

Ein Projekt der **Baden-Württemberg Stiftung**

Multiplikatoren-schulung des Projekts



Schulen stark machen gegen Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten

St.Multiplicatorenschulung_in_LM

3) Epidemiologie

Die Zahlen dahinter

- In D sterben pro Jahr ca.
 - 2.300 Menschen an den Folgen von HIV
 - 7.000 Menschen an illegalem Drogenkonsum
 - 5.700 Menschen im Straßenverkehr
 - 10.000 Menschen am Suizid
- Statistisch gesehen stirbt ca. jede Stunde ein Mensch in D am Suizid

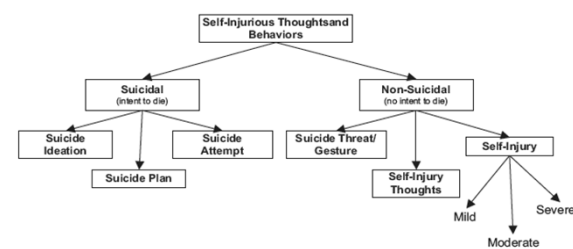
Statistisches Bundesamt, www.destatis.de

Definition I

- Suizid:** Willentliche Beendigung des eigenen Lebens
- Suizidgedanken:** Gedanken darüber sich das Leben zu nehmen
- Suizidplan:** Die Formulierung einer spezifischen Methode mittels derer eine Person aus dem Leben scheiden will
- Suizidversuch:** Aktion, die mit der Intention zu sterben ausgeführt wird, jedoch nicht tödlich endet

Nock et al., 2008

Definition II



```

    graph TD
      A[Self-Injurious Thoughts and Behaviors] --> B[Suicidal (intent to die)]
      A --> C[Non-Suicidal (no intent to die)]
      B --> D[Suicide Ideation]
      B --> E[Suicide Attempt]
      E --> F[Suicide Plan]
      C --> G[Suicide Threat/Gesture]
      C --> H[Self-Injury]
      H --> I[Self-Injury Thoughts]
      H --> J[Mild]
      H --> K[Moderate]
      H --> L[Severe]
    
```

Nock, 2010

Suicidal behavior disorder

A. Das Individuum hat **während der letzten 24 Monate** einen **Suizidversuch** unternommen.

Beachte: Ein Suizidversuch ist eine selbst-induzierte Verhaltenssequenz eines Individuums, welches zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns erwartet, dass diese verschiedenen Maßnahmen zum Tod führen werden (Der Zeitpunkt des Beginns ist jener Zeitpunkt, zu dem ein Verhalten initiiert wurde, das die Anwendung der Suizidmethode beinhaltet.)

APA, 2013; Plener et al., under rev.

Suicidal behavior disorder

B. Das Verhalten **erfüllt nicht die Kriterien für nicht-suizidale Selbstverletzung** – das bedeutet, dass es keine Selbstverletzung der Körperoberfläche einschließt, die unternommen wurde um Entlastung von einem negativen Gefühl oder kognitiven Zustand zu erreichen oder um einen positiven Gefühlszustand herbeizuführen.

APA, 2013; Plener et al., under rev.

Suicidal behavior disorder

C. Die Diagnose wird **nicht bei Suizidgedanken oder vorbereitenden Handlungen** angewendet.
 D. Die Handlung wurde **nicht in delirantem Zustand oder während eines Verwirrheitszustandes** initiiert.
 E. Die Handlung wurde **nicht ausschließlich aus politischen oder religiösen Gründen** durchgeführt.

- Bestimme, ob:
- **Gegenwärtig:** Nicht länger als 12 Monate seit dem letzten Suizidversuch.
- **In früher Remission:** 12-24 Monate seit dem letzten Suizidversuch.

APA, 2013; Plener et al., under rev.

Definition: NSSV

- Bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von Körpergewebe,
- ohne suizidale Absicht, die
- sozial nicht akzeptiert ist

Lloyd-Richardson et al. 2007, Nitkowski & Petermann (2009)

DSM 5: Non-suicidal self-injury

- A. Innerhalb des **letzten Jahres** hat sich das Individuum **an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst eine Schädigung an der Körperoberfläche** zugefügt, in einer Weise, die Blutungen, Quetschungen oder Schmerzen wahrscheinlich macht (z.B. Schneiden, Verbrennen, Stechen, Schlagen, die Haut aufreißen), mit der Erwartung, dass die Verletzung nur zu einem kleinen bis moderaten körperlichen Schaden führt (nämlich **ohne suizidale Intention**). Beachte: Die Abwesenheit einer suizidalen Intention wird entweder vom Individuum berichtet oder kann aus dem repetitiven Vorkommen eines Verhaltens hergeleitet werden, von dem der Patient aus Erfahrung weiß oder gelernt hat, dass es wahrscheinlich nicht zum Tod führt.

APA, 2013, dt. Übersetzung: Plener et al., in press

DSM 5: Non-suicidal self-injury

- B. Das Individuum unternimmt das selbstverletzende Verhalten mit einer oder mehr der folgenden Erwartungen:
- 1. Um **Erleichterung** von einem negativen Gefühl oder kognitiven Zustand zu bekommen
- 2. Um eine **interpersonelle Schwierigkeit** zu lösen
- 3. Um einen **positiven Gefühlszustand** herbeizuführen
- Beachte: Die erwünschte Erleichterung oder Reaktion tritt während oder kurz nach der Selbstverletzung auf und das Individuum zeigt evtl. Muster von Verhaltensweisen, die eine Abhängigkeit im Sinne eines repetitiven Auftretens nahelegen.

APA, 2013, dt. Übersetzung: Plener et al., in press

DSM 5: Non-suicidal self-injury

- C. Die absichtliche Selbstverletzung ist mit mindestens einem der folgenden **Umstände** assoziiert:
- 1. **Interpersonelle Schwierigkeiten oder negative Gefühle oder Gedanken**, wie Depression, Angst, Anspannung, Wut, allgemeine Verzweiflung oder Selbstkritik, welche unmittelbar im Zeitraum **vor dem selbstverletzenden Akt** auftreten.
- 2. Vor der Durchführung kommt es zu einer **gedanklichen Beschäftigung** mit der Handlung, die nur schwer kontrolliert werden kann.
- 3. **Häufiges Nachdenken** über Selbstverletzung, auch wenn nicht immer danach gehandelt wird.

APA, 2013, dt. Übersetzung: Plener et al., in press

DSM 5: Non-suicidal self-injury

- D. Das Verhalten ist **sozial nicht akzeptiert** (z.B. Piercing, Tätowierungen, Teil eines religiösen oder kulturellen Rituals) und ist nicht auf das Zupfen an Schorf oder Nägel beißen beschränkt.
- E. Das Verhalten oder seine Konsequenzen verursachen **klinisch signifikanten Stress oder eine Beeinträchtigung in interpersonellen, akademischen, oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.**

APA, 2013, dt. Übersetzung: Plener et al., in press

DSM 5: Non-suicidal self-injury

- F. Das Verhalten tritt **nicht ausschließlich während psychotischer Zustände, im Delirium, während Intoxikationen durch Substanzen oder im Substanzentzug** auf. Bei Individuen mit einer **Entwicklungsstörung**, ist das Verhalten **nicht Teil eines Musters repetitiver Stereotypen**. Das Verhalten kann nicht durch eine andere psychische oder medizinische Erkrankung erklärt werden (z.B. psychotische Störung, Autismus-Spektrums-Störung, mentale Retardierung, Lesch-Nyhan-Syndrom, stereotype Bewegungsstörung mit Selbstverletzungen, Trichotillomanie [Haarausreißen], Excoriation [Hautzupfen] Störung).

APA, 2013, dt. Übersetzung: Plener et al., in press

Prävalenz- Studien im Schulsetting



Muehlenkamp et al. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2012, 6:10
http://www.capmh.com/content/6/1/10

CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY & MENTAL HEALTH

REVIEW

Open Access

International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm

Jennifer J Muehlenkamp¹, Laurence Claes², Lindsey Havertape³ and Paul L Plener⁴

53 Studien, Mittlere Lebenszeitprävalenz: 18%

Systematischer Review: Adoleszente

- Systematische Meta-Analyse Adoleszenter (Alter: 11-18 years) Erhebungen (2005-2011): n=52, 21 Länder
 - NSSI: lifetime:18% (SD: 7.3)
 - DSH: lifetime:16.1% (SD: 11.6)
 } n.s.
- NSSI: 1-Jahr: 19% (SD:11.9)
- DSH: 1-Jahr: 9.5% (SD:5.7)
- Erhebung beeinflusst Prävalenz: wenn 1-item Erhebung(12.5%) vs. multiple items/Checklisten (23.6%) (p<.01)
 - NSSI: multiple vs. 1 item: 28.4% vs. 9.6%
 - DSH: multiple (2 Studien) vs. 1 item: 11.1% vs. 8.5%
- Mittlere Prävalenz Raten: Kein Anstieg in den letzten 5 Jahren

Muehlenkamp et al., 2012

Systematischer Review: Alles

- Systematischer Review, Meta-Analyse und Meta-Regression
- 119 Studien: 128 Prävalenzschätzungen, 18 Länder
- 3 Altersgruppen: Adoleszente (10-17 Jahre), junge Erwachsene (18-24 Jahre), Erwachsene (≥ 25 Jahre)
- Daten von 1993-2012: N=231,553
- 49.2% der Studien aus den USA
- Meiste Studien in Schule und Universitäten (85%)
- Methodische Faktoren beeinflussen ≥ 5% der Varianz:
 - Antwortformat (Checklisten-dichotome Antworten)
 - Zahl der angegebenen Methoden
 - Belohnung
 - Anonymität
 - Erhebungsart (Fragebogen-> Interview)
 - Forschungsfocus (auf NSSI/DSH)

Swannell et al., in press

Systematischer Review: Alles

- 1-Jahres Prävalenz:
 - Adoleszente:15.4% (8.5-22.3)
 - Junge Erwachsene: 10.5% (3.8-17.3)
 - Erwachsene : 4.2% (-4.6-13.0)
- Lifetime prevalence:
 - Adoleszente: 17.2% (8.0-26.3)
 - Junge Erwachsene: 13.4% (4.5-22.3)
 - Erwachsene: 5.5% (1.7-16.3)
- Keine Zunahme der Prävalenz (nach Adjustierung methodol. Faktoren)
- Keine Differenz zwischen geograph. Regionen (nach Adjustierung methodol. Faktoren)


Swannell et al., in press

DSM-5 Definition

- Schweden:
 - Schule (n=3060; 7-17 Jahre): einmalige SV: 35,6%, NSSV: 6,7% (Zetterquist et al., 2013)
- USA:
 - Erwachsene ambulante psychiatr. Pat. (n=571) NSSI: 11% (Selby et al., 2012)
 - Kinder- u. jugendpsychiatr. Pat. (n=198; 12-18 years): NSSV: 50% : (+ additional 4% in the past) (Glenn & Klonsky, 2013)
- D:
 - Re-Analyse vorhandener Daten: 4% (Plener et al., 2012)
 - Kinder- u. jugendpsychiatr. Pat. (n=125; 13-26 Jahre): NSSV: 49,6% (Kaess et al., 2013)

Review: Plener et al., in press

Prävalenz: D



Lebenszeit: 25.6%

1-Jahr: 14.9%
repetitiv: 4%

6-Monate: 14.2%


Plener et al., 2009, Brunner et al., 2007, Plener et al., 2012

Prävalenz NSSV – D und USA

Plener et al., 2009

	USA	D
n	540	665
Alter	15.53	14.81
Ort	Urban high school/ Midwest	Ulm Alb Donau Kreis

Ergebnisse:



	USA	D
NoSH	75.2 %	72.89 %
NSSI	16.1 %	20.63 %
SA	1.9 %	1.51 %
NSSI+SA	7.0 %	4.97 %

Deutschsprachige Länder: 6-M-Prävalenz

6-Monatsprävalenz: 11% vs. 14% vs. 7.6% (p=.02)

	A	D	CH	+	Total
Nie	202 (89)	572 (86)	413 (92.4)		1187 (88.6)
1-5x	20 (8.8)	71 (10.7)	22 (4.9)		113 (8.4)
monatlich	2 (0.9)	13 (2)	4 (0.9)		19 (1.4)
wöchentlich	3 (1.3)	9 (1.4)	7 (1.6)		19 (1.4)
täglich	0 (0)	0 (0)	1 (0.2)		1 (0.1)

N=1339, mittleres Alter: 14.99 (0.79)

Plener et al., 2013

SEYLE Studie

- Vergleichsstudie von „direct self-injurious behavior“
- 11 Länder, n=12.068 (mittleres Alter: ca. 15)
- Lebenszeitprävalenz: 27,6%
- 7,8% repetitives D-SIB

Brunner et al., 2013

SEYLE Studie

Land	Lebenszeitprävalenz	manchmal	Repetitiv ≥ 5x
F	38,5%	25,6%	13%
D	35,1%	22,9%	12,3%
Est	32,9%	23,7%	9,1%

„Prädiktoren:“

- Suizidalität
- Angstsymptomatik
- Depressive Symptomatik
- Illegaler Drogenkonsum
- Bullying
- Sensation-seeking
- Delinquente Verhaltensweisen
- Tabakkonsum
- Alkoholkonsum
- Unverstanden durch Eltern fühlen
- Keine Aufmerksamkeit von Eltern

Brunner et al., 2013

...und nocheinmal: Welle 2

- N= 452, w: 46,2%, mittleres Alter: 14,85
- NSSV:**
 - 92 (20,7%) 2006 vs. 2011: p=.07
- Suizidversuche:**
 - 18 (4,2%) 2006 vs. 2011: p=.11

Plener et al., unveröffentlichte Daten

Junge Erwachsene: SEMPER

- SEMPER („Studie zur Empathie, Motivation für Psychiatrie und Emotionale Ressourcen“)
- n=714, w: 65%, Alter: 18-35, M: 23.1
- NSSV:**
 - 102 (14,3%)
 - f: 79 (77.5%), m: 23 (22.5%) (p=.012)
 - Häufigkeit:
 - 1 mal: 31.4%
 - 2-4 mal: 41: 40.2%
 - 5 mal oder mehr: 29: 28.4%
- SA:**
 - 11 (1.5%)

Allroggen et al., in press

Ergebnisse

- Wie alt warst Du als Du begonnen hast Dich selbst zu verletzen ?

Alter	Prozent
<10 a	2,50%
10 a	3,13%
11 a	6,86%
12 a	9,38%
13 a	25,00%
14 a	37,50%
15 a	12,50%
16 a	3,13%

Verlauf NSSV

- Allgemeinbevölkerung: 4%-5.9%

N=1802, 15 -30 Jahre, 7 Wellen: 1992-2008

Klonsky, 2011, Moran et al., 2012

Resultate (OSI)

- Wie motiviert bist Du im Augenblick das selbstverletzende Verhalten zu beenden ?

Motivationslevel	Prozent
0	18,05%
1	11,11%
2	19,44%
3	13,19%
4	38,19%

Ergebnisse: ADS

Kategorie	n	Mean (ADS)
NoSH	484	13,66
NSSI	137	22,51
SA	10	24
SA+NSSI	33	26,68

Situation in einer Schulklasse

Jeder fünfte Schüler hat sich bereits einmal selbst verletzt!

Prävalenz I

- Suizid: weltweit 14. häufigste Todesursache (16.7/100.000 Menschen/ Jahr)
 - Geschlechtsunterschiede
 - nationale Unterschiede
- Suizidales Verhalten nimmt mit Beginn der Adoleszenz zu, hat einen ersten Gipfel b. 16 Jahren und nimmt im jungen Erwachsenenalter wieder ab
- Männliche Jugendliche verüben ca. 4 mal so häufig Suizid wie weibliche Jugendliche

- In D: zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen

Neck et al., 2008, Eaton 2007

Prävalenz II- Deutschland

Geschlecht	5-15	15-25	25-45
m	12	444	1715
w	9	122	447
gesamt	21	566	2162

Schmidke et al., 2008, Statistisches Bundesamt, 2010

Prävalenz III- Deutschland

- Repräsentative Studie (n= 44.610 Jugendliche):
 - Lebenszeitprävalenz Suizidversuche: 9%
- Heidelberger Schulstudie: (n= 5759, mittleres Alter: 14.9, SD: 0.73)
 - Suizidgedanken: 14.4 %
 - Suizidversuche: 7.9 %
 - Suizidpläne: 6.5 %
- BELLA Studie (n= 2863 Familien, Alter: 11-17)
 - 6 Monatsprävalenz: Suizidgedanken: 3.8 %
- Ulmer Schulstudie (n=665, Alter: 14-17)
 - Suizidversuche: 6.5 %
 - Suizidgedanken: 35.9 %

Donath et al., 2013; Brunner et al., 2007, Resch et al., 2008, Plener et al., 2009

Suizidmethoden bei Jugendlichen: Versuche

Alter		m	w
15-24	„weich“	59,3%	81,6%
	„hart“	40,7%	18,4%
25+	„weich“	61,8%	77,2%
	„hart“	38,2%	22,8%

Würzburg, Suizidversuche: 1989-2003, n=1829

Bogdanovica et al., 2011

Suizidmethoden bei Jugendlichen: Suizide

- Kanada (n=370 Suizide, 11-18 Jahre)
- 91,9% „harte“ Methoden,
- „weiche Methoden b. Mädchen häufiger (9,4% vs. 4%)
- Erhängen nimmt zu in letzten 20 Jahren (n=233, 11-19 Jahre)

Soor et al., 2012, Skinner & McFaul, 2012


Figure 1: Suicides among Canadian children and adolescents, 1980-2006, by age group, sex and method. AAPC = average annual percent change, CI = confidence interval.

Folie 31

- LM3** ist das zu dramatisch, wenn die marktierten Smileys auch noch traurige Gesichter machen? ;D
Lara Munz; 01.10.2014
- SJ6** haha ;-)
finde ich gut
Straub Joana; 01.10.2014

Suizidmethoden bei Jugendlichen: Suizide Värnik et al., 2009

- EAAD (15 Länder, n=14.738 Suizide, 15-24a, 2000-2005)
- Erhängen: häufigste Methode (5 mal häufiger bei männlichen Jugendlichen)
- ♀:
 - 1. Erhängen
 - 2. Vergiftungen
 - 3. Sprung aus großer Höhe
- ♂:
 - 1. Erhängen
 - 2. Sprung aus großer Höhe
 - 3. Waffen (Schweiz und Finnland: 1. Platz)
- Länderunterschiede:
 - Ertrinken: häufigste Ursache in Irland
 - Sprung aus großer Höhe: ♂, Luxemburg u. ♀, Finnland



Vom Gedanken zum Versuch

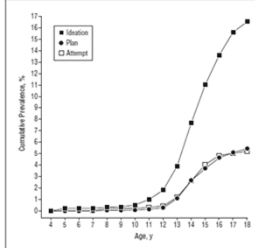


Figure 1. Age-at-onset curves of suicidal behaviors. Values are all 0.0 for children 1 to 4 years of age.

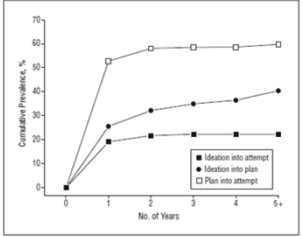



Figure 2. Speed of transition across suicidal behaviors.


Nock et al., 2013



Systematischer Review: Alles


- 1-Jahres Prävalenz:
 - Adoleszente: 15.4% (8.5-22.3)
 - Junge Erwachsene: 10.5% (3.8-17.3)
 - Erwachsene : 4.2% (-4.6-13.0)
- Lifetime prevalence:
 - Adoleszente: 17.2% (8.0-26.3)
 - Junge Erwachsene: 13.4% (4.5-22.3)
 - Erwachsene: 5.5% (1.7-16.3)
- Keine Zunahme der Prävalenz (nach Adjustierung methodol. Faktoren)
- Keine Differenz zwischen geograph. Regionen (nach Adjustierung methodol. Faktoren)

Swannell et al., in press




Zusammenfassung Prävalenz von NSSV


- NSSV wird von etwa jedem fünften Jugendlichen in Deutschland berichtet
- Die 1-Jahresprävalenz liegt bei etwa 14%
- Repetitives NSSV innerhalb des letzten Jahres findet sich in Deutschland bei etwa 4% der Jugendlichen
- Aus Deutschland liegen keine Zahlen aus dem Erwachsenenalter vor

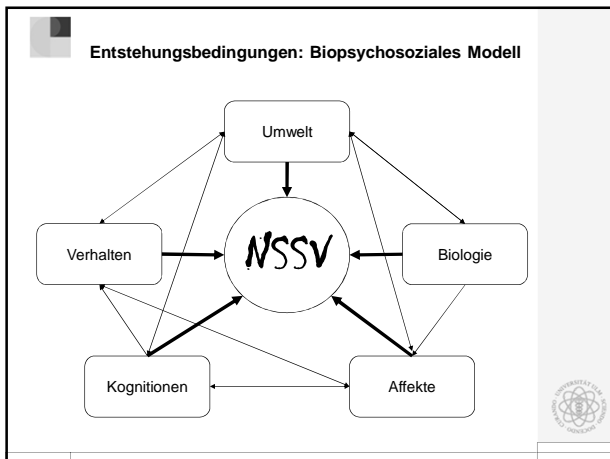


4) Ätiologie



Wie entsteht „selbstverletzendes Verhalten“ ?





- ### Risikofaktor Umwelt
- Umwelt**
- Familienanamnese:
 - psychische Krankheiten, Gewalt, Suizid(versuche), Drogen
 - Individuelle Anamnese:
 - Invalidierendes Umfeld
 - Bindungsprobleme,
 - Verlust eines Elternteils,
 - Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung
 - NSSV bei peers
 - Aktuelle aversive Einflüsse:
 - Konflikt in der Partnerschaft
 - Schulprobleme
 - Verlust einer Bezugsperson
- Melhem et al. 2007, Walsh 2006, Skegg 2005

- ### Ulmer Schulstudie II
- 9. Klässler
 - N= 452 (F:209, 46,2%), response rate: 69%
 - Mittleres Alter: 14.85 (range: 14-17 Jahre, SD: 0.58).
 - Instrumente:
 - Self Harm Behavior Questionnaire (Gutierrez et al., 2001)
 - (Adapted) Youth culture questionnaire (Young et al., 2006): 19 Jugendkulturen
- Young et al., 2014

- ### Ergebnisse: Jugendkultur
- Nur wenige Teilnehmer beschreiben eine starke Zugehörigkeit zu einer Gruppe
 - Höchster Identifikationsgrad:
 - Sportler (46.2%)
 - Hip Hop (11%)
 - Reggae, Ragga (9%)
 - (Hard)Rock (7.4%)
- Young et al., 2014.


- ### Jugendkultur & NSSV
- Grad der Zugehörigkeit positiv korreliert mit NSSV bei:
- Emo: $\rho = .24^{**}$
 - Punk: $\rho = .18^{**}$
 - Satanist: $\rho = .16^{**}$
 - Hip Hop: $\rho = .16^{**}$
 - Gothic: $\rho = .15^{**}$
 - Hippie: $\rho = .13^{**}$
 - Skater: $\rho = .12^*$
 - Hardcore: $\rho = .1^*$
- Negative Korrelation:
- Sportler $\rho = -.14^{**}$
- Young et al., 2014

- ### Risikofaktor Kognitionen
- Kognitionen**
- "ich bin hässlich
ich bin dumm
ich bin fett
ich bin müde
ich bin sauer
ich bin kalt
ich bin traurig
ich bin single
ich bin fertig
ich bin hungrig
ich bin krank
ich bin einsam
ich bin kaputt
ich bin langweilig
ich bin ängstlich
ich bin verwirrt
ich bin mir nicht sicher
ich bin hier
ich bin ich - ein niemand."
- Negative Gedanken und Beurteilungen bzgl. der Welt („Keiner versteht mich“, „Ich bin ganz allein“)
 - Gedanken zu NSSV („Nur NSSV hilft“, „Ich verdiene das“,...)
 - Gedanken, Flashbacks nach Trauma

Risikofaktor Verhalten

Verhalten


- Vorläufer v. NSSV: Konflikte, Drogengebrauch, Isolation: Reaktion: NSSV
- „ritualisierte“ Vorbereitung d. NSSV
- Verhalten nach NSSV: sich Ausruhen, mit anderen über NSSV sprechen, etc.



Risikofaktor Affekte

Affekte


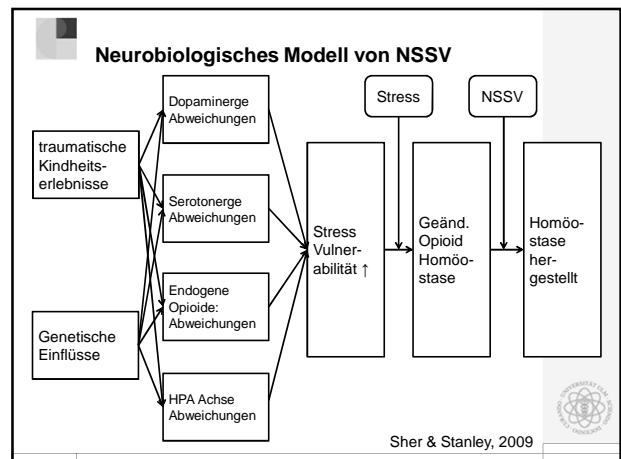
- Anfällig für häufige intensiv erlebte Emotionen
- Negative Emotionen triggern NSSV (v.a.: Wut, Angst, Anspannung, Scham, Trauer,...)
- Emotionen od. Dissoziationen in Verbindung mit Trauma



Risikofaktor (Neuro)biologie

Biologie

- Vulnerabilität vs. emotionale Dysregulation
- Dysfunktion im limbischen System
- Dysfunktion im serotonergen od. opioidergen System
- Herabgesetzte Schmerzempfindung- zentrale Prozesse- Habituation

Aber die Frage bleibt....


WARUM MACHEN DIE DAS ?



Die 7 Funktionen selbstverletzenden Verhaltens I

- Affektregulation
....um "schlechte" Gefühle zu beenden
- Anti-Dissoziation
....um mich wieder real zu fühlen
- Anti-Suizidal
...damit ich mich nicht umbringen muss

Klonsky (2007)



Die 7 Funktionen selbstverletzenden Verhaltens II

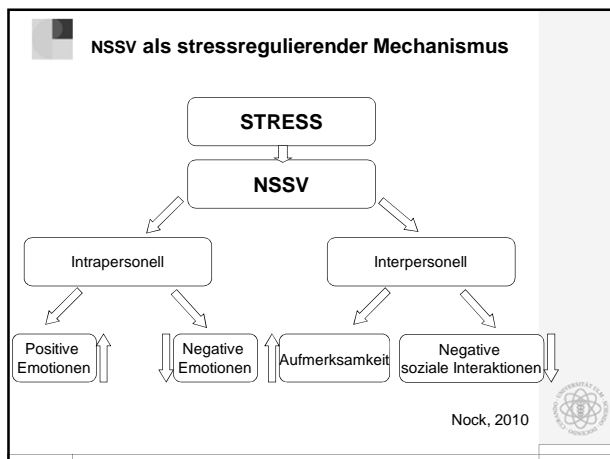
Interpersonelle Beziehungen
....ich bin anders als die Anderen

Interpersonelle Beeinflußung
....um Hilfe von anderen zu bekommen

Selbstbestrafung
...weil ich nichts wert bin

Sensation seeking
...da bekommt man den „Kick“

Klonsky (2007)

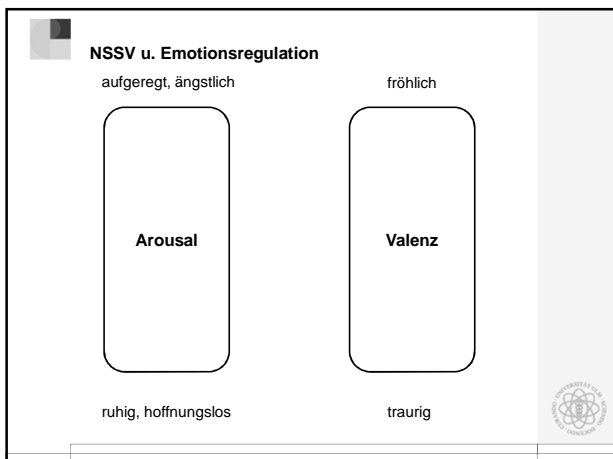


Funktionen von NSSV

	Intrapersonell	Interpersonell
Positive Verstärkung		
Negative Verstärkung		

Nock et al. (2007)

	Autonom	Sozial
Positive Verstärkung	(Erleichterung, Entspannung)	Mutter macht sich Sorgen Aufmerksamkeit
Negative Verstärkung	Abnahme Traurigkeit, Angst, Unwirklichkeit und Taubheit	Vermeidung Schulbesuch



NSSV u. Emotionsregulation

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑		
Arousal ↓		

Klonsky, 2009

NSSV u. Emotionsregulation

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑	<i>überfordert, frustriert</i>	
Arousal ↓		

Klonsky, 2009

NSSV u. Emotionsregulation

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑	<i>überfordert, frustriert</i>	<i>aufgeregt, euphorisch</i>
Arousal ↓		

Klonsky, 2009

NSSV u. Emotionsregulation

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑	<i>überfordert, frustriert</i>	<i>aufgeregt, euphorisch</i>
Arousal ↓	<i>traurig, innerlich leer</i>	

Klonsky, 2009

NSSV u. Emotionsregulation

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑	<i>überfordert, frustriert</i>	<i>aufgeregt, euphorisch</i>
Arousal ↓	<i>traurig, innerlich leer</i>	<i>erleichtert, entspannt</i>

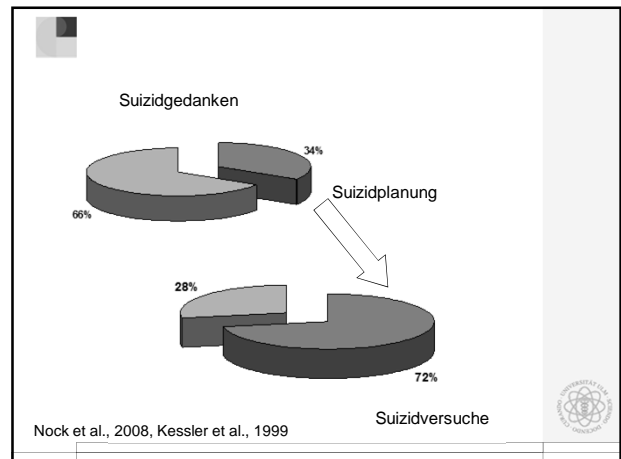
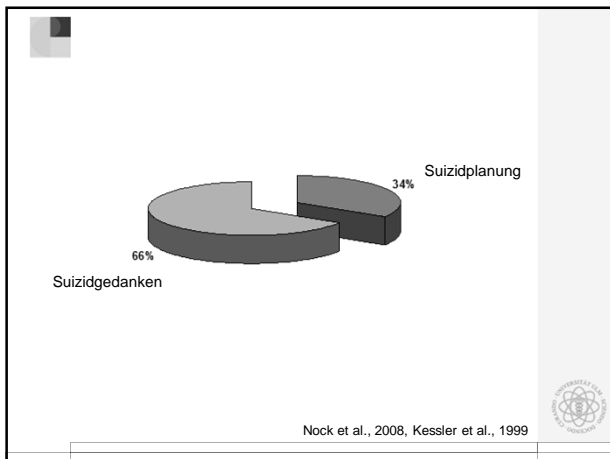
Klonsky, 2009

NSSV u. Emotionsregulation

Arousal/Valenz	Valenz -	Valenz +
Arousal ↑	↓	
Arousal ↓		↑

= Prädiktor für Frequenz von NSSV
Klonsky, 2009, Claes et al., 2010

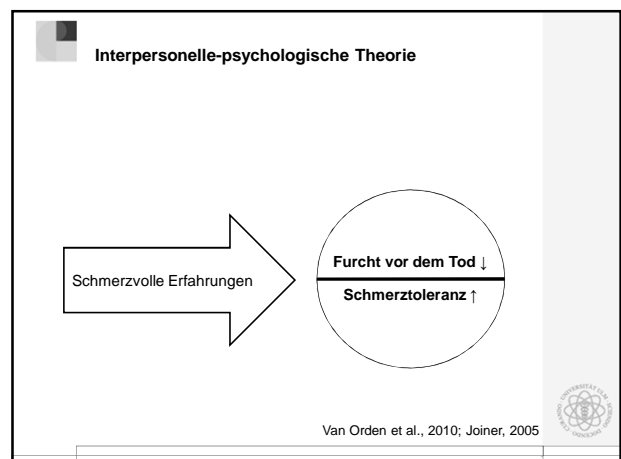
Wie kommt es zu Suizidversuchen?

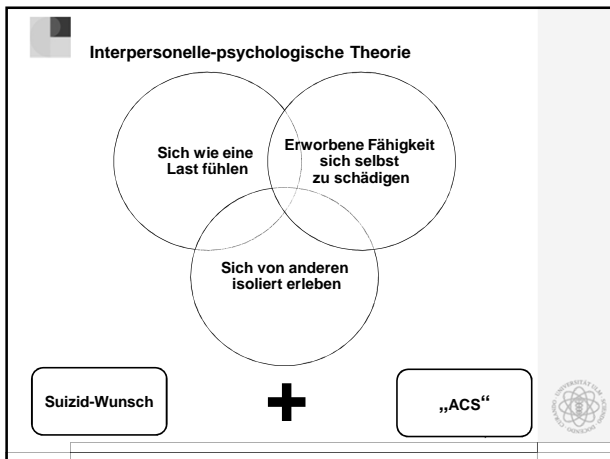


- ### Ätiologie- Biologie
- Dysregulation
 - Serotonin
 - Hyperaktivität der HPA Achse
 - Suizide u. Suizidversuche: familiäre Häufung (auch nach Kontrolle v. psychiatrischen Erkrankungen)
 - Höhere Konkordanzraten bei monozygoten Zwillingen
- Brent & Mann 2005, Brent & Melhem 2008, Mann & Curier 2007, Mann, 2003

- ### Ätiologie- Soziale Risikofaktoren
- Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung
 - Familiäre Geschichte suizidalen Verhaltens
 - Gewalt miterleben
 - Bullying (Täter & Opfer)
 - Vorangegangener Suizidversuch:
 - zw. 1/4 und 1/3 der Jugendlichen wiederholen Suizidversuch (größtes Risiko: 6 Monate bis 1 Jahr)
- Burzstein & Apter, 2009, Shaffer & Craft, 1999, Brown et al., 1999, McKeown et al., 1999, Dube et al., 2001, Melhem et al., 2007, Brodsky et al., 2008

- ### Ätiologie- Psychische Krankheit
- > 90% der Suizide
 - Höchstes Risiko:
 - Affektive Erkrankungen
 - Drogenabusus, Substanzkonsum
 - Impulskontrollstörungen
 - Psychotische Zustände
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Essstörungen
 - Störungen des Sozialverhaltens
 - Bei Adoleszenten: Depression
- Brent et al., 2009, Cavanagh et al., 2003, Nock et al., 2008, Burszetin & Apter, 2009, Foley et al., 2006, Brausch et al., 2009, Boden et al., 2007





5) Risikoabschätzung

- Hinweise auf Selbstverletzung**
- Warnhinweise für NSSV**
- Häufige, nicht erklärbare Schrammen, Narben oder Schnitte oder Verbrennungen
 - Unpassende Kleidung um Wunden zu verdecken
 - Schüler verbringen ungewöhnlich viel Zeit auf der Toilette oder an isolierten Orten
 - Anderes Risikoverhalten (z.B. Promiskuität, Risikosuche, ...)
 - Essstörungen oder Substanzmissbrauch
 - Zeichen für Depression, soziale Isolation
 - Besitz scharfer Gegenstände (z.B. Rasierklingen, Messer)
 - Zeichnungen, Texte bezogen auf NSSV
- nach Liebermann et. al., 2009, modifiziert nach Plener et. al., 2012c.

- Zusammenhang von NSSV und Suizidalität**
- Studien b. jungen Erwachsenen (incl. psychiatr. Pat.):
 - Mehrheit derer mit NSSV: keine Suizidalität
 - NSSV starker Prädiktor für suizidales Verhalten
 - Wahrscheinlichkeit ↑ mit Häufigkeit von NSSV
 - Jugendliche mit NSSV (mit u. ohne Suizidalität):
 - Zusammenhang Häufigkeit NSSV u. SV
- Whitlock & Knox, 2007, Andover & Gibb, 2010, Brausch & Gutierrez, 2010, Cloutier et al., 2010,

Risikofaktoren für Suizid: Personenvariablen

Risikofaktoren	Höheres Risiko	Geringeres Risiko
Alter	ab 15 Jahre	präpubertär
Geschlecht	männlich	weiblich
Partnerschaft	allein lebend	in Partnerschaft lebend
Sexuelle Orientierung	Nicht-heterosexuelle Orientierung	heterosexuelle Orientierung
Soziale Einbindung	• wenig soziale Unterstützung	• positive soziale Unterstützung • Religiosität
Denkstil	• rigides Denken (z.B. Hoffnungslosigkeit) • Geringe Stressstoleranz • geringe Selbstregulation • schlechte Emotions-Regulation	Flexibilität und Fähigkeit Emotionen und Affekte zu regulieren
Sozialen Fertigkeiten	• geringe Coping-Fertigkeiten • geringe Problemlösestrategien	• Einsichtsfähig • gute Coping-Fertigkeiten • gute Problemlösestrategien

modifiziert nach Chehil & Kutcher, 2012

Risikofaktoren für Suizid: Familiäre Faktoren

Risikofaktoren	Höheres Risiko	Geringeres Risiko
Familienanamnese/ Suizid	Suizid in der naher Verwandtschaft	keine familiäre Anamnese von Suizid
Familienanamnese	Psychische Erkrankung in der nahen Verwandtschaft	keine familiäre Anamnese einer psychiatrischen Erkrankung
Familiäre Situation	• Verlust eines Elternteils aufgrund von Tod oder Scheidung • Schwere familiäre Konflikte • Wenig Unterstützung von Eltern • Häufige Umzüge	• Intaktes Familienleben

modifiziert nach Chehil & Kutcher, 2012

Risikofaktoren für Suizid: Akute und vergangene Suizidalität

Risikofaktoren	Höheres Risiko	Geringeres Risiko
Suizidgedanken	<ul style="list-style-type: none"> Persistierend, lang andauernd Intensiv; akut Unkontrollierbar 	<ul style="list-style-type: none"> flüchtig geringe Intensität kontrollierbar
Suizidale Intention	<ul style="list-style-type: none"> starker Wunsch zu sterben starker Wille zu handeln Erwartung des Todes 	<ul style="list-style-type: none"> hohe Ambivalenz geringerer Wille zu handeln
Suizidpläne	<ul style="list-style-type: none"> vorbereitet gut geplant Methoden mit hoher Letalität Zugang zu Suizidmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> keine Planung Wahl von Methoden mit geringer Letalität kein Zugang zu Methoden
Vergangenes suizidales Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> aktueller Suizidversuch multiple Suizidversuche in der Vergangenheit geringe Chance der Entdeckung gut organisierter Suizidversuch Methoden mit hoher Letalität Reue darüber überlebt zu haben 	<ul style="list-style-type: none"> Erster Suizidversuch hohe Chance auf Rettung geringere suizidale Intention Verwendung von Methoden mit geringerer Letalität dankbar für das Überleben hohe Ambivalenz

modifiziert nach Chehil & Kutcher, 2012

Risikofaktoren für Suizid: psychiatrische Auffälligkeiten

Risikofaktoren	Höheres Risiko	Geringeres Risiko
Psychiatrische Störungsbilder	<ul style="list-style-type: none"> schwere Depression; depressive Phase einer bipolaren Störung akute Psychose Substanzabusus Borderline Persönlichkeitsstörung Schizophrenie 	<ul style="list-style-type: none"> Remission oder Heilung Abwesenheit akuter Symptomatik behandelte psychische Erkrankung unterstützendes Umfeld
Psychiatrische Symptomatik/Kognitive Symptome	<ul style="list-style-type: none"> Hoffnungslosigkeit schwacher Selbstwert Defizite in der Realitätsprüfung kommandierende Stimmen 	<ul style="list-style-type: none"> vorhandene Realitätsprüfung gute Strategien im Umgang mit Stress und negativen Emotionen sowie zur Problemlösung
Affektive Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> Depressive Stimmung schwere Ängste/Panikattacken intensive Wut intensives Gefühl der Einsamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> milde affektive Symptomatik
Verhaltenssymptome	<ul style="list-style-type: none"> Starkes, repetitives NSSV Verhaltensaktivierung; Unruhe Impulsivität Aggression Alkohol- und Drogenmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit der Selbstberuhigung gute Selbstkontrolle geringer Drogenkonsum

Risikofaktoren für Suizid: Stressoren

Risikofaktoren	Höheres Risiko	Geringeres Risiko
Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> finanzielle Probleme juristische Probleme Verlust des Ausbildungs- oder Schulplatzes Trauer; Liebeskummer Mobbing Sozialer Ausschluss oder Zurückweisung 	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche oder private Erfolge Intakter Freundeskreis
Medizinisch-somatische Anamnese/ Aktuelle Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung, chronische Erkrankung, neurologische Störungsbilder	<ul style="list-style-type: none"> schwere Schlafstörung chronisch anhaltender dauerhafter Schmerz funktionelle Behinderung kognitive Beeinträchtigung Verlust des Sehens oder des Hörens Entstellung Gefühl eine Last für andere zu sein 	<ul style="list-style-type: none"> Krankheit in Remission sich gesund fühlen Gute Anpassungsfähigkeit gute soziale Unterstützung
Körperliche Misshandlung/sexueller Misbrauch	Vorliegen von sexuellem Misbrauch oder körperlichen Misshandlungen	Keine Misbrauchs- oder Misshandlungsanamnese

modifiziert nach Chehil & Kutcher, 2012

- ### Risikofaktoren mit erhöhtem Suizidrisiko
- Alter:** ab 15 Jahren
 - Suizidalität:** Suizidversuch, gut organisiert, mit potentiell hoher Letalität
 - Psychiatrisches Störungsbild:** soziale Phobie
 - Affektive Symptomatik:** intensives Gefühl von Einsamkeit
 - Stressoren:** Mobbing in der Schule; schlechte Mathe-Leistungen
 - Dysfunktionale Kognitionen:** rigides Denken; Perfektionismus

Risikolevel

Risiko Level	Risiko-/ Schutz- Faktor	Suizidalität	Mögliche Interventionen
Hoch	Psychiatr. Diagnose mit schwerer Symptomatik oder akutem Stressor; Schutzfaktoren nicht relevant	Potentiell letaler SV od. persistierende Gedanken mit starker Intention oder gedankliches Durchspielen des Suizids	Aufnahme generell indiziert außer es kommt aufgrund einer signifikanten Änderung zu einer Reduktion d. Suizidrisikos. Vorkehrungen bzgl. Suizidalität treffen
Mittel	Multiple Risikofaktoren, wenige Schutzfaktoren	Suizidgedanken mit Plan, aber ohne Intention oder Verhalten	Aufnahme möglicherweise in Abhängigkeit von den Risikofaktoren notwendig. Entwicklung eines Krisenplans. Notrufnummern ausgeben
Niedrig	Veränderbare Risikofaktoren, starke Schutzfaktoren	Gedanken an den Tod, kein Plan, keine Intention oder Verhalten	Ambulante Behandlung, Symptomreduktion, Notrufnummern ausgeben

Einschätzung des Risikolevels: Fallbeispiel

An einem Freitagmorgen erscheint eine aufgelöste Mutter mit ihrem 17-jährigen Sohn bei ihnen in der Sprechstunde. Grund für die Vorstellung ist, dass Tom von seiner Mutter dabei überrascht wurde, wie er auf einer Brücke, die auf dem Schulweg liegt, gerade über die Brüstung klettern wollte. Befragt nach dem Vorgang gibt Tom an, dass er sich umbringen wollte und schon häufiger auf dieser Brücke stand aber noch nie zuvor über die Brüstung geklettert sei. Als Grund für diese Tat benennt Tom, dass er eine fünf in der Mathearbeit kassiert habe. Dies sei nun bereits zum dritten Mal geschehen und sein Lehrer habe ihm nun mitgeteilt, dass er sitzen bleiben werde. Er wisse nicht, was er nun tun solle, habe große Zukunftsängste, beschreibe sein Leben als „sinnlos“. Seit der Trennung von seiner Freundin vor einem halbe Jahr laufe einfach „nichts mehr rund“, er könne kaum schlafen, benötige jeden Tag mindestens eine Stunde zum Einschlafen und wache 2-3 mal pro Nacht auf. Seine Stimmung beschreibe Tom als deutlich herabgesetzt, seit einem Jahr habe er Suizidgedanken. Bereits nach dem Beziehungsende habe er versucht sich mittels Einnahme von Tabletten zu suizidieren, dies habe aber nicht funktioniert und sei auch von keinem in seinem Umfeld wahrgenommen worden. Tom bereut, dass der heutige Versuch nicht „zum Erfolg“ geführt habe.

Einschätzung der akuten Suizidalität

Welche Risikofaktoren erkennen sie
in dem Fallbeispiel?

Wie schätzen Sie das Risikolevel
ein?



Einschätzung des Risikolevels: Fallbeispiel

An einem Freitagmorgen erscheint eine aufgelöste Mutter mit ihrem 17-jährigen Sohn bei ihnen in der Sprechstunde. Grund für die Vorstellung ist, dass Tom von seiner Mutter dabei überrascht wurde, wie er auf einer Brücke, die auf dem Schulweg liegt, gerade über die Brüstung klettern wollte. Befragt nach dem Vorgang gibt Tom an, dass er sich umbringen wollte und schon häufiger auf dieser Brücke stand aber noch nie zuvor über die Brüstung geklettert sei. Als Grund für diese Tat benennt Tom, dass er eine fünf in der Mathearbeit kassiert habe. Dies sei nun bereits zum dritten Mal geschehen und sein Lehrer habe ihm nun mitgeteilt, dass er sitzen bleiben werde. Er wisse nicht, was er nun tun solle, habe große Zukunftsängste, beschreibe sein Leben als „sinnlos“. Seit der Trennung von seiner Freundin vor einem halben Jahr laufe einfach „nichts mehr rund“, er könne kaum schlafen, benötige jeden Tag mindestens eine Stunde zum Einschlafen und wache 2-3 mal pro Nacht auf. Seine Stimmung beschreibe Tom als deutlich herabgesetzt, seit einem Jahr habe er Suizidgedanken. Bereits nach dem Beziehungsende habe er versucht sich mittels Einnahme von Tabletten zu suizidieren, dies habe aber nicht funktioniert und sei auch von keinem in seinem Umfeld wahrgenommen worden. Tom bereue, dass der heutige Versuch nicht „zum Erfolg“ geführt habe.



6) Reaktion auf NSSV



Umgang mit NSVV

- Medizinische Behandlung zuerst (Schnitte versorgen, etc.)
- Nicht geschockt reagieren
- Versuchen Verbindung aufzunehmen ohne den Jugendlichen in die Ecke zu drängen
- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Versichern, dass es nichts ist, wofür man sich schämen muß
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen
- Hoffnung aufbauen- Therapeutensuche anbieten

„Respektvolle
Neugier“



„DOS“

- Dem Jugendlichen ruhig und mitfühlend begegnen
- Den Jugendlichen akzeptieren, auch wenn Verhalten nicht akzeptiert wird
- Dem Jugendlichen mitteilen, dass es Leute gibt, die sich Gedanken um ihn machen
- Verstehen, dass SVV ein Weg sein kann mit seelischem Schmerz umzugehen
- Die Worte des Jugendlichen für SVV verwenden
- Bereitschaft zuzuhören vermitteln
- Nicht urteilen



Toste & Heath, 2010

„DON'Ts“

- In übertriebenen Aktionismus verfallen
- Panik, Schock, Ablehnung zeigen
- Ein Ultimatum stellen oder Drohungen aussprechen
- Exzessives Interesse zeigen
- Dem Jugendlichen erlauben sich detailliert mit anderen Jugendlichen über SVV auszutauschen
- Dem Jugendlichen versichern, dass man es unter keinen Umständen weitersagen wird




Toste & Heath, 2010

Erstkontakt

- Vermeidung v. Suizidterminologie
- Sprache des Patienten verwenden
- CAVE: Vermiedlichkeiten, wahnhaftes Erleben
- Unaufgeregte Grundhaltung
- Respektvolle Neugier
- Akzeptanz, nicht-verurteilend


Walsh, 2006



Umgang mit SVV

- Medizinische Behandlung zuerst (Schnitte versorgen, etc.)
- Nicht geschockt reagieren
- Versuchen Verbindung aufzunehmen ohne den Jugendlichen in die Ecke zu drängen


~~„Oh mein Gott! Wie kannst Du so etwas nur machen? Das muß doch weh tun“~~



Umgang mit SVV


- Medizinische Behandlung zuerst (Schnitte versorgen, etc.)
- Nicht geschockt reagieren
- Versuchen Verbindung aufzunehmen ohne den Jugendlichen in die Ecke zu drängen

„Ich sehe, daß Du Dich selbst verletzt und würde Dir gerne helfen“ oder „Ich bin vielleicht nicht die richtige Person mit der Du reden willst, aber ich kann Dir helfen so jemanden zu finden.“



Umgang mit SVV


- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Versichern, dass es nichts ist, wofür am sich schämen muss
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen



Umgang mit SVV


- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Versichern, dass es nichts ist, wofür am sich schämen muss
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen

~~„Du musst sofort damit aufhören“ oder „Es ist schrecklich sich so etwas anzutun“~~



Umgang mit SVV

- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Versichern, dass es nichts ist, wofür am sich schämen muss
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen



Umgang mit SVV

- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Versichern, dass es nichts ist, wofür am sich schämen muss
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen

„Irgendetwas muss Dich ziemlich aufregen. Ich würde Dir gerne helfen“

Umgang mit SVV

- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Versichern, dass es nichts ist, wofür am sich schämen muss
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen

„Ich denke Dich selbst zu verletzen ist der beste Weg den Du **im Moment** hast mit Deinen Gefühlen umzugehen“

Umgang mit SVV

- Empathisch reagieren, aber nie vorgeben zu wissen, wie sich der Jugendliche fühlt
- Hoffnung aufbauen

Umgang mit SVV

- Empathisch reagieren, aber nie vorgeben zu wissen, wie sich der Jugendliche fühlt
- Hoffnung aufbauen

„Ich weiß, dass wenn ich ein Problem habe ich mich besser fühle, wenn ich mit jemandem reden kann“

Umgang mit SVV

- Empathisch reagieren, aber nie vorgeben zu wissen, wie sich der Jugendliche fühlt
- Hoffnung aufbauen

„Es ist wahrscheinlich momentan schwierig sich vorzustellen auf diesen Weg mit Deinen Gefühlen umzugehen verzichten zu sollen, aber es gibt andere Leute, die andere Wege gelernt haben. Ich bin sicher wir finden jemanden der helfen kann“

Konfrontation mit SVV

- Wie man sich vielleicht fühlt
- Was man vielleicht denkt

shockiert, verletzlich, ärgert, besorgt, machtlos, Es ist alles meine Schuld, Die ist verrückt, Die macht das nur um mich zu manipulieren, das verändert unsere gesamte Beziehung

7) Fragen nach Suizidalität

Was halten Sie davon, Suizidalität bei einem Schüler offen anzusprechen?

Fragen nach Suizidalität

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)

→ Falls Ihr Gegenüber suizidal erscheint,
FRAGEN SIE DANACH !

Mögliche Fragen nach Suizidalität

Fragen nach Suizidgedanken

- Hastest du jemals den Wunsch tot zu sein?
- Hast du jemals das Gefühl gehabt, dass dein Leben nicht mehr lebenswert ist?
- Warst du jemals so verzweifelt, dass du sterben wolltest?
- Hast du je daran gedacht Selbstmord verüben zu wollen?
- Wie lange dauern diese Gedanken an?
- Wie oft kommen diese Gedanken?
- Wann sind diese Gedanken zum ersten Mal aufgetreten?
- Was hat diese Gedanken ausgelöst, als sie das erste Mal gekommen sind?
- Wie knapp bist du davor, deinen Gedanken nachzugeben und zu handeln?
- Hast du schon mit jemandem über deine Gedanken gesprochen?

Mögliche Fragen nach Suizidalität

Fragen nach Suizidplänen

- Hast du einen bestimmten Plan, wie du dir das Leben nehmen würdest?
- Wie würdest du es anstellen?
- Hast die Mittel für die Umsetzung deines Plans bereits organisiert?
- Hast du schon Vorbereitungen getroffen um deinen Plan in die Tat umzusetzen?

Mögliche Fragen nach Suizidalität

Fragen nach vergangenen Suizidversuchen

- Wann hast du zum ersten Mal versucht dir das Leben zu nehmen?
- Wann hast du das letzte Mal versucht dir das Leben zu nehmen?
- Wie hast du versucht dir das Leben zu nehmen?
- Was war der Auslöser dafür, dass es dir so schlecht ging, dass du versucht hast dir das Leben zu nehmen?
- Hast du beim letzten Mal, als du versucht hast dir das Leben zu nehmen Alkohol getrunken oder Drogen eingenommen?
- Welche Methoden hast du verwendet?
- Hast du damit gerechnet daran zu sterben?
- Was hast du gedacht und gefühlt, als du den Versuch überlebt hast?

Obacht!

- Gefahren im Umgang mit Suizidgefährdeten
 - Vorschnelle Tröstung
 - Ermahnung
 - Verallgemeinerung
 - Ratschlag
 - Belehrung
 - Herunterspielen des Problems (ggf. d. Suizidversuchs)
 - Beurteilen und kommentieren
 - Nachforschen, ausfragen, analysieren
 - Vorschnelle Aktivitäten entwickeln

CAVE: Better safe than sorry

Kulesa, 1985

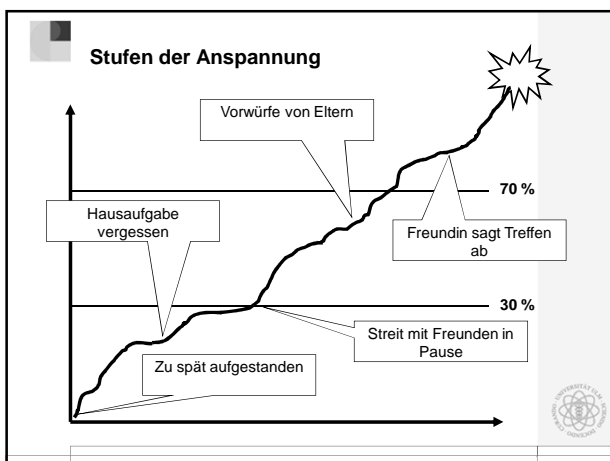
Risikolevel

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
www.samhsa.gov

Risiko Level	Risiko-/ Schutz- Faktor	Suizidalität	Mögliche Interventionen
Hoch	Psychiatr. Diagnose mit schwerer Symptomatik oder akutem Stressor; Schutzfaktoren nicht relevant	Potentiell letaler SV od. persistierende Gedanken mit starker Intention oder gedankliches Durchspielen des Suizids	Vorstellung bei psychiatrischem Fachpersonal veranlassen → stationäre Aufnahme
Mittel	Multiple Risikofaktoren, wenige Schutzfaktoren	Suizidgedanken mit Plan, aber ohne Intention oder Verhalten	Vorstellung bei psychiatrischem Fachpersonal veranlassen → stationäre/ambulante Aufnahme
Niedrig	Veränderbare Risikofaktoren, starke Schutzfaktoren	Gedanken an den Tod, kein Plan, keine Intention oder Verhalten	Vorstellung bei psychiatrischem Fachpersonal veranlassen → ambulante Aufnahme



Praktisches Vorgehen für die Beratung



Einteilung und Merkmale von Anspannungszuständen

Drei Anspannungsdimensionen:

- Hochspannung (70-100%)
- Mittlere Anspannung (30-70%)
- Niedrige Anspannung (0-30%)

Merkmale jeweiliger Anspannungszustände erkennen


Spannung	
Hochspannung 70-100%	Gedanken: _____ Gefühle: _____ Körperliche Merkmale: _____ Verhalten: _____
Mittlere Anspannung 30-70%	Gedanken: _____ Gefühle: _____ Körperliche Merkmale: _____ Verhalten: _____
Niedrige Anspannung 0-30%	Gedanken: _____ Gefühle: _____ Körperliche Merkmale: _____ Verhalten: _____

Skills

Was sind Skills?

- Definition: Jedes Verhalten, das in einer schwierigen Situation kurzfristig wirksam ist und dabei langfristig nicht schädlich ist
- Bei jedem Menschen wirken Skills unterschiedlicher Zugangskanäle


Art des Skills	Methode
Sinnesbezogene Skills Sehen Hören Schmecken Riechen Spüren	Manche Menschen können Anspannung durch sinnesbezogene Skills wie in Meerrettich beißen, Chilisnoten kauen oder den Kopf in kaltes Wasser tauchen
Gedankenbezogene Skills	Manche Personen können sich ablenken in dem sie z.B. ein Kreuzworträtsel lösen
Handlungsbezogene Skills	Sport kann z.B. erfolgreich eingesetzt werden, um Spannung zu reduzieren
Körperbezogene Skills	Viele Menschen können ihren Zustand verändern, indem sie etwa ihre Atmung verändern



Achtsamkeit


Achtsamkeitsübungen:

- Ziel: sich auf den Augenblick einzulassen
- Das Kommen und Gehen von Gedanken und Gefühlen zu beobachten
- Das eigene Gefühl, wie es aufsteigt und verschwindet, wie Wellen im Ozean wahrnehmen
- Durch innere Achtsamkeit nehmen wir Gedanken wahr ohne sie zu bewerten
- Gedanken werden angenommen wie sie sind ohne gegen sie anzukämpfen



Eine kleine Übung...


- Achtsamkeit:
 - 3,2,1: Sehen, Hören, Fühlen...



Stresstoleranz

Stresstoleranz Skills


- Sich ablenken
 - Hirn-Flick-Flack
 - Aktivitäten
 - Gefühle ersetzen
 - Körperempfindungen
 - Skills Notfall-Koffer
- Sich beruhigen mit Hilfe der 5 Sinne
 - Achtsam und bewusst hören, riechen, schmecken, spüren
- Den Augenblick verändern
 - Fantasie, Kurzurlaub
 - Sinnggebung, Gebet, Meditation
 - Entspannung




Notfall-Koffer

Skills Notfall-Koffer

- Nur die effektivsten Wege zur Ablenkung und Selbstberuhigung unter Hochstress
- Nur 3-4 Skills in Notfallkoffer legen
- In den Notfallkoffer gehören nur Skills die sehr zuverlässig und wirksam sind
- Wichtig ist auch, dass die Skills immer verfügbar sind



8) Therapeutic Assessment (TA)



Barrieren für das Aufsuchen professioneller Hilfe

- Am meisten Hilfe durch Freunde (40%) und Familie (11%)
- Barrieren:
 - NSSV als zu unwichtig für „richtige“ Therapie angesehen
 - Gefühl, dass man es selbst bewältigen können sollte
 - Offen machen von NSSV würde Menschen verletzen
 - Gefühl als aufmerksamkeitssuchend zu gelten
 - Unwissen, wohin man sich wenden kann

Fortune et al., 2008

TA: Prinzipien

- Die Abklärung ist vielleicht die einzige Chance um Jugendliche zu motivieren
- Junge Menschen mit Selbstverletzung können von verschiedenen Ansätzen profitieren
- Junge Menschen können am Besten beurteilen, was für sie hilfreich ist

© by Ougrin & Zundel

Therapeutic assessment

- Erster Kontakt nach Selbstverletzung
- Zuerst Suizidalitätsabklärung: Frage, ob man weitermachen soll
- Kurzintervention (30 Minuten) + Brief
- Jugendlicher erhält Diagramm und entscheidet sich für Exit
- RCT: TA vs. TAU (n=70, 12-18 years)
 - Signifikant häufiger in Therapie (86% vs. 51%, p=.002), mehr Sitzungen im Anschluß (p<.001) auch höherer Anteil derer, die vier od. mehr Sitzungen wahrnehmen (40% vs. 11%)

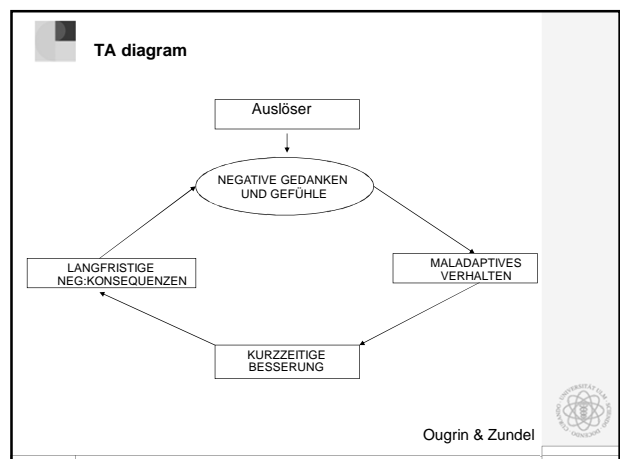
Ougrin et al., 2011

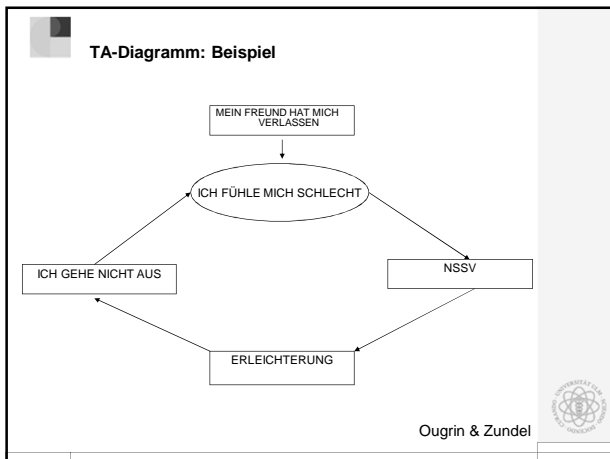
Ziele

- dem Jugendlichen helfen, seine Probleme zu verstehen
- Veränderungsmotivation explorieren und verstärken
- Hoffnung auf Änderung erwecken und Ziele festlegen
- Mögliche Alternativen für NSSV explorieren

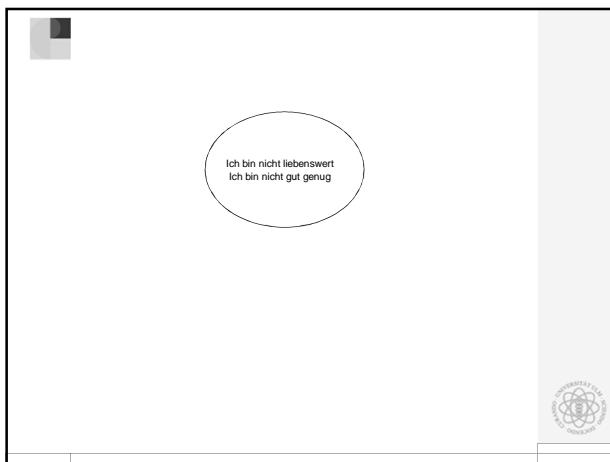
1. Eröffnung

- Fragen an Jugendlichen und Begleitperson:
 - Was sind Deine größten Hoffnungen/Erwartungen für diese Stunde?
 - Wann wirst Du wissen, dass Dir diese Stunde etwas gebracht hat?
 - Was muss passieren, damit Du auf Deinem Nachhauseweg zu Dir selbst sagst: "Das war eine erfolgreiche Stunde?"
 - Was hoffst Du, dass sich durch diese Stunde verändert?

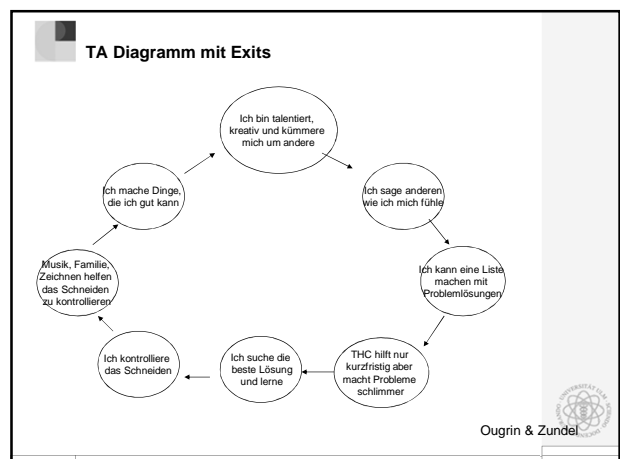
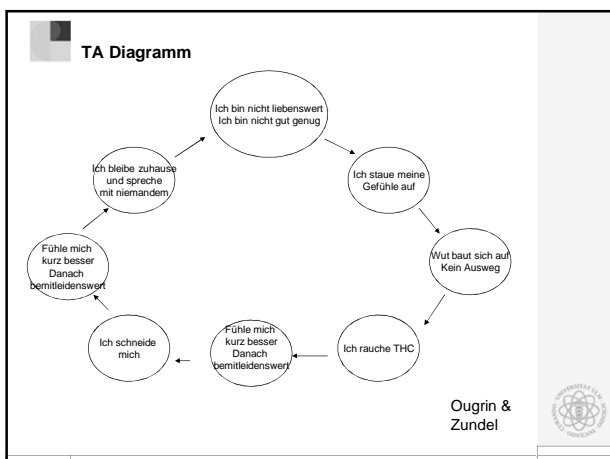




- Fragen zum Diagramm
- Was ging dir durch den Kopf, bevor du dich selbstverletzt hast?
 - Was ging dir am schlimmsten Punkt noch durch den Kopf?
 - Was hat das für dich bedeutet?
 - Welche Bilder hattest du im Kopf, hast du dich an ein bestimmtes Ereignis erinnert?
 - Wie hast du über dich selbst gedacht?
 - Manche Menschen fühlen sich dann (...), hast du dich so gefühlt?
- ⇒ „Core Pain“



- Fragen zum Diagramm
- Was machst du dann meistens?
 - Was willst du damit erreichen?
 - Wie reagieren andere darauf?
 - Funktioniert es?
 - Was passiert dann?
 - Was sind die Konsequenzen?
 - Was sind die langfristigen Konsequenzen?
 - Wie fühlst du dich dann?
 - Wie fühlen sich andere dann?



Video

Problemlösetraining

- Problem identifizieren
 - Was würdest du in deinem Leben gerne ändern?
 - Was wäre dein Wunsch, wenn du einen Zauberstab hättest?
 - Woran würdest du merken, dass die Dinge besser werden?

Problemlösetraining

- Brainstorming - Lösungen sammeln
 - Stell dir vor, dass heute alles möglich ist. Wie könnten mögliche Lösungen für dein Problem aussehen?
 - Was wäre die ideale Lösung?
 - Was wäre eine Lösung, die in Ordnung wäre?
 - Was hat dir in der Vergangenheit geholfen?
 - Was würde jemand, der dir wichtig ist vorschlagen, wenn er hier im Stuhl neben mir sitzen würde?
 - Hast du ein Vorbild oder einen Helden? Was würde diese Person vorschlagen?
 - Was gibt es noch für mögliche Lösungen?

Problemlösetraining

- Lösungen abwägen
 - Schauen wir uns jede Lösung an. Jede Lösung hat Vor- und Nachteile:
 - Was sind die kurzfristigen Konsequenzen?
 - Was sind die langfristigen Konsequenzen?
 - Wie würde es dich beeinflussen?
 - Welchen Einfluss hätte es auf andere Personen?

Problemlösetraining

- Auswahl der besten Lösung
 - Welche Lösung würdest du als erstes auswählen?
 - Welche klingt am vielversprechendsten?
 - Welche wäre die einfachste?
 - Welche wäre die schnellste?
 - Welche würdest du deinem besten Freund vorschlagen?
 - Kann man die Lösungen kombinieren?
 - Wenn du dich dich selbst in einem Jahr vorstellst, welche Lösung würde dich besonders stolz machen?

Problemlösetraining

- Planung
 - wie setzt du die Lösung in die Wirklichkeit um?
 - Was ist das erste, das du tun musst?
 - Was kommt dann?
 - Was wird das schwierigste sein?
 - Wer oder was könnte helfen?
 - Hast du so etwas schon einmal versucht? Was hat dir damals geholfen? Was war damals schwierig oder einfach?

Rollenspiel

9) Schulprotokoll

Schulprotokoll

```

    graph TD
      S[Schüler] --> L[Lehrer]
      L --> E[„Experte“]
      E --> S
    
```

Lieberman et al., 2009

Schulprotokoll

```

    graph TD
      subgraph Krisenteam
        L[Lehrer]
        E[„Experte“]
      end
      Krisenteam --> P[Eltern]
      Krisenteam --> H[externe Hilfen]
    
```

Lieberman et al., 2009

Schulprotokoll: Anforderungen

- JEDEM Lehrer bekannt
 - Wann soll SVV eines Schülers gemeldet werden?
 - Wem soll es gemeldet werden?
 - Wie ist die Schuladministration einzubezogen?
 - Welche Rolle spielen BeratungslehrerInnen?
 - Wie erfolgt Einbeziehung der Eltern?

Walsh 2006, Plener et al., 2012

Schulprotokoll: Ablauf

```

    graph TD
      A[Erstkontakt] --> B[Kontakt mit „Experte“]
      B --> C[Risikoabschätzung]
      C -.-> D[KJPP]
      C --> E[Elternkontakt]
    
```

Lieberman et al., 2009

Protokoll I

- Verantwortliche Person (Vertrauenslehrer, Schulpsychologe od. Sozialarbeiter) benennen
- sofortige Meldung bei:
 - jeder suizidalen Äußerung, Gedichte, Zeichnungen,
 - Spuren von SVV,
 - Hinweisen auf Essstörungen,
 - Hinweisen auf stark selbstgefährdendes Verhalten (S-Bahn Surfen, Prostitution,...),
 - Substanzkonsum der über das „normale“ Probiervverhalten hinausgeht,
 - Hinweise auf Kindeswohlgefährdung

Walsh 2006

Protokoll II

- Kontaktaufnahme durch Verantwortlichen: Einzelgespräch mit Schüler- danach Rückmeldung an überweisenden Lehrer, dass Kontakt stattgefunden hat
- **Geringes Risiko:**
- WENN:
 - lediglich oberflächliches SVV
 - keine Suizidalität
 - keine psychische Erkrankung
- DANN:
 - Beratung f. Jugendlichen,
 - kann sich jederzeit wieder melden
 - Wiederholte Überprüfung

Walsh 2006, Toste & Heath, 2010

Protokoll III

- **Hohes Risiko:**
- WENN:
 - Suizidabsichten
 - Suizidplanung
 - Suizidversuch/Suizid von Freunden/ Familienmitglied
 - Starkes, repetitives SVV
- DANN:
 - Info, dass Sorgeberechtigte verständigt werden (Anruf wenn möglich in Anwesenheit d. Schülers),
 - Versicherung, dass Problemverhalten keine schulische Disziplinarstrafe nach sich zieht
 - Vorschläge f. ambulante psychol./ psychiatr. Vorstellung
 - Schweigepflichtentbindungen (Kontakt mit anderen)
 - Bei akuter Suizidalität: sofortige psychiatrische Notvorstellung

Walsh 2006, Toste & Heath, 2010

Umgang mit „Epidemien“

- Kommunikation über SVV innerhalb der peer group reduzieren:
 - offen ansprechen, daß manche Mitschüler durch Kommunikation zu SVV verleitet werden könnten
- Kein zur Schau stellen von Narben in der Schule gestatten
- Schüler, die bluten sollen nicht ins Klassenzimmer
- Ev. Exit Karten, mit denen sich Schüler Auszeit nehmen können
- Intervention nur individuell- KEINE Gruppen (Ausnahme: therapeut. DBT skills Gruppen)

Walsh 2006, Wishart 2004, Plener et al., 2012

Grundlagen StGB

§ 203: Verletzung von Privatgeheimnissen

- (1) Wer **unbefugt** ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als [...]
 - 2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
 - 4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.
 - 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Grundlagen StGB

§ 203: Verletzung von Privatgeheimnissen

- (2) Ebenso wird bestraft, wer **unbefugt** ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
 - 1. Amtsträger,
 - 2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten, [...]
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. [...]

Grundlagen StGB

§ 34 StGB: Rechtfertigender Notstand

Wer in einer **gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut** eine Tat begeht, um die **Gefahr** von sich oder einem anderen **abzuwenden**, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei **Abwägung** der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des **Grades der ihnen drohenden Gefahren**, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein **angemessenes Mittel** ist, die Gefahr abzuwenden.



SchG BW §19

- (1) Die Bildungsberatung soll in allen Schularten gewährleistet [...] werden. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere die Information und Beratung der Schüler und Erziehungsberechtigten über die für die Schüler geeigneten Bildungsgänge [...] sowie die **Beratung bei Schulschwierigkeiten in Einzelfällen**. Die Einrichtungen der Bildungsberatung **unterstützen die Schulen und Schulaufsichtsbehörden in psychologisch-pädagogischen Fragen** und tragen dadurch zur Weiterentwicklung des Schulwesens bei.
- (2) Die Aufgaben der Bildungsberatung werden unbeschadet des Erziehungs- und Bildungsauftrags der einzelnen Lehrer durch die überörtlich einzurichtenden schulpädagogischen Beratungsstellen und an den Schulen vornehmlich durch Beratungslehrer erfüllt.



SchG BW §19

- (3) Soweit die Bildungsberatung **auf Ersuchen von Schülern oder Erziehungsberechtigten tätig** wird, bedarf es für die **Untersuchung der Einwilligung der Berechtigten**.
- (4) Beratungslehrer und schulpädagogische Beratungsstellen arbeiten untereinander und mit anderen Beratungsdiensten, insbesondere mit den für die Berufs- und Studienberatung zuständigen Stellen zusammen.



Richtlinien für die Bildungsberatung

Verwaltungsvorschrift vom 13. November 2000

- Die Bildungsberatung soll dazu beitragen, das verfassungsmäßig garantierte **Recht des jungen Menschen auf eine seiner Begabung entsprechende Erziehung und Ausbildung zu verwirklichen und ihn in der bestmöglichen Entfaltung seiner Persönlichkeit zu unterstützen**.
- Die Aufgaben der Bildungsberatung umfassen dabei insbesondere die **Schullaufbahnberatung sowie die Beratung bei Schulschwierigkeiten in Einzelfällen**. Darüber hinaus unterstützen die Einrichtungen der Bildungsberatung Schulen und Schulaufsichtsbehörden in **psychologisch-pädagogischen Fragen**. [...]
- Um dem natürlichen Erziehungsrecht der Eltern Rechnung zu tragen, erfolgen Beratungen **grundsätzlich in Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten**.



Richtlinien für die Bildungsberatung

Verwaltungsvorschrift vom 13. November 2000


- Schwerpunkt der Aufgaben ist die Schullaufbahnberatung, d. h. die Information und Beratung von Schülerinnen, Schülern und Eltern über die geeigneten Bildungsgänge.
- [...]
- helfen sie Schülerinnen und Schülern bei der Bewältigung von **Schulschwierigkeiten, soweit Möglichkeiten hierzu im pädagogischen Bereich liegen**. Insbesondere sind Leistungsschwächen (Leistungsabfall und -schwankungen) sowie Lernschwierigkeiten zu nennen;
- Weitergehende, insbesondere **psychotherapeutische Maßnahmen** bei einzelnen Schülerinnen und Schülern oder Klassen **gehören nicht zu den Aufgaben**.



Abschn. IV/1 Einwilligung der Berechtigten

- Sofern **Untersuchungen** durchgeführt werden, zu deren Teilnahme die betroffenen Schülerinnen und Schüler auf Grund von **Rechtsvorschriften verpflichtet** sind, bedarf es **keiner Einwilligung der Erziehungsberechtigten**.
- Sofern Schulpädagoginnen, Schulpädagogen, Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer **auf Anforderung von Schulleitungen und Lehrkräften oder auf Veranlassung der Schulaufsichtsbehörden tätig** werden und die betroffenen Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an erforderlichen **Einzeluntersuchungen** nicht verpflichtet sind, können diese **nur durchgeführt** werden, wenn die **Erziehungsberechtigten oder volljährige Schülerinnen und Schüler selbst vorab schriftlich erklären, dass sie mit der Untersuchung** und damit **einverstanden** sind, dass die **Ergebnisse** in dem für die Fragestellung erforderlichen Umfang dem **Auftraggeber bekannt** gegeben werden.



 Abschn. IV/1 Einwilligung der Berechtigten

- Sofern Beratungsfachkräfte **auf Wunsch minderjähriger Schülerinnen und Schüler** tätig werden, ist eine **erste Beratung** zulässig. Werden **darüber hinaus Maßnahmen** für erforderlich gehalten, sind diese **nur zulässig**, wenn eine **schriftliche Einwilligung der Erziehungsberechtigten** vorliegt.

 Abschn. IV/2 Vertraulichkeit

- **Beratungslehrerinnen, Beratungslehrer, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen haben über Tatsachen**, die ihnen im Rahmen ihrer besonderen Beratungsaufgaben anvertraut wurden, **Stillschweigen** zu wahren. Psychodiagnostische Untersuchungen und Beratungen sind deshalb in der Regel unter Ausschluss Dritter durchzuführen.

