

pereigene Opiate und dopaminerge Mechanismen ätiologisch eine Rolle spielen.

Bei *normal intelligenten Jugendlichen* ist unter psychodynamischen Gesichtspunkten davon auszugehen, dass Autoaggressionen daraus resultieren, dass aggressive Triebimpulse vom Kind nicht zugelassen oder gewagt werden und diese dann gegen das eigene Selbst umgeleitet werden. Gelegentlich werden autoaggressive Handlungen auch demonstrativ begangen, z.B. bei jugendlichen Strafgefangenen, die Fremdkörper schlucken, sich offene Wunden beibringen, die sich dann entzünden u.a. Sie verfolgen damit meist eine erhöhte Zuwendung und Aufmerksamkeit oder erhoffen sich durch Verlegung auf die Krankenstation Vorteile, indem sie Anforderungen oder sozialen Belastungen ausweichen. Nicht zu übersehen ist, dass Automutilationen häufig vor dem Hintergrund subjektiver Angst, Verzweiflung und Auswegslosigkeit entstehen. In anderen Fällen reagieren Kinder bei Müdigkeit, Unterstimulation, Stress, Zurückweisung, Vernachlässigung oder Trennung mit Bewegungstereotypen, die dann eine lustbetonte und entspannungsfördernde Funktion haben.

■ Therapie, Verlauf, Prognose

Die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Bewegungstereotypen mit und ohne Selbstbeschädigung richtet sich nach der Ursache und dem Schweregrad. Während *passagere Phänomene* im Säuglings- bis zum Schulalter häufig ohne therapeutische Intervention wieder sistieren, werfen ausgeprägte Stereotypen und Selbstbeschädigungen bei *geistig behinderten, autistischen oder psychotischen Kindern* wegen derer Persistenzneigung erhebliche Probleme auf. Es werden teilweise gute Erfolge berichtet, wenn man diese Kinder daran hindert, ihre Stereotypen auszuüben und sie kurzfristig für einige Minuten in einen Extraraum (time-out) bringt, entsprechend einem verhaltenstherapeutischen Konzept der positiven oder negativen Verstärker. Durch vermehrte Zuwendung und äußere Stimulation können die Symptome zumindest kurzfristig günstig beeinflusst werden. Bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Selbstverletzungstendenzen müssen manchmal vorübergehend Manschetten oder gepolsterte Sturzhelme angewandt oder Verbände angelegt werden, sowie auch der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika, Carbamazepin oder Lithiumsalzen

erwogen werden. Körperliche Fixierungen und hochdosierte sedierende Medikamente sind keine Dauerlösung und sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Teilweise werden auch sogenannte aversive Methoden der Verhaltenstherapie, wie z.B. elektroaversive Stimulation oder Ammoniakinhaltungen propagiert, was wir ethisch jedoch nicht für vertretbar halten. Dennoch ist nicht zu verkennen, dass die Therapie ausgeprägter Selbstbeschädigungen bei geistig Behinderten die Familie oder die Betreuer in einer Institution und den Arzt vor erhebliche Probleme stellen, die im Einzelfall zu meistern sind.

Die Symptomatik bei *psychogen bedingten Störungen* ist durch Erziehungsberatung, psychotherapeutische und ergänzende sozialpädagogische Maßnahmen oft günstiger zu beeinflussen. Bei deprivierten Kindern und Jugendlichen sind die pathogenen sozialen Noxen nach Möglichkeit abzubauen, ggfs. unter Einschaltung jugendamtlicher oder vormundschaftsrichterlicher Maßnahmen mit dem Ziel einer Fremdplacierung. Kinder im Vorschul- und Schulalter, die exzessiv am Daumen lutschen oder Nägel kauen, sind oft mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Vertrag schließen, positive Verstärkerliste) mit gutem Erfolg zu behandeln. Früher vielfach propagierte aversive Verfahren (Bepinseln der Hände mit bitteren Substanzen, Anlegen von Manschetten oder Verbänden) sollten nur dann kurzfristig angewandt werden, wenn es zur Ausbildung von infizierten Wunden gekommen ist und das Kind von seiner Gewohnheit nicht lassen kann. Zu vermeiden ist in jedem Fall, dass die Kinder für ihr Verhalten bestraft werden.

Die Prognose von Bewegungstereotypen und Selbstverletzungen ist von der Grundkrankheit abhängig. Verlässliche Zahlen zur Prognose liegen daher nicht vor.

■ Hinweise für die Elternberatung

- Das Symptom ist als krankhafte Störung darzustellen, der nicht mit pädagogischen Maßnahmen (Strafen, Ermahnungen, Zurückweisungen) zu begegnen ist
- Die Eltern sollten – besonders bei psychoreaktiven und psychogenen Störungen – herausfinden, bei welchen situativen Konstellationen das Symptom auftritt und diese nach Möglichkeit vermeiden
- Bei schweren Selbstbeschädigungstendenzen ist eine stationäre Aufnahme erforderlich
- Bei geistig behinderten, autistischen oder psychotischen Kindern, die durch ihre Symptomatik Eltern und Geschwister chronisch schwer belasten, ist die Aufnahme in einer Institution zu erwägen

16.2. Suizidalität und Suizid

■ Definition und Klassifikation

Suizidversuche und Suizid werden im Kap. 14. der ICD-10 (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität) als vorsätzliche Selbstbeschädigung unter X60-84 klassifiziert. Es wird dort unterschieden zwischen vorsätzlicher Selbstvergiftung mit verschiedenen Noxen (X60-69), vorsätzlicher Selbstbeschädigung durch Erhängen, Erdrosseln, Erstickern, Ertrinken, durch Feuerwaffen, Explosivstoffe, Feuer- und Flammen, Wasserdampf, scharfe und dumpfe Gegenstände, Sturz aus der Höhe, Sprung, sich vor einen sich bewegenden Gegenstand legen oder durch Unfall mit einem Kraftfahrzeug oder auf sonstige Art und Weise (X70-84). Suizidalität, Suizidversuch und Suizid können des weiteren im diagnoseergänzenden Katalog aufgeführt werden. Die Kodierungen in der ICD-10 erlauben keine Differenzierung zwischen Suizidversuch und parasuizidalen Handlungen. Als Parasuizide werden alle vorsätzlichen Selbstverletzungen bzw. Intoxikationen und Ingestionen bezeichnet, bei denen in der Regel eine Selbsttötungsabsicht nicht unterstellt wird.

■ Epidemiologie

In den Medien wird in den letzten Dekaden häufig von einer drastischen Zunahme von suizidalen Handlungen und Suiziden im Kindes- und Ju-

gendalter berichtet, was jedoch in den offiziellen Bundesstatistiken (alte Bundesländer) nicht bestätigt wird. Suizide im Kindes- und Jugendalter werden jedoch nach den Unfällen als zweithäufigste Todesursache angesehen. Während Suizidhandlungen und Suizide bei Kindern unter 12 Jahren wesentlich seltener vorkommen (etwa 1,5 Suizide auf 100.000) werden für Jugendliche bis zu 20 Jahren Häufigkeiten bis zu 18 Suizide auf 100.000 angegeben. Das Verhältnis von Suizidversuchen zu vollendetem Suizid beträgt etwa 40 : 1. Suizide werden von männlichen Jugendlichen doppelt so häufig wie von weiblichen begangen, während bei Suizidversuchen ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis von etwa 1 : 3-9 besteht. Beziehungen zwischen Suizidversuch und Suizid und Sozial-schicht oder bevorzugte Jahreszeiten sind für das Kindes- und Jugendalter nicht eindeutig nachzuweisen. Grundsätzlich sind Häufigkeitsangaben zu Suizidversuchen wegen unterschiedlicher Definitionskriterien, mangelnder Differenzierung zwischen Unfällen und Selbstmordversuchen problematisch.

■ Klinisches Bild

Typische Fallbeispiele

Ein 16-jähriger Realschüler schloss sich am Mittag des Heiligabend im Bad ein und versuchte, sich mit einer um den Hals gelegten und an der Heizung festgebundenen Kordel zu erdrosseln. Die Mutter fand ihn zufällig, als sie die Toilette benutzen wollte, nachdem sie die Tür aufgebrochen hatte.

Er wurde bewusstlos in das Krankenhaus eingeliefert und konnte gerettet werden ohne bleibende Schädigungen. Für die Eltern kam diese Tat völlig unerwartet, obwohl der Junge bereits zweimal unter Alkoholeinfluss nachts schwere Autounfälle herbeigeführt hatte, die im nachhinein als parasuizidale Handlungen angesehen werden müssen. Dem jetzigen Suizidversuch ging voraus, dass die Freundin des Jungen ihm mitgeteilt hatte, dass sie am ersten Weihnachtstag lieber mit einem anderen Freund in die Disco gehen wolle, was er als Zurückweisung und Ende ihrer Beziehung gedeutet hatte. In einem später gefundenen Abschiedsbrief an seine Eltern schrieb er: "Ihr Lieben, das wird wohl so ziemlich das Letzte sein, das ihr von mir bekommt. Na, jetzt nicht traurig sein, das vergeht auch wieder. Denkt nicht mehr an mich, schmeißt meine Sachen weg, dann geht es auch wieder". Er bedankte sich bei seinen Eltern für alle Mühe, die sie aufgewandt hatten, und bedachte jeden seiner Freunde mit einem persönlichen Abschiedsgruß. In einem beigelegten Testament setzte er seine Freundin zu seiner Alleinerbin ein und bat den Vater, dafür zu sorgen, dass sie auch alles bekäme. Er verfügte auch, dass der Va-

ter an seinem Grabe ein paar freundliche Worte über ihn sagen sollte, und schloss seinen Brief mit den Worten "Na dann noch viel Spass. Euer H." Während der sofort stationär und später ambulant durchgeführten Einzelpsychotherapie und Familientherapie war zu eruieren, dass der sich bis dahin nach Ansicht der Eltern völlig unauffällig entwickelte Jugendliche durch die starke berufliche Anspannung der Eltern (sie betrieben ein Pflegeheim und hatten beide erhebliche Alkoholprobleme) sich völlig vereinsamt vorkam. Die Eltern waren zwar körperlich immer präsent, er habe jedoch nie mit Problemen zu ihnen kommen können, da sie nie Zeit hatten. So hatte er sich sehr stark an seine Freundin gebunden und deren vermeintliche Zurückweisung führte dann zu einer akuten Dekompensation.

Ein 12jähriger somatisch akzelerierter Hauptschüler, der sich bis zur Pubertät altersentsprechend entwickelt hatte und nie unter depressiven Verstimmungen litt, fiel seit einigen Monaten durch Leistungsabfall in der Schule, Stimmungsschwankungen, aggressivem und aufsässigem Verhalten im Elternhaus und in der Schule auf. Aufgrund des Leistungsabfalles drohte die Nichtversetzung. Nachdem er in der Schule eine schwere Prügelei angefangen hatte, leitete die Schule ein Disziplinarverfahren ein, und die Eltern eines verletzten Mitschülers erhoben Klage wegen Körperverletzung. Am Tag, als die Nachricht von der Anzeige kam, schluckte er zwanzig Tabletten eines Tranquilizers. Er bat in einem kurzen Abschiedsbrief die Eltern um Verzeihung, rief kurz nach der Tabletteneinnahme jedoch einen Mitschüler an und vertraute sich ihm an. Nach erfolgter Magenspülung wurde er wegen nicht auszuschließender weiterer Suizidgefahr stationär aufgenommen. Er weigerte sich zunächst, nach Hause zurückzukehren, da er den Erziehungsstil der Eltern als zu streng empfand und sich außerdem wegen seines Suizidversuches schämte. Während der anschließenden Psychotherapie konnten typische pubertäre Konflikte eruiert und aufgearbeitet werden.

Ein 14jähriges Mädchen, das im Alter von drei Wochen zu einer Pflegemutter kam, von der sie später adoptiert wurde, sei seit etwa einem Jahr zunehmend schwierig in der Erziehung geworden. Sie neigte zu verbalaggressiven Durchbrüchen, war aufsässig, litt unter erheblichen Stimmungsschwankungen, habe häufig mit Weglaufen gedroht oder sich umzubringen. Nach einem geringfügigen Streit mit ihrer älteren Stiefschwester nahm sie in demonstrativer Weise vor deren Augen wenige Tabletten vom Herzmittel der Adoptivmutter ein mit den Worten: "So, jetzt habt Ihr's". Ihrem Tagebuch hatte sie anvertraut: "Warum? Bin ich schlecht? Liegt es an mir? Ist es meine Schuld, dass alle gegen mich sind? Ich weiß nicht, wie ich mich ändern könnte, denn alles, was ich tue, ist falsch. Alles, was ich sage, wird missverstanden. Warum? Ich spreche die gleiche Sprache wie sie alle, und doch versteht mich keiner. Warum?". Die schon über 60jährige

Adoptivmutter litt unter gehäuft depressiven Verstimmungen, während der sie häufig Suizidabsichten äußerte.

Ein 17jähriger Gymnasiast litt seit seinem 15. Lebensjahr unter schweren depressiven Episoden, die mit massiven Schlafstörungen, einem Morgentief, psychosomatischen Beschwerden, Appetitverlust, Minderwertigkeitsgefühlen, Prüfungsangst und Hoffnungslosigkeit einhergingen. Während dieser Phasen wurde er von starken Suizidimpulsen gequält, und er gab an, dass er bereits vor einem Jahr dreimal versucht habe, sich mit Tabletten (Psychopharmaka der Mutter, die ebenfalls unter Depressionen litt) das Leben zu nehmen. Einmal habe er versucht, sich mit einem elektrischen Brotmesser die Pulsadern aufzuschneiden. Während der stationären Therapie kam es nach dem Einsatz von Antidepressiva zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung. Er konnte in ambulante psychiatrische Behandlung entlassen werden. Im weiteren Verlauf traten Suizidversuche nicht mehr auf.

Ein 18jähriger junger Mann nahm aufgrund seiner hervorragenden schulischen Leistungen im Gymnasium und seiner musischen und sportlichen Begabungen in seiner Familie eine Vorbild- und Starrolle ein. In allem, was er tat, war er erfolgreich, hatte einen großen Freundeskreis und war überall sehr beliebt. Eines Tages verließ er wie gewohnt sein Elternhaus, um zur Schule zu gehen, und absolvierte den Schultag, ohne dass irgendjemand etwas aufgefallen wäre. Als er mittags nicht nach Hause kam, begab man sich auf die Suche und fand ihn schließlich tot in einem Hinterhof. Er hatte sich von einem Hochhaus gestürzt. Die Eltern und alle, die ihn kannten, waren völlig fassungslos. Schließlich stellte sich heraus, dass er sich einer Sekte angeschlossen hatte, die den Weltuntergang in naher Zukunft voraussagte.

Die hier kurz skizzierten Fallbeispiele umreißen die Vielfalt der Erscheinungsformen von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Bei *Kindern* bis zum 12. Lebensjahr finden wir nicht selten unbeabsichtigte Selbstbeschädigungen, z.B. durch spielerische Strangulation, Überstülpen von Plastiktüten oder unbeabsichtigt herbeigeführte Unfälle. Kinder können häufig die Tragweite ihres Handelns nicht übersehen bzw. die Wirkung von Suizidmitteln (wie z.B. Medikamente, giftige Stoffe, Unfallgefahr u.a.) nicht realitätsgerecht einschätzen. Zudem handeln Kinder oftmals impulsiv, manchmal demonstrativ, aus einer Situation des Trotzes, der Zurückweisung, der Frustration oder einer reaktiven, subjektiv sehr stark empfundenen Not, Verzweiflung, Wut oder Hilflosigkeit heraus. Andererseits ist es nicht selten überraschend, dass bei Kindern nach erfolgter Suizidhandlung eine starke Gemütsbewegung wie bei Jugendlichen und

Erwachsenen fehlt, was wiederum mit der unzureichenden Fähigkeit, ihre Handlungen in ihrer Tragweite zu übersehen, zusammenhängen dürfte. Einige Autoren vergleichen Selbsttötungsversuche von Kindern und Jugendlichen mit einem russischen Roulette, einem Gottesurteilscharakter oder einer Selbstmordwette. Sie drücken deren Ambivalenz aus, nämlich einmal sterben, aber gleichzeitig durchaus leben zu wollen. Sie legen dann die Entscheidung gleichsam einer höheren Instanz, dem Zufall, dem lieben Gott oder dem Schicksal in die Hände.

Auch bei *Jugendlichen* beobachten wir ähnliche impulsive, scheinbar unreflektierte Suizidhandlungen, doch in der Mehrzahl der Fälle ist ihr Handeln durchaus bewusst, vorausgeplant und nach Abwägen von Alternativen rational gesteuert durchgeführt. Sie sind der Endpunkt einer Kette von versuchten Lösungsstrategien wie Aufbegehren, aktiver Auseinandersetzung, Weglaufen von Zuhause, Äußern von körperlichen Beschwerden, Suche nach Kontakt- und Gesprächsmöglichkeiten, die aus ihrer Sicht aber als gescheitert angesehen werden. So gesehen ist ihr Suizidversuch der Ausdruck einer schweren Kommunikationsstörung mit ihrer Familie und der Umwelt, aus der die Überzeugung entsteht, dass der Tod die einzige Lösung der subjektiven Probleme darstellt.

Bei der Wahl der *Methode* des Suizidversuches ergeben sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Insgesamt stehen Ingestionen von Medikamenten und giftigen Substanzen an erster Stelle, bei Mädchen häufiger als bei Jungen. Bei Jungen beobachten wir gehäuft die sogenannten harten Methoden, wie Erhängen, Sprung aus großer Höhe, Erschießen, Ertränken, sich vor Verkehrsmittel (Auto, Straßenbahn, U-Bahn) werfen oder auch Stich- und Schnittverletzungen. Bei drogengefährdeten oder -abhängigen Jugendlichen ist die Entscheidung oft schwierig, ob eine Überdosis beabsichtigt oder versehentlich gesetzt wurde. Die Suizidgefährdung drogenabhängiger Jugendlicher ist insgesamt als hoch anzusehen.

Wie in den Fallbeispielen angedeutet, reicht das Spektrum suizidaler Handlungen im Kindes- und Jugendalter von demonstrativen appellativen Trotzreaktionen, über drohenden oder subjektiv erlebten Objektverlust, Suizidimpulse und Todessehnsucht bei bestehenden depressiven Episoden

oder Dysthymien, typische Pubertätsprobleme mit unvorbereitet auftretenden Stimmungsschwankungen, Selbstwertprobleme, Identitäts- und Autoritätskonflikte bis hin zum länger geplanten Selbstmord des Adoleszenten. Die klinische Praxis zeigt auch, dass Suizidhandlungen nicht zwingend vor dem Hintergrund einer depressiven Erkrankung auftreten müssen, dennoch ist eine depressive Verstimmung zum Zeitpunkt des Suizidversuches häufig anzunehmen. Viel mehr als im Erwachsenenalter entstehen Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter im Zusammenhang mit umweltabhängigen und situativen Faktoren und sind weniger an psychopathologische Symptome gebunden. Dennoch ist der Anteil depressiver, angst- und konversionsneurotischer, aggressiver und dissozialer Kinder und Jugendlicher im Vorfeld suizidaler Handlungen nicht zu vernachlässigen.

■ Diagnose

Die Diagnose, Differentialdiagnose und die daraus resultierenden therapeutischen Strategien gehören zu den wichtigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiaters. Sofern das Kind/der Jugendliche nicht direkt in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen wird, wird der Arzt in der Regel konsiliarisch in die medizinische oder chirurgische Intensivstation eines Allgemeinkrankenhauses gerufen. Mit den Kollegen der somatischen Abteilungen sollte Konsens darüber herrschen, dass der Konsiliararzt so schnell wie möglich, am besten noch in der Aufwachphase, zum Patienten gerufen wird. Je größer der Abstand zwischen psychiatrischer Untersuchung und der Suizidhandlung wird, desto eher kommen Bagatellisierungstendenzen und Abwehrmechanismen des Patienten zum Tragen. Der Arzt findet in der Regel das Kind oder den Jugendlichen in einer hektischen, von der Apparatemedizin geprägten Atmosphäre vor, die es kaum erlaubt, eine sonst übliche Exploration in einem ruhigen Extrazimmer vorzunehmen. Dies muss aber aus den oben erwähnten Gründen in Kauf genommen werden, wenn der Patient noch bettlägerig ist. Oftmals wirkt das Ambiente der Intensivstation für den Patienten ängstigend und befremdend. Nicht selten trifft der Suizidant auch auf ablehnende bis feindselige Haltungen seitens der Intensivschwestern und -pfleger und des ärztlichen Personals, die meist Ausdruck deren eigener Abwehr

sind. Sofern die Angehörigen das Kind schon gesprochen haben, können ähnliche Haltungen auch bei diesen beobachtet werden, die dann aus Schuldgefühlen und Abwehrmechanismen resultieren. All diese Faktoren gilt es, bei der Erstexploration zu berücksichtigen. Gar nicht selten begegnen besonders Jugendliche dem Kinder- und Jugendpsychiater mit feindseliger Abwehr oder schroffer Zurückweisung. Hier ist es wichtig, dass der Arzt versucht, zu dem jungen Menschen ein Vertrauensverhältnis mit dem Ziel eines Arbeitsbündnisses aufzubauen. Er sollte sich jeglicher Vorwürfe und Vorhaltungen bezüglich des Suizidversuches völlig enthalten, statt dessen den Patienten so akzeptieren, wie er ist, und behutsam aber mit klaren Worten auf seine Situation eingehen und Verständnis signalisieren.

Folgende Fragen sollten systematisch erörtert werden:

- Wie, wo und wann wurde die Selbstmordhandlung begangen?
- Wer war zugegen oder in der Nähe?
- Was ging der Handlung voraus?
- War wirklich ein Selbstmord beabsichtigt oder sollte jemand damit betroffen werden?
- Wurden bereits früher Suizidhandlungen begangen?
- Welche Vorstellungen hat der Betroffene vom Tod?
- Wurden Vorkehrungen für eine mögliche Rettung getroffen?
- Wurde ein Abschiedsbrief oder ein Testament geschrieben?
- Wie steht der Patient jetzt zu seiner Handlung (Distanzierung oder weitere Suizidalität)?
- Wer oder was ist schuld an der Handlung?
- Wie soll es weitergehen?
- Wie ist der Patient therapiemotiviert?

Nach diesen Fragen zur aktuellen Situation sollte sich eine ausführliche Eigen- und Familienanamnese anschließen, wobei besonderes Augenmerk auf eigene und familiäre psychische Vorerkrankungen, auf Selbstmordhandlungen in der Familie, Beziehungsprobleme mit Eltern, Geschwistern und Freundinnen und Freunden, Lehrern sowie Schulschwierigkeiten gelegt werden sollte. So weit wie möglich ist natürlich die Familie mit einzube-

ziehen. Bei mutistischen, sprechunwilligen Kindern und Jugendlichen können manchmal projektive Verfahren oder Depressionsfragebögen weiterführen. Bewährt hat sich auch, wenn der Arzt den Patienten zunächst in seiner Abwehrhaltung akzeptiert und ein kurzfristig anberaumtes, zweites Gespräch vereinbart.

Zu den wichtigsten und zugleich schwierigsten Aufgaben des Arztes gehört es, eine weiterbestehende Suizidalität bzw. eine Wiederholungsgefahr abzuschätzen, zumal diese Entscheidung häufig unter Zeitdruck (z.B. wegen Bettenmangels auf der Intensivstation) erfolgen muss. Sie gehört daher in die Hand des erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaters.

Folgende Richtlinien für eine erhöhte Selbstmordgefahr sind zu berücksichtigen:

- jede Äußerung über weitere Selbstmordabsichten
- konkrete Angaben über die geplante Durchführung des Suizids
- die Auswahl und die Beschaffung des Suizidmittels
- Ausführung des vorangegangenen Suizidversuches in Isolation mit geringer Rettungswahrscheinlichkeit
- eigene vorangegangene Suizidversuche bei bestehenden schweren Belastungen und Konflikten mit den Eltern, dem Freund oder der Freundin, der Schule (Beruf)
- schwere neurotische Störungen
- Vorliegen von depressiven Episoden oder Dysthymie, bei Persönlichkeitsstörungen und Psychosen
- fehlende oder unzureichende Distanzierung vom Suizidversuch

■ Differentialdiagnose

- Unfälle
- versehentliche Medikamenteneinnahme
- Alkohol- und Drogenabusus
- missglückte parasuizidale Handlungen

■ Ätiopathogenese

Wir können davon ausgehen, dass Kinder unter zwölf Jahren noch keine klaren Vorstellungen von der Endgültigkeit des Todes haben und davon, dass der Tod jedem Menschen bevorsteht. Sie halten den Tod für einen reversiblen Prozess, bei dem die Körperfunktionen weitgehend erhalten bleiben. Selbst dann, wenn sie den Tod oder die Beerdigung eines nahen Angehörigen miterlebt haben, sind sie überzeugt, dass er irgendwann wiederkommt, dass er vielleicht nur verreist oder woanders ist. Etwa ab dem Alter von neun Jahren reift die Erkenntnis der Kinder von der Endgültigkeit des Todes. Aber auch Jugendliche haben nicht selten romantisierende Vorstellungen vom Tod. So stellen sich manche vor, dass man durch ein himmelblaues oder rosarotes Tor in eine bessere Welt ohne Probleme und Belastungen geht, das an christliche oder religiöse Vorstellungen vom Himmel erinnert. Andere sind fest davon überzeugt, dass sie wiedergeboren werden oder in anderer Form weiterleben. All diesen Konzepten ist gemein, dass Wünsche nach einer besseren Welt, nach einem schöneren Leben dahinterstehen. Sie unterstützen auch die Erfahrung, dass viele suizidale Kinder und Jugendliche eigentlich nicht sterben wollten, sondern so nicht mehr, aber dafür anders und besser leben wollen.

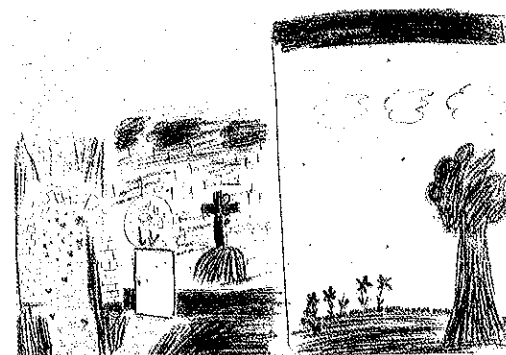


Abb. 16.2: Bild eines 14jährigen Mädchens nach Suizidversuch: Ausdruck der Ambivalenz zwischen sterben und leben wollen.

Ringel (1956) hat als *präsuizidales Syndrom* drei Phasen beschrieben, die einer Suizidhandlung vorangehen. Obwohl dieses Modell für das Kindes- und Jugendalter keine Allgemeingültigkeit hat, ist es als psychodynamisches Konzept hilfreich:

1. Einengung	• situativ • dynamisch • zwischenmenschliche Beziehungen • Wertwelt
2. destruktive Aggressivität Autoaggressivität	• gehemmte, aufgestaute Aggression wird gegen die eigene Person gerichtet
3. Todes- und Suizidphantasien	• Flucht in die Phantasiewelt • Todessehnsucht • Selbstmordankündigung

Tab. 16.1: Präsuizidales Syndrom nach Ringel (1956).

Die Hintergründe für eine suizidale Handlung im Kindes- und Jugendalter sind vielfältig und facettenreich. Sie werden im wesentlichen von den Faktoren umrissen, die bereits im Kap. 11.3. "Depressive Störungen" unter den begünstigenden Konstellationen erörtert wurden. Das Pubertätsalter mit seinen immanenten Verunsicherungen, Identitäts- und Autoritätskonflikten im Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Autonomiebestrebungen, seinen sexuellen Reifungsprozessen, seinen Problemen bei der Selbstfindung und -akzeptanz, der sozialen Anpassung und der Zukunftsplanung ist besonders prädisponiert für das Entstehen von Suizidgedanken, -impulsen und -handlungen. Bei der Entstehung von Suizidhandlungen im Jugendalter muss zwischen Auslösern und Ursachen unterschieden werden. Die Auslöser selbst sind oft banal, wie z.B. das Verbot eines Disco-Besuches, der Streit um eine unordentliche Frisur, ein Verbot, mit dem Fahrrad oder Moped zu fahren oder den Freund/die Freundin nicht besuchen zu dürfen und vieles andere mehr. Die zugrundeliegenden Ursachen sind dagegen viel komplexer und lassen sich nur durch eine detaillierte Erhebung der Anamnese und ausführliche Explorationen erhellen. Die häufigsten Ursachen im Jugendalter liegen in den Konfliktbereichen Partnerschaft ("Liebeskummer"), Beziehungen zu den Eltern (Autoritätskonflikte) und Schule (Leistungs- und soziale Probleme). Während die Ursachen häufig eine längere Vorgeschichte aufweisen, ist der Auslöser mit dem Tropfen zu vergleichen, der das Fass zum Überlaufen bringt. Sehr häufig geht

der Selbstmordhandlung ein subjektives Gefühl, einsam oder unerwünscht zu sein, oder auch Ärger und Zukunftsangst voraus. So ist jeder auch noch so demonstrativ erscheinende Selbstmordversuch immer ein ernstzunehmendes Notsignal, mit dem der Jugendliche die Umwelt darauf aufmerksam macht, dass er sich subjektiv am Ende seiner Konfliktbewältigungsmöglichkeiten sieht. Viele Jugendliche fühlen sich von Gleichaltrigen und Erwachsenen unverstanden, daher suchen sie nicht direkt den Kontakt und Austausch mit anderen Menschen. Andere senden verschlüsselte Botschaften, indem sie sich wegen körperlicher Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben, die wahren Ursachen ihrer Beschwerden dann aber nicht erkannt werden. Manche wenden sich unter einem Vorwand noch an die Eltern oder auch die Lehrer, sprechen dabei ihre wahren Probleme aber nicht an. Erschwerend für die Problematik ist auch, dass Jugendliche sich nur ganz selten spontan einem Psychiater oder Psychologen anvertrauen. Selbst vielerorts bestehende Kindernotrufeinrichtungen werden nur von wenigen kontaktiert. Dies mag ein Ausdruck dafür sein, wie sehr psychische Probleme und Störungen in unserer Gesellschaft noch tabuisiert werden.

■ Therapie, Verlauf und Prognose

Medizinische Maßnahmen zur Entgiftung bei Intoxikationen oder zur chirurgischen Versorgung von körperlichen Selbstverletzungen werden in der Regel auf den Intensivstationen oder internen chirurgischen Abteilungen getroffen. Sie gehören nicht zu den primären Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiaters, sehr wohl aber die konsiliarische Mitbetreuung, wobei es darauf ankommt, das Vertrauen des Kindes oder des Jugendlichen zu gewinnen, mit ihm und der Familie ein Arbeitsbündnis herzustellen, eine Diagnose zu stellen und ein Therapiekonzept zu erarbeiten. Nach Möglichkeit sollte dafür Sorge getragen werden, dass sich zumindest für diese ersten Aufgabenbereiche der konsiliarisch gerufene Arzt verantwortlich fühlt, damit es nicht zu früh zu einem Therapeutenwechsel kommt. Im Idealfall ist der zuerst gerufene Arzt auch der weiterbehandelnde Therapeut.

Drei Fragen müssen anfangs geklärt werden:

• Ist eine Behandlung notwendig?

Die Beantwortung hängt davon ab, ob es sich z.B. um eine einmalige Kurzschlussreaktion handelt, eine Dekompensation bei akuter Belastung bei sonst unauffälliger Eigen- und Familienanamnese. Ist der zugrundeliegende Konflikt weitgehend gelöst, ist ein guter Rückhalt in der Familie zu erwarten und wird eine weitere Suizidgefährdung ausgeschlossen, reicht es in diesen Fällen, den Patienten in die Obhut des Hausarztes zu geben mit dem Hinweis, sich bei erneut auftretenden Schwierigkeiten an den Kinder- und Jugendpsychiater zu wenden. Häufiger bestehen jedoch schon längerfristige Belastungen und Konfliktsituationen mit der Neigung zu depressiver Erlebnisverarbeitung ohne eine psychotherapeutische Aufarbeitung, zumal wenn Unterstützung und Rückhalt in der Familie unzureichend sind oder fehlen. In diesen Fällen, besonders wenn eine weitere Selbstmordgefährdung nicht auszuschließen ist, ist eine mittelfristige stationäre Psychotherapie und ggfs. eine ambulante Nachbetreuung anzuschließen. Bei schweren chronischen Entwicklungen mit familialen und/oder schulischen Belastungsfaktoren müssen längerfristige psychotherapeutische und nach Möglichkeit auch familientherapeutische Interventionen veranlasst werden. Im Einzelfall ist zu überprüfen, inwieweit häusliche Belastungsfaktoren (massive Erziehungsfehlhaltungen, psychische Störungen oder Alkoholismus der Eltern, schulische Belastungen) veränderbar sind. Ggf. muss eine Fremdplacierung in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und dem Vormundschaftsrichter oder auch ein Schulwechsel erfolgen.

• Wo soll die Therapie stattfinden?

Sofern es gelingt, ein ausreichendes Arbeitsbündnis und eine Therapiemotivation beim Kind oder Jugendlichen und seiner Familie herzustellen, ist es ausreichend, konkret an einen ambulanten Therapeuten (Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychologen) zu überweisen oder diese Therapie aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik ambulant durchzuführen.

• Welche Therapieform ist indiziert?

In Frage kommen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, Pharmakotherapie und sozialpädagogische Maßnahmen. Besonders wenn die zugrundeliegenden Konflikte in der Person des Kindes oder des Jugendlichen begründet sind, die Familie zu einer Familientherapie nicht motiviert oder aufgrund eigener Persönlichkeitsmerkmale nicht in der Lage ist, ist eine patientenzentrierte Psychotherapie sinnvoll. In der Gruppentherapie kann der Jugendliche erfahren, seine eigenen Probleme zu relativieren, seine Kommunikationsfähigkeit zu Gleichaltrigen zu verbessern und gemeinsame Lösungsstrategien zu erarbeiten. Eine Familientherapie soll die intrafamiliale Kommunikation verbessern, Hilfestellung leisten bei familieninternen Problemlösungsstrategien und die Familiendynamik erhellen. Besonders bei schweren depressiven Verstimmungen (depressive Episoden und Dysthymien) ist der Einsatz von Antidepressiva indiziert, wobei aber antriebssteigernde Medikamente kontraindiziert sind, da sie die Suizidgefährdung erhöhen (vgl. Kap. 11.3.)

Bei der stationären Behandlung von jugendlichen Suizidgefährdeten kann bei weiterbestehender Gefahr eines Suizids eine geschlossene Unterbringung notwendig werden. Die Mitarbeiter auf der Station haben dafür Sorge zu tragen, einerseits mit Taktgefühl, andererseits aber auch mit Konsequenz, dass mögliche Suizidmittel (Gürtel, Schnüre, Rasierklappen, Messer, Medikamente) vom Patienten absolut ferngehalten werden. Eine sorgsame Überwachung des Patienten u.U. mit Hilfe einer Sitzwache ist erforderlich. In Teambesprechungen sind eigene Ängste und Abwehrmechanismen (wie sie auch bei den Eltern beschrieben wurden) zu erkennen und zu bearbeiten.

Subjektive Befragungen von Jugendlichen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, ergaben, dass diese sich vor allem wünschten, sich mit Gleichaltrigen, Eltern, Lehrern und Therapeuten aussprechen zu können, dass sie mehr Anerkennung und Zuwendung wünschten, ernstgenommen werden wollten und in ihrer Jugendlichkeit akzeptiert werden wollten.

Der weitere Verlauf ist wesentlich davon abhängig, wie weit es gelingt, zugrundeliegende Konflikte, Belastungsfaktoren, individuelle und familiäre Probleme abzubauen und psychiatrische Störungen erfolgreich zu behandeln. Zu beachten ist, dass auf jeden vierten Selbstmordversuch im Kindes- und Jugendalter ein Wiederholungsversuch folgt.

■ Hinweise für die Elternberatung

- Jeder Selbstmordversuch ist als Notsignal und Ausdruck einer Kommunikationsstörung zu werten
- Die Eltern sollten sich vorwurfsvoller Haltungen und pädagogischer Maßnahmen (Strafen, Zurückweisung) enthalten
- bei den Eltern sind Schuldgefühle und Abwehrmechanismen zu erkennen und zu bearbeiten
- Jeder Selbstmordversuch sollte Anlass sein, eigene Anteile im psychosozialen Umfeld sowie belastende Faktoren zu erkennen und abzubauen
- Möglichkeiten einer verbesserten intrafamilialen Kommunikation und Lösungsstrategien von Konflikten sollten geprüft werden
- Bei chronischen Konflikten, bestehenden psychiatrischen Störungen der Kinder und Jugendlichen und persistierender Selbstmordgefährdung ist eine stationäre Beobachtung und Therapie anzuraten
- Psychosoziale Faktoren und schulische und berufliche Stressoren sind zu erkennen und zu bearbeiten

■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- zu großer Abstand zwischen Suizidhandlung und therapeutischer Intervention
- Bagatellisierung von sogenannten demonstrativen Suizidversuchen
- Verkenntung von suizidalen Tendenzen bei Unfällen

Literatur

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (2007). Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Bern: Huber.

Petermann, F., Winkel, S. (2009). Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe.

Resch, F., Brunner, R. (2007). Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Warnke, A. (2007). Suizid und Suizidversuch – Suizidalität. In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.