



EUROPÄISCHE AKADEMIE FÜR  
LOGOTHERAPIE -  
UNIVERSITÄT

**Europäische Akademie**

für Logotherapie- Universität

# **„Suizidalität und Suizidprävention im Jugendalter“**

Diplomarbeit

Zur Erlangung der Berufsbezeichnung:

Diplomierte psychologische Beraterin, Lebens- und Sozialberaterin

Vorgelegt von:

**Julia Benkö**

Jahrgang: 2021- 2024

Villach

Gutachterin: Andrea Glehr- Schmit, MSc

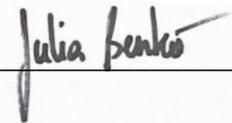
Klagenfurt, Jänner 2024

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und auch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe. Sämtliche benutzte Primär- und Sekundärquellen sowie Hilfsmittel habe ich angegeben und wörtliche oder sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet. Die eingereichte Fassung entspricht vollinhaltlich der elektronischen sowie der/den BegutachterInnen vorgelegten Version.

Klagenfurt, 10.01.2024

Ort, Datum

A handwritten signature in black ink that reads "Julia Benko". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Eigenhändige Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

---

Eidesstattliche Erklärung .....	2
Einleitung.....	4
Gender-Hinweis.....	5
1 Suizidalität im Jugendalter .....	6
1.1 Definition Suizidalität .....	6
1.2 Epidemiologie.....	8
1.3 Komorbidität .....	8
1.4 Ursachen und Risikofaktoren .....	9
1.5 Anzeichen einer suizidalen Entwicklung.....	9
1.6 Suizidmethoden.....	10
2 Krisenintervention bei Suizidalität bei Jugendlichen .....	10
2.1 Risikoabschätzung .....	11
2.2 Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Lebens- und Sozialberatung .....	12
2.2.1 Krisenintervention im Umgang mit Suizidgefährdeten .....	14
2.3 Ansätze aus der Logotherapie.....	15
2.4 Interventionen im Gespräch .....	18
2.4.1 Häufige Fehler in der Beratung .....	19
2.5 Suizidprävention .....	21
2.5.1 Persönlicher Umgang mit Suizidgefährdeten .....	22
2.6 Lokale Anlaufstellen .....	23
3 Falldarstellung.....	24
3.1 Anamnese .....	24
3.2 Gesetzte Interventionen .....	25
3.3 Prozessreflexion und Ausblick.....	26
4 Resümee.....	27
Literaturverzeichnis .....	28

## Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit theoretischen, sowie praktischen Inhalten zum Thema Suizidalität und Suizidprävention im Jugendalter, welche in der Arbeit als Lebens- und Sozialberaterin unter anderem äußerst relevant sind. Im Rahmen einer schriftlichen Auseinandersetzung wird der Fokus zuerst auf die theoretischen Fakten, welche einen Überblick ermöglichen, gerichtet. Im nächsten Schritt wird ein konkretes Fallbeispiel aus der Praxis, hier aus einer intensivpädagogischen Wohngruppe des SOS-Kinderdorfes, dargestellt. Anhand eines ausgewählten Jugendlichen werden die in der schriftlichen Arbeit dargestellten Methoden, sowie Interventionen, durchgeführt und deren Prozess im Verlauf reflektiert.

Immer häufiger werden Jugendliche mit dem Thema Suizidalität in Verbindung gebracht. Über mediale Wege wird, vor allem seit der Pandemie, diese Problematik in den Vordergrund gerückt.

In meiner beruflichen Tätigkeit als Sozialpädagogin bin ich häufig mit dem Thema Suizidalität konfrontiert. Im Zuge meines Interesses nach hilfreichen Unterstützungsmethoden, im Umgang mit suizidgefährdeten Jugendlichen, habe ich mich dazu entschieden, den Fokus meiner Diplomarbeit darauf zu richten und setzte mich mit folgender Forschungsfrage auseinander:

***„Anhand welchen Interventionen können suizidgefährdete Jugendliche im Rahmen einer Lebens- und Sozialberatung unterstützt werden?“***

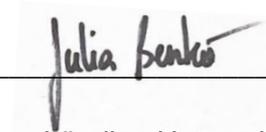
Im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität im Jugendalter möchte ich hilfreiche Erkenntnisse, sowie Interventionen im Umgang mit suizidgefährdeten Minderjährigen erlangen, auf welche ich mich in der beruflichen Tätigkeit als Lebens- und Sozialberaterin stützen kann.

## Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll. Die personenbezogenen Ausdrücke dieser Arbeit betreffen, soweit dies mit der inhaltlichen Aussage vereinbar ist, Frauen, Männer und Divers gleichermaßen.

Klagenfurt, 10.01.2024

Ort, Datum

A handwritten signature in black ink that reads "Julia Benko". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Eigenhändige Unterschrift

# 1 Suizidalität im Jugendalter

Das erste Kapitel widmet sich den Grundlagen der Suizidalität und setzt sich mit wesentlichen Fragen wie: „Wann sprechen wir von Suizidalität?“ oder „Wie kann Suizidalität entstehen?“ auseinander. Beginnend mit der Auseinandersetzung der beiden Begrifflichkeiten „Suizidalität“ und „Suizidprävention“ möchte ich ebenso kurz auf die Zahlen, Daten und Fakten aus Österreich eingehen.

## 1.1 Definition Suizidalität

Der Begriff „Suizidalität“ wird im ICD-10 nicht als eine eigene Krankheitskategorie definiert, sondern als Symptom angeführt, wie beispielsweise bei affektiven Störungen, Sucht oder Persönlichkeitsstörungen (vgl. Schaller/Schmidtke 2019: 141).

Unter Suizidalität wird eine eigene Auseinandersetzung mit dem Gedanken „sich das Leben nehmen zu wollen“ bzw. dies tatsächlich auch zu tun, verstanden. Dabei muss erwähnt werden, dass Suizidalität an sich als keine psychische Störung definiert wird, sie jedoch von Menschen mit psychischen Erkrankungen begangen wird. Depressionen und Angststörungen zählen - von der Statistik - zu den am häufigsten erfassten psychischen Störungen. Zu dieser Datenanalyse muss jedoch gesagt werden, dass verlässliche Zahlen zu Suizidalität kaum erfasst werden können, da von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss (vgl. Baierl 2017: 468).

Wichtig ist anzumerken, dass lebensbeendende Handlungen häufig aufgrund emotionaler Krisen in Betracht gezogen werden. Der Begriff „Krise“ wird von Caplan und Culberg als ein „[...] Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann [...]“ (Sonneck o.J.: 21). In den meisten Fällen verfallen betroffene Personen nach unvorhersehbaren Schicksalsschlägen, wie zum Beispiel ein plötzlicher Tod einer nahestehenden Person, Trennung oder Kündigung in einen sogenannten Krisenschock, welcher maximal 24 Stunden anhält (vgl. ebd.: 22). Rutschen diese Menschen jedoch in eine depressive Phase, steigt das Selbsttötungsrisiko auf ein Zwanzigfaches. Suizid wird als dritthäufigste Todesursache bei Jugendlichen verzeichnet (vgl. Baierl 2017: 213).

Konkret wird bei suizidalen Handlungen von starker Aggressivität gegen sich selbst gesprochen (vgl. Höwler 2016: 124). Selbstmordhandlungen stehen in erster Linie mit suizidalen Gedanken und konkreten Vorstellungen in Verbindung. Betroffene Jugendliche, die sich das Leben nehmen möchten, sind häufig einen inneren Kampf ausgesetzt. Das bedeutet, dass sie zwar aufgrund ihrer hohen Belastung keinen Ausweg mehr sehen, hoffen jedoch gleichzeitig darauf, dass sich die belastende Situation zum Guten wendet. In einigen Fällen teilen Betroffene direkt ihrem Umfeld mit, dass sie über ihre verzweifelte Situation sprechen wollen. In anderen Fällen werden sogenannte Hilferufe indirekt ausgesendet. Umso wichtiger ist es dann für das soziale Milieu, diese wahrzunehmen und ernst zu nehmen.

Suizidale Gedanken entstehen aufgrund verschiedenster Faktoren. Zu den häufigsten Gesichtspunkten zählen aktuelle Belastungen sowie Lebenskrisen, welche die eigene Psyche beeinträchtigen können. (vgl. Kapitany/Stein 2019: 3).

Zu den Risikogruppen zählen Menschen:

- die sich in akuten Krisensituationen befinden,
- die unter psychischen – häufig depressiven – Erkrankungen leiden,
- die regelmäßig Substanzen zu sich nehmen,
- die einsam und/oder isoliert sind,
- die bereits einen Suizid angekündigt oder versucht haben,
- die in ihrem familiären Umfeld durch Suizidvorfällen belastet sind,
- die an schwerwiegenden Erkrankungen leiden (vgl. ebd.: 4).

Zudem spielen die erworbenen Bewältigungsstrategien in verzweifelten Situationen eine wesentliche Rolle (vgl. Kapitany/Stein 2019: 3).

Unter Bewältigungsstrategien bzw. Resilienzfaktoren werden persönliche Fähigkeiten, die im Umgang mit erlebten schwerwiegenden Erlebnissen hilfreich sind, verstanden. Zu den wichtigsten Resilienzfaktoren zählen unter anderem eine gute Eltern-Kind-Beziehung, ein intaktes soziales Umfeld, gute soziale Kompetenzen, sowie eine Einbindung in eine Gemeinschaft (vgl. Baierl 2017: 470).

## 1.2 Epidemiologie

Laut der Suizidprävention Austria, kurz SUPRA, nehmen sich jährlich knapp über 1.200 Menschen in Österreich das Leben. Der Suizid gehört zu den drei häufigsten Todesursachen, was bedeutet, dass mehr Menschen an suizidalen Handlungen sterben als beispielsweise im Straßenverkehr. Menschen, die an suizidalen Gedanken bzw. Suizidversuchen leiden, befinden sich häufig in einer akuten seelischen bzw. psychischen Krise (vgl. Kapitany/ Stein 2019: 1).

Zufolge einer Presseausschreibung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP) werden über aktuelle Zahlen und Entwicklungen in Hinblick auf Suizidalität berichtet. Gemäß epidemiologischen Studien können Kinder zwischen neun und zehn Lebensjahren ein Verständnis für den Tod bzw. Suizidalität Verhalten entwickeln, was wiederum bedeutet, dass Suizide in der Regel selten vor dem 11. Lebensjahr vollzogen werden (vgl. o.A. 2023: o.S.).

Des Weiteren wurde Bezug auf die aktuellen Zahlen genommen. „Zahlen aus dem klinischen Bereich belegen seit 2018 eine Steigerung der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen in Österreich um das Dreifache.“ (ebd.: o.S.).

Der Suizid gehört in der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu der zweithäufigsten Todesursache. Wie oben bereits erläutert, treten selbsttötende Handlungen häufig aufgrund von depressiven Verstimmungen auf. Inzwischen zählen weitere psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen und/oder Belastungsstörungen zu den Risikofaktoren dazu (vgl. ebd.: o.S.)

## 1.3 Komorbidität

Suizidale Verhaltensweise stehen häufig mit depressiven Verstimmungen in Verbindung. Laut der Suizidprävention Austria, sind depressive Menschen deutlich höher gefährdet, an einem Suizid zu versterben, als Personen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Im Allgemeinen können sich Depressionen aus jeder Lebenskrise heraus entwickeln, sowie in jedem Lebensalter auftreten. Gerade Menschen, die unter Depressionen leiden, haben einen sehr geringen Selbstwert, ziehen sich häufig aus Beziehungen zurück, verlieren die Hoffnung auf Besserung

und sehen dadurch den Tod als den letzten und einzigen Ausweg (vgl. Kapitany/Stein 2019: 6).

Anzumerken ist, dass Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen gehören. Jugendliche, die an dieser Krankheit leiden, werden häufig in ihrer schulischen Leistungsfähigkeit, sowie in ihrer gesamten psychosozialen Entwicklung eingeschränkt. Depressionen treten mit Begleitstörungen wie Essstörungen, Sucht- und Angststörungen oder Störung des Sozialverhaltens auf (vgl. Baierl 2017: 213f).

## 1.4 Ursachen und Risikofaktoren

In Hinblick auf die aktuellen Krisen wie beispielsweise der Klimawandel, aktuelle Kriege sowie die Folgen der Pandemie fühlen sich Kinder und Jugendliche immer häufiger belastet. Im Tagungsbericht „Ungehörte Hilferufe: Unsere Jugendlichen leiden- wir müssen hinsehen!“ von Stühlinger und Brunner 2023 wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Akutaufnahmezahlen in den Kinder- und Jugendpsychiatrien jährlich steigen (vgl. Stühlinger/Brunner 2023: 96f). Dies sei aufgrund der oben angeführten Problematiken zurückzuführen. Zu weiteren Auslösern zählen unter anderem prekäre Familienverhältnisse, Traumatisierung in der Kindheit, Verlust eines Elternteils durch Scheidung oder Tod, Zerschneiden einer Beziehung oder ein akut belastendes Ereignis (vgl. Baierl 2017: 469).

## 1.5 Anzeichen einer suizidalen Entwicklung

In den meisten Fällen setzten sich die Jugendlichen lange Zeit mit der Frage auseinander, ob sie noch weiter am Leben bleiben möchten oder nicht. Bei suizidgefährdeten Heranwachsenden können im Vorfeld wahrnehmbare Anzeichen beobachtet werden, dennoch gibt es Ausnahmen, wo im Vorfeld nichts auf einen Suizid hinweist. Mögliche Anzeichen für Suizidalität bei Jugendlichen können unter anderem sein:

- unvorhersehbare Änderungen von Verhaltensweisen und Gewohnheiten,
- Beschäftigung mit dem Thema Tod/Sterben,

- managen von persönlichen Angelegenheiten, wie beispielsweise das Zimmer grundreinigen/verschenken von persönlichen Wertgegenständen,
- verändertes Essverhalten,
- erhöhter Alkohol- oder Drogenkonsum,
- Aussagen wie „Wenn ich nicht mehr da wäre, ging es allen besser“ oder „Es hat eh keinen Sinn mehr“,
- sozialer Rückzug oder soziale Isolation,
- Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit,
- Beschäftigung mit Suizidmethoden,
- riskantes bis lebensgefährliches Verhalten (vgl. ebd.: 470f).

## 1.6 Suizidmethoden

In erster Linie muss zwischen aktiven und passiven Methoden unterschieden werden. Zu den aktiven Methoden zählen Erschießen, Erhängen, Erstechen, Sprung aus der Höhe, sich auf Bahnschienen legen oder Ertränken, sowie die Einnahme von Tabletten oder anderen Suchtmittelsubstanzen. Die Nichteinnahme notwendiger Medikamente oder die Verweigerung von Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme gehören zu den passiven Methoden. In Hinblick auf die häufigsten Methoden werden das Erhängen sowie der Sturz aus der Höhe bei Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren verzeichnet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al 2016: 11).

## 2 Krisenintervention bei Suizidalität bei Jugendlichen

Im Rahmen der Lebens- und Sozialberatung ist es besonders wichtig, Kriseninterventionen bei suizidgefährdeten Menschen gut zu kennen und umsetzen zu können. Demzufolge liegt der Schwerpunkt meiner Diplomarbeit auf den beraterischen, therapeutischen, sowie präventiven Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit suizidgefährdeten Jugendlichen.

Das folgende Kapitel gibt einen guten Überblick über ausgewählte Methoden sowie Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Beratungssetting. Im Anschluss werden lokale Anlaufstellen angeführt.

## 2.1 Risikoabschätzung

Als ersten Schritt im Umgang mit suizidgefährdeten Jugendlichen gilt es, alle Hinweise auf mögliche Selbsttötungsabsichten ernst zu nehmen und folglich eine Risikoabschätzung vorzunehmen. Dabei ist es besonders wichtig, weder eine Panikmache auszulösen, noch eine Gefahr zu übersehen. Bei Verunsicherung, ob der/die Jugendliche suizidal ist, soll schnellstmöglich ein(e) Kinder- und JugendpsychiaterIn oder Kinder- und JugendpsychologIn zur Abklärung hinzugezogen werden. In einem weiteren Schritt wird zwischen einem mittleren oder erhöhten Suizidrisiko unterschieden und demnach abgeklärt, ob eine stationäre Krisenintervention notwendig ist. Die primäre Intervention soll jedoch die Sicherung des Überlebens sein, dies bedeutet, suizidale Handlungsweisen bzw. Gedanken zu beenden. Dabei ist es äußerst wichtig, dass der/die Betroffene so transparent wie möglich in die Planung und Durchführung gesetzter Maßnahmen miteinbezogen werden. Dies stärkt einerseits die Autonomie und verhindert bzw. reduziert ein Gefühl des Ausgeliefertseins (vgl. Baierl 2017: 472ff).

Unter Hinweise für ein hohes Risiko werden hauptsächlich eine schwer ausgeprägte psychische Störung, Suizidversuch in der Vergangenheit, akute hohe Belastungssituationen, objektiv schwer lösbar scheinende Probleme, haltlose Versprechungen von engen Bezugspersonen, Neigung zu impulsiven Handlungen, bereits erfolgte Beschaffung von Substanzmitteln oder eine bereits getätigte Ankündigung eines Suizidtermins verzeichnet. Hierbei muss erwähnt werden, dass Jugendliche sich auch bei scheinbar geringeren Unterfangen das Leben nehmen können. Eine Einschätzung der Risiken bezüglich Suizidalität ist zwar hilfreich, jedoch nicht aussagekräftig (vgl. ebd.: 473).

Ein nicht unbedeutamer Punkt sind Suizide im medialen Umfeld, wie beispielsweise in Videospiele. Bei Jugendlichen, die sich anderen suizidgefährdeten Gleichaltrigen nahe fühlen, steigt das Wagnis, sich suizidieren zu wollen, auch wenn sie davor noch

nicht über Selbsttötungsabsichten nachgedacht haben. Immer wieder wird über Internetforen als mögliche Gefahrenquellen hinsichtlich Suizidalität gesprochen. Dazu muss gesagt werden, dass dazu noch zu wenige Untersuchungen vorliegen (vgl. ebd.: 474).

## 2.2 Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Lebens- und Sozialberatung

In erster Linie muss zwischen Krisenmanagement und Therapie unterschieden werden. Das Krisenmanagement bezieht sich auf eine kurzfristige Reduktion der Belastung, die Therapie hingegen zielt auf eine längerfristige Bewältigung ab. (vgl. Schaller & Schmidtke 2019: 149f).

Bezugnehmend auf die Krisenintervention möchte ich auf das BELLA-Konzept nach Sonneck (2000) verweisen. BELLA steht für **B**eziehung, **E**rfassen der Situation, **L**inderung der Symptome, Einbeziehung von unterstützenden **L**euten sowie den **A**nsatz zur Problembewältigung. Das Konzept verfolgt den Ansatz, dass der/die TherapeutIn schnellstmöglich den Kontakt zum/zur Jugendlichen aufnimmt, sich dabei genügend Zeit für das Gespräch nimmt, um eine Beziehung aufbauen zu können. Auf dieser Basis stützend, soll der/die Heranwachsende zum Reden motiviert werden, damit sich der/die TherapeutIn einen guten Überblick über den Anlass der Krise, sowie die Auswirkungen auf den/die betroffene(n) Minderjährige(n) verschaffen kann. In einem weiteren Schritt sollen mögliche Einflussfaktoren, die beispielsweise zu einem suizidalen Verhalten geführt haben, herausgefiltert werden. Der Schwerpunkt des Konzepts liegt auf einer emotionalen Entlastung, die für den/die Jugendliche als äußerst hilfreich erscheint. In weiterer Folge sollen essenzielle Unterstützungsmaßnahmen wie beispielsweise die Installierung einer Psychotherapie mit dem/der Betroffenen besprochen werden (vgl. ebd.: 150).

Jugendliche, mit suizidalem Verhalten, sollten unbedingt psychotherapeutische Unterstützung erhalten. Die am häufigsten gewählten Therapieformen sind Verhaltenstherapie, Psychoanalyse sowie systemische Ansätze (vgl. Baierl 2017: 480).

In einigen Fällen empfiehlt sich eine medikamentöse Behandlung, welche ausschließlich durch eine(n) Kinder- und JugendpsychiaterIn verschrieben werden kann. Dabei ist anzumerken, dass eine Einwilligung der Eltern die Voraussetzung für eine mögliche Einnahme eines Psychopharmakas ist. Unter Psychopharmaka werden in erster Linie Antidepressiva verstanden, die mittels einer antriebssteigernden und antidepressiven Wirkung den/die Jugendliche(n) unterstützt (vgl. ebd.: 481).

Der Fokus im Beratungskontext soll darin liegen, dass sich die betroffenen Minderjährigen wahr- und angekommen fühlen dürfen. Wie bereits oben thematisiert, leiden viele suizidgefährdete Jugendliche unter Depressionen, jedoch können auch Aggressionen eine wesentliche Rolle bei Suizid(-versuchen) spielen. In der Beratung soll darauf geachtet werden, ob betroffene Personen lieber in Form von Gesprächen oder über künstlerische Betätigung ihre Emotionen zum Ausdruck bringen möchten. Wichtig ist, dass die Heranwachsenden ihre Gefühle wie Wut, Angst oder Erschöpfung preisgeben können. Beratende Personen sollen den betroffenen vermitteln, dass auch negative Gefühle normal und erlaubt sind. In einem weiteren Schritt soll gemeinsam an einem adäquaten Umgang mit Emotionen gearbeitet werden (vgl. ebd.: 476).

Ein weiterer wesentlicher Punkt im Beratungskontext sind sogenannte Absprachen und Verträge. Obwohl suizidgefährdete Jugendliche eine Beratungsstelle aufsuchen und Hilfe in Anspruch nehmen, können sie nicht rund um die Uhr kontrolliert werden. Umso wesentlicher ist es, verbindliche Absprachen zu treffen, die sowohl für den/die KlientIn, als auch für den/die BeraterIn verpflichtend einzuhalten sind. Unter verbindliche Absprachen werden konkrete zeitliche Vereinbarungen von Terminen fixiert, sowie was der/die Jugendliche bis zum nächsten Wiedersehen tun oder nicht tun wird. Zudem sollten das Erstellen von Notfallplänen, sollte er/sie den Drang haben sich suizidieren zu wollen, sollen im Vorfeld gemeinsam erarbeitet werden. Im Notfall sollen ausschließlich Verhaltensweisen vermerkt werden, welche vom Betroffenen auch tatsächlich umgesetzt werden können. Diese können unter anderem Entspannungstechniken, auf ein Kopfkissen einschlagen, zeichnen, Kontakte zu Freunden bzw. zu professionellen HelferInnen, sein (vgl. ebd.: 477).

## 2.2.1 Krisenintervention im Umgang mit Suizidgefährdeten

Ebenso spielt die Krisenintervention eine bedeutsame Rolle im Beratungssetting. Bezugnehmend auf das vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen verfasste Skript, möchte ich auf ein paar wesentliche Elemente, die im Umgang mit Suizidgefährdeten essentiell sind, erläutern.

„Das wesentliche Ziel der Krisenintervention ist die **Hilfe zur Selbsthilfe**.“ (Sonneck o.J.: 25). Das bedeutet in erster Linie, dass sich der/die Betroffene in seiner/ihrer Krise akzeptiert und diese eine natürliche Warnreaktion ist. Der/die BeraterIn ist angehalten, dem/der KlientIn zu eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu verhelfen. In Situationen, wo KlientInnen zu destruktiven Lösungsmaßnahmen, wie suizidalen Handlungen oder einem erhöhten Suchtmittelkonsum neigen, müssen alternative Überwindungsstrategien erarbeitet werden. Als primäres Ziel muss das Zurückgewinnen einer eigenen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit forciert werden. Des Weiteren sind die Unterstützung der eigenen Fähigkeiten des/der Jugendlichen, sowie ein soziales bzw. familiäres Umfeld wichtig (vgl. ebd.: 25f).

Ein wesentliches Element im Umgang mit Krisen und Suizidalität stellt die Beziehungsarbeit dar. Gerade Jugendliche, die zu suizidalen Handlungen bzw. Gedanken neigen, benötigen ein hohes Maß an empathischer Zuwendung. Zu einer beziehungsfördernden Grundhaltung im Beratungssetting zählen:

- den/die Jugendliche/n anzunehmen, wie er/sie ist
- den/die Jugendliche/n dort abzuholen, wo er/sie steht
- sich nach den Bedürfnissen der betroffenen Person richten
- Kontakt aufnehmen
- die Emotionen wahrnehmen
- auf argumentierendes Diskutieren verzichten (vgl. ebd.: 30).

Anbei muss erwähnt werden, dass Krisenintervention durch eine Vielzahl von Methoden geprägt ist. Dennoch sind vier wichtige Merkmale im Beratungskontext unverzichtbar:

- Arbeiten an der Beziehung,
- Auseinandersetzung mit der emotionalen Situation und auffälligem Suizidverhalten,

- Arbeiten an aktuellen Thematiken, sowie
- Arbeiten mit dem sozialen Umfeld (vgl. ebd.: 33).

## 2.3 Ansätze aus der Logotherapie

### Logotherapeutische Sichtweise

Um die logotherapeutische Sichtweise näher beschreiben zu können, lehne ich mich an das Skript „Suizidprävention“ nach Gabriele Huß (o.J.) an.

Durch äußere Umstände kann es dazu kommen, dass ein Mensch in eine Sinnkrise schlittert. Viktor Frankl, Begründer der Logotherapie, beschreibt dieses Sinnlosigkeitsempfinden, das in der geistigen Dimension angesiedelt ist, als Existenzielle Frustration und Existenzielle Vakuum.

In der Existenziellen Frustration sind Sinn und Werte erkennbar, jedoch nicht umsetzbar. Diese Krise in der Sinnfindung ist in dem Spannungsfeld zwischen „Sein-Sollen“, „Sein-Wollen“ und dem tatsächlichen Sein angesiedelt.

Das Existenzielles Vakuum stellt einen konkreten Sinnverlust dar, wo dem Menschen Sinn und Werte nicht mehr zugänglich sind. Das Gefühl der absoluten Leere äußert sich als so genannte noogene Störung oder noogene Neurose (vgl. ebd.: 15). Aus Frankls Sicht definiert er das existenzielles Vakuum wie folgt:

„In einem leer und sinnlos gewordenen Leben, in einem „existenziellen Vakuum“ hypertrophiert der Hang und die Neigung, sich selbst zu bespiegeln, sich selbst zu beobachten, alles vor jedem auszubreiten, alles mit jedem zu diskutieren. Ins existenzielle Vakuum hinein wuchert anscheinend nicht nur die Neurose, sondern auch ihre Pseudo-Therapie.“ (Frankl 1997:232 zit. n. Huß o.J.:15).

### Stärkung des Selbstbewusstseins:

In Hinblick auf die präventive Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen, zielt die Logotherapie primär auf ein gesundes, stabiles Selbst ab.

Einleitend mit dem Zitat nach Viktor Frankl wird die Wichtigkeit eines starken Selbstbewusstseins hervorgerufen.

*„Wir müssen den zum Suizid Entschlossenen vor allem und immer wieder vorhalten, dass ein Suizid kein Problem lösen kann. Wir müssen ihm vor Augen führen, wie sehr er einem Schachspieler gleicht, der vor ein ihm allzu schwierig erscheinendes Schachproblem gestellt ist und die Figuren vom Brett wirft. Damit löst man kein Schachproblem. Aber auch im Leben wird kein Problem dadurch gelöst, dass man das Leben wegwirft. Und so wie jener Schachspieler sich nicht an die Spielregeln hält, genauso verletzt ein Mensch, der den Freitod wählt, die Spielregeln des Lebens. Diese Spielregeln verlangen von uns nicht, dass wir um jeden Preis siegen, wohl aber, dass wir den Kampf niemals aufgeben.“  
(Frankl 2005:100 zit. n. Huß o.J.:15).*

Viktor Frankls Lehre basiert auf der Annahme, dass jeder Mensch sinnorientiert ist und von Werten geleitet wird, lebt er seine Werte und sich als einzigartigen Wert (bedingungsloser Sinn) nicht, wird sein Wille im Sinn frustriert. Somit kann eine negative Lebensbilanz die Grundlage für Krisen in der Wahrnehmung des Selbstbildnisses und des Lebens an sich bilden. Damit Lebensschritte gesetzt werden können, ist die Stärkung des Selbstbewusstseins, das Erlangen des Ur- und Selbstvertrauens wichtig. Das Zutrauen zu sich selbst, das Vertrauen und das Wissen, im “Hier und Jetzt” zu passen sind Voraussetzungen, damit sich der Mensch ein sinnerfülltes Leben gestaltet. Das Sein und das Selbst, brauchen die Bezeichnung „wert“ zu sein. Der Selbstwert wird oft von den eigenen Wertvorstellungen und Werte bestimmt. Bewertet sich ein Mensch über seine Handlungen, Emotionen, Reaktionen, Vorstellungen usw., bedeutet dies oft Selbstkritik, Selbstgeißelung, Selbstzweifel, aber auch gesunde Reflexion. Bei einer zu negativen Betrachtungsweise wird oft das eigene Sein in Frage gestellt und somit abgewertet. Je mehr man zu sich und zu seinem eigenen Leben und Tun „Ja“ sagen kann, umso mehr ist man mit sich einverstanden. (vgl. ebd.:16).

In der Logotherapie sind Werte sinnvolle Möglichkeiten, um zu einem sinnerfüllten Leben zu gelangen (Werte sind Sinnuniversalien). Sie sind Orientierungs- und Entscheidungshilfen im Leben des Menschen

- Erlebniswerte
- Schöpferische Werte
- Einstellungswerte

Huß führt die drei Wertekategorien nach Frankl wie folgt aus:

Die Erlebniswerte werden oft durch Schönheit, Natur, Kunst, sowohl durch Eindrücke, als auch durch das Genießen realisiert.

Die Schöpferischen Werte verwirklichen sich durch jegliche Art des Tuns, des aktiven Schaffens.

Die Einstellungswerte ermöglichen sinnhafte Sichtweisen zur eigenen Person, Umständen, Schicksalen, Lebensmomenten usw.

Die Autorin nimmt Bezug auf die drei Säulen der Logotherapie nach Viktor Frankl, die in der Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen unabdingbar sind.

Der Psychoanalytiker hat die drei Säulen als Fundamente seiner Sinneslehre beschrieben:

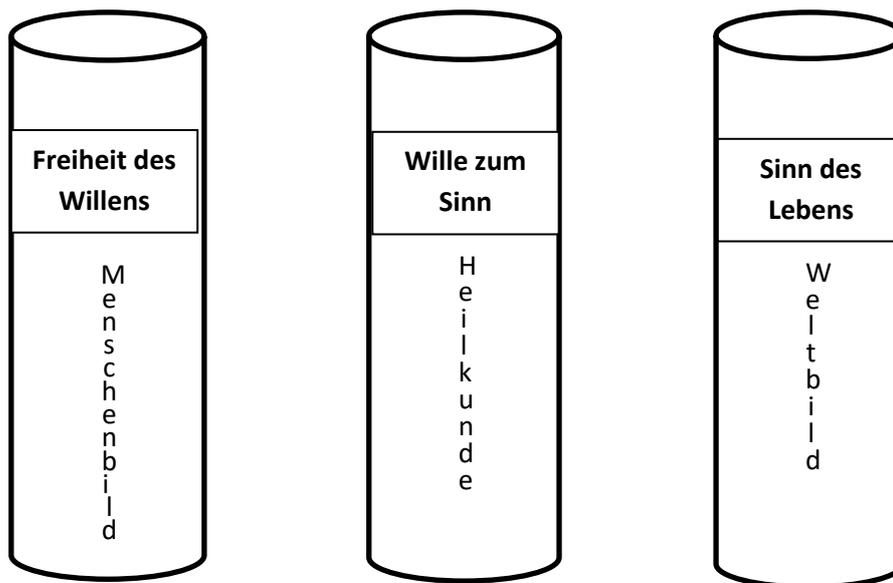


Abbildung 1: Säulenfundament

Angesichts der Thematik meiner fachlichen Auseinandersetzung beziehe ich mich auf die dritte Säule „Sinn des Lebens“. Diese beinhaltet den Glauben an die - unter allen Umständen - bedingungslos gegebene Sinnhaftigkeit jedes einzelnen Menschen. Im Zusammenhang mit der Einzigartigkeit ist somit der Selbstwert als unumstößlich gegeben. Das Bewusstsein der Dreidimensionalität des Menschen sieht diesen als geistig und emotional frei an, sowohl eigenverantwortlich für sich selbst und dessen Welt, als auch stellungbeziehend und entscheidend. Das

Individuum wird durch die Einzigartigkeit und Eigenverantwortung mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und individuellem Dasein befähigt (vgl. ebd.: 16f).

## 2.4 Interventionen im Gespräch

Bei Verdacht von suizidalen Handlungen, ist es besonders wichtig, den/die Jugendliche/n darauf anzusprechen. Gerade Heranwachsende mit Selbsttötungsabsichten suchen knapp vor ihrem Suizid(versuch) einen intensiven Kontakt zu ihren Bezugspersonen. Nehmen diese jedoch den Ernst der Lage nicht wahr, folgern sie daraus, dass sie nicht wahrgenommen bzw. ernst genommen werden, wodurch eine suizidale Handlung bekräftigt wird. Betroffene Jugendliche schildern, dass sie sich in solch ausgelieferten Situationen mehr Anerkennung bzw. Zuwendung von ihren Bezugspersonen gewünscht hätten. Hierbei sei anzumerken, dass „[...] das In-Kontakt-Treten, eine Erhöhung des Beziehungsangebotes und verstärkte Kommunikation wesentliche Bestandteile der Suizidprävention“ (ebd.: 475) sind.

In Hinblick auf die Gesprächsform in der Lebens- und Sozialberatung ist es äußerst essenziell, die Leiden, die Ängste, sowie die Sorgen und die Probleme der Jugendlichen ernst zu nehmen und die Ambivalenz zwischen Leben-, bzw. Sterben-Wollen, direkt anzusprechen. In weiterer Folge sollen Wege, die ein Weiterleben ermöglichen, gemeinsam erarbeitet werden. In der Gesprächsbasis soll den Jugendlichen deutlich gemacht werden, dass sie jeden Tag die Möglichkeit haben, das Weiterleben zu bejahen. Beenden sie ihr Leben, kann diese Entscheidung nicht mehr rückgängig gemacht werden. Solange Jugendliche, mit der Absicht sich das Leben zu nehmen, ins Gespräch gehen, deutet dies wahrlich daraufhin, dass es einen Teil in ihnen gibt, der weiterleben möchte. Diese Erkenntnis soll genutzt werden, um diesen Teil zu ergründen und zu stärken. Jedoch muss beachtet werden, dass suizidgefährdete Heranwachsende extrem sensibel sind. Demnach wünschen sich betroffene Jugendliche verlässliche, sowie zuverlässige Personen. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass niemand auf alle Wünsche zur Gänze eingehen kann und viele Kränkungen als Projektionen zu verschulden sind (vgl. ebd.: 475).

### 2.4.1 Häufige Fehler in der Beratung

Als beratende Person soll unbedingt auf die Gesprächsführung geachtet werden. In den Leitlinien für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2016) wurden folgende häufige Fehler im Umgang mit suizidgefährdeten Minderjährigen dargestellt:

- Moralisieren, Vorwürfe machen und/oder eine feindliche, ablehnende Haltung einnehmen
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten und Umfeldes nicht erkennen oder sogar übernehmen bzw. verstärken
- durch übersteigertes, emotionales Engagement suizidales Verhalten ungewollt verstärken
- unreflektierte, vorschnelle Lösungsvorschläge machen
- nach einem gescheitertem Suizidversuch Hinweise geben („Anleitungen“) für effektivere Tötungsmethoden
- von der Methode voreilig auf die Intention/Todesabsicht schließen. Insbesondere bei jüngeren Kindern oder Patienten mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten kann aus der mangelnden Effizienz einer Methode nicht geschlossen werden, dass ein Suizidversuch nicht ernst gemeint war. Hier ist bedeutend, welche Wirkung das Kind/der Jugendliche erwartete und welche Intention es/er hatte.
- Zu viel Zeit vergehen lassen zwischen Suizidversuch und nötigem Konsil in der akutversorgenden Klinik. Hier ist es wichtig, frühzeitig (!) nach Notfallbehandlung und (wieder) ansprechbarem Patienten das Konsil anzufordern bzw. durchzuführen! Das erste Gespräch mit dem Patienten sollte dabei zuerst ohne Eltern stattfinden, damit evtl. bestehende zugrundeliegende Probleme (wie Misshandlung oder Missbrauch in der Familie) auch angesprochen werden können.
- Verkennung von suizidalen Handlungen bei Unfällen, Medikamentenüberdosierungen und Drogenintoxikationen! Hierbei immer

daran denken, dass es sich um Suizidversuche handeln könnte und gezielt danach explorieren!

- dem Trugschluss verfallen, dass jemand, der vorher einen Suizid ankündigt, diesen nicht durchführen würde. Im Gegenteil sind Suizidankündigungen und frühere Suizidversuche Prädiktoren suizidalen Verhaltens!
- die Haltung vertreten, dass Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen eine freie Willensentscheidung darstellt, die es zu tolerieren und zu akzeptieren gilt. Es ist gerade im Kindes- und Jugendalter typisch, dass ein aktueller Zustand als nicht aushaltbar erlebt wird und der Wunsch besteht, eine Situation beenden zu wollen. Hier sind nahezu immer alternative Problemlösestrategien und Unterstützung möglich!
- akut suizidale Jugendliche unbeaufsichtigt lassen oder nicht umgehend eine Einweisung zur stationären Aufnahme mit adäquat begleitetem Transport veranlassen
- den Suizidversuch voreilig als demonstrativ bewerten und dementsprechend handeln
- mangelhafte Erhebung einer ausführlichen Suizidanamnese
- nicht zu besprechen, an wen sich der Patient bei wieder auftretenden Suizidgedanken wenden kann („Notfallplan“). Hier ist es auch bei sicher von Suizidalität distanzierter Patienten hilfreich, konkret einen Ansprechpartner (z.B.: Mitgabe der Telefonnummer der zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit „Rund-um-die-Uhr“-Erreichbarkeit eines Dienstarztes) zu benennen, falls konkrete Suizidgedanken in einer Krisensituation wieder auftreten sollten. Bei nichtsuizidalen Kindern und Jugendlichen mit Problemen, kann auch auf die rund um die Uhr erreichbare Telefonseelsorge hingewiesen werden. Des Weiteren gibt es in manchen Regionen, aber nicht bundesweit, Krisendienste.
- die Eltern (Erziehungsberechtigten, Bezugspersonen, Betreuer o.ä.) nach Suizidversuch nicht ausführlich mit Psychoedukation und Verhaltensempfehlung zu beraten (DGKJP et al. 2016: 38f).

## 2.5 Suizidprävention

Eine grundlegende Frage, die sich Beratende häufig stellen ist, wie Suizidgefährdungen erkannt werden können. Sonneck (o.J.) schreibt dazu: „Der sicherste Indikator dafür ist der direkte oder indirekte Suizidhinweis. Das **Wahrnehmen** dieser Ankündigung, das **Verstehen** dieser Ankündigung als Notsignal und das **vorurteilslose Gespräch** über die Suizidtendenz sind die wichtigsten primären suizidpräventiven Interventionen.“ (Sonneck o.J.: 31).

Sonneck lässt anmerken: „Wenn Sie im Kontakt zu einem Menschen den Eindruck haben, er könnte an Selbstmord denken, fragen Sie ihn danach!“ (ebd.: 31).

Ebenso wurde ein Schema entwickelt, dass bei einer Suizidankündigung hilfreich sein kann: In erster Linie muss abgeklärt werden, ob der/die Betroffene zur Risikogruppe gehört, sowie ob er/sie sich in einer momentanen Krise befindet. Des Weiteren muss abgewogen werden, in welcher Phase der suizidalen Entwicklung sich der Klient gerade befindet und ob es Hinweise auf affektive Einengung gibt (vgl. ebd.: 31).

Sind sich beratende Personen sicher, dass der/die Betroffene zur Risikogruppe gehört, kann mit ziemlicher Sicherheit davon ausgegangen werden, dass er/sie sich in einer Reaktionsphase einer Krise befindet. Dadurch erhöht sich die suizidale Entwicklung, die Heranwachsenden zeigen wenig affektive Resonanz. Ab diesem Zeitpunkt besteht zweifellos akute Suizidgefährdung (vgl. ebd.: 32).

In weiteren Schritten wird versucht, Gefühlszustände wie Angst, Panikattacken, depressive Verstimmungen mit Entlastung zu mindern. Diese können einerseits durch Gefühle äußern, Chaotisches ordnen, Zusammenhänge verstehen oder andererseits durch Entspannungsübungen erfolgen. Ebenso kann eine medikamentöse Hilfe, vor allem bei erhöhter Suizidgefahr, als Unterstützung gesehen werden. Diese muss jedoch über eine(n) PsychiaterIn erfolgen.

Zudem muss die soziale Situation (auffällige Belastungen, Gefährdungen oder Ressourcen) genau abgeklärt werden. Dafür ist es ratsam, das soziale Umfeld der/des Betroffenen miteinzubeziehen. Im Notfall können diese auch von der beratenden Person aktiviert und herangezogen werden. Besonders wichtig ist es, das genaue Setting, sowie weitere Kontakte mit der betroffenen Person zu

besprechen. Außerdem sollen Wünsche und Zielvorstellungen des Jugendlichen miteinbezogen werden. In Folgegesprächen ist es empfehlenswert, immer wieder einen Bezug zwischen der Anfangssituation, sowie der Ist-Situation herzustellen und die vereinbarten Zielvorstellungen zu fokussieren.

Grundsätzlich wird die Krisenintervention nach wenigen Kontakten beendet, wobei eine Psychotherapie im Anschluss äußerst sinnvoll ist, um eine ausreichende Stabilisierung zu erreichen. Sollte es jedoch einen erhöhten Bedarf an einer weiterführenden Therapie geben, soll gemeinsam mit dem/der Klienten/in eine passende Therapieform gesucht werden (vgl. ebd.: 32f).

In Hinblick auf Suizidalität im Jugendalter soll Präventionsarbeit in der Erziehung, sowie im Unterricht forciert werden. Vor allem im Bildungskontext sollen Kinder und Jugendliche lernen, wie Konflikte zu erkennen und zu klären sind und wie sie mit persönlichen Krisen, sowohl Depressionen, als auch Suizidproblemen umgehen sollen (vgl. ebd.: o.S.).

### **2.5.1 Persönlicher Umgang mit Suizidgefährdeten**

Der Umgang mit suizidgefährdeten Personen kann für BeraterInnen sehr herausfordernd werden. Deshalb ist es notwendig, sich mit der eigenen Krisenanfälligkeit, der eigenen Suizidalität, sowie der persönlichen Einstellung zum eigenen Sterben und dem Tod auseinanderzusetzen. Umso besser sich beratende Personen mit diesen Themen beschäftigen, umso freier werden sie sein, Menschen in krisenbetroffenen Situationen zu unterstützen und sich an deren Bedürfnissen zu orientieren. Des Weiteren ist es empfehlenswert, sich mit dem eigenen Sinn des Lebens auseinanderzusetzen und diesen zu erarbeiten, um suizidgefährdeten Menschen auf der Suche nach ihrem Sinn bestmöglich begleiten zu können. Eine solche Auseinandersetzung ist notwendig, um mit Suizidgefährdeten und im Umgang mit Menschen in Krisen, authentisch zu sein (vgl. ebd.: 33).

## 2.6 Lokale Anlaufstellen

Anbei werden nennenswerte Anlaufstellen in Kärnten aufgelistet. Diese sind für Betroffene, als auch für beratende Personen wichtig zu kennen (vgl. Kapitany/Stein: 38).

### **Psychiatrischer Not- und Krisendienst (PNK) für Kärnten**

**PNK Ost** (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Klagenfurt)

Tel.: 0664 / 3007007, tägl. 0-24 Uhr

[www.kabeg.at](http://www.kabeg.at)

**PNK West** (Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin,

Landeskrankenhaus Villach) Tel.: 0664 / 3009003, tägl. 0-24 Uhr

[www.kabeg.at](http://www.kabeg.at)

### **pro mente Kärnten**

Tel.: 0463 / 501 256

[office@promente-kaernten.at](mailto:office@promente-kaernten.at)

Mo-Fr 9-12 Uhr

<https://www.promente-kaernten.a>

### **Psychosoziale Beratungsstellen der Caritas Kärnten**

Zentrale Infostelle und Anmeldung für die Bezirke Klagenfurt, Villach, Spittal, St. Veit und Wolfsberg Tel.: 0463 500667

E-Mail: [menscheninkrisen@caritas-kaernten.at](mailto:menscheninkrisen@caritas-kaernten.at)

Online unter [www.caritas-kaernten.at](http://www.caritas-kaernten.at).

## 3 Falldarstellung

### 3.1 Anamnese

Die Anamnese beinhaltet die Vorgeschichte aus den Akten des Jugendamtes, sowie den Angaben des Minderjährigen, der Kindsmutter und dem Kindsvater.

Max, männlich, 12 Jahre alt.

Der Klient ist 12 Jahre alt, seine Eltern leben seit gut über einem Jahr getrennt. Max lebt mit seiner Mutter im Haus, welches die Eltern gemeinsam gekauft und renoviert haben.

Max hat wöchentlich Besuchskontakte mit seinem Vater, auch mit Übernachtungen, sowie fast täglich über sein eigenes Smartphone Kontakt zu seinem Erziehungsberechtigten.

Die Eltern haben eine zwei Jahrzehnte lange Ehe hinter sich, welche aber laut Mutter nur so lange gehalten hat, weil sie sich dem Ehemann gebeugt habe. Sie hat das Bild verinnerlicht, die liebende Ehefrau zu sein, welche hinter dem Partner steht, mit ihm etwas schafft, diesen unterstützt und Liebe und Zuneigung schenkt. Doch dies wurde vom Mann „ausgenutzt“, da dieser die Ehefrau in Zuge seiner Selbstständigkeit als günstige Arbeitskraft sah, ihr gewisse Dinge aufdrückte, ihre Gutmütigkeit und Genügsamkeit ausnutzte, in dem er ihr für diese Tätigkeiten nichts vergütete und sie klein hielt, keinen Respekt und Wertschätzung entgegenbrachte.

Immer wieder kam es aus diesen Gründen zu Streit zwischen den Eheleuten, worunter auch Max litt, da die Eltern oftmals vor ihm eine Meinungsverschiedenheit austrugen. Max versuchte manchmal die Situation zu entschärfen und seine Mutter zu beruhigen, welches er nicht schaffte.

Die Mutter vergleicht in vielen Situationen Max mit dem Vater, meint, dass er sie genauso behandle, wie sie es von dem Vater kannte, zudem meint sie, dass der Ehemann, seit dem Auszug, den Sohn auf sie aufhetzt und über ihn Dinge über ihre Aktivitäten (Freunde, Sexualpartner, Hobbys) ausfindig machen solle. Der Ehemann solle den Jungen Sätze in den Mund gelegt haben.

Max nahm, wie so oft, die Schuld auf sich und auch nachdem der Vater ausgezogen war, meinte er, dass er an der Trennung der Eltern Schuld habe.

Max ist ein guter Schüler, er hat einen überdurchschnittlichen IQ, doch kurz vor der Trennung sei es ebenso immer wieder zu Vorfällen in der Schule gekommen, in dem er respektloses Verhalten gegenüber seinen Mitschülern und Lehrern zeigte. In einem Gespräch mit der Vertrauenslehrerin äußerte er, dass er nicht mehr leben wolle. Weiters erzählte er, dass er sich bereits überlegt, ob er sich erhängen oder ertränke solle.

Zudem kündigte er seiner Mutter an, dass er es zu Hause nicht mehr aushalte und sich umbringen werde.

### 3.2 Gesetzte Interventionen

Nachdem in der Familie bereits ein Familienintensivbetreuer installiert war und die Sozialarbeiterin sich um diesen Fall annahm, war die ehestmögliche Intervention, den Jungen aus der Situation zu nehmen. Somit kam er in ein Betreuungssetting, in dem er von Montag bis Freitag von Sozialpädagogen betreut wird, an 3 der 4 Wochenenden im Monat entweder seinen Vater oder seine Mutter abwechselnd besucht.

Im Zuge meiner beruflichen Tätigkeit als Sozialpädagogin habe ich im Laufe der Jahre immer wieder Kontakt zu Jugendlichen, welche Selbstmordgedanken äußern.

Gegen Ende des Jahres nahm ich mich dem Fall Max an. Während meiner Planung wurde Max gefragt, ob er mit mir gemeinsam an Übungen teilnehmen möchte.

Im Erstkontakt zeigte sich der Junge sehr offen und bereit, einige Termine im Einzelsetting wahrzunehmen. Im ersten Aufklärungsgespräch wurde über den zeitlichen Rahmen gesprochen und ein erstes Kennenlerngespräch folgte. Da Max einigen außerschulischen Aktivitäten nachgeht und später in die Wohngruppe kommt, wirkt er sichtlich geschafft und müde. Aus diesem Grund einigten wir uns auf Randtermine, welche wir uns zuvor gemeinsam ausmachten. Da der Wohngruppe und dem Jugendlichen die Abendroutine sehr wichtig sind, legten wir auch die Dauer der Termine auf max. 20 Minuten pro Einheit fest. Damit wurde der Minderjährige in

die Planung miteinbezogen, seine Bedürfnisse berücksichtigt und die Selbstbestimmung gefördert.

Im Zuge der ersten Gespräche konnte ein Vertrauen aufgebaut werden.

### 3.3 Prozessreflexion und Ausblick

Meine weiteren Vorgehensweisen sehen wir folgt aus:

Das Hauptaugenmerk liegt auf der Stabilisierung des Minderjährigen, hierfür werden regelmäßige Entlastungsgespräche geführt, um primär eine Beziehung aufzubauen.

Des Weiteren wird an der Stärkung des Urvertrauens gearbeitet.

Hierzu bietet sich das Kennenlernen und Stärken der eigenen Fähigkeiten an. Diese werden gemeinsam erarbeitet, auf buntem Tonpapier geschrieben und an der Wand befestigt.

Dem Jungen wird die Spiegelarbeit nähergebracht: Nach dem Aufstehen, sowie vor dem Zubettgehen werden vor dem Spiegel positive (gemeinsam erarbeitete) Affirmationen ausgesprochen wie z.B.: „Ich liebe mich so wie ich bin“, „Ich bin gut, so wie ich bin“. Glaubenssätze werden zu Powersätze umformuliert. Diese neu formulierten Powersätze werden an einem Ort angebracht, an dem der Jugendliche mehrmals täglich vorbeigeht.

Des Weiteren wird die Arbeit an seinen Werten forciert.

Allen voran wird dem Minderjährigen versucht zu vermitteln, dass er sich in Situation, die er als unausweichlich wahrnimmt, an lokale Anlaufstellen wenden kann.

## 4 Resümee

Die vorliegende Arbeit liefert einen Einblick, mit welcher dringenden Notwendigkeit das Thema „Suizidalität und Suizidprävention im Jugendalter“ aufgegriffen und bearbeitet werden muss.

Da ich, wie eingangs erwähnt, immer öfter mit suizidalen Äußerungen konfrontiert bin, war es mir ein Anliegen, dieses Thema professionell abzuhandeln, um meinen KollegInnen und mir einen Einblick zu gewähren und die unvermeidliche Sensibilität mitzubringen.

Anhand meiner Ausarbeitung wurde mir ein sogenannter „Leitfaden“ nähergebracht, sowie versteckte Hinweise geliefert, woran man eine Person, welche sich in Gefahr befindet, erkennen kann.

Wieder einmal mehr wurde mir bewusst, wie sehr man sich auf die Logotherapeutische Haltung stützen darf und welches Handwerkszeug man für solch eine heikle Thematik verwenden kann.

## Literaturverzeichnis

**Baierl**, Martin (2017): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 5., überarbeitete und ergänzte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)** et al.: Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version, 31.05.2016, verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html>.

**Kapitany**, Thomas/**Stein** Claudius (2019): Wenn ein Mensch daran denkt, sich das Leben zu nehmen- Was kann ich tun? Ein Wegweiser zur Suizidprävention in der medizinischen und psychosozialen Primärversorgung. In: SUPRA Suizidprävention Austria. Eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Höwler**, Elisabeth (2016): Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

**Huß**, Gabriele (o.J.): Suizidprävention, Skript, kein Verlag.

**Schaller**, Sylvia/**Schmidtke**, Armin (2019): Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. In: **Wempe**, Christiane (Hrsg.) (2019): Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

**Sonneck**, Gernot (o.J.): Suizidprävention in Österreich. Kriseninterventionszentrum Wien. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Huß**, Gabriele (o.J.): Suizidprävention, Skript, kein Verlag.