

**Göppinger Fachtag am 2.06.14 von 9:30 Uhr bis 17:00 Uhr
Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Mädchen und Jungen
Frauen und Männern in suizidalen Lebenskrisen**

Abschlusspodium mit M. Schirmer (Moderator); R. Kachler (Pfarrer und Diplom- Psychologe), Dr. med. M. Löble (Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie), Dr. G. M. Barth (Oberarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie) und I. Baudis (Analytische Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche)

Frage an Frau Baudis (Fr. B.): Unterschied zwischen suizidalen Tendenzen und selbstverletzendem Verhalten

Fr. B.: Bei suizidalen Tendenzen besteht eine Tötungsabsicht, im Gegensatz dazu will das selbstverletzende Verhalten die Drucksituation, die Spannung mildern, um am Leben wieder teilnehmen zu können. „Ich muss mein Blut fließen sehen“, dass mich schützt, wärmt und mich weiter am Leben hält.

Mädchen und Jungen reagieren auch hier unterschiedlich. Während die Mädchen den Druck nicht nach außen sondern nach innen abgeben und sich als „Opfer“ fühlen, agieren Jungen aggressiv in ihrer Umwelt, werden als „Täter“ wahrgenommen. Depressionen beim Jungen werden so erst später erkannt und sind schwieriger zu behandeln.

Frage an Dr. Löble (Dr. L.) nach Beschreibung von Suizidalität im klinischen Alltag:

Dr. L.: Grundsätzliche Frage lautet: Was ist krank und was ist gesund? Krisen gehören zum Leben. Suizidversuche sind aber keine Indizien für eine gesunde Entwicklung. Hier lautet die Frage: Ab wann wird es pathologisch?

Dr. Barth (Dr. B.): hinterfragt künstliche Diagnosen wie: „Ich bin Borderliner, ADHSler etc.“. Bei einer psychiatrischen Diagnose wie Depression, Psychose, Neurosen etc. gibt es ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko.

Dr. L.: Hier sind Bedingungen zu schaffen, Handlungsspielräume greifbar zu erweitern. Eine Einengung von Spielräumen kann in eine Suizidalität führen. Kinder und Jugendliche benötigen eher Normalität ohne gleich alle Probleme und Schwierigkeiten pathologisieren zu wollen. Nochmals: Lebenskrisen gehören zum Leben.

Herr Kachler (Hr. K.): Hilfesysteme basieren auf Ansätzen im normalen Leben, Alltag. Auf suizidale Äußerungen muss direkt, nachfragend reagiert werden. Verweis auf Gotland, wo Ärzte geschult wurden, und danach die bislang überproportionalen Suizidzahlen gegen Null verliefen¹.

Fr. B.: Es besteht das Problem, dass aus Datenschutzgründen verschiedene Stellen nichts voneinander wissen und so Defizite entstehen. Hier gilt es Infos zu bündeln und zu sammeln.

Dr. B.: In Tübingen läuft seit 11 Jahren ein sehr erfolgreiches niederschwelliges Projekt „Peer-Beratung“. Jugendliche beraten andere Jugendliche mit suizidalen Vorhaben. Diese Jugendliche profitieren persönlich aus ihrem ehrenamtlichen Tun, und die Beratungen helfen den Betroffenen. Bevor Emails von den Jugendlichen herausgehen, werden sie von Profis gelesen. Wichtig ist, dass die Anfragen technisch nicht zurückverfolgt werden können.

¹ Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatr Scand 1989; 80: 151-154

Hr. K.: berät Eltern und Familien bzw. ihr Umfeld, die Kinder bzw. Jugendliche durch einen Suizid verloren haben; bis zu 5 Jahre Beziehungsarbeit; Im Rückblick mit den Eltern ist es in den meisten Fällen so, dass von den Kindern und Jugendlichen immer Andeutungen gemacht werden.

Frage an alle nach den Resilienzfaktoren

Dr. L.: Der/Die Beratende* muss für sich selbst die Frage beantworten: Wie hole ich mir Hilfe und Unterstützung, was kann ich selber tun?

Auch Kind/Jugendlicher ist nicht hilflos, Vorhandensein einer virtuellen Reißleine, um damit die Freiheitsgrade zu vergrößern, wie Anrufe bei entsprechenden Stellen, Klinikbesuch etc.

.Fr. B.: Verweist auf neueste Resilienzforschung: Ressourcen sind: Soziale Kompetenzen haben, konkrete Schritte in der Zielperspektive, Traum haben, verschiedenen Methoden zum Erreichen meines Ziels, Freunde gewinnen etc..

Dr. B.: Stärkung der Reflexionsfähigkeit, Erlebnissfähigkeit, Widerstandsfähigkeit.

Frage aus dem Podium: thematisiert, ob Weitergabe der eigenen Handynummer möglicherweise sinnvoll ist und spricht die eigene Überforderung an

Dr. L.: wir arbeiten im Team – das ist eine große Entlastung

Fr. B.: Bei 35 Patienten kommt es durchschnittlich vor, dass bis zu 3 Personen alle 6 bis 8 Wochen anrufen, es wird aber nur im Notfall angerufen.

Dr. B.: Handynummer für den Notfall sind lebenserhaltend und wie eine Nabelschnur

Fr. B.: Überweisung in die START- Klinik (Göppingen), Sicherheit geben durch feste Ansprechpartner. Einübung alternativer Bewältigungsstrategien.

M.: Frage nach dem Geschlecht?

Vgl. Video

M.: Frage nach den Ressourcen von Jungen und Mädchen

Hr. K.: Besondere Ressource ist die Lebendigkeit.

Fr. B.: Keine defizitäre Orientierung, sondern Betrachtung der Gesamtheit der Jugendlichen als Bündel vieler Ressourcen.

Dr. L.: Ich will nicht, dass ihr mir meinen Schmerz nehmt... nicht pathologisieren.

Dr. B.: Herausforderung annehmen und nicht verteufeln, Frage nach menschlichen Werten. Klare Haltung annehmen indem ich die Jugendlichen annehme, was sie tun möchten mit einer Haltung, dass das nicht der Weg ist. Leben in Beziehung, bei Suizid zerstöre ich mehrere Leben in meiner Familie und Umgebung.