

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen



Dr. Franz Joseph
Freisleder

Vollendete Suizide von Kindern und Jugendlichen haben zwar im deutschsprachigen Raum während der letzten Dekade zahlenmäßig nicht zugenommen; dennoch ist der therapeutische Umgang mit suizidalem Verhalten von Heranwachsenden im selben Zeitraum vor allem für die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu einer zentralen Herausforderung geworden. So vergeht etwa in der Münchner Heckscher-Klinik, die für die Versorgung von Oberbayern mit etwa vier Millionen Einwohnern zuständig ist, kaum ein Tag, an dem nicht mindestens ein Patient notfallmäßig nach einem Suizidversuch bzw. einer parasuizidalen Handlung zur fachärztlichen Diagnostik und Planung weiterer Therapiemaßnahmen vorgestellt wird – bei nach wie vor steigender Tendenz. Und mehr als verdoppelt hat sich in unserer Klinik innerhalb von zehn Jahren die Anzahl der stationär behandelten Jugendlichen, bei denen Suizidalität der dominierende Aufnahme-Anlass war.

Häufigkeit und Methodenwahl

Die Ortsnamen Bad Reichenhall, Freising und Erfurt wecken bei uns Erinnerungen an Selbsttötungen von Jugendlichen in jüngster Vergangenheit, denen amokartige Gewaltexzesse unmittelbar vorausgegangen sind, wie sie sich – zumindest in Deutschland – vorher nicht ereignet hatten. Geradezu alltäglich und meist weniger spektakulär sind jedoch die vielen Fälle jugendlicher Patienten mit suizidalem Verhalten, denen man regelmäßig in einer großen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik begegnet. Suizide gehören zu den häufigsten Todesursachen im Jugendalter. Seit mehreren Jahren liegt bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden bis zum Alter von 20 Jahren die jährliche Zahl der Selbsttötungen in ganz Deutschland etwa zwischen 300 und 350. Männliche Jugendliche sind drei- bis viermal häufiger, Kinder unter zwölf Jahren nur äußerst selten betroffen. Bei den erheblich häufigeren Suizidversuchen überwiegen die weiblichen Jugendlichen dagegen etwa um das Dreifache. Zu den „harten“ Suizidmethoden rechnet man

Erhängen, Erstechen, Erschießen, den Sprung aus der Höhe oder vor den fahrenden Zug. Unter „weichen“ Methoden versteht man vor allem absichtlich herbeigeführte Tablettenintoxikationen und oberflächliche Schnittverletzungen. Während früher die „harten“ Vorgehensweisen überwiegend beim männlichen Geschlecht registriert wurden, haben sich mittlerweile die Mädchen ihren Altersgenossen in der (para-)suizidalen Vorgehensweise angenähert. In Bayern starben laut Bayerischem Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2002 zwischen dem zehnten und 20. Lebensjahr (in dieser Altersgruppe gab es insgesamt 403 Todesfälle) 54 Jugendliche an Suizid (m: 46, w: 8), unter 15 Jahren waren es lediglich drei. Im Vergleich dazu kamen in unserem Bundesland im selben Zeitraum 266 Jugendliche der entsprechenden Altersgruppe bei Unfällen ums Leben.

Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Sehr oft ist suizidales Verhalten bei Jugendlichen Leitsymptom eines depressiven Syndroms unterschiedlicher Genese, das sich entsprechend aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen bei bis zu 2,5 % der Kinder und bis mehr als 8 % der Jugendlichen diagnostizieren lässt. Ein Trend zur Zunahme von Depressionen im Adoleszenzalter, die oft mit anderen psychischen Problemen wie zum Beispiel Angststörungen, Phobien, Essstörungen und Zwängen oder Alkohol- und Drogenmissbrauch verbunden sind, ist zweifellos feststellbar. Neben der Depression im

engeren Sinn, die etwa von der Pubertät an auch in endogen-phasischer Gestalt auftreten kann – ein Zustandsbild, das vor allem am Anfang schwer zu diagnostizieren ist –, finden sich akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik. Auch kommt es speziell bei Jugendlichen mit impulsiv-aggressiven Sozialverhaltensstörungen immer wieder zu suizidalen Zuspitzungen. Dies trifft auch für sozial isolierte Jugendliche zu, bei denen etwa wegen einer bereits früh akzentuierten Überempfindlichkeit und narzisstischer Kränkbarkeit mit der späteren Etablierung einer entsprechenden Persönlichkeitsstörung gerechnet werden muss. Besonders gefährdet für suizidales Agieren sind außerdem emotional instabile und beziehungsunbeständige Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur. Ein seltenes, wenngleich auch besonders hohes Suizidrisiko kann darüber hinaus bei solchen jungen Patienten bestehen, die im Initialverlauf einer schizophrenen Psychose ihre zunehmenden kognitiven Defizite registrieren oder die unter dem Einfluss eines Wahnerlebens – auch für die erfahrene Umgebung unerwartet – manchmal raptusartig einen schweren Suizidversuch begehen.

Milieubelastungen und genetisch-biologische Einflüsse als Risikofaktoren

Nach klinischer Erfahrung können folgende Belastungsfaktoren das Suizidrisiko bei Heranwachsenden erhöhen: Ganz im Vordergrund stehen langfristige innerfamiliäre Schwierigkeiten und ungelöste Konfliktsituationen wie zum Beispiel schwerwiegende



Foto: BilderBox.com

Paarprobleme der Eltern, Trennung oder Scheidung. So setzte etwa der jüngste suizidale Patient des Autors, ein siebenjähriger Bub, Einzelkind eines Akademikerpaars mit chronischem Partnerkonflikt und wiederholten passageren Trennungen, zweimal zu einem Sprung aus größerer Höhe an, um sich das Leben zu nehmen. Dieses außergewöhnliche Fallbeispiel lässt eindrucksvoll die gerade im Kindes- und Jugendalter oft anzutreffende demonstrativ-appellative Funktion suizidaler Handlungen erkennen, wobei in autoaggressiver, selbstzerstörerischer Manier eine Veränderung der persönlichen oder sozialen Situation erzwungen werden soll.

Psychische Erkrankungen der Eltern, etwa eigene affektive Störungen mit „Vorbildcharakter“ für das Kind oder ein Substanzmissbrauch und emotionale oder materielle Überforderungen im familiären System können hier eine maßgebliche Triggerrolle für Suizidalität spielen. Übersehene Teilleistungsstörungen, wie zum Beispiel eine Legasthenie oder Dyskalkulie, können, verstärkt durch eine schulische Fehlplatzierung, einen Betroffenen über eine sekundäre Neurotisierung in eine subjektiv aussichtslos-resignative Situation manövrieren. Zweifellos können auch schwere Traumatisierungen wie Vernachlässigung, Misshandlung und vor allem sexueller Missbrauch depressiv-suizidale Syndrome induzieren, die beim jugendlichen Patienten in psychodynamischer Hinsicht nicht selten auch Schuldgefühle und Selbstbestrafungsmechanismen in Gang setzen. Nicht übersehen werden dürfen bei der Ätiologie suizidalen Verhaltens von Jugendlichen auch genetisch-biologische Aspekte. Unbestritten ist schließlich der Einfluss einer familiären Häufung von Suizidalität, gelegentlich über mehrere Generationen hinweg, und keineswegs ausschließlich im Rahmen von affektiven Psychosen. Adoptionsstudien deuten darauf hin, dass die biologische Elternschaft ausschlaggebend für suizidale Entwicklungen ist als das Lebensmilieu. Möglicherweise korreliert ein reduzierter Spiegel des Serotonin-Abbauproduktes 5-Hydroxyindol-Essigsäure (5-HIAA) im Liquor mit der Häufigkeit von Suizidimpulsen und -versuchen.

Mediale Aspekte, Werther-Effekt und präsuizidale Alarmzeichen

Suizidale Aktivität gerade von jungen Menschen hängt darüber hinaus auch maßgeblich von den Medien ab. Kinder- und Jugendpsychiatern wissen aus leidvoller Erfahrung, dass eine spektakuläre und reißerische Berichterstattung über aktuelle Jugendselbstmorde oder Selbsttötungen von exzentrischen Kult-

figuren in Presse und Fernsehen gerade labile Heranwachsende in Entwicklungskrisen durch Anstoßen des so genannten „Werther-Effektes“ zur Nachahmung animieren kann. In den letzten Jahren haben, zum Beispiel in München, Absprachen mit der Polizei und entsprechende Aufrufe an Zeitungen, Rundfunk und Fernsehen, nach Jugendsuiziden möglichst gar nicht und wenn überhaupt, dann nur mit äußerster Zurückhaltung zu berichten, immerhin zu einer spürbaren Abnahme von unmittelbaren Nachahmertaten geführt. Relativ hilflos stehen wir derzeit allerdings noch dem neuartigen medialen Phänomen gegenüber, dass sich depressiv-suizidal belastete Jugendliche mit Gleichgesinnten via Internet-Foren über Möglichkeiten der Selbsttötung austauschen und sich damit in ihren autodestruktiven Impulsen weiter verstärken.

Zur unmittelbaren Prävention der Suizidalität im Jugendalter sind in erster Linie die Früherkennung einer individuellen Gefährdung und gegebenenfalls die richtige Auswahl des Interventionssettings erforderlich. Obwohl gerade bei Jugendlichen der völlig überraschende, impulshafte Charakter einer suizidalen Handlung typischer ist, kann auch in diesem Altersbereich oft ein „präsuizidales Syndrom“ beobachtet werden. So präsentiert sich nicht nur ausnahmsweise ein über längere Strecken kognitiv eingegengter, dysphorisch-grüblerisch und selbstmitleidig wirkender Heranwachsender mit reduziertem Selbstwertgefühl und sozialem Rückzugsverhalten auf einmal passager mit ungewohnter Gereiztheit und nach außen gerichteten aggressiven Tendenzen, die dann manchmal von einer scheinbaren Stimmungskonsolidierung abgelöst werden. Eventuelle konkrete Äußerungen des Jugendlichen über Vorstellungen hinsichtlich einer Suiziddurchführung sollten jetzt besonders hellhörig machen, bevor es bei ihm im Zuge einer „Aggressionsumkehr“ gegen sich selbst nun womöglich zur unmittelbaren suizidalen Handlung kommt.

Individuelle mehrdimensionale Therapie in der suizidalen Krise

Eine besondere Herausforderung für den Kinder- und Jugendpsychiatern ist die adäquate Therapie einer akuten suizidalen Krise. Üblicherweise hat der Arzt in der Notfallsituation einen suizidalen Patienten zu behandeln, bei dem ein Selbsttötungsversuch gerade gescheitert oder im Rahmen eines depressiven Syndroms Suizidalität symptomatologisch plötzlich in den Vordergrund getreten ist. Bei der primären psychiatrischen Beurteilung sind psychopathologisches Quer-

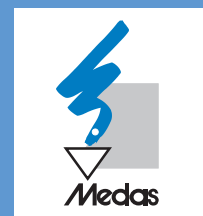


Und
was machen Sie
in Ihrer Freizeit?

Privatärztliche Abrechnung?

Das erledigen wir für Sie!

- ◆ Individuelle Betreuung
- ◆ Vorfinanzierung
- ◆ 3 Monate Null-Risiko-Test
- ◆ Spezialisten
für jede Fachrichtung
- ◆ 24 Jahre Abrechnungserfahrung
- ◆ Erstklassige Referenzen



Medas GmbH
Treuhandgesellschaft
für Wirtschaftsinkasso und
medizinische Abrechnungen
Messerschmittstraße 4
80992 München
www.medas.de

Fordern Sie
einfach unsere Unterlagen an!



089 14310-108

Fax 089 14310-200

info@medas.de

schnittsbild und Grad der suizidalen Gefährdung, mutmaßliche Bedingungsfaktoren, Bündnisfähigkeit des Patienten sowie Tragfähigkeit und Verlässlichkeit des familiären Systems besonders zu berücksichtigen. Bei evidenter Selbstgefährdung sollte auch ein jugendlicher am besten unter geschlossenen-stationären Rahmenbedingungen behandelt werden. Dies führt häufig schon zu einer initialen affektiven Entlastung. Wird in besonders gelagerten Fällen das Suizidrisiko als nicht so erheblich eingeschätzt, kann in einer derartigen Notfallsituation auch ein ambulantes Behandlungssetting möglich sein. Dann müssen aber beim jugendlichen Patienten eine eindeutige Behandlungsbereitschaft gegeben und die verantwortlichen erwachsenen Bezugspersonen zur Kooperation bereit sein. Bewährt hat sich hier eine gegenseitige Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen Therapeut, Patient und Angehörigen: eine Art „Anti-Suizidvertrag“ zur suizidalen Risikoprophylaxe also, der auch den jugendlichen Patienten als Vertragspartner ernst nimmt und ihn in angemessener Form in ein Verantwortungsgefüge mit einbindet. Wichtig ist zudem eine geeignete ambulante Anbindung, sei es in Form kurzfristiger Wiedervorstellungen und/oder der zeitnahen Initiierung einer fokalen oder längerfristigen psychotherapeutischen Betreuung, die über den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eine Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme ermöglicht. Stets sollte eine Vereinbarung getroffen werden, wie sich der suizidal gefährdete Jugendliche im Falle erneut auftretender akuter Suizidimpulse verhalten kann (zum Beispiel Klinik oder Therapeuten telefonisch kontaktieren, an Bezugspersonen wenden oder Ähnliches). Die Möglichkeit einer stationären Aufnahme nach einem Suizidversuch ist schon allein durch die geringe Bettenzahl zur Akutversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher oft limitiert. Die Grenzen für eine Aufnahmeindikation – und sei es für eine kurze Krisenintervention – sollten jedoch nicht zu eng gesteckt werden. Denn immer wieder kommt Jugendlichen nach einem Suizidversuch ganz unterschiedlicher Ätiopathogenese eine möglicherweise nur kurzfristige Herausnahme aus ihrem sozialen Um- bzw. Konfliktfeld im Sinn eines Zäsureffektes zugute und ermöglicht bei ihnen eine neue psychosoziale Weichenstellung.

Oft ist in einer schweren suizidalen Krise auch eine psychopharmakologische Behandlung unumgänglich, zumindest im akuten Stadium. Sofern in einer kritischen Notfallsituation nicht primär internistisch-intensivmedizinische Maßnahmen – beispielsweise nach einer Tablettenintoxikation – erforder-

lich sind, sollte bei jedem suizidalen Jugendlichen im persönlichen Gespräch noch vor einer geplanten Medikamentengabe ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten hergestellt werden. Je nach Schweregrad des suizidalen Syndroms ist in weniger ausgeprägten Fällen zunächst für einige Tage die Verabreichung eines Benzodiazepin-Präparates, zum Beispiel Lorazepam oder Diazepam, zu erwägen. Bei hochgradiger Suizidalität, vor allem im Rahmen endogen-psychotischer Depressionen oder chronifizierter depressiver Zustandsbilder mit begleitender Agitiertheit oder Schlafstörungen, ist zusätzlich mittelfristig ein sedierendes Antidepressivum anzusetzen. Während sich hier früher in unserer Klinik die klassischen trizyklischen Antidepressiva Amitriptylin bzw. Amitriptylinoxid oder Doxepin bewährt haben, konnten wir in den letzten Jahren mit neueren, eher dämpfenden, aber nebenwirkungsärmeren und weniger toxischen antidepressiven Substanzen wie Mirtazapin gute Erfahrungen machen. Mirtazapin, ein Derivat der tetrazyklischen Substanz Mianserin, besitzt einen komplexen Wirkmechanismus: Es blockiert präsynaptische Alpha 2-Autorezeptoren und postsynaptische Alpha 2-Heterorezeptoren und führt so auf doppeltem Weg zu einer vermehrten Serotoninfreisetzung durch serotonerge Nervenzellen. Zudem blockiert es an serotonergen Synapsen 5HT_{2A}-, 5HT_{2C}- und 5HT₃-Rezeptoren, sodass das freigesetzte Serotonin seine Wirkung selektiv an 5HT_{1A}-Rezeptoren entfalten kann, was Nebenwirkungen reduziert unter Beibehaltung der antidepressiven, anxiolytischen und sedierenden Wirkung. Dieses Antidepressivum ist wegen fehlender Studien für das Kindes- und Jugendalter nicht explizit zugelassen, kann aber in Form eines „individuellen Heilversuches“ angewendet werden. Ziel je-

der sedierenden antidepressiven Behandlung eines selbstmordgefährdeten Jugendlichen sollte zunächst eine Distanzierung von suizidalen Impulsen sowie mittelfristig eine affektive Entspannung und Umstimmung sein. (Vorsicht ist geboten bei der Anwendung potenziell antriebssteigernder Antidepressiva unter anderem aus der Gruppe der „SSRIs“!). In jedem Fall müssen nach ernsthaften suizidalen Krisen in diesem störanfälligen Lebensabschnitt – ganz unabhängig von einer medikamentösen Behandlung – möglichst klare diagnostische Feststellungen getroffen, pathogene Umgebungsfaktoren abgeklärt und individuell abgestimmte psychotherapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Am besten bewährt haben sich hier aus meiner Sicht kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze.

Aus der Erfahrung im therapeutischen Umgang mit suizidalen Heranwachsenden ist zwar einzuräumen, dass einerseits von einem nicht zu unterschätzenden Rezidivrisiko ausgegangen werden muss. Andererseits begegnet der Kinder- und Jugendpsychiater auch einer ganz beachtlichen Zahl solcher Suizidpatienten, die nach einem schweren Selbsttötungsversuch im Rahmen einer seelischen Entwicklungskrise oder einer anderen psychiatrischen Störung erfolgreich behandelbar waren und über Jahre nicht mehr rückfällig wurden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Franz Joseph Freisleder, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ärztlicher Direktor der Heckscher-Klinik, Deisenhofener Straße 28, 81539 München, Tel. 089 9999-1101, Fax 089 9999-1203, E-Mail: franzjoseph.freisleder@heckscher-klinik.de



Was ich mir wünsche ist ein Clown

Clowns im Krankenhaus – wie bitte? Späße und Gelächter an einem Ort, wo es oft todernst zugeht. Klamauk und Poesie im Reich von Schmerz und Tod. Die Clowns wollen die kleinen Patienten auf ihre ganz spezielle Art „behandeln“ – indem sie ihnen etwas mitbringen, das in der Welt des Krankenhauses Mangelware ist – Humor.

Neben Reportagen und Porträts aus der Arbeit der Klinikclowns vermittelt das Buch auch Fakten und Hintergrundinformationen zur Bewegung der Klinikclowns: ihre Geschichte, ihre Philosophie, ihre Organisation.

Was ich mir wünsche ist ein Clown – Klinikclowns auf der Kinderstation. 128 Seiten, über 200 Fotografien, broschiert, ISBN 3-407-55884-8, 19,90 €. Beltz Verlag, Weinheim.