinformation zum Krankheitsbild Depression gegeben werden
- über die Arbeit professioneller Helfer berichtet wird

Prävention

Netflics

Gemeinsame Stellungnahme von DGKJP und DGPPN zur TV-Serie »Tote Mädchen lügen nicht«

Warnung: »Tote Mädchen lügen nicht« könnte Suizide auslösen

Die TV-Serie »Tote Mädchen lügen nicht« thematisiert das Leiden und den Suizid eines jugendlichen Mädchens und ist aufgrund der drastischen und romantisierenden Darstellungsweise aktuell eines der meist diskutierten Formate. Den Fachgesellschaften wurden bereits erste suizidale Krisen und sogar Suizide gemeldet, die in direkter Beziehung zu der Serie stehen sollen. Deshalb weisen DGKJP und DGPPN auf die erheblichen Risiken und negativen Folgen der Serie hin - insbesondere psychisch labilen und vulnerablen jungen Menschen wird dringend von dem Konsum der Serie abgeraten.

Prävention

DGKJP Stellungnahme

Die TV-Serie ignoriert diese Fakten und verletzt bewusst anerkannte Richtlinien, indem sie

- den Suizid der Hauptfigur drastisch und detailliert zeigt,
- die Hauptfigur mit einem großen Identifikationspotential ausstattet,
- den Suizid als letzten Ausweg und gleichsam als logische Konsequenz der erlittenen Traumata darstellt,
- keine Strategien und Hilfsangebote thematisiert, die Menschen in suizidalen Krisen effektiv helfen könnten, und
- die Hauptfigur posthum in ihrer sozialen Position aufwertet.

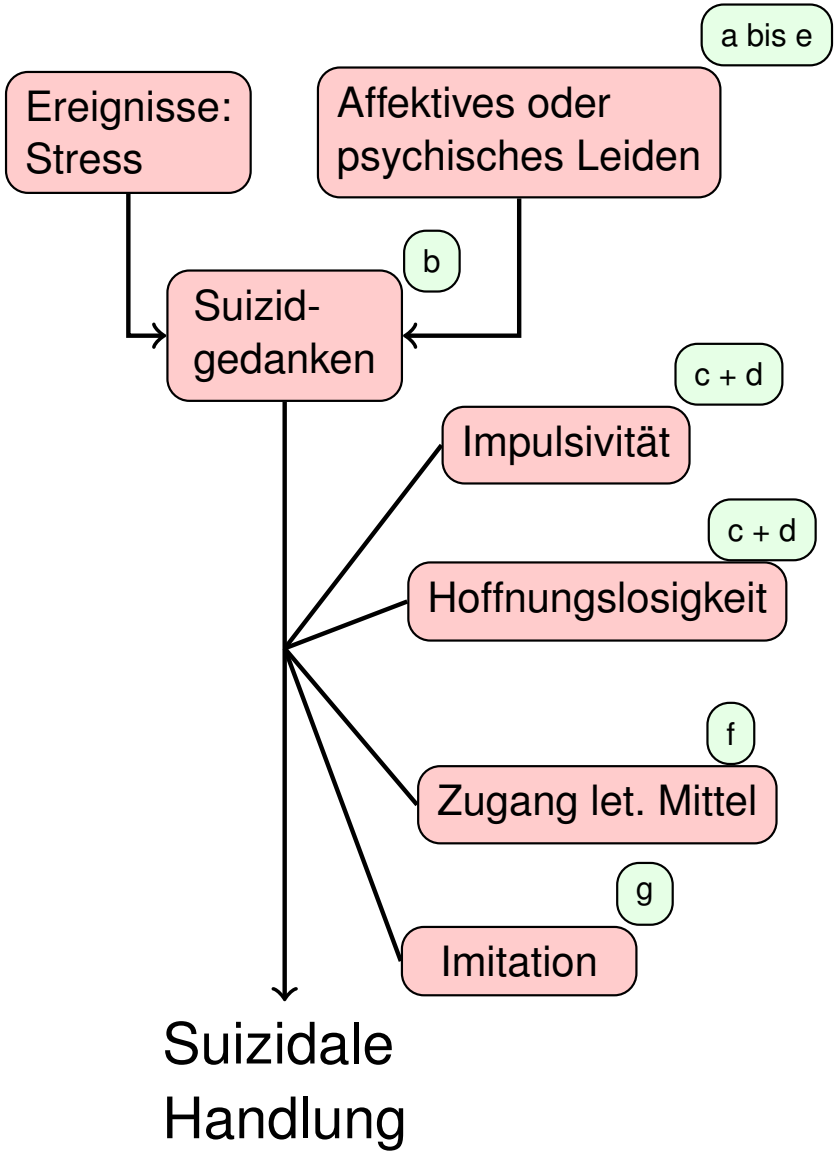
Prävention

Maßnahmen

- *Psychisch labilen und vulnerablen jungen Menschen* wird dringend vom Konsum der Serie abgeraten. Sie werden gebeten sich rechtzeitig an das umfängliche Hilfesystem zu wenden, das von Telefonseelsorge, über psychosoziale Krisendienste bis hin zu Ärzten und Psychotherapeuten reicht.
- *Lehrern und Eltern* wird empfohlen, proaktiv mit Jugendlichen über die Serie zu sprechen. Eventuell kann es sinnvoll sein, die Serie in einem geschützten Setting gemeinsam anzusehen und zu diskutieren. Dabei sollten auch effektive Strategien zum Erkennen und Umgang mit Traumata, Depressionen und suizidalen Krisen aufgezeigt werden.
- *Journalisten* sollten bei ihren Berichten über die Serie die Richtlinien zur Medienberichterstattung bei Suiziden beachten und insbesondere auf bestehende Hilfsangebote aufmerksam machen.
- Die Umsetzung und Kontrolle der Richtlinien zur Medienberichterstattung bei Suiziden sollte weiter vorangetrieben werden.

Prävention

Präventionsstrategien



Präventionsstrategien
a: Aufklärungsprogramme: Öffentichkeit, Ärzte, Gatekeeper b: Screening für Menschen mit Risiko
Behandlung
c: Pharmakotherapie d: Psychotherapie e: Nachsorge nach SV f: Restriktion Zugang g: Richtlinie für Medien

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Prävention

Take Home

- Suizidgedanken sind häufig
- internalisierende Störungen sind häufig
- Dran denken!
- Zuhören
- Umfeld Informieren
- Hilp3fe holen (Fachleute!)
- Diagnostik anregen
- Literaturauswahl im Unterricht . . . ?
- cave! Sekundärer Krankheitsgewinn

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!