

Impulse für den

Fachtag Jugendreisen 13.10.2022 in Berlin

Leben im fortwährenden Ausnahmezustand?

–

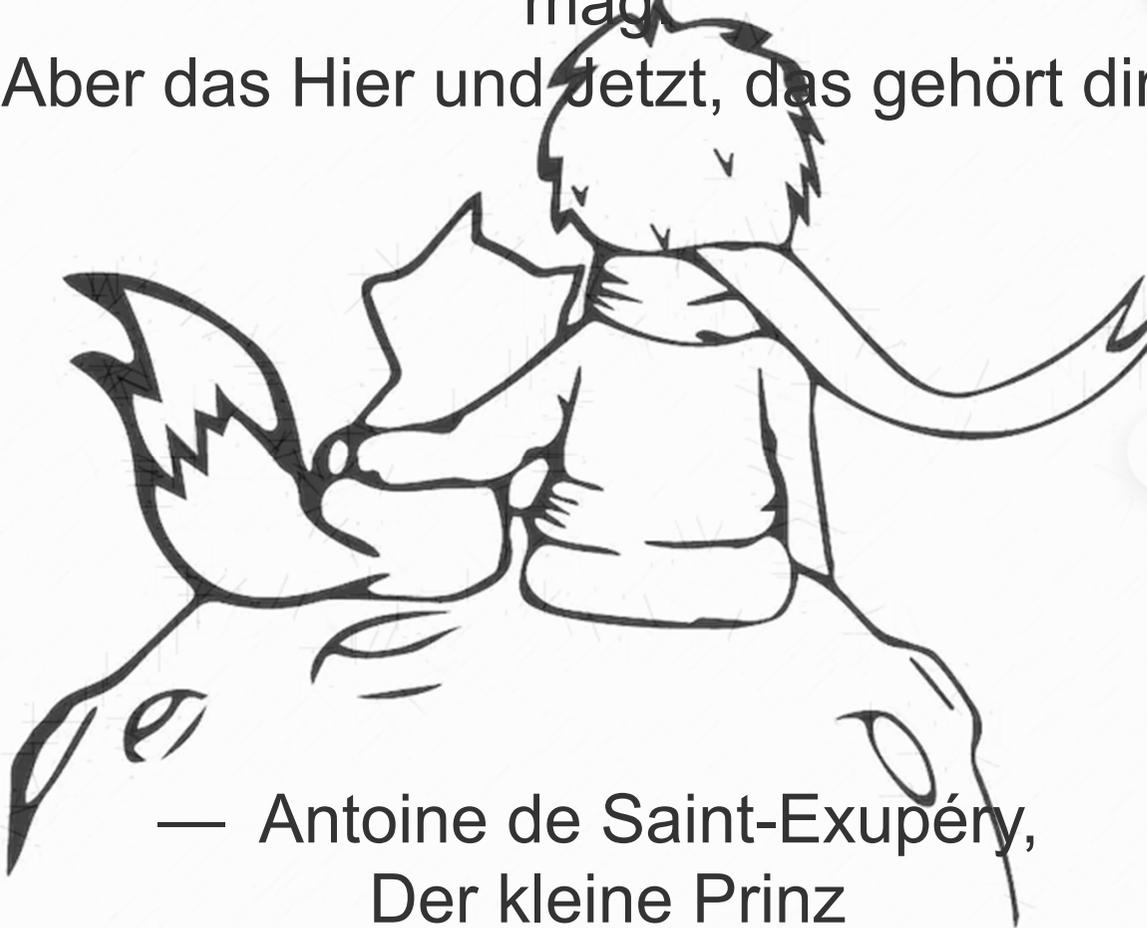
Herausforderungen
für Kinder, Jugendliche und ihre Psyche

Sabine Finster, Trauma- und Sozialpädagogin (FH), systemische Beraterin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Ausbildung, stv. Geschäftsführerin der Aktion Jugendschutz, Bayern e. V., Mitarbeiterin Heckscher Klinikum (Kinder- und Jugendpsychiatrie München), Dozentin für Psychologie/Jugendhilfe an der FOM

Suizid, Selbstverletzung, Krieg und Krisen

„Was vergangen ist, ist vergangen, und du weißt nicht, was die Zukunft dir bringen mag.“

Aber das Hier und Jetzt, das gehört dir.“



— Antoine de Saint-Exupéry,
Der kleine Prinz

Mögliche Inhalte

1. Begriffsklärung und Abgrenzung zu Selbstverletzung
2. Epidemiologie
3. Suizidarten
4. Erkennen von suizidalen Absichten
 - häufige Suizidprädiktoren
 - Präsuizidales Syndrom
 - Stadien der Suizidentwicklung
 - Ätiologie/Erklärungsansätze des Suizids
 - + Kognitives Modell nach Beck
 - + Theorie der Hoffnungslosigkeit nach Abramson
5. Krisenintervention
6. BELLA Konzept
7. 4 Phasen der Krisenintervention nach Schnell und Wetzel 1999
8. Sonstige Infos verbunden mit Tod, Krieg, Krisen

Suizid –

Harte Kost...

Und ein Film kurz zum Einstieg!

[\(889\) Tabuthema Suizid - Wenn Jugendliche am Leben verzweifeln | 37 Grad – YouTube](#)

Bietet sich an da er eine halbe Stunde dauert und von ZDF lang geht – da können wir danach noch drüber sprechen!

[Suizidalität im Kindes- und Jugendalter \(awmf.org\)](#)

[Suizidalität im Kindes- und Jugendalter \(aerzteblatt.de\)](#)

1. Begriffsklärung und Abgrenzung zu Selbstverletzung

- **Suizidversuch:** absichtliche, aber erfolglose Selbstschädigung mit dem Ziel der Selbsttötung
- **Parasuizid:** absichtliche Selbstbeschädigung, die prinzipiell für einen Suizid geeignet ist, keine Intention der Selbsttötung, sondern vielmehr ein Hilferuf
- **Suizid:** „selbst herbeigeführter Tod aufgrund eines absichtlichen, direkten und bewussten Versuchs, das eigene Leben zu beenden (Shneidmann, 1999)
- **Suizidgedanken:** mentale Vorstellung und Planung des Suizids
- **Suizidhandlungen:** Ausführung von (para-)suizidalen Absichten
- **Erweiterter Suizid:** Neben der Selbsttötung werden gegen der Willen andere Personen vorher getötet. Mütter mit wahnhafter Schizophrenie, die aus Verzweiflung (Altruismus) ihre Kinder mit in den Tod nehmen z. B.
- **Gemeinsamer Suizid:** Zwei oder mehrere Personen begehen einvernehmlichen Suizid
- **Massensuizid:** Suizid ganzer Gemeinden (z. B. bei Sekten)

- Fakten:

- ⇒ 8 von 10 Suiziden ist angekündigt
- ⇒ Statistisch gesehen, kommt ein Suizid auf eine:n Therapeut:in
- ⇒ Kinder unter 7 Jahren werden nicht in der PKS gelistet, da sie ein anderes Verständnis von Suizid und Tod haben (siehe hier Folie: 29)
- ⇒ Absprachefähigkeit prüfen, Antisuizidvertrag, Krisenplan, Notfallkoffer, Helfer/Netzwerk

Suizidalität

Weitere Suizidphänomene:

Wunsch nach Ruhe, Pause und Veränderungen mit dem Risiko zu sterben

Todeswunsch: Wunsch, nicht mehr zu leben.

Suizidideen: Umfasst das Nachdenken über den Tod allgemein, über den eigenen Tod sowie den Wunsch zu sterben als auch konkrete Vorstellungen und Pläne.

Suizidabsicht: Absicht, sich das Leben zu nehmen.

Abgrenzung zu Nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV):

- ⇒ Ritzen, Verbrennen, Zwicken, Schneiden, Verbrühen, Schaben, Kratzen, Aufrubbeln
- ⇒ NSSV als Strategie, gegen Hilflosigkeit, Depersonalisations- und/oder Derealisationserleben, sich nicht mehr spüren können ohne NSSV
- ⇒ Keine eigene ICD-10 Diagnose (ist oft bei vielen Krankheitsbildern dabei wie Depression, Trauma, PTBS, Borderline...)

NSSV

ICD 10 X78 – 84: „Vorsätzliche Selbstschädigung...“ (ist aber für den Praxisalltag überhaupt nicht relevant, wenn dann in einem Arztbrief zu finden)



Arten des NSSV (siehe auch beiliegende Flyer und Infomaterial)

- Ritzen, Zwicken, Verbrühen, Verbrennen
- Frische Wunden sollten immer ärztlich versorgt werden
- Cave: Arme und Beine häufige Ritzstellen, bei Verletzungen des Brust und Bauchbereichs: höheres Risiko für schwerwiegende Verletzungen und Suizid (ebenso die Oberschenkelinnenseiten: Arterien)

- Was hilft kurzfristig?

- DBT-Elemente von Marsha Linehan und Elemente des Skill-basierten Trainings
 - ⇒ Wie z. B. kalt duschen, baden, rennen, Musik hören, Eiswürfel in die Hand nehmen, Gummiband
 - ⇒ Freund:in anrufen und treffen

⇒ Therapie:

Ritzprotokoll anfertigen, Spannungsprotokoll und Gefühlsdokumentation, Alternativen zur Stressbewältigung, Emotionsregulationsstrategien die adaptiv und nicht maladaptiv sind, Alternativen schaffen, Stress reduzieren, Ressourcen ausbauen

2. Epidemiologie & Prävalenzen

[Welttag der Suizidprävention – Deutschland | Nationales Suizid-Präventionsprogramm für Deutschland in Kooperation mit der Deutschen Akademie für Suizidprävention und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention \(wordpress.com\)](#)

Welttag der Suizidprävention – Deutschland

*Nationales Suizid-
Präventionsprogramm für Deutschland
in Kooperation mit der Deutschen
Akademie für Suizidprävention und der
Deutschen Gesellschaft für
Suizidprävention*



The banner features a blue background with an orange ribbon icon on the left. The text reads: "Welttag der Suizidprävention" in white, "Aktiv werden und Hoffnung schaffen" in orange, and "10. September" in white on an orange background. Below the banner is a black navigation bar with white text links.

Information zum Welttag der Suizidprävention Veranstaltungen 2022 Suizidalität Suizide in Deutschland 2019 Impressum Datenschutzerklärung

Der Welttag der Suizidprävention

„Jedes Jahr sterben in Deutschland mehr als 9.000 Menschen durch Suizid. Das sind mehr Todesfälle als durch Verkehrsunfälle, Mord und illegale Drogen zusammen“, erklärt Birgit Wagner von der Leitung des NaSPro. Statistisch gesehen nimmt sich damit alle 57 Minuten in Deutschland ein Mensch das Leben. Mehr als 75 % der Suizide in Deutschland entfallen auf Männer. Der Welttag der Suizidprävention macht seit 2003 jährlich am 10. September auf diese Problematik aufmerksam. Das Motto lautet auch in diesem Jahr: „Aktiv werden und Hoffnung schaffen“.

Quelle: [2022-PK-WSPD-Pressemappe.pdf \(naspro.de\)](#), letzter Aufruf Donnerstag, 13.10.2022 7.29 Uhr

Veranstaltungen und Informationen zum Welttag der Suizidprävention finden Sie hier: <http://www.welttag-suizidpraevention.de>

Das Eckpunktepapier zur gesetzlichen Verankerung der Suizidprävention ist abrufbar unter:

[Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention - Koordinierungsstelle Hospiz Palliativ \(koordinierung-hospiz-palliativ.de\)](http://www.koordinierungsstelle-hospiz-palliativ.de)

Die komplette Pressemappe inklusive der Suizidzahlen in Deutschland finden Sie unter: <https://www.naspro.de/dl/2022-PK-WSPD-Pressemappe.pdf>



Die Herausforderungen momentan sind gewaltig:

- **Krieg**
- **Flucht und Migration**
- **Pandemie(-n)**
- **Klimawandel**
- **Energiekrise und Inflation**
- **Weiterhin drohende, steigende Armut** (siehe auch neuester Armutsbericht: [ARB - Startseite \(armuts-und-reichtumsbericht.de\)](#) und insbesondere [Armutsbericht 2022 - Der Paritätische - Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege \(der-paritaetische.de\)](#))
- **Diskussion über aktive Sterbehilfe** [Sterbehilfe - aktuelle Nachrichten | tagesschau.de](#)

Und =>

Selbstschädigung/Suizid als immanenter Bestandteil folgender psychischer Krankheitsbilder:

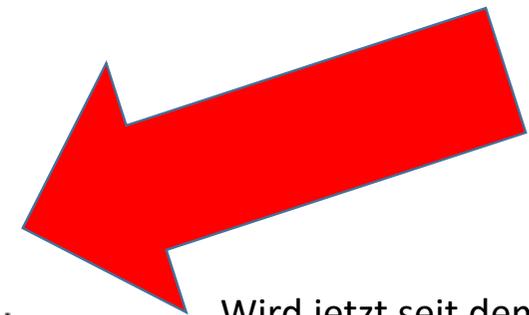
u. a. Angststörungen, Depression, Substanzkonsum, Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, PTBS!

Deutsche Rechtslage

✓ erlaubt ✗ verboten

- **passive Sterbehilfe** ✓
Besserer Begriff: Sterbenlassen
Nicht fortführen lebenserhaltender Maßnahmen auf Wunsch
- **indirekte Sterbehilfe** ✓
Leidenslinderung bei Schwerkranken unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung
- **Aktive Sterbehilfe** ✗
Gezieltes aktives Herbeiführen des Todes
- **Beihilfe zur Selbsttötung**
Betroffener vollzieht den Akt der Tötung selbst, erhält dabei aber Hilfe beim Akt der Tötung
 - durch Ärzte ✗
 - Durch normale Bürger ✓

Quelle: <http://www.sterbehilfe-info.de/sterbehilfe-was-bedeutet-die-begriffe-eigentlich/>, abgerufen am 29.9.2017



Wird jetzt seit dem Urteil des Bundesverfassungsgericht in 2020 diskutiert – noch keine gesetzliche Ausführungsbestimmungen vorhanden!

Eine ethische Diskussion können wir an dieser Stelle nicht ausführlich führen, um das Thema aktive Sterbehilfe ja / nein in diesem Rahmen und auch nicht,

ob Kinder und Jugendliche, diese in Anspruch nehmen sollten (der Ethikrat ist da auch noch nicht zu einer eindeutigen Positionierung gekommen).

Aber jede:r sollte sich selbst mit dem Thema vertraut machen und zunächst einmal seine eigene Patient:innenverfügung ausfüllen. Das setzt automatisch eigene Gedankengänge los, sich mit dem Thema Tod, das eigene Leben beenden müssen/wollen zu beschäftigen!

<https://mein.afilio.de/documents/>

Hier können Sie kostenlos Ihre Patientenverfügung anlegen (Einmal registrieren und dann werden Sie durch das komplexe Dokument geführt)

Zum Inhalt

Tab 1 Tödliche Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen

Tab 1.1 Anzahl

Jugendenschutz
Arbeitsstelle Bayern e.V.

Arbeitsgemeinschaft für VerhaltensModifikation

Tödliche Verletzung, Ursache	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
unter 1 Jahr										
Tödliche Verletzungen insgesamt V01-Y34	45	69	50	50	38	43	34	24	41	30
Unfälle (ohne Spätfolgen) V01-X59.....	25	44	20	21	22	24	21	12	23	17
Suizid X60-X84.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tätlicher Angriff X85-Y09.....	18	22	21	23	13	14	8	9	14	11
Ereignis unbestimmt Y10-Y34.....	2	3	9	6	3	5	5	3	4	2
Sterbefälle insgesamt.....	2 322	2 408	2 202	2 250	2 284	2 405	2 700	2 571	2 505	2 485
Tödliche Verletzungen in % aller Todesursachen.....	1,9	2,9	2,3	2,2	1,7	1,8	1,3	0,9	1,6	1,2
1 - 4 Jahre										
Tödliche Verletzungen insgesamt V01-Y34	113	81	85	71	79	89	75	72	79	66
Unfälle (ohne Spätfolgen) V01-X59.....	98	75	65	58	71	73	67	59	70	59
Suizid X60-X84.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tätlicher Angriff X85-Y09.....	10	4	14	10	6	12	5	11	8	7
Ereignis unbestimmt Y10-Y34.....	5	2	6	3	2	4	3	2	1	-
Sterbefälle insgesamt.....	482	463	424	434	407	464	458	439	494	467
Tödliche Verletzungen in % aller Todesursachen.....	23,4	17,5	20,0	16,4	19,4	19,2	16,4	16,4	16,0	14,1
5 - 14 Jahre										
Tödliche Verletzungen insgesamt V01-Y34	189	165	173	141	142	121	125	115	137	120
Unfälle (ohne Spätfolgen) V01-X59.....	137	125	122	103	95	85	86	68	109	77
Suizid X60-X84.....	28	21	20	18	28	19	17	28	13	22
Tätlicher Angriff X85-Y09.....	19	13	24	10	15	14	12	10	11	13
Ereignis unbestimmt Y10-Y34.....	5	6	7	10	4	3	10	9	4	8
Sterbefälle insgesamt.....	681	706	623	609	564	573	641	568	614	604
Tödliche Verletzungen in % aller Todesursachen.....	27,8	23,4	27,8	23,2	25,2	21,1	19,5	20,2	22,3	19,9



[Zum Inhalt](#)

Tab 1 Tödliche Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen

Tab 1.1 Anzahl

Tödliche Verletzung, Ursache	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15 - 17 Jahre										
Tödliche Verletzungen insgesamt V01-Y34	246	237	259	228	217	220	228	214	205	169
Unfälle (ohne Spätfolgen) V01-X59.....	150	157	153	138	122	99	118	122	111	93
Suizid X60-X84.....	78	69	89	78	81	86	94	79	77	63
Tätlicher Angriff X85-Y09.....	10	5	7	3	6	22	6	3	8	4
Ereignis unbestimmt Y10-Y34.....	8	6	10	9	8	13	10	10	9	9
Sterbefälle insgesamt.....	497	449	474	463	426	484	462	408	447	383
Tödliche Verletzungen in % aller Todesursachen.....	49,5	52,8	54,6	49,2	50,9	45,5	49,4	52,5	45,9	44,1
18 - 19 Jahre										
Tödliche Verletzungen insgesamt V01-Y34	410	385	323	333	314	312	306	292	290	276
Unfälle (ohne Spätfolgen) V01-X59.....	271	260	210	224	184	187	175	166	167	154
Suizid X60-X84.....	111	103	95	87	113	110	111	105	102	100
Tätlicher Angriff X85-Y09.....	16	9	6	8	8	10	8	7	6	9
Ereignis unbestimmt Y10-Y34.....	12	13	12	14	9	5	12	14	15	13
Sterbefälle insgesamt.....	641	585	546	522	503	505	531	496	496	491
Tödliche Verletzungen in % aller Todesursachen.....	64,0	65,8	59,2	63,8	62,4	61,8	57,6	58,9	58,5	56,2



[Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung - Tabellenband - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2019 - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#)

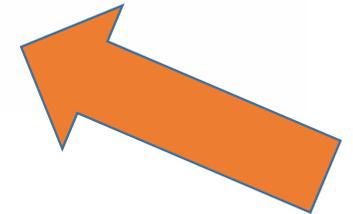
[unfaelle-gewalt-kinder-tabellenband-xlsx-5230001.xlsx \(live.com\)](#)

Pressemitteilung Nr. 327 vom 8. Juli 2021



Vorläufige Daten der Todesursachenstatistik zeigen kaum Veränderung bei Suiziden

Die Zahl der Suizide lag im Jahr 2020 nach der vorläufigen und noch nicht vollständigen Auswertung bei 8 565. Sie lag damit bislang leicht unter der Zahl von 2019 (9 041 Suizide).



Quelle:
[Erste vorläufige Ergebnisse der Todesursachenstatistik für 2020 mit Daten zu COVID-19 und Suiziden - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#), letzter Zugriff, Freitag, 20. Mai 2022, 17:09 Uhr

Global Burden of Disease

Weltweite Suizidrate – Bilder und Quellen

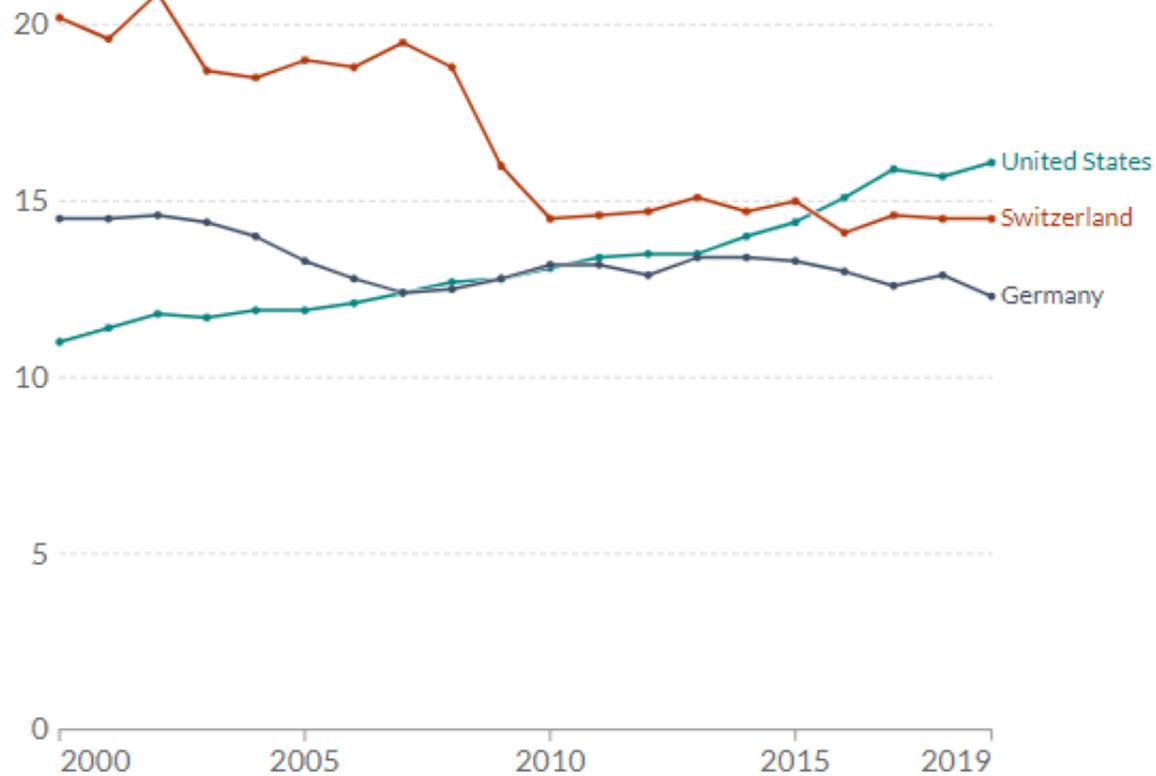
[Suicide - Our World in Data](#)

Suicide rate, 2000 to 2019

Suicide rate is the number of suicide deaths in a year per 100,000 population.

Our World
in Data

+ Add country



Source: World Health Organization (via World Bank)

CC BY



Aktion Jugendschutz
Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

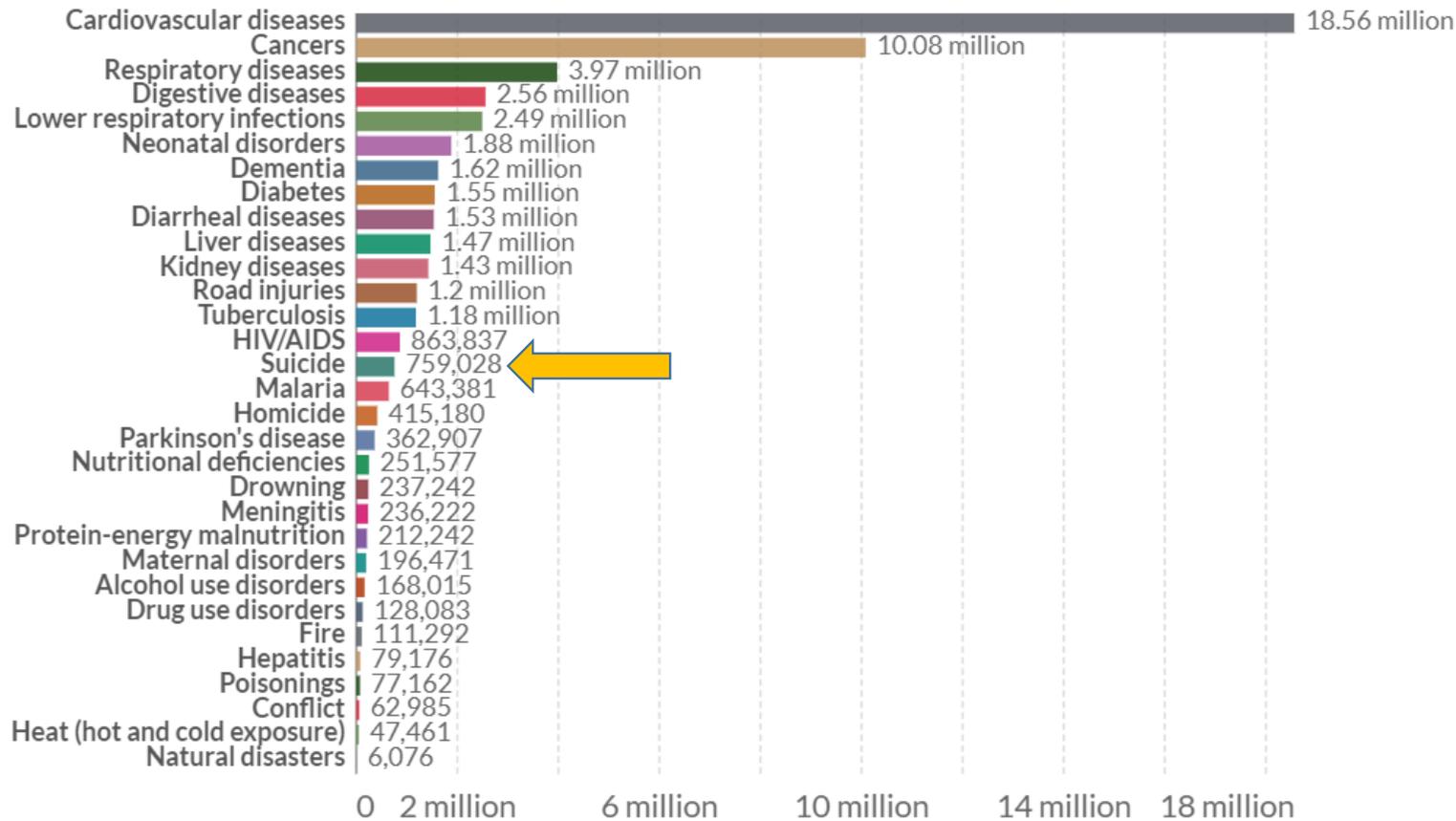


Arbeitsgemeinschaft für VerhaltensModifikation

Number of deaths by cause, World, 2019



↔ Change country



Source: IHME, Global Burden of Disease

OurWorldInData.org/causes-of-death • CC BY



Summary

- Globally 800,000 people die from suicide every year – that's twice the number from homicide. ↓ [jump to section](#)
- Suicide is one of the leading causes of death in young people. ↓ [jump to section](#)
- 1.4% of global deaths in 2017 were from suicide. In some countries, this share is as high as 5%. ↓ [jump to section](#)
- Suicide rates are typically higher for older individuals. ↓ [jump to section](#)
- Globally, the suicide rate for men is twice as high as for women. In many countries this ratio is even higher. ↓ [jump to section](#)
- Suicide rates from firearms are particularly high in the US – 60% of deaths from firearms result from suicide. ↓ [jump to section](#)
- Self-poisoning from pesticides have had a large toll, particularly in low-to-middle income countries. Bans on some pesticides have been effective in reducing suicide rates. ↓ [jump to section](#)

Quelle:

[Suicide - Our World in Data](#), letzter Zugriff, Samstag 21.05.2022 11.51 Uhr

Suicide rates by age, World, 2019

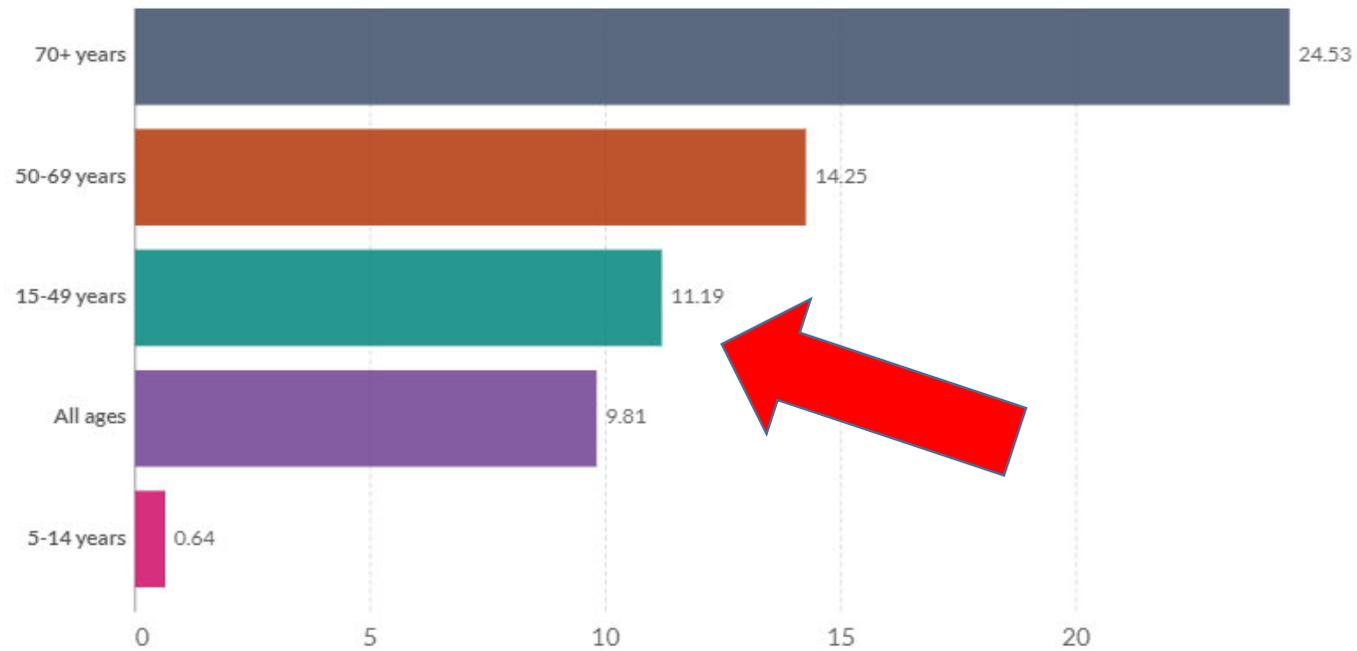
The suicide rate is the number of deaths by suicide per 100,000 individuals in a given demographic.

Our World
in Data



Aktion Jugendschutz
Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

[Change country](#)



Source: IHME, Global Burden of Disease

OurWorldInData.org/suicide • CC BY

1990 2019

CHART

TABLE

SOURCES

DOWNLOAD



Suicide - Our World in Data:

<https://ourworldindata.org/suicide#suicide-is-a-leading-cause-of-death-especially-in-young-people>, letzter Zugriff: Samstag, 21. Mai 2022

Suicide rates by age

Suicide is one of the leading causes of death in young people.

But this does not necessarily mean suicide is more likely to occur in young people than old – it's largely a reflection of the fact that older populations also die from many other causes. We see this we [we look at](#) causes of deaths in people aged 70 years and older: most die from cardiovascular diseases, cancers, dementia and respiratory diseases. The number of suicides are high, but lower than other causes.

In the chart here we see suicide rates broken down by age group. These rates are given as the number of suicide deaths per 100,000 people in a given demographic. Globally, suicide rates are actually *highest* in people aged 70 years and older. And actually, suicides globally follow a standard pattern of the older the age group, the higher the death rate.

In the interactive chart you can view data for any country or region using the “change country” toggle.

Related chart – number of deaths from suicide by age group. [This chart](#) shows the breakdown of annual suicide deaths by broad age category.

„Wenn man der Öffentlichkeit kommuniziert, dass Suizid jeden betreffen kann, dass es Hinweise in Äußerungen und im Verhalten von Menschen gibt, auf die man achten kann, und dass Hilfe verfügbar ist, ist das ein Weg um Suizid zu verhindern.“

(Edwin Shneidman, Suizidologe)

3. Suizidarten

Suizidmethoden

Die Methode der Selbsttötung unterliegt individuellen, kulturellen und regionalen Faktoren und wird grob in 3 Formen unterteilt:

1.) Harte Suizid-Methode:

Es werden Methoden wie Erschießen, Erhängen, Ertrinken und Sturz aus hoher Höhe zur Selbsttötung angewandt. Sie führen zum schnellen Tod und betreffen vorwiegend Männer oder Patienten im höheren Lebensalter.

2.) Weiche Suizid-Methode:

Hier spielen Methoden wie Vergiftung durch Medikamente und Drogen eine wichtige Rolle. Betrifft oftmals Frauen.

3.) Bizarre Suizide:

Wie eigene Verbrennung, Tod durch Strom oder durch Abhacken der eigenen Extremitäten werden gerade von Patient:innen mit akuten Psychosen angewandt.

Suizidrezidivrisiko: Das Rezidivrisiko für die Selbsttötung ist im ersten Jahr mit 25% stark erhöht. Infolge dessen sollte immer bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Anamnese-Erhebung Suizidversuche eruiert werden.

Suizidalität

Faktoren mit erhöhtem Suizidrisiko

	Höheres Risiko	Niedrigeres Risiko
Kognitive Symptome	Hoffnungslosigkeit Geringe Selbstachtung Kognitive Defizite Imperative akustische- Halluzinationen Intoxikationen	Gutes Selbstwertgefühl Flexibilität Gute Bewältigungskompetenz. Zukunftsorientierte Einstellung Optimistische Grundhaltung Religiosität
Affektive Symptome	Niedergeschlagenheit Schwere Anhedonie Schwere Angst- und Panikattacken Intensive, kaum erträgliche Anspannung	Gute emotionale Selbstregulation
Verhaltensbezogene Symptome	Umtriebigkeit Schwere Schlafstörungen Aggressivität Alkohol- Substanzmissbrauch	Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen Gute Selbstkontrolle

4. Erkennen von Suizidalität

90% aller Suizide stehen im direkten Zusammenhang mit einer weiteren psychischen Erkrankung (Ätiologie der Suizidalität) wie der:

- 1.) Depression,
- 2.) Schizophrenie
- 3.) Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamentenabhängigkeit)
- 4.) Persönlichkeitsstörungen insbesondere die emotional-instabile PS und Somatik
- 5.) Angsterkrankungen.

Innerhalb der ersten 2 Jahre nach einem Suizidversuch wird dieser in 15-35% der Fälle wiederholt, wobei das Wiederholungsrisiko im ersten Jahr am höchsten ist.

Das präsuizidale Syndrom (E.Ringel *1953 Psychiater aus Wien)

1. **Einengung der Wahrnehmung**
der Gefühle
der zwischenmenschlichen Beziehung und der Werte
2. **Aggressionsumkehr/-hemmung:** Resignation, Vorwürfe, gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
3. **Todesphantasien, Suizidphantasien:** das Risiko ist dann besonders hoch, wenn die Gedanken sich passiv aufdrängen und mit Gefühlen großer Angst und Vorstellungen von Kontrollverlust einhergehen.

=> Die o. g. Punkte können auch als gefolgte Abstufungen/Stadien betrachtet werden

Stadien der suizidalen Entwicklung nach Pöldinger



1.) Die Erwägung

sozialer Rückzug, selektive Wahrnehmung v. suizidalen Reizen aus Medien/Umfeld

2.) Die Ambivalenz

geringe Distanzierung zu Suizidgedanken, gedankliche Einengung, oft Hilferuf, Kontaktaufnahme zu Therapeut:innen und/oder Ärzt:innen

3.) Der Entschluss

Patient:in/Klient:in/Jugendliche:r erfährt Entlastung, wirkt befreit, selten resigniert, Vorbereitungen auf Suizid werden getroffen, trügerische Ruhe

Entstehung wird in Krankheitsmodell (Schizophrenie, Depression, Angst- und PSK-Störungen), sowie Krisenmodell (Reaktion auf akute Krise- und keine psychische Erkrankung, aber oft Selbstabwertung/Selbstwertthema (siehe auch Arbeitsblätter für euch, depressive Attributionstile) unterteilt

Ätiologie/Entstehungsmodelle von Suizid (Exkurs!)

1.) Biologisches Modell

- **Genetische Disposition** (Zwillingsstudien)

- **Serotonin-Hypothese:**

Hierbei steht eine gestörte serotonerge Transmission mit verminderter präsynaptischer Serotonin-Aktivität und Hochregulation der postsynaptischen Serotoninrezeptoren insbesondere im präfrontalen Kortex im Vordergrund.

Diesbezüglich war bei Patient:innen nach einem Suizidversuch eine verminderte Transmitterkonzentration an Serotonin im Liquor nachweisbar (insbesondere in der Impulskontrolle spielt Serotonin eine wichtige Rolle)

Ätiologie/Entstehungsmodelle von Suizid (Exkurs!)



2.) Lerntheoretisches Modell

- Hierbei ist die **Depression und die Suizidalität Folge eines pathologischen Denkstils** (nach **Beck**) im Sinne einer Übergeneralisierung (alles ist negativ, die Welt ist schlecht, ich kann nichts und es wird niemals mehr besser) und kognitiven Verzerrung. Die Antwort auf die subjektive Hoffnungslosigkeit ist der Suizid als einzige Lösungsoption.
- Eine weitere lerntheoretische Erklärung bezieht sich auf das Konzept der „**erlernten Hilflosigkeit**“ (**Seligman**). Persistierende Emotionen, den eigenen Problemen ausgeliefert zu sein, können Patient:innen veranlassen, den Suizid als einzige mögliche Lösungsstrategie anzusehen.
- Erweiterung: Abramson, Metalsky und Alloy (1989): wenn **pessimistischer Attributionsstil** (z. B. **Attributionstheorien nach Weiner**) internal, global und stabil: entsteht Hoffnungslosigkeit, die zur Depression und zu Suizid führen kann (Hoffnungslosigkeitsdepression)

Ätiologie/Entstehungsmodelle von Suizid (Exkurs!)

3.) Psychodynamisches Modell

- **Aggressionsmodell:**

Es bestehen intrapsychische Aggressionskonflikte, die zum suizidalen Verhalten im Sinn der Konfliktlösung führen. Eine Fremdaggression gegenüber dem verlassenden Partner wird zur Eigenaggression.

- **Narzisstische Krise:**

Patient:innen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung/-akzentuierung haben ein geringes Selbstwertgefühl. Die narzisstische Verletzlichkeit wird durch Kränkungen und Enttäuschungen aus dem sozialen Umfeld hervorgerufen. Können diese Kränkungen wie Trennungskonflikte, berufliche Niederlagen usw. nicht überwunden werden, kommt es über einen Zwischenschritt der psychopathologischen Dekompensation (Wut, Depressivität, etc.) zum suizidalen Verhalten als Zeichen der Regression in frühere Entwicklungsstufen. (Dekompensation – je höher – desto stärkere Suizidversuche!)

Videos zum Thema Seligman (erlernte Hilflosigkeit) und Tod – wie Kinder das Thema verarbeiten

- **Erlernte Hilflosigkeit oder wieso man nahe liegende Lösungen übersieht - empacip - Bing video**

<https://www.bing.com/videos/search?q=seligman+erlernte+hilflosigkeit&&view=detail&mid=840048583E5B17876945840048583E5B17876945&&FORM=VRDGAR>

- **Tabuthema Tod - Traut den Kindern das Trauern zu - Kultur – SRF**

<https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/tabuthema-tod-traut-den-kindern-das-trauern-zu>

- **Einstieg in: Kindersuizidalität und Trauerverarbeitung**

[Kinder sprechen über Tod und Trauer - Bing video](#)

Alter	Verständnis vom Tod
1-3 Jahre	Kein bis sehr begrenztes Verständnis vom Tod
4 Jahre	Unklare Anwendung des Wortes Tod – Tod = Leid u. Trauer, ohne emot. Reaktion
5 Jahre	Spezifischeres Verständnis vom Tod, physische Aspekte seien bekannt, Endgültigkeit wird bewusster, sachlicher Umgang mit Tod
6 Jahre	Steigendes Interesse am Tod, Beunruhigung über möglichen Tod, Interesse an Ritualen und Ursachen
7 Jahre	Noch realistischeres Begriffsvermögen vom Tod, Interesse an Ritualen und Ursachen
8 Jahre	Interesse, was nach dem Tod geschieht, Akzeptanz der Unvermeidlichkeit, sich eingeschlossen
9 Jahre	Tieferes Verständnis für biologische Prozesse beim Tod und die Endgültigkeit, Nachlassen der Angst vor dem Tod
10 Jahre	Realistische u. sachliche Haltung wird eingenommen, kein philosophisches Interesse
11 Jahre	Theoretische und philo. Fragen zum Tod werden gestellt, Was nach dem Tod?
12 Jahre	Beschäftigung mit dem Leben nach dem Tod, Skepsis noch stark vorhanden
Pubertät	Spekulatives und philo. Interesse auf Leben nach dem Tod, magische Angst davor



Aktion Jugendschutz
Landesarbeitsstelle Bayern e.V.



Arbeitsgemeinschaft für VerhaltensModifikation

Verständnis vom Tod
nach Gesell

5. Krisenintervention

Krisen und Kritische Lebensereignisse

- Krisis (griech.) = Entscheidung, Wende- Höhepunkt (einer gefährlichen Entwicklung)
- Was ist eine Krise?
- Ein akutes Geschehen, das überraschend eintritt
- Bedrohlichen Charakter hat
- bisherige Normen, Ziele und Werte in Frage stellt
- mit einer Labilisierung und erhöhter Suggestibilität einhergeht
- erhöhte Lern- und Änderungsbereitschaft erzeugen kann
- zeitlich auf Tage oder Wochen begrenzt ist

Bei gleichzeitiger fortschreitender Verengung der

- Wahrnehmung
- Wertesystems
- Handlung

Krisen und Kritische Lebensereignisse

Krisenintervention ist eine:

- Unverzögliche und
 - Zeitlich begrenzte Einflussnahme
 - In einer bedrohlichen Notfallsituation mit dem Ziel,
 - Eine kritische Entwicklung aufzuhalten oder zu bewältigen.
-
- Das Ziel ist:
 - => eine emotionale Entlastung
 - => Vermeidung von anhaltender Selbst- und Fremdgefährdung
 - => und die Wiederherstellung der Handlungskompetenz

Frühintervention nach Notfällen

Notfall: Zugespitzte Krise, in der eine akute Gefahr mit seelischer, körperlicher Gefährdung besteht

Exkurs Ablauf:

1. Abklärung, ob ein akuter Notfall mit unmittelbarer Gefährdung oder Lebensgefahr vorliegt (1. Hilfe)
2. Herstellen einer emotional entlastenden und tragfähigen Beziehung
3. Exploration und Klärung der akuten Krisensituation, bisheriger Lösungsversuche und möglicher Alternativen
4. Situationsbeurteilung, Identifikation und Definition der dringlichsten Probleme
5. Umgang mit Gefühlen und Emotionen
6. Konkretisierung und Durchführung eines Handlungsplanes zur Problembewältigung
7. Soziale und direkte Unterstützung
8. Abschluss der Krisenintervention
9. Folgegespräch und Abklärung weiterführender Maßnahmen

Stufenmodell der Krisenintervention nach Schnyder (1993)

1. Kontakt herstellen

- Begrüßung
- Klären des Behandlungssettings
- Eine erste emotionale Entlastung herbeiführen

2. Problemanalyse

- Anamnese, Krisenauslöser und -hintergrund
- Ressourcen, Bewältigungsmöglichkeiten und -strategien

3. Problemdefinition

- Möglichst konkrete Beschreibung (Eingrenzung) der Krise

4. Zieldefinition

- möglichst konkrete Beschreibung des angestrebten Zielstands

5. Problembearbeitung

- Anwendung von Kriseninterventionstechniken
- Alltagstransfer
- ggf. juristische/sozialarbeiterische Kompetenzen

Stufenmodell der Krisenintervention nach Schnyder (1993)

6. Termination

- Ablösung vom Behandler
- Rückfallprophylaxe

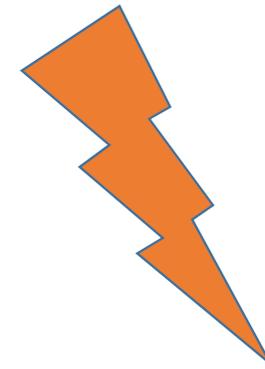
7. Follow-Up

- Alltagstauglichkeit der vom Betroffenen erlernten Strategien
- Indikation für eine Psychotherapie gegeben?

Wichtig bei Punkt 7 – hier muss auf jeden Fall in der Praxis geklärt werden, wie es weitergehen soll?

Kann an eine:n Therapeut:in:en verwiesen werden?

Nicht einfach ohne Plan gehen lassen!



Was konkret tun zur Krisenintervention bei Suizidverdacht:



1. Wenn Kinder und Jugendliche äußern, sie seien unwichtig auf der Welt, es wäre besser, sie wären nicht mehr hier, dann gilt es wachsam und aufmerksam zu sein und gut zu abzuklären (siehe folgende Folien), ob akute Suizidgefahr besteht.
2. Hier kann auch ein Notfallplan (siehe extra Blatt/Dokument helfen) sowie ein Anti-/Non-Suizidvertrag (siehe extra Blatt/Dokument helfen).
3. Mit den Jugendlichen wird gemeinsam überlegt, wer Notfallkontakte – auch anonym und 24/7 sein können, diese Nummer/Mailadressen werden dann eingespeichert ins Handy oder in anderen digitalen Endgeräten hinterlegt, damit sie immer sofort griffbereit sein können.
4. In solchen Notfallplänen wird auch gemeinsam nach funktionalen Bewältigungsstrategien (Gespräch suchen, Skills, Sport, etc.) gesucht wie auch Ressourcen und – ganz wichtig (!) Gründe für das L-E-B-E-N!

Was tun zur Krisenintervention bei akuter Suizidalität:



1. Herausfinden wie konkret die Suizidabsicht ist?
2. Offene Fragen wie „Hast Du schon was geplant?“ „Gibt es Pläne?“ „Hast Du was Konkretes vor?“ „Hast Du was im Internet besorgt?“ „Wie würdest Du es anstellen?“ helfen dabei.
3. Wenn die Jugendlichen nicht distanziert sind von konkreten Suizidabsichten, dann Eltern informieren und die Jugendlichen versuchen durch Auslenkung, Gesprächsangebote aus- und ab zu lenken und im Hier und Jetzt zu behalten.
4. Dann den Sanitätsdienst/Polizei holen und in die nächste Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Abklärung fahren.
5. Wenn die Eltern nicht einverstanden sind – müssen sie ihre Kinder holen und sind dann in der weiteren Verantwortung (Aufenthaltsbestimmungsrecht und elterliche Sorge nach 1626, 1631 BGB IV sowie Artikel 6 GG).

6. Gut wäre dann gemeinsam auf die Notwendigkeit einer psychiatrischen Abklärung und zur Abwendung einer konkreten akuten Eigengefährdung ins Klinikum (KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie zu fahren) hinzuwirken!
7. Dort kann dann auch der Sozialdienst eingeschaltet werden und weitere Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe initiiert werden wie ggf. Inobhutnahmen nach § 42 SGB VIII, wenn akute Gefährdungsmomente durch die Suizidalität entstehen und die Eltern nicht bereit sind – nicht können, wollen – diese abzuwenden oder auch Hilfen zur Erziehung (HzE) nach § 27 SGB VIII ff implementiert werden.
8. In jedem Fall – unabhängig von akuter Suizidalität oder parasuizidalen Gedanken wäre es wichtig einen Kriseninterventionsplan vorab zu haben, der Handlungssicherheit bei den Fachkräften, den Jugendlichen sowie den Eltern evozieren kann!

(Analog z. B. des BELLA-Konzepts – siehe nachfolgende Folien!)

6. BELLA-Konzept (Sonneck 2000)

- **B**eziehung aufbauen
- **E**rfassen der Situation
- **L**inderung von Symptomen
- **L**eute einbeziehen, die unterstützen
- **A**nsatz zur Problembewältigung

Das wichtigste hierbei ist die Beziehung!

[Krisenintervention - einfach und verständlich gezeigt - Bing video](#)

Krisenintervention

Die wichtigsten Ziele für ein Gespräch mit akut suizidalen Patient:innen

- **Rapport bekommen:** Das Herstellen und die Intensivierung bzw. das „Entstören“ der therapeutischen Beziehung zum bzw. zur Patient:in
- **Risikoabschätzung:** Das Sammeln von genügend relevanten Informationen zur Einschätzung der aktuellen Suizidgefährdung
- **Zeit gewinnen:** Die Bereitschaft des/der Patient:in:en, seine/ihre Entscheidungen noch eine bestimmte Zeit zurückzustellen
- **Selbstkontrolle:** Befähigung des/der Patient:in, seine Suizidimpulse für diese bestimmte Zeit zu kontrollieren
- **Kognitive Dissonanz:** Verunsicherung des Patienten/der Patientin im Hinblick auf die Folgerichtigkeit seiner Entscheidung
- **Fokussierung** auf vermiedene Emotionen
- **Freiwillige stationäre Unterbringung:** Gewinnen des / der Patient:in für die Vorstellung oder die Überzeugung, dass ein vorübergehender stationärer Aufenthalt für ihn sinnvoll sein könnte

Exkurs:

Einblick in die DBT

Wird auch wirksam bei einem präsuizidalen Syndrom und Suizidgedanken sowie -versuchen!

Therapeutische Interventionen

Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT

- ist in den 1980er Jahren von Marsha Linehan speziell für chronisch suizidale Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt worden
- ihre Wirksamkeit wurde in klinischen Studien nachgewiesen
- sie besteht aus den folgenden fünf Bausteinen
 - Einzeltherapie
 - Fertigkeitentraining in der Gruppe
 - Telefonkontakte
 - Konsultationsteam
 - Supervision
- Linehan entwickelte die DBT basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie und Elementen des Zen-Buddhismus

Therapeutische Interventionen

- sie baut auf einer dialektischen Betrachtungsweise zwischen Akzeptanz und Veränderung auf d.h. den Patienten so zu akzeptieren wie er ist und gleichzeitig zu versuchen, ihm beizubringen, sich zu verändern
- Hauptindikationen
 - Borderline-Störung (und ihre Vorläufer im Jugendalter)
 - Traumafolgestörungen
 - Essstörung
 - Drogenmissbrauch, sofern letzterer im Zusammenhang mit einer emotionalen Instabilität steht
- Im Zentrum steht das immer wieder zu suchende Gleichgewicht zwischen Akzeptanz und Veränderung (Dialektik)
- Primäres Behandlungsziel: funktionale Strategien zur Emotionsregulation aufzubauen bzw. zu verbessern sowie schweres Problemverhalten zu verringern.
- Endziel, ein auf die eigenen Werte und Ziele orientiertes Leben zu erreichen

Therapeutische Interventionen

Therapiephasen und Hierarchie der jeweiligen Problembereiche in der DBT

Vorbereitungsphase

Aufklärung über die Behandlung

Zustimmung zu den Behandlungszielen / Therapievertrag

Motivations- und Zielanalyse

Erste Therapiephase: Behandlung von schweren Problemen auf der Verhaltensebene

1. Suizidales und parasuizidales Verhalten
2. Therapiegefährdendes Verhalten
3. Verhaltensweisen, die die Lebensqualität beeinträchtigen
4. Aufbau von Verhaltensfertigkeiten:
 - a. Innere Achtsamkeit
 - b. Zwischenmenschliche Fähigkeiten
 - c. Bewusster Umgang mit Gefühlen
 - d. Stresstoleranz
 - e. Selbstwert

Therapeutische Interventionen

Zweite Therapiephase: Akzeptieren und Verändern von schwerem Leid auf der emotionalen Ebene

5. Bearbeitung der Posttraumatischen Belastungsreaktion

Dritte Therapiephase: Probleme der Lebensführung akzeptieren und lösen

6. Steigerung der Selbstachtung, Wertschätzung, Selbstfürsorge und des achtsamen Selbstmitgefühl

7. Entwickeln und Umsetzen individueller Lebensziele

(Linehan, 1996)

Therapeutische Interventionen

Fertigkeiten Training in der DBT

- **Innere Achtsamkeit**
Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen
Nicht bewertend, konzentriert, wirkungsvoll
- **Stresstoleranz**
Strategien zur Krisenbewältigung: sich ablenken, annehmen der Realität, innere Achtsamkeit, Notfallkoffer
- **Bewusster Umgang mit Gefühlen (Emotionsregulation)**
Lerne Gefühle zu verstehen, Gefühle identifizieren, beobachten, beschreiben, Emotionale Verwundbarkeit verringern, übermäßige selbstschädigende Empfindsamkeit verringern, positiven Gefühlen Raum geben.
- **Zwischenmenschliche Fähigkeiten**
Selbstsicherheitsprogramm, Konfliktfähigkeit trainieren, Beziehungen aufrechterhalten und dabei Selbstachtung wahren.

Und jetzt?

...

Wie geht es Ihnen jetzt?

Psychohygiene, eigene Abgrenzung, Grenzen wahren etc. sind so wichtig bei diesem Thema!

Jetzt beenden wir die Einheit mit einem Ressourcencheck!

Nennen Sie:

- ⇒ 5 Sachen, die Sie heute gesehen haben, die Ihnen gefallen haben,
- ⇒ 4 Sachen, die Sie gehört haben, die Sie gestärkt haben,
- ⇒ 3 Sachen, die sich vertraut und gut angefühlt haben,
- ⇒ 2 Sachen, die gut geschmeckt haben
- ⇒ Nennen Sie 1 Sache, die Sie berührt haben und mit einem guten Gefühl ins Bett gehen lassen!

„Die Zukunft soll man nicht voraussehen wollen – sondern möglich machen!“

Antoine de Saint-Exupéry



8. Sonstige Infos verbunden mit Tod, Krieg, Krisen

*"Wer seine Zukunft bauen
will, muss in der
Gegenwart leben.,,"*

Saint-Exupéry

Kurzer Impuls: Was sagen Medienwissenschaftler:innen – „Mit Kindern über den Krieg sprechen!?“

<https://www.kindernetz.de/wissen/wie-koennen-kinder-mit-den-kriegsnachrichten-umgehen-100.html>

Letzter Aufruf: Montag, den 18. April 18.30 Uhr

Der Krieg ist doch kein Thema für Kinder, oder? Die Medienwissenschaftlerin Maya Götz ist der Meinung, dass man mit Kindern durchaus über den Krieg sprechen kann und ihnen den Raum geben soll, sich auszutauschen. Und wenn mein Kind bereits verstörende Bilder der Kriegsberichterstattung gesehen hat? Auch hierzu gibt's Handlungsempfehlungen. Dr. Maya Götz ist Medienwissenschaftlerin und Leiterin des IZI, dem Internationalen Zentralinstitut für das Jugend- und Bildungsfernsehen.



- Kinder, Jugendliche und wir alle erleben gerade heftige, brutale Zeiten
- Kinder, Jugendliche in der Ukraine werden zur Flucht gezwungen oder leben in absolut unkindlichen, unsicheren und unwürdigen Verhältnissen alleine oder mit ihren Familien in den vom Krieg betroffenen Gebieten
- viele Kinder in Deutschland und deren Familien, Freunde oder Bekannte haben Verwandte oder Freunde in der Ukraine und leiden gerade mit und blicken in eine ungewisse Zukunft („Grundbedürfnisse“)
- Auch deutsche Kinder und Jugendliche werden mit Bildern und Eindrücken vom Krieg regelrecht „bombardiert“, in den Nachrichten im Fernsehen, in den Zeitungen, in der U-Bahn, in den Sozialen Medien

⇒ Das selbstverständliche, unbeschwerte Aufwachsen in Friedenszeiten ist vorbei



⇒ Es gilt alle Kinder und Jugendliche mit ihren Ängsten und Unsicherheiten ernst zu nehmen, ihre Sorgen zu thematisieren, sie in der Verarbeitung zu unterstützen und gemeinsam mögliche langfristige Konsequenzen in den Blick zu nehmen und akute Sorgen aufzufangen und aufzuarbeiten

⇒ Die AGJ – Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe hat hierfür einen offenen Brief an die Vertreter:innen der Politik verfasst!

Offener Brief der AGJ zum Ukraine-Krieg und Forderungen an die Politik zur Kinder- und Jugendhilfe

Entsprechend sind die Kinder- und Jugendpolitik, die Kinder- und Jugendhilfe und alle pädagogischen Organisationen, die mit jungen Menschen zusammenarbeiten, aktuell aufgefordert, Ängste der jungen Menschen ernst zu nehmen, sie in der Bearbeitung der beunruhigenden Erfahrungen zu unterstützen und die gegenwärtige Situation gemeinsam mit ihnen zu thematisieren, ihr Eintreten gegen Krieg und für Frieden zu fördern und zu begleiten:

1. Es sind – erstens – Programme aufzulegen, um insbesondere Kinder und Jugendliche in der Ukraine unmittelbar zu unterstützen und ihnen Hilfsgüter, aber auch Schutz- und Bildungsangebote zukommen zu lassen. Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf ein gewaltfreies Aufwachsen. Dieses wird gegenwärtig in der Ukraine außer Kraft gesetzt und massiv verletzt.
2. Es sind – zweitens – alle Kinder und Jugendlichen auf der Flucht – insbesondere gegenwärtig junge Menschen aus der Ukraine – in ihren sozialen und psychischen Bedarfen zu begleiten und mit ihnen unbürokratisch sichere Orte ihres Aufenthalts zu schaffen. Familien, die Verwandte aus der Ukraine aufnehmen, sind zu unterstützen.
3. Es sind – drittens – alle Einrichtungen, in denen junge Menschen leben, gefordert, insbesondere in Schulen und in der Kinder- und Jugendhilfe, mit jungen Menschen die Berichterstattung und Bilder des Krieges zu verarbeiten, ihnen zuzuhören, Dialogbereitschaft zu signalisieren, Gesprächsangebote zu unterbreiten.



Die als europäische Zeitenwende beschriebene Aggression gegen die Ukraine macht auch vor der Kinder- und Jugendpolitik, den Bildungseinrichtungen und der Kinder- und Jugendhilfe nicht halt. Mit diesem offenen Brief möchten wir auf die hieraus erwachsenen besonderen Herausforderungen hinweisen.

Das Eintreten für ein friedliches Europa, für die Universalität der Menschenrechte, das Selbstbestimmungsrecht von Ländern und den Schutz von jungen Menschen ist zwar gelebte Praxis; diese hat aber angesichts des Krieges in der Ukraine eine Dringlichkeit erfahren, die noch vor wenigen Wochen kaum vorstellbar war. Und diese Praxis aktualisiert sich nicht mehr aus der Position einer Friedenssituation heraus, sondern agiert vor dem Hintergrund eines Bedrohungspotentials, das für die große Mehrzahl der jungen Menschen bislang völlig unbekannt war.

Denken sie jetzt daran, mit den Kindern und Jugendlichen gemeinsam Ängste und Erfahrungen zu teilen. Helfen Sie, junge Menschen in der Ukraine zu unterstützen.

**Prof. Dr. Karin Böllert, Vorsitzende
der Arbeitsgemeinschaft für Kin-
der- und Jugendhilfe (AGJ)**

**Prof. Dr. Wolfgang Schröder,
Vorsitzender des Bundesjugend-
kuratoriums (2019-2021)**

**Arbeitsstelle Kinder- und Jugend-
politik, Deutsches Jugendinstitut
e. V.**

Quelle: [Offener Brief Ukraine.pdf \(agj.de\)](#), letzter Zugriff Montag
18.04.2022, 16.26 Uhr



- Punkt 3 des Offenen Briefs der AGJ zum Krieg in der Ukraine an die (Kinder- u. Jugendhilfe-) Politik zeigt einen deutlichen Auftrag insbesondere an die Kinder- und Jugendhilfe und Bildungs- sowie Betreuungseinrichtungen, sich mit dem Thema Krieg zu beschäftigen
- Es darf nicht geschwiegen werden, auch wenn das Thema an eigene persönliche/fachliche/sonstige Grenzen stößt und an die Substanz geht – insbesondere nach den letzten anstrengenden Jahren als Fachkraft in diesen Bereichen (Stichwörter: Corona-Pandemie, Umweltkrise und Klimawandel, Leistungsgesellschaft, Akademisierung der Gesellschaft, Spaltung der Gesellschaft, Vergrößerung der Lücke zwischen Arm und Reich, Verschwinden des Mittelstandes...)

- Auch wenn Kräfte, Ressourcen in der Fachkräftelandschaft, bei den professionellen und auch ehrenamtlichen Beschäftigten/Helfenden aufgebraucht zu sein scheinen, muss das Unrecht, das Ereignis und (mögliche) kurz-, mittel- und langfristigen Konsequenzen des Krieges mit Kindern angesprochen werden
- Kinder und Jugendliche müssen in ihrer jeweiligen entwicklungspsychologischen Altersstufe und ihren jeweiligen Bezugssystemen und individuellen Vulnerabilitäten abgeholt werden und dürfen nicht „gießkannenartig“ mit dem Thema Krieg konfrontiert werden zudem muss dringend vorab geklärt werden, ob es persönliche Bezüge direkte Familienkontakte, Freunde, Bekannte in den von Krieg betroffenen Gebieten gibt

- Es müssen die Eltern und Familien eingebunden und informiert werden, ob mit den Kindern über das Thema gesprochen werden kann und auch darf, da die kindlichen Gehirne anders Reize prozessieren als Erwachsene. Die Kinder werden einen Großteil der Informationen zu Hause verarbeiten und hierbei kann es zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien kommen, die dann erstmal vorrangig die Eltern abfedern müssten (siehe hierzu auch Punkt 3. Alarm- und Frühwarnzeichen erkennen) wie z. B. Pavor Nocturnus, Albträume, Stimmungsverschlechterung, Niedergestimmtheit, Reizbarkeit, Unsicherheit, emotionaler Rückzug)
- Je nach Alter der Kinder werden Bilder sehr plastisch verarbeitet werden und lösen Angst aus (Stichwort: Magisches Denken bis zum Alter von 3 => Krieg = Monster, das nach München kommt)

Ängste kommen im Kindes- und Jugendalter häufig vor, da sie zur *normgerechten Entwicklung* gehören. Sie sind meist reifungsabhängig und treten vorübergehend in den Vordergrund, wie z. B. das *Fremdeln* im Alter von ca. 8 Monaten, als bis dahin erworbene Fähigkeit, die Mutter von anderen Menschen zu unterscheiden. Im späteren Entwicklungsverlauf entspringt die Angst z. B. vor Gespenstern und Hexen »den kindlichen Möglichkeiten der Phantasie und Imagination. Ab dem Grundschulalter gewinnen realere Vorstellungen, wie Angst vor Krankheit und Verletzung sowie insbesondere auf soziale Situationen bezogene Ängste (Reden in der Öffentlichkeit, Schulsituation) zunehmend an Bedeutung« (Blanz, 2003, S. 592).

Alter	Physiologische, normale Angst inhalte
0–6 Monate	Laute Geräusche
6–9 Monate	Fremde
9–12 Monate	Trennung, Verletzung
2. Lebensjahr	Imaginäre Figuren, Tod, Einbrecher
3. Lebensjahr	Tiere (Hunde), Alleinsein
4. Lebensjahr	Dunkelheit
6.–12. Lebensjahr	Schule, Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Gewitter
13.–18. Lebensjahr	Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Sexualität

(nach Blanz, 2003, S. 593)

Exkurs:
 Das sind typische Angst
 auslösende Inhalte in den
 jeweiligen
 entwicklungspsychologischen
 Phasen!

- Überforderung des Kindes vermeiden
Die Synapsen des kindlichen Gehirns sind zwar überaus leistungsfähig, dennoch besteht oft die Gefahr, dass es zu einer Überforderung kommt. Aus diesem Grund sollte die Förderung des Kindes stets altersgerecht ablaufen und dessen geistigen und körperlichen Entwicklungsstand entsprechen.
- Darüber hinaus muss das Kind genügend Zeit haben, sein neu erworbenes Wissen zu verarbeiten und Reize zu verinnerlichen. Das passiert bei Kleinkindern oft durch das freie Spiel und Zeichnen (z. B. werden in der therapeutischen Arbeit mit vom Krieg traumatisierten Kindern Szenen von Tötungen, Bombardements durch Spielfiguren /Playmobil/Lego/Schleichtiere so oft reinszeniert bis Kinder dies verarbeiten können).

- Wenn vulnerable Kinder und Jugendliche („Stichwort Orchideen- und Löwenzahnkinder des Elternratgebers der Bundestherapeutenkammer“ siehe [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/01/bptk-elternratgeber-psychotherapie.web .pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/01/bptk-elternratgeber-psychotherapie.web.pdf) ungefiltert und uneingeschränkt mit dem Thema Krieg befasst werden kann das auch zu einer sekundären Belastungsstörung führen, ähnlich von der Symptomatik zu der der Posttraumatischen Belastungsstörung, einer Anpassungsstörung oder auch einer akuten Belastungsstörung

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/68022/Sekundaere-Traumatisierung-Mythos-oder-Realitaet>
- <https://www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org/neurologie/news-archiv/artikel/sekundaere-traumatische-belastungen-bei-psychologischen-betreuern-von-opfern-des-11-september/>

Gehirnentwicklung von Kleinkindern – kurzer Exkurs der wichtigsten Stufen der weiteren Gehirnentwicklung



- Erst im Alter von drei, vier Jahren kann auf das Gedächtnis zurückgegriffen werden. Erfahrungen und Erlebnisse aus den ersten Lebensjahren können noch nicht so in das Langzeitgedächtnis abgespeichert werden, dass sie auch wieder aufgerufen werden können. So gibt es keine Erinnerungen an die ersten drei, vier Lebensjahre (*infantile Amnesie*) und nur wenige an das 5. und 6. Lebensjahr.
- Etwa ab vier Jahren verbessert sich allmählich die Kommunikation zwischen linker und rechter Hemisphäre (Gehirnhälfte). Dies ermöglicht die Integration der analytischen und der intuitiven Seite des Kindes. Sie/er wirkt klüger, kann nun zwischen Schein und Wirklichkeit unterscheiden, erkennt die Andersartigkeit der Gedanken und Beweggründe anderer Menschen und kann sich in Rollen hineinversetzen.
- Mit sechs Jahren beginnt eine neue Phase intellektueller Reife: Da sich das Kind zunehmend selbst beherrschen, die eigenen Gefühle kontrollieren und die Bedürfnisbefriedigung herausschieben kann, kann es sich besser konzentrieren und zielgerichtet lernen. Die zunehmende Reife der Stirnlappen erleichtert logisches Denken, Urteilsfähigkeit, Rechnen und "vernünftiges" Verhalten.
- Bei 6- bis 12-jährigen Kindern vermehrt sich die graue Gehirnschicht auch stark in den hinteren Hirnregionen: Die sprachlichen Fähigkeiten und das räumliche Vorstellungsvermögen werden besser.

Exkurs:

Hinweis ab welchem Alter komplexere Themen angesprochen werden sollten, so dass Kinder diese auch internalisieren können!

- Kinder vor dem 6. Lebensjahr nur bedingt mit dem Thema Krieg konfrontieren => siehe entwicklungspsychologische Aufgaben und Gehirnentwicklung => wenn dann im Sinne der Thematisierung des Todes (siehe folgende Seiten) das Thema näherbringen heißt nur gezielt auf das Thema eingehen, wenn von Seiten der Kinder danach gefragt wird
- Ehrlich sein, aber beim Thema Krieg, Flucht, Tod und Sterben/Verletzung grausame Einzelheiten und Details ausblenden und nicht kommunizieren („Stichwort: Plastischere Bewältigung von neuen Reizen nach Informationsaufnahme als bei Erwachsenen)
- Beim Thema Krieg immer auch die Hoffnung und das Positive einfließen lassen: Nächstenliebe, Hilfe, Unterstützung der Ankommenden

Informationen, nützliche Links für Fachkräfte, Eltern, Familien, Kinder und Jugendliche



Uniklinik Ulm Handreichung „Mit Kindern über den Krieg sprechen“ (letzter Zugriff: Montag, 18. April 2022, 18.41 Uhr)

<https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder->

[Jugendpsychiatrie/Dokumente/1 Mit Kindern ueber Krieg sprechen.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-)

Unicef - „Mit Kindern über den Krieg sprechen“(letzter Zugriff: Montag, 18. April 2022, 18.41 Uhr)

<https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/blog/mit-kindern-ueber-krieg-sprechen-tipps/262982>

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (letzter Zugriff: Montag, 18. April 2022, 18.41 Uhr)

<https://www.bbk.bund.de/DE/Das-BBK/Zivilschutz/Was-koennen-Sie-tun/Mit-Kindern-ueber-Krieg-sprechen/mit-kindern-ueber-krieg-sprechen.html>

Servicestelle Jugendschutz - „Mit Kindern über den Krieg sprechen“ (letzter Zugriff: Montag, 18. April 2022, 18.41 Uhr)

<https://www.servicestelle-jugendschutz.de/2022/02/mit-kindern-und-jugendlichen-ueber-krieg-reden/>

Kinderschutzbund NRW – „Mit Kindern über den Krieg sprechen“(letzter Zugriff: Montag, 18. April 2022, 18.41 Uhr)

https://www.kinderschutzbund-nrw.de/pdf/Kinder%20und%20Krieg_Isabel%20Ruland.pdf

[AETAS Kinderstiftung - Traumhilfe für Kinder und Jugendliche \(aetas-kinderstiftung.de\)](https://www.aetas-kinderstiftung.de)



UNSER ANGEBOT

ÜBER UNS

„KURSWECHSEL“-PROJEKT

AKTUELLES



KONTAKT



KINDERN IN KRISEN EIN LEUCHTTURM SEIN

KINDERN, DIE TRAGISCHES ERLEBEN MUSSTEN, HALT GEBEN
UND PERSPEKTIVEN ENTWICKELN

BITTE HELFEN SIE UNS DABEI!

ONLINE SPENDEN

HERZENSPATENSCHAFT

(OFFLINE) SPENDEN

TESTAMENTSSPENDE

ANLASSPENDE

KRANZSPENDEN

ONLINE-EINKAUF

GELDAUFLAGEN



<https://www.aetas-kinderstiftung.de/spendenmoeglichkeiten/>

Kinder unter 3 Jahren: Tod heißt "Nicht-da-sein"

Für Kinder unter drei Jahren ist der Tod nicht begreifbar. Er ist gleichbedeutend mit einer Abwesenheit auf Zeit. Die Endgültigkeit wird kognitiv noch nicht erfasst. Selbstverständlich aber realisieren Kinder die mit dem Tod verbundenen Veränderungen. Sie reagieren darauf mit Verhaltensänderungen im Hinblick auf Schlaf- oder Essgewohnheiten.

Auch Angst, Wut und Frustration kommen vor. Weitere typische Verhaltensmuster sind Warten und Suchen, da Kinder in diesem Alter nicht differenzieren können, ob die Mutter nicht da ist, weil sie noch arbeitet oder weil sie gestorben ist.

Kinder zwischen 3 und 6 Jahren: Tod als vorübergehender Zustand

Zwischen drei und sechs Jahren entwickeln Kinder erste vage Vorstellungen vom Tod. Allerdings ist der Tod für sie immer noch ein vorübergehender Zustand. Er wird assoziiert mit Dunkelheit und Bewegungslosigkeit.

Ein wesentlicher Punkt: Der Tod ist immer der Tod anderer. Der Bezug zur eigenen Person ist noch nicht herstellbar, auch wenn Kinder in diesem Alter oft recht unbefangen und sehr interessiert den Tod erforschen.

Andererseits ist die Verwirrung und Verstörung bei konkret erlebten Verlusten oft sehr groß. Nicht selten kommt es bei diesen Kindern zu einer Regression des Verhaltens: So kann beispielsweise ein vorher trockenes Kindes wieder einnässen.



Exkurs:
Mit Kindern über den Tod
reden und das Sterben!

Fachtag in Rothenburg 1. bis 2. Juni 2022 „psychische
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ Sabine Finster

Kinder zwischen 6 und 9 Jahren: Tod als Bestrafung

Schulkinder beginnen die Endgültigkeit des Todes zu erfassen. Jedoch fehlt weiterhin das Begreifen. Der Tod wird oftmals personifiziert. Und er wird häufig als Bestrafung empfunden.

Auch werden erstmals Bezüge zur eigenen Person hergestellt. Reaktionsmuster bestehend aus Verlust- und Trennungsängsten sowie einer Vermischung aus Realität und Phantasie kennzeichnen das Verhalten dieser Altersstufe. Zudem zeigen die Sechs- bis Neunjährigen ein ausgeprägtes Interesse und eine gewisse Faszination am Thema Tod.

Kinder zwischen 10 und 14 Jahren: Realistisches Todeskonzept

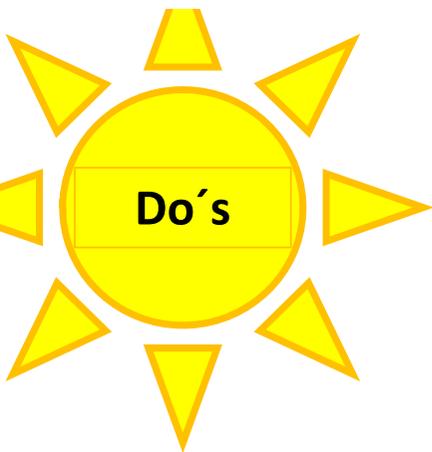
In der Pubertät verstehen Kinder, dass der Tod etwas Abschließendes, etwas Endgültiges ist. Hier tauchen die Sinnfragen auf: "Welchen Sinn hat das eigene Leben?" oder "Gibt es ein Leben nach dem Tod?".

Nicht selten entwickeln Kinder in diesem Alter bei schweren Verlusten auch sogenannte somatoforme Störungen: zum Beispiel Schmerzen, gastro-intestinale Beschwerden oder pseudoneurologische Symptome. Die Kinder reagieren also körperlich auf die psychischen Belastungen.

Exkurs:
Mit Kindern über den Tod
reden und das Sterben!

- Krieg bedeutet oft auch den Tod und das Sterben zu erklären, dann ist es wichtig diese Themen nicht zum Tabu zu machen und für Kinder ist der Tod oft weniger dramatisch und bedrohlich als für Erwachsene
- Krieg, Tod, Sterben können Kinder bis zum 6. Lebensjahr nicht zur Gänze begreifen, da ihnen das logische Denken und fluide Schlussfolgern an dieser Stelle oft aufgrund ihrer altersbedingten Entwicklung (Gehirn) noch fehlt und sie perspektivisch die Endgültigkeit und auch die Angst vor dem Sterben nicht internalisieren können und hierdurch automatisch einen Schutzmechanismus erfahren

Quelle: https://www.planet-wissen.de/gesellschaft/tod_und_trauer/sterben/pwiediesichtderkinderaufdentod100.html
letzter Zugriff, Montag, 18.04.2022, 18.19 Uhr



1. Ängste, Sorgen, Nöte ernst nehmen und nicht verharmlosen
2. Kindgerecht thematisieren (Entwicklungspsychologie beachten)
3. Keine blutigen, grausamen Details
4. Sich Zeit nehmen und nicht zwischendurch während dem Pausenbrot schmieren ansprechen, oder im Schulstress am Morgen thematisieren
5. Sicherheit, Orientierung und Bindung bieten („Fels in der Brandung sein!“ – Stichwort Grundbedürfnisse beachten – Grawe)
6. Seine eigenen Sorgen als Erwachsene:r aber nicht verheimlichen, Kinder spüren das und merken, wenn wir nicht authentisch sind
7. Kindgerechte Suchmaschinen und Medienangebote nutzen und nicht alleine dem Bildmaterial aussetzen
8. Nicht abends vor dem unmittelbaren zu Bett gehen darüber sprechen – Kinderpsyche regeneriert sich in der REM-Schlafphase (Stichwort: Albträume)
9. Als Fachkraft daher auch Eltern fragen und informieren, bevor über Krieg gesprochen werden soll – das OK holen, Eltern haben das Recht das zu wissen (Elterliche Sorge)
10. Immer wieder Mut, Hoffnung, Perspektiven und Zukunft in den Fokus setzen – aktiviert die Ressourcen und Resilienz der Kinder
11. Selbstwirksamkeit der Kinder stärken – Ideen für gemeinsame Spendenaktivitäten oder ähnliches thematisieren z. B. einen Hofflohmarkt organisieren, Spielzeuge ausmisten und verkaufen oder einen Kuchenverkauf zu Gunsten der betroffenen Menschen in der Ukraine veranstalten!

Buch- und Literaturempfehlung zum kostenlosen Download:

„Das Kind und seine Befreiung vom Schatten der großen, großen Angst“

Ein Bilderbuch für Flüchtlingsfamilien und ihre Unterstützer:innen

Unter:

<https://susannestein.de/trauma-bilderbuch/> **zu finden!**

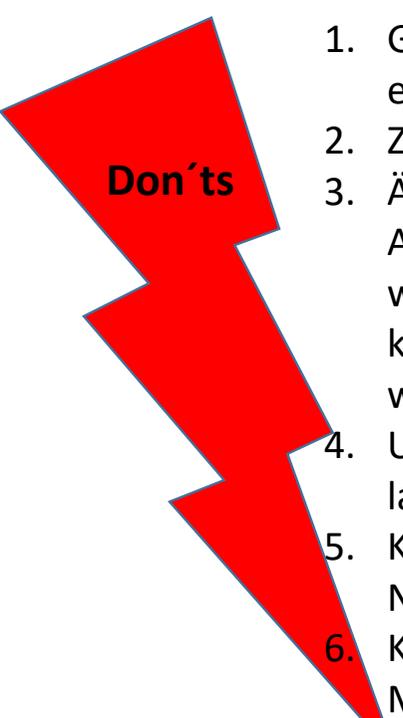
Buch in **14 Sprachen zum kostenlosen Download** unter obiger Seite zu finden u. a. in **Farsi, Ukrainisch, Russisch, Hebräisch...**

In Deutsch unter:

<https://susannestein.de/downloads/trauma-Bilderbuch-deutsch-2022.pdf>

Wir gucken mal rein zusammen...
In das Buch...

=> Noch Zeit ist!



Don'ts

1. Gespräche über Krisen, Krieg, gefährliche Ereignisse immer mit genügend Zeit einplanen, nie zwischen Tür und Angel, nicht vor der Schule, wenn Stress ist!
2. Zeit nehmen!
3. Ängste nicht klein reden oder ernst nehmen, und Sätze wie „Du brauchst keine Angst haben“ vermeiden. Es ist wichtig und gut, dass Kinder a.) ihre Gefühle wahrnehmen und b.) auch gegenüber Bezugspersonen zum Ausdruck bringen können => ein sehr wichtiger Prädiktor für eine gute psychische Gesundheit und weniger Prävalenz für psychische Erkrankungen!
4. Ungeeignete Medienangebote oder Kinder mit die Abendnachrichten gucken lassen.
5. Kinder unbeaufsichtigt in den Sozialen Netzwerken Videos oder ähnliche Nachrichten über den Krieg sehen lassen!
6. Kinder vor dem zu Bett gehen oder in den wichtigen Ressourcen auffüllenden Momenten vom Krieg erzählen!
7. Freizeit, schöne Momente und Genuss und Ressourcenzeiten versuchen von Kriegserzählungen und Nachrichten freizuhalten!
8. Unnötige Details den Kindern berichten
9. Ohne Not und Anfrage kleineren Kindern vom Krieg präventiv erzählen – wenn dann auf Nachfrage
10. Am besten abgestimmt mit den Fachkräften in den Betreuungs- und Bildungseinrichtungen an die Thematisierung herangehen, da Kinder Orientierung und Kontrolle sowie Sicherheit und Bindung brauchen (Stichwort: Grundbedürfnisse) und bei unterschiedlichen Herangehensweisen verunsichert werden!



Aktion Jugendschutz
Landesarbeitsstelle Bayern e.V.



Arbeitsgemeinschaft für VerhaltensModifikation

Ausblick, Fragen und weiterführender Diskurs

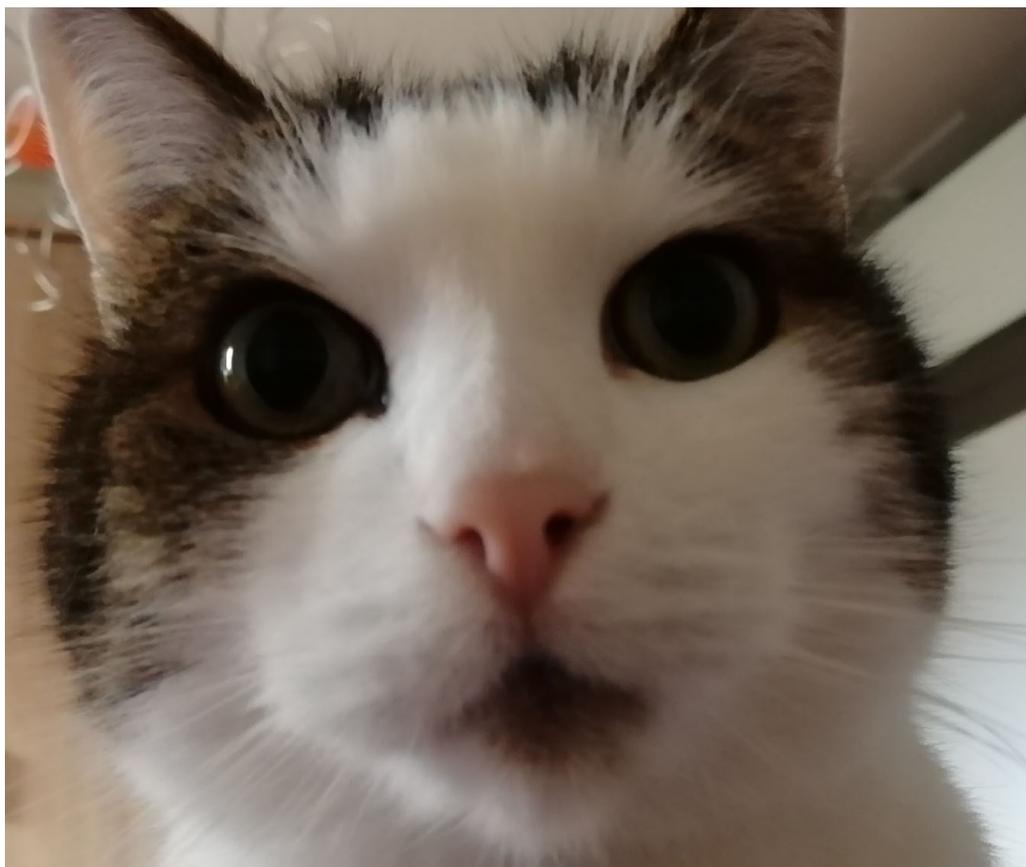


"Es ist viel schwerer, über sich selbst zu richten, als über andere zu urteilen. Wenn du es schaffst, selbst über dich gerecht zu werden, dann bist du ein wahrer Weiser."

— Antoine de Saint-Exupéry,
Der kleine Prinz

Quelle: <https://beruhmte-zitate.de/sammlungen/1343/beliebte-zitate-aus-der-kleine-prinz-von-antoine-de-saint-exupery/> letzter Zugriff:

Freitag, 22.04.2022, 16.45 Uhr



Für Fragen gerne an:

Sabine Finster
Aktion Jugendschutz
finster@aj-bayern.de

0176 81 69 42 63

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Bleiben Sie wachsam und offen!
Und Tiere sind z. B. auch eine
wunderbare Förderung der
Grundbedürfnisse, der
Entwicklungsaufgaben und der
Ressourcen und des Selbstwerts 😊!

