

DER UMGANG MIT SUIZIDALEN KINDERN UND JUGENDLICHEN

ANDREAS WARNKE, UWE HEMMINGER

Zusammenfassung

Der Suizid ist bei Kindern sehr selten, bei Jugendlichen zwischen 15 bis 19 Jahren jedoch eine relativ häufige Todesursache, in der Bundesrepublik sterben jährlich über 200 Jugendliche durch Suizid: Parasuizide sind um ein Vielfaches häufiger, und sie werden in über 25 Prozent der Fälle wiederholt. Ätiologisch spielen biologische Dispositionen, psychosoziale Einflüsse und psychische Störungen eine Rolle. Das präsuizidale Bedingungsgefüge unterscheidet sich von dem der Erwachsenen. Der Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen beinhaltet an erster Stelle die Herstellung einer Vertrauensbeziehung, Einschätzung der Suizidalität, die Sicherung vor einem weiteren Suizidversuch und die Entlastung von Kind und Familie. In die multiaxiale Diagnostik und ambulante sowie stationäre Behandlung sind das Kind und seine wichtigsten Bezugspersonen einzubeziehen. Das Behandlungsprogramm enthält psychotherapeutische Verfahren (in der Regel kognitiv-behavioral), familiäre Beratung und Unterstützung, psychopharmakologische Behandlung - wenn indiziert - und eine Unterstützung zur sozialen Wiedereingliederung.

Stichworte Suizid und Parasuizid bei Kindern und Jugendlichen - Häufigkeit - Methoden - Ätiologie - multiaxiale Diagnostik - Therapie

Summary

Suicide in childhood is rare but it is one of the main causes of death in adolescence between 15-19 years of age. Every year more than 200 adolescents commit suicide in Germany. Attempts of suicide are much more often and they are repeated in 25 % of the cases. The etiology of suicidal behavior is influenced by biological, psychosocial factors and psychological disorders. Risk factors for suicidal behavior in children and adolescents are somewhat different from those of adults. Intervention includes at first the establishment of a confident relation to the child, the assessment of suicidality, the prevention of a repetition of suicidal behavior, the support of the child and its family. Multiaxial diagnostics, outpatient and inpatient treatment involve the child and the most important persons the child can relate too. The intervention program includes psychotherapy (mostly cognitive-behavioral), family support and counseling, psychopharmacological treatment - if indicated -, and support for social integration.

Keywords Suicide and parasuicide in children and adolescents, frequency - methods - etiology - multiaxial diagnostics - therapy

Epidemiologische Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter - die Bedeutung der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Zu den 9378 Personen, die 1996 im Gebiet der "alten Bundesländer" **Suizid** begingen, gehörten 3 Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren, 37 Kinder im Alter zwischen 10 und 14 Jahren und 222 Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren. Eine Dunkelziffer ist sehr wahrscheinlich. In der Altersgruppe der 15- bis 19jährigen ist der Suizid in der Bundesrepublik die zweithäufigste Todesursache; an erster Stelle stehen Verkehrsunfälle (Schmidtke, Weinacker, Pototzky 1993, Schmidtke, Bille-Brake et al. 1993).

In einem Zeitraum von 40 Jahren (1951 bis 1991) wurden in der Bundesrepublik (alte Bundesländer) zwei Todesfälle im Vorschulalter als "Suizide" gewertet. Von den Kindern unter 10 Jahren begingen pro Jahr durchschnittlich ein bis zwei Suizid. Bei der Gruppe der 10- bis 14jährigen lag die Suizidrate bei den Mädchen durchschnittlich zwischen 0,13 und 1,19 und bei den Jungen zwischen 0,81 und 3,02. Die Suizidraten in der Gruppe der 15- bis 19jährigen waren in den letzten 40

Jahren deutlich höher. Sie schwankten zwischen 2,48 und 7,43 bei weiblichen Jugendlichen und zwischen 9,03 und 16,16 Suiziden auf 100.000 Einwohner der Altersgruppe bei männlichen Jugendlichen. In den alten Bundesländern nahmen sich in der Gruppe der zwischen 15- und 19jährigen im Jahr 1996 178 männliche und 44 weibliche Jugendliche das Leben (Schmidtke 1996). Diese Entwicklung ist für den Zeitraum von 1982 bis 1996 in Abbildung 1 veranschaulicht.

Die Suizidraten erscheinen über die Jahrzehnte innerhalb einer gewissen Schwankungsbreite stabil. Immer wieder wird berichtet, daß die Suizidhäufigkeit wie auch die Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen zunehmen. Tatsächlich trifft das auf die Suizidraten in der Bundesrepublik seit 1950 nicht zu. In den alten Bundesländern wurden im Jahr 1982 525 Suizide, 1996 nur noch 222 Suizide registriert. In Bayern errechnen sich stabile Quoten über das 20. Jahrhundert hinweg. Für die Altersgruppe der 10- bis 14jährigen la-

Abbildung 1

gen die Suizidraten zwischen 1,5 (1900-1913) und 1,6 (1980-1990) und die der 15- bis 19jährigen zwischen 10,3 und 10,1, rückreichend bis zum Jahr 1900 (Nissen 1989). Die Suizidquoten der letzten Jahre könnten unterschätzt werden, weil nicht auszuschließen ist, daß sich hinter den Ziffern der Drogentoten und der Verkehrstoten sog. "versteckte Suizide" verbergen (Schmidtke, Weinacker, Pototzky 1993).

Suizidversuche (=Parasuizide) sind im Jugendalter um ein Vielfaches häufiger als Suizide. Mädchen unternehmen häufiger als Jungen Suizidversuche. Bis zu 30 % der Jugendlichen haben Selbstmordgedanken. Ein Suizidversuch, der zur klinischen Behandlung führt, wird in über 25 % der Fälle wiederholt, am häufigsten innerhalb der ersten sechs Monate nach dem ersten Suizidversuch, 15 % wiederholen diesen innerhalb einer Jahresfrist. Von den Jugendlichen, die einen Parasuizid begangen haben, nehmen sich im weiteren Lebenslauf 4 % das Leben. Ihr Risiko, Suizid zu begehen, ist somit mehr als hundertfach höher als in der Normalbevölkerung.

Aus diesen epidemiologischen Voraussetzungen wird ersichtlich, daß Suizidversuch und Suizidalität eine ganz wichtige diagnostische, therapeutische und präventive kinder- und jugendpsychiatrische Aufgabenstellung sind.

Methoden des Suizids und des Parasuizids bei Kindern und Jugendlichen

Der **Suizid** geschieht bei Kindern und Jugendlichen absolut am häufigsten durch Erhängen und durch Sturz aus der Höhe (Abb. 2), bei Jungen auch durch Feuerwaffen. Wahrscheinlich ist die gute medizinische Versorgungsstruktur verantwortlich dafür, daß Vergiftungen relativ selten zum Suizid führen, in medizinisch unterversorgten Regionen scheint die Vergiftungsrate höher zu liegen (Shaffer und Piacentini 1995). Die Vergiftung mit Haushaltsgas, früher eine der häufigsten Methoden, spielt keine Rolle mehr. Der Suizid durch Vergiftung hat von den 60er zu den 90er Jahren abgenommen.

Bei **Suizidversuchsmethoden** überwiegen Vergiftungen, Schneiden und Stechen. Die Alkoholintoxikation spielt ebenfalls eine wichtige Rolle (Schmidtke 1996).

Abbildung 2

Ätiologie: Ursachen, Bedingungen, Auslöser

Der Umgang mit suizidalen Patienten im Kindes- und Jugendalter ist bestimmt durch die Besonderheiten der Begründung und Bedingungsfaktoren für die suizidale Handlung.

Biologische Einflüsse

Die Annahme eines Zusammenhangs zwischen suizidalem Verhalten und einer reduzierten Aktivität zentraler 5-HT-Neuronen-Systeme ist auch für das Kindes- und Jugendalter forschungsrelevant (Serotonin-Hypothese der Suizidalität). Die Korrelation von impulsivem, aggressivem und emotional labilem Verhalten mit einem niedrigen Serotoninspiegel im Liquor kann die Annahme eines Zusammenhangs mit suizidalem Verhalten rechtfertigen - der Nachweis für den Einzelfall ist praktisch nicht möglich. Ein klinisch praktikabler biologischer Marker ist bislang nicht zu erkennen (Bronisch 1995; Wolfersdorf und Kaschka 1996; Demling 1992, 1996). Eine genetische Einwirkung auf suizidales Verhalten ist im Einzelfall möglich. Es werden kumulative Konkordanzraten berichtet von 11,8 % für eineiige Zwillinge und 1,8 % für zweieiige Zwillinge (Maier 1996). Die genetische Komponente kann offenbar nicht alleine auf primär genetisch disponierte psychiatrische Erkrankungen zurückgeführt werden. Dennoch sind die Zusammenhänge mit genetischer Disposition wahrscheinlich häufiger indirekt durch genetisch veranlagte Erkrankungen gegeben. So ist etwa das Hyperkinetische Syndrom eine genetisch mitbestimmte Störung, die durch die chronischen Konflikterfahrungen der betroffenen Menschen - also sekundär - schließlich zu erhöhten Suizidraten beiträgt. Auch bei Personen mit Legasthenie findet sich im Alter von 18 Jahren eine erhöhte Suizidalität, die sehr wahrscheinlich mit den chronischen Mißerfolgserebnissen aufgrund des Lese- und Rechtschreibversagens zusammenhängt. Nichtgenetische Ursachenfaktoren sind aufgrund der niedrigen Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen als vorrangig anzunehmen.

Psychosoziale Einflüsse

Chronische und akute Lebensbelastungen sind ätiologisch wichtig und bei allen diagnostischen, therapeutischen und sozial-integrativen Maßnahmen besonders zu beachten. Psychosoziale, insbesondere familiäre Belastungen finden sich bei Kindern und Jugendlichen mit suizidalem Verhalten häufiger als in der Allgemeinbevölkerung, sie sind jedoch nicht spezifisch (Schaller und Schmidtke 1991; Sudak und Rushforth 1993; Reinherz et al. 1995). Bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten mit suizidalem Verhalten werden die psychosozialen Belastungen besonders deutlich. Mindestens ein "abnormer psychosozialer Umstand" war bei 87 % der suizidalen stationären Patienten festzustellen (78% sind es beim Gesamt der stationären Inanspruchnahmepopulation; Warnke et al. 1996). Häufigere psychosoziale Belastungen sind:

- Abwesenheit eines oder beider Elternteile durch Trennung, Scheidung oder Tod (20 %)
- psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern (z.B. Depressionen, Suizidversuche, Suchterkrankungen; 19 %)
- Disharmonien in der Familie (z.B. chronische elterliche Ehekonflikte; 20 %)
- unzureichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (9 %)
- Mangel an emotionaler Wärme in intrafamiliären Beziehungen (8 %)
- unzureichende und/oder inkonsistente elterliche Kontrolle ("Verwahrlosung"; 6 %)

Auswanderungen und soziale Verpflanzung sind relativ spezifisch - wenn auch nicht häufig - mit suizidalem Verhalten bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten verknüpft.

Gestörte soziale Beziehungen zu Eltern, Geschwistern und zu Gleichaltrigen bestimmen häufig das Leben suizidaler Kinder. Ein Mangel an liebevoller und verlässlicher emotionaler Zuwendung und erzieherischer Führung, Isolierung und Zurückweisung machen, wenn das Kind dadurch in Hoffnungslosigkeit verfällt, Suizidalität wahrscheinlich. Hoffnungslosigkeit gilt als stärkster Indikator für suizidales Verhalten (Levy et al. 1995).

Psychische Störungen

Jugendliche, die **Suizid** begangen haben, waren bis zu 24 % der Fälle psychisch krank. Vorausgehende Suizidversuche, eine depressive Erkrankung und Drogenmißbrauch korrelieren bei Jugendlichen am höchsten mit Suizid (Shaffer et al. 1988; Marttunen 1994).

Suizidale Handlungen und Suizidalität sind sehr häufig Ausdruck akuten Konflikterlebens und psychischer Störungen (Fergusson und Lynskey 1995; Beautrais et al. 1996; Reinherz et al. 1995). Suizidale Patienten in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung waren insbesondere belastet mit (Warnke et al. 1996):

- Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen (25 %)
- emotionalen Störungen (ängstlich, depressiv; 16 %)
- „Neurosen“ (Angst, Depression, Zwang; 15 %)
- Störungen des Sozialverhaltens (14 %)
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere histrionen; 8 %)
- schizophrenen Psychosen (7 %)
- affektiven Psychosen (5 %)
- anderen psychischen Störungen (6 %)

Die Rangfolge macht deutlich, daß bei Kindern und Jugendlichen die für Suizidalität bei Erwachsenen sehr wichtigen psychiatrischen Krankheitsbilder (Schizophrenie, Depression, Sucht) nicht dominieren.

Relativ spezifisch und häufig mit suizidalem Verhalten verknüpft erschienen bei den stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten Anpassungsstörungen und akute Belastungsreaktionen, akute Konflikte und Überforderungserleben (Marttunen 1993; Friese und Schleider 1993).

Die **Suizidalität während stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung** ist relativ häufiger bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ausgeprägter depressiver Entwicklung, die bereits vor stationärer Aufnahme autoaggressive Handlungen durchführten sowie einen Alkohol- und Drogenmißbrauch betrieben haben (Braun-Scharm 1996).

Jede Depression des Kindes- und Jugendlichen, die mit suizidalem Verhalten einhergeht und durch negative Selbstwert einschätzung, Konzentrationsstörungen, hohem Grad an Freudlosigkeit und insbesondere dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist, ist Hinweis auf ein hohes Suizidrisiko (Friese und Trott 1988).

Präsuizidale Bedingungen, Auslöser und Risikofaktoren

Für den Umgang mit dem kindlichen und jugendlichen Patienten mit Suizidalität sind die akuten Bedingungsfaktoren und chronischen Risikofaktoren ausschlaggebend. Das Erkennen der Suizidgefährdung ist die wichtigste diagnostische Zielsetzung und zugleich wirksamste Prävention.

Regelhaft finden sich chronische und zugleich aktualisierte Konflikte im Elternhaus oder Freundeskreis. Versagenserlebnisse in der Schule und am Arbeitsplatz sowie Enttäuschungen in den Beziehungen zu subjektiv wichtigen Bezugspersonen sind oft auslösend. Das Zerbrechen einer Liebesbeziehung oder engen Freundschaft bewirkt Suizidalität, wenn außerhalb dieser einen Bindung kein alternativer tragfähiger mitmenschlicher und vor allen Dingen kein familiärer Halt besteht. Die Information darüber, daß Suizid möglich ist (nachgewiesenermaßen heute z.B. durch Fernsehfilme induziert), kann ein bereits disponiertes Kind zur Selbsttötung verleiten (Werther-Effekt).

Kinder, die sich suizidierten, waren oft disziplinschwierig, schwänzten wiederholt die Schule, und relativ häufig kündigten sie ihren Suizid an (Marttunen 1994). Ein Teil der Kinder war durchschnittlich oder überdurchschnittlich intelligent und hatte durchaus gute Schulerfolge, lebte aber sozial isoliert und fiel durch depressive und dissoziale Handlungen wie Stehlen und Schuleschwänzen auf. Ein anderer Teil war impulsiv, im Sozialverhalten gestört, aggressiv, mißtrauisch und kritikempfindlich. Die Begriffe "präsuizidales Syndrom", "suizidale Entwicklungskette" und "Risikofaktoren für suizidales Verhalten" dienen der Systematisierung suizidrelevanter kindlicher Merkmale und situativer Einflüsse und sind hilfreich für die Feststellung der Indikation präventiver und therapeutischer Maßnahmen. Das sog. **präsuizidale Syndrom** (Löchel 1983; Ringel 1985) ist durch folgende Kriterien gekennzeichnet:

- ein Gefühl von Ohnmacht, des Unverstandenseins und des mangelnden Selbstwertes
- Initiativlosigkeit und soziale Isolierung
- eine gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- konkrete Vorstellungen zur Durchführung des Suizids
- dysphorische Verstimmungen und - insbesondere bei Kindern - "psychosomatische" Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Müdigkeit.

Bei Kindern und Jugendlichen kann das "präsuizidale Syndrom" durchaus fehlen, da die suizidale Handlung nicht selten im akuten Konflikt als "Impulshandlung" und "Belastungsreaktion" erfolgt. Eine **suizidale Entwicklungskette** hat Poustka (1986) mit folgenden Merkmalen beschrieben: Lang andauernde Traumatisierung → neurotische Lebensgestaltung (z.B. Kontaktstörung; soziale Isolierung) → Krise (z.B. durch Erkrankung, Verlust wichtiger Bezugsperson) → Einengung (z.B. Grübeln, Selbstmitleid) → Aggressionsumkehr (z.B. Selbstvorwürfe, Ritzen) → Selbstmordphantasien (z.B. konkrete Planung) → Selbstmordhandlungen.

Als **Risikofaktoren für suizidales Verhalten** im Kindes- und Jugendalter lassen sich nach Muus (1992) zusammenfassend nennen:

- vorzeitiger Verlust einer bedeutungsvollen Bezugsperson - meist eines Elternteils - durch Suizid, Tod, Trennung, Scheidung oder langfristige Abwesenheit
- Verlust einer gleichaltrigen wichtigen Bezugsperson, so daß Liebeskummer aufbricht, eine tragende Freundschaft scheitert
- primäres Fehlen oder Verlust von mitmenschlichen Kontakten, so daß der Anschluß an eine Bezugsgruppe fehlt und sich das Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit und des Ausgestoßenseins ausbildet, dies insbesondere nach Auswanderung und sozialer Verpflanzung
- ausweglos erscheinende Konflikte durch unerwünschte Schwangerschaft
- psychiatrische Erkrankungen
- aggressives und delinquentes Verhalten
- Drogen- und Alkoholmißbrauch
- hohe Grade von Depression, wobei die Merkmale der Hoffnungslosigkeit und der Suizidideation wichtige Elemente sind

Therapeutisch ist insbesondere zu beachten: Wenn die Belastung in den Bereichen Sexualität, Leistungsdruck, Suizid in der Familie und persönlicher Beziehungsverlust jeweils hoch ist, kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Suizidalität rechnen.

Diagnostisches Vorgehen

Diagnostische Erkenntnisse im Rahmen der Suizidalität haben unmittelbar therapeutische Konsequenzen, so daß diagnostische Maßnahmen zugleich schon Teil der Behandlung sind.

Die **Akutphase** nach einem Suizidversuch macht in der Regel den Patienten empfänglich für die Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Das Erstgespräch (Eigenanamnese, Exploration, Erhebung des psychopathologischen Befundes) sollte in einem störungsfreien Raum stattfinden. Unverzüglich sind Informationen der Eltern und wichtigsten Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen einzuholen (Fremdanamnese und Exploration).

Die rasche Befunderhebung ist wichtig, weil für die weiteren Interventionsentscheidungen geklärt sein muß, inwieweit weiterhin akute Suizidalität besteht. Diese diagnostische Klärung ist auch deshalb eilig, weil der Patient unmittelbar nach dem Parasuizid meist noch nicht einer vollständigen multi-axialen Diagnostik zugeführt werden kann und Gefahr besteht, daß die sorgeberechtigten Angehörigen oder der Patient selbst eine weitergehende Kooperation, die eine vollständige diagnostische Klärung zuläßt, ablehnen und sich jedweder Maßnahme entziehen, bevor Klarheit über die Suizidmotive, das Ausmaß der Suizidalität, die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen, Ressourcen der Selbsthilfe und zur weiteren Betreuung des Patienten gewonnen werden konnte.

Das Vertrauen zu gewinnen und eine Arbeitsbeziehung aufzubauen sind vorrangige Ziele. Die Bedingungsanalyse zielt auf Einsichten in:

- die akute Ursache des Suizidversuches (Konfliktanalyse)

- Probleme und Wünsche des Suizidenten (Zielanalyse)
- den psychopathologischen Befund (Diagnose)
- die familiären und sozialen Verhältnisse, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten (Situationsanalyse)
- das Ausmaß der erforderlichen Hilfen (Hilfebedarf).

Die Kriterien für die **Einschätzung der Suizidalität** (Remschmidt 1992, Steinhausen 1996) sind umgehend zu überprüfen:

- der Suizidversuch wurde in Isolation ausgeführt
- der Zeitpunkt machte eine Entdeckung und Intervention unwahrscheinlich
- es wurden Vorsorgemaßnahmen gegenüber einer Entdeckung ergriffen
- es wurden Vorbereitungen in Vorausschau auf den Tod getroffen
- es wurden Dritte vorher über die Absicht informiert
- Vorsätzlichkeit bestand, und ein genauer Suizidplan lag vor
- eine Nachricht war hinterlegt
- eine Alarmierung Dritter nach dem Suizidversuch blieb aus

Das **Wiederholungsrisiko** ist nach Hawton (1986) wie folgt abschätzbar:

- anhaltende Suizidgedanken und Suizidplanung
- frühere Suizidversuche
- psychiatrische Störungen (insbesondere Depression, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Wahn)
- Alkoholismus in der Familie
- gestörte Beziehung zu Familienmitgliedern und engsten Bezugspersonen
- Trennung von den Eltern
- chronische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten
- Alkohol- und Drogenmißbrauch
- soziale Isolation
- schlechte Schulleistungen
- Wunsch des Patienten nach stationärer Aufnahme

Die Diagnostik zur Suizidalität entscheidet über die Wahl des Settings, denn die Diagnose akuter Suizidalität erzwingt die stationäre intensivpsychiatrische Behandlung in geschlossener Station! Eine umfassende **multiaxiale Diagnostik** ist anzustreben. Sie läßt sich in der Regel erst **nach der Akutphase** vollständig durchführen. Diese beinhaltet nach Remschmidt und Schmidt (1994):

- eine Diagnostik des psychischen Befindens (Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom?)
- Untersuchungen hinsichtlich spezifischer Entwicklungsstörungen im Bereich der Sprache, der Motorik, des Lesens, Schreibens und Rechnens (Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen?)
- psychometrische Bestimmung der Intelligenzentwicklung (Achse III: Intelligenz). Die Leistungsdiagnostik ist unerläßlich, da schulische und berufliche Überforderung aufgrund intellektueller Beeinträchtigungen eine wichtige Rolle in der Problemgenese spielen können und die persönlichen Begabungen des Kindes und Jugendlichen mit ausschlaggebend sind für präventive und therapeutische Entscheidungen
- internistische und neurologische Untersuchung einschließlich EEG (Achse IV: Körperliche Entwicklung)
- Feststellung der assoziierten abnormen psychosozialen Lebensumstände (Achse V)
- Einschätzung der psychosozialen Adaptation, d.h. des Ausmaßes der sozialen, psychischen und leistungsmäßigen Beeinträchtigung (Achse VI)

Die diagnostischen Befunde sind nicht nur dem Patienten, sondern auch seinen Eltern bzw. den verantwortlichen Bezugspersonen (z.B. dem verantwortlichen Betreuer in der Heimeinrichtung) mitzuteilen.

Therapie

Die Behandlungsmaßnahmen gliedern sich nach Art, Schweregrad und "Entwicklungsphase" der Suizidalität, und sie sind dem Behandlungsverlauf anzupassen (Tabelle 1). Der zunächst wichtigste **Merksatz** lautet:

- Die Diagnose "akute Suizidalität" ist schriftlich zu dokumentieren, und sie hat immer eine intensivmedizinische Behandlung notwendig und rechtlich zur Folge. Wird die geschlossene Unterbringung beendet, so ist schriftlich zu dokumentieren, daß gemäß klinischem Befund keine akute Suizidalität mehr besteht.

Die **Akutbehandlung** nach einem Suizidversuch oder bei drohendem Suizidversuch ist meist zunächst unter stationären Bedingungen durchzuführen. Bei Aufnahme ist sicherzustellen, daß der akut suizidale Patient keine gefährlichen Gegenstände oder toxische Substanzen in seinem Gepäck oder in Kleidungsstücken verborgen bei sich behält und mitgebrachte Medikamente abgegeben werden. Die diagnostische Entscheidung, daß keine akute Suizidalität mehr besteht, muß schriftlich dokumentiert werden, bevor eine Intensivbehandlung in eine offene Behandlung übergeht. **Kriterien für eine stationäre Behandlung** nach Parasuizid sind:

- fortbestehende akute Suizidalität
- therapiebedürftige Grunderkrankung
- fortbestehender psychosozialer, die Suizidalität begründender Konflikt
- wiederholter Parasuizid
- Parasuizid mit "harter" Methode (Sprung von der Höhe, Schußwaffengebrauch, Strangulationsversuch)
- unzureichende ambulante Kooperationsmöglichkeit bei Patient und Familie.

Eine grundsätzliche Besonderheit bei Kindern und Jugendlichen ist es, daß die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen immer mit den jeweils sorgeberechtigten Bezugspersonen möglichst einvernehmlich zu bestimmen sind, so daß die Zusammenarbeit in der Regel mit den Eltern von Anfang an Bestandteil der Überlegungen und Interventionen ist. Für jegliches therapeutisches Vorgehen ist nicht nur die Kooperation des Kindes und Jugendlichen, sondern immer auch die der oft im Konflikt mit dem Suizidenten stehenden Eltern erforderlich. Die Kooperationsbemühungen müssen daher von Anfang an sowohl auf den suizidalen Patienten wie auch auf die sorgeberechtigten Bezugspersonen ausgerichtet sein.

Das therapeutische Vorgehen ist im allgemeinen durch folgende Maßnahmen gekennzeichnet (siehe auch Tabelle 1):

- Parasuizidale Handlungen sind niemals als "harmlos" einzustufen, sondern immer Indikation für eine zumindest diagnostische Intervention und Beratung.
- Die Intervention hat immer das Kind bzw. den Jugendlichen und seine sorgeberechtigten Bezugspersonen gleichzeitig und gleichrangig einzubeziehen.

Tabelle 1: Schrittweises therapeutisches Vorgehen nach oder bei drohendem Suizidversuch (ergänzt nach Herpertz-Dahlmann 1997)

- Aus Gründen der Suizidprävention (Gefahr der Nachahmung) kann auch die Betreuung des Freundeskreises, der Schulklasse oder der Mitpatienten notwendig sein - insbesondere bei vollzogenem Suizid.
- Die Kontaktaufnahme sollte möglichst früh erfolgen. Bei Konflikteskalation zwischen suizidalem Kind oder Jugendlichen und seiner Familie liegen meist unklare Entscheidungsverhältnisse vor, so daß der Kontakt und auch der Maßnahmenkatalog von seiten des Therapeuten aktiv zu initiieren und sicherzustellen ist.
- Eine Vertrauensbeziehung ist zu dem Patienten wie aber auch zu den entscheidungsrelevanten Bezugspersonen anzustreben - daher keine Moralisierung, keine schuldinduzierenden Erklärungsansätze!
- Kinder insbesondere, aber auch Jugendliche bedürfen einer direkten aktiven Führung, wobei Jugendliche auch in ihrer Eigenverantwortlichkeit und ihrer Verselbständigungsentwicklung zu unterstützen sind.
- Bei ambulanter Behandlung - akute Suizidalität besteht also nicht - sind die nächstnotwendigen Kontakte und Betreuungsmaßnahmen abzusprechen und Regelungen für den Notfall (erneute Suizidalität) zu treffen.
- Ein "Antisuizidvertrag", in dem Absprachen mit dem Patienten über Hilfsmöglichkeiten bei erneut aufkommender akuter Suizidalität schriftlich in Vertragsform festgehalten werden, wird in seiner Bedeutung kontrovers diskutiert (Schmidtke und Schaller 1996); im Einzelfall erfüllt er jedoch über eine kurze Zeitspanne (wenige Tage) seinen guten Zweck, nicht zuletzt deshalb, weil der Vertrag auch den Therapeuten zu einer Verbindlichkeit verpflichtet, die bei der Führung des suizidalen Patienten unerlässlich ist.
- Bei medikamentöser Behandlung sind Patient und Eltern über Wirkung, Dosierung, unerwünschte Wirkungen, Verlaufs- und Laborkontrollen sowie Aspekte der Lebensführung (Abstinenz von Alkoholkonsum usw.) aufzuklären. Aspekte der Gefahr der Tablettenintoxikation in parasuizidaler Absicht sind besonders zu beachten.
- Die Psychotherapie beinhaltet sowohl einzeltherapeutische als auch gruppentherapeutische Methoden. Dabei gelten die allgemeinen Prinzipien der Psychotherapie (Remschmidt 1997; Steinhilber und von Aster 1999). Das Augenmerk gilt zunächst den Erfordernissen einer Konfliktentlastung, der Behandlung einer ggf. vorliegenden primären psychiatrischen Erkrankung, einer medikamentösen Sedierung, der Klärung der nächsten antisuizidal gerichteten Lebensziele und der Einleitung erster, den Patienten entlastender und ermutigender Maßnahmen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Klärung und Entschärfung des Konfliktgefüges zu, in dem das Kind oder der Jugendliche in der Regel im Rahmen seiner Familie und seines alltäglichen Lebensumfeldes (z.B. Schule, Arbeitsplatz, Gleichaltrigengruppe) steht.
- Bei einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz wird die Veränderung inadäquater Denkstile, das Training adäquater kognitiver Verarbeitung und emotionaler Regulation vorrangig sein. Präventive Verhaltensmöglichkeiten und alternative Handlungsspielräume zu suizidalem Verhalten sind zu erarbeiten (Schmidtke und Schaller 1988).
- Im gruppentherapeutischen Setting werden soziale Fertigkeiten trainiert, Kommunikationstechniken eingeübt und positive Gruppenmodelle angestrebt. Techniken zur Spannungsreduktion können - wenn indiziert - sowohl im Einzelverfahren als auch in der Gruppe eingeübt werden.
- Das Arbeitsbündnis mit der Familie ist kontinuierlich zu fördern. Rasch muß eine Entscheidung über Art und Intensität der Familienarbeit getroffen werden, um aktuelle Konflikte zu entschärfen, Entlastungen sind möglichst bald einzuleiten, und die weiterführende Kooperation während der ambulanten Nachbetreuung ist zu planen.
- Die nachstationäre Behandlung ist mit Patient und Familie rechtzeitig zu planen, da eine Rezidivquote von 20-25 % nach Parasuizid

- vor allen Dingen im ersten Jahr nach dem Suizidversuch - zu erwarten ist.

- Wenn außerfamiliäre Institutionen zur Prävention, Behandlung und Wiedereingliederung mitverantwortlich sind (z.B. Heimeinrichtungen, Tagesstätten, Internate), so sind mit diesen Einrichtungen eindeutige Regelungen möglichst schriftlich zu vereinbaren und mit diesen Einrichtungen die ambulante Nachbetreuung zu regeln. Bei Jugendhilfemaßnahmen, die eine Entscheidung des zuständigen Jugendamtes zur finanziellen Trägerschaft voraussetzen (z.B. Übergang in therapeutische Wohngruppe), sind frühzeitig die Sorgeberechtigten für die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt zu gewinnen und anzuleiten.

Literatur

- Beautrais, A.L., P.R. Joyce, R.T. Mulder: Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35: 9, 1996
- Braun-Scharm, H.: Koinzidenz von zunehmender Suizidalität und beginnender Persönlichkeitsstörung im Jugendalter? In: Th. Bronisch, M. Wolfersdorf (Hrsg.): *Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten*. Roderer, Regensburg 1996
- Bronisch, T.: *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*. Beck, München 1995
- Demling, J.: Suizid und Serotonin. *Fundamenta psychiatrica*, 6, 95-99, 1992
- Demling, J.: Neurobiochemie suizidalen Verhaltens. In: M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (Hrsg.): *Suizidalität - Die biologischen Dimensionen*. Springer, Heidelberg, 1996
- Fergusson, D.M., M.T. Lynskey: Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempt in a New Zealand birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34, 5, 612-622, 1995
- Friese, H.J., Trott, G.-E. (Hrsg.): *Depression in Kindheit und Jugend*. Huber, Bern 1988
- Friese, H.-J., K. Schleider: Suizidvorstellungen bei kognitiv überforderten Kindern: Darstellung einer Therapiehilfe zur Belebung von Leistungskompetenz und Selbstkontrolle. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3, 297-306, 1993
- Hawton, K.: *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. Sage Publications, Beverly Hills 1986
- Herpertz-Dahlmann, B.: Depressive Syndrome und Suizidhandlungen. In: H. Remschmidt (Hrsg.): *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Thieme, Stuttgart 1997
- Levy, S.R., G.L. Jurkovic, A. Spirito: A multisystems analysis of adolescent suicide attempters. *J. of Abnormal Child Psychology*, 23, 2, 221-234, 1995
- Löchel, M.: Die präsuizidale Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen - ein Beitrag zur Früherkennung der Selbstmordgefährdung. In: I. Jochmus, E. Förster (Hrsg.): *Suizid bei Kindern und Jugendlichen*. Enke, Stuttgart 1983
- Maier, W.: Genetik suizidalen Verhaltens. In: M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (Hrsg.): *Suizidalität - Die biologischen Dimensionen*. Springer, Heidelberg 1996
- Marttunen, M.J., H.M. Aro, J.K. Lönnqvist: Precipitant stressors in adolescent suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32, 6, 1178-1182, 1993
- Marttunen, M.J., H.M. Aro, M.H. Henriksson, J.K. Lönnqvist: Adolescent suicides with adjustment disorders or no psychiatric diagnosis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 2, 101-110, 1994
- Muus, R.E.: Prävention des Suizides Jugendlicher. *Der Kinderarzt*, 23, 1177-1184, 1992
- Nissen, G., G.-E. Trott: Suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt* 86, 3787-3793, 1989

- Poustka, F.: Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In: H. Remschmidt, M.H. Schmidt (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. III. Thieme, Stuttgart, 1986
- Reinherz, H.Z., R.M. Giaconia, A.B. Silverman, A. Friedman, B. Pakiz, A.K. Frost, E. Cohen: Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34, 5, 599-611, 1995
- Remschmidt, H., Schmidt, M.: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Huber, Bern 1994
- Remschmidt, H.: Suizidales Verhalten. In: H. Remschmidt: Psychiatrie der Adoleszenz. Thieme, Stuttgart, 1992
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Thieme, Stuttgart 1997
- Ringel, E.: Der Selbstmord. 4. Aufl. Fachbuchhandlung f. Psychologie, Frankfurt 1985
- Schaller, S., A. Schmidtke: Strukturell und funktional abweichende Familienverhältnisse und suizidales Verhalten. In: W. Felber, C. Reimer (Hrsg.): Klinische Suizidologie. Springer, Heidelberg 1991
- Schmidtke, A., S. Schaller: Kognitive Therapie bei suizidalem und selbstschädigendem Verhalten. *Psychobiologie*, 36, 51-59, 1988
- Schmidtke, A., B. Weinacker, W. Pototzky: Suizid- und Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen in den alten Ländern der Bundesrepublik und in der ehemaligen DDR. *Der Kinderarzt*, 24, 1-8, 1993
- Schmidtke, A., U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, D. Deleo, S. Platt, J. Sampaio-Faria, J. Henderson, W. Pototzky: The WHO/EURO-multicentre project on parasuicide-state of the art. *Italia Journal of Suicidology*, 3, 83-95, 1993
- Schmidtke, A.: Suizid- und Suizidversuchsdaten in Deutschland. In: M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (Hrsg.): Suizidalität - Die biologischen Dimensionen. Springer, Heidelberg 1996
- Schmidtke, A., Schaller, S.: Suizidalität. In: I. Markgraf: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Springer, Heidelberg 1996
- Shaffer, D., A. Garland, M. Gould, P. Fisher, P. Trautman: Preventing Teenage Suicide: A critical review. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 27, 6, 675-687, 1988
- Shaffer, D., J. Piacentini: Suicide and attempted suicide. In: M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov (eds.): *Child and Adolescent Psychiatry 3rd Ed.* Blackwell Science. Oxford, 1995
- Steinhausen, C.: Suizidversuche und Suizid. In: C. Steinhausen: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Urban & Schwarzenberg, München 1996
- Steinhausen, C., von Aster, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim 1999
- Sudak, H.S., N.B. Rushforth: Suicide. In: M.I. Singer, L.T. Singer, T.M. Anglin (eds.): *Handbook for screening adolescents at psychosocial risk.* Lexington Books, New York, 1993
- Warnke, A., H.J. Friese, G.-E. Trott, Ch. Wewetzer: Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten in stationärer Behandlung. In: T. Bronisch, M. Wolfersdorf (Hrsg.): *Persönlichkeit-Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten.* Roderer, Regensburg 1996
- Wolfersdorf, M., W.P. Kaschka: Zur Psychobiologie suizidalen Verhaltens: abschließende Bemerkungen. In: M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (Hrsg.): *Suizidalität - Die biologischen Dimensionen.* Springer, Heidelberg 1996

Prof. Dr. med. Andreas Warnke
 Direktor der Klinik und Poliklinik
 für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
 Psychotherapie der Universität
 Fuchsleinstr. 15 • D-97080 Würzburg