

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter



Suizidale Lebenskrisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychiatrische Ansätze der Heilung – Praxisnahe Antworten eines Klinischen Experten


Fachtag Göppingen 2.6.2014

Dr. Gottfried Maria Barth, M.A.
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen




Wichtige Grundsätze

- Bei Verdacht auf Suizidalität dies ernst nehmen und dies immer ansprechen
- Beim „Bessergehen“ eines suizidalen Menschen besondere Vorsicht walten lassen: es kann höchste Suizidgefahr bestehen
- Rechtzeitig Bezugspersonen oder Fachleute informieren
- Auf keine Schweigeversprechen eingehen**




Agenda

- Betroffenheit
- Einige Fakten
- Risikofaktoren
- Gründe – Psychodynamik
- Auswirkungen
- Intervention
- Prävention




Sichtbare und unsichtbare Wirkungen



Der bewusste Anteil der Konfrontation mit Suizid ist belastend und schlimm


Doch die unterschwellige Beunruhigung kann den ganzen Menschen erschüttern und sehr lang dauern



Erweiterter Suizid


- Doppelsuizid**: beide freiwillige Selbsttötung möglichst gleichzeitig möglichst gleicher Ort jeder für sich, seltener mit handlungsführender Person
- Erweiterter Suizid**: gemeinsame Tötung bzw. Selbsttötung nach Tötung des Anderen Mithnahme eines Anderen (meist Intimpartner oder eigenes Kind) in die eigene Suizidhandlung (pseudo-) altruistische Motivation Einbeziehung des Anderen ohne dessen Einverständnis Einbeziehung des Anderen in die eigene Psychodynamik Beziehungspsychodynamik nachweisbar
- Homizid-Suizid ("murder-suicide")**: eigene Selbsttötung nach Tötung eines Anderen Mithnahme eines Anderen, der Opfer wird Opfer kann willkürlich gewählt und ohne Bezug zum Suizidenten sein Psychodynamik kann Rache oder psychotisch-paranoid bedingt sein, „Geisterfahrer“ als Mithnahme von Unbekannten
- Massensuizid**: Eigene Selbsttötung nach Tötung anderer, Gleichzeitigkeit Mischung aus Freiwilligkeit der Selbsttötung und Zwang sowie Homizid, getötet werden Kombination von Homizid und Suizid
- Amok**: Ziel Tötung anderer unter Einbeziehung des Getötetwerdens bzw der eigenen Selbsttötung Psychodynamik fremdaggressiv, oft paranoid, Motivation umstritten, „school shooting“, „Geisterfahrer“

Wolfersdorf 2014



Suizidalität


- Suicidgedanken häufig
- Suicidversuche: intendierte lebensbedrohende Handlungen
- akut: Probleme seit weniger als 1 Monat, keine Verhaltensauffälligkeiten
- chronisch: Probleme seit mehr als einem Monat, keine Verhaltensauffälligkeiten
- chronisch mit Verhaltensauffälligkeiten: Probleme > 1 Monat, + z.B. Stehlen, Weglaufen, Drogeneinnahme, Trinkexzesse, körperliche Auseinandersetzungen, Konflikte mit Polizei
- (bei erster Gruppe überwiegend aktuelle Beziehungsprobleme, bei dritter Gruppe überwiegend familiäre Störungen und



Kennzeichen von Suizidalität

nach Verlust Erfahrung
 nach massiver Selbst-Entwertung
 als Hilferuf

Problem wird in die Umwelt verlagert



Suizidversuche und Suizid

Suicid : Suicidversuch = 1 : 38


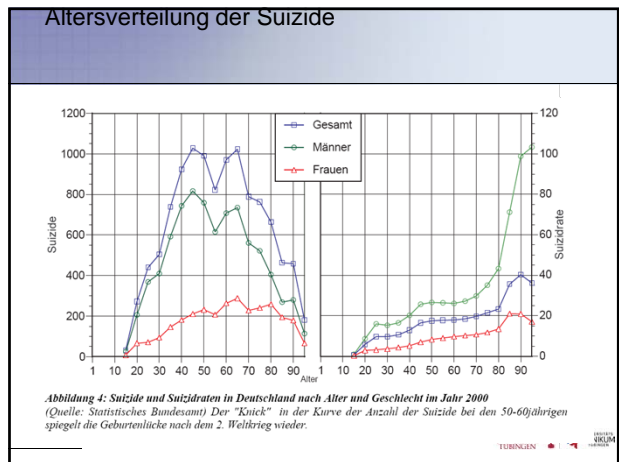
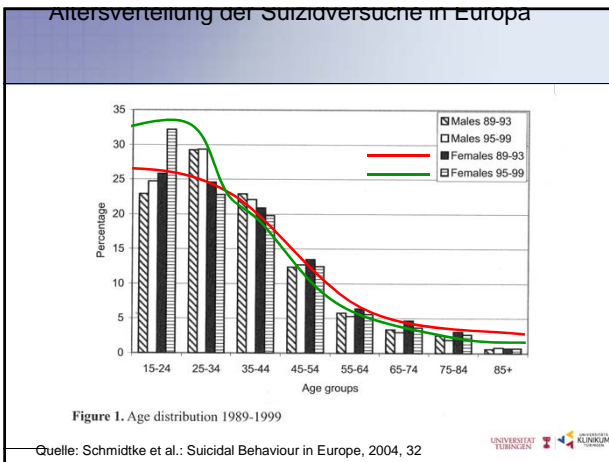
unter 12 Jahren fast nur Suicidgedanken und Suicidrohungen, kaum Suicidversuche (wenn dann in familiär sehr belastetem Milieu, häufiger Jungen)

über 12 Jahre
 beim Suicidversuch: Mädchen : Jungen = 3-9 : 1
 beim vollendeten Suicid: Mädchen : Jungen = 1 : 3-4

Ansteckungseffekt, Modellcharakter

bei Jugendlichen keine jahreszeitliche Häufung, bei Erwachsenen im Frühjahr

Zunahme in den letzten Jahrzehnten vor allem bei älteren Jugendlichen und vor allem jungen





Suizide und Suizidraten in D 2012

Statistisches Bundesamt Wiesbaden

Alter/Geschlecht	Suizide			Suizidraten		
	M n = 7 646	W n = 2 498	Gesamt n = 10 144	M 19,0	W 6,0	Gesamt 12,4
< 1 Jahr	-	-	-	-	-	-
1 - 5 Jahre	-	-	-	-	-	-
5 - 10	-	-	-	-	-	-
10 - 15	12	9	21	0,6	0,5	0,5
15 - 20	130	42	172	6,2	2,1	4,2
20 - 25	330	79	409	13,0	3,2	8,2
25 - 30	342	79	421	13,5	3,2	8,5
30 - 35	340	108	448	13,7	4,5	9,2
35 - 40	386	98	484	15,6	4,1	9,9
40 - 45	591	176	767	17,8	5,5	11,8
45 - 50	827	238	1065	22,8	6,8	15,0
50 - 55	777	243	1020	24,3	7,8	16,1
55 - 60	757	199	956	27,7	7,2	17,4
60 - 65	544	179	723	23,2	7,4	15,1
65 - 70	530	183	713	26,2	8,4	16,9
70 - 75	706	241	947	30,7	9,1	19,1
75 - 80	522	223	745	36,0	11,8	22,3
80 - 85	437	171	608	48,5	11,7	25,8
85 - 90	302	156	458	77,9	16,0	33,6
90 und >	113	74	187	69,1	15,9	36,6

Wolffersdorf 2014




Verlauf der Suizide 1990-2012

Statistisches Bundesamt Wiesbaden

Jahr	Anzahl gesamt			Raten auf 100 000 EW gesamt		
	m	w	gesamt	m	w	gesamt
1990	13 924	9 534	4 390	17,5	24,9	10,7
1991	14 011	9 656	4 355	17,5	25,0	10,5
1992	13 458	9 326	4 132	16,7	23,9	9,9
1993	12 690	8 960	3 730	15,6	22,7	8,9
1994	12 718	9 130	3 588	15,6	23,1	8,6
1995	12 888	9 222	3 666	15,7	23,0	8,7
1996	12 225	8 782	3 497	15,0	21,9	8,3
1997	12 265	8 841	3 424	14,9	22,1	8,1
1998	11 644	8 575	3 069	14,2	21,4	7,3
1999	11 157	8 080	3 077	13,6	20,2	7,3
2000	11 065	8 131	2 934	13,5	20,3	7,0
2001	11 156	8 188	2 968	13,5	20,4	7,0
2002	11 163	8 106	3 057	13,5	20,1	7,2
2003	11 150	8 179	2 971	13,5	20,3	7,0
2004	10 733	7 939	2 794	13,0	19,7	6,6
2005	10 260	7 523	2 737	12,4	18,6	6,5
2006	9 765	7 225	2 540	11,9	17,9	6,0
2007	9 402	7 009	2 393	11,4	17,4	5,7
2008	9 451	7 039	2 412	11,5	17,5	5,8
2009	9 616	7 228	2 388	11,7	18,0	5,7
2010	10 021	7 465	2 556	12,3	18,6	6,1
2011	10 144	7 646	2 498	12,4	19,0	6,0
2012	9 890	7 287	2 603	12,1	18,1	6,3

[bis einschließlich 1997 nach ICD-9 (E 950 - 959), ab 1998 nach ICD-10 (X80 - X84)]
 Wolffersdorf 2014



Suizidmethoden bei Kindern und Jugendlichen

Suizid

- Erhängen
- Sturz aus großer Höhe

Suizidversuche

- Medikamente: oft falsche Einschätzung der Wirkung in beide Richtungen

Versteckter Suizid

Drogentote

Verkehrsunfälle

- Schätzungen gehen bei Drogentoten und Verkehrsunfällen von ca. 20% Suiziden aus

Magersucht

- Gipfel im Jugendalter
- weibliches Pendant zu Suiziden?

Diabetes – Missmanagement

Psychosoziale Zusammenhänge

Abwesenheit eines oder beider Elternteile (20%)
psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern (19%)

Disharmonien in der intrafamiliären Kommunikation (9%)

Mangel an emotionaler Wärme in intrafamiliären Beziehungen (8%)

unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle (6%)

adoptierte Kinder
(Zwillinge mit niedrigem Risiko)

Angabe von Gründen durch Jugendliche

Sterben wollen (28-56%)

Erleichterung von Unerträglichem (18-57%)

Entfliehen aus Unlösbarem (13-55%)

Verzweiflung mitteilen (9-28%)

Geliebtsein testen (5-27%)

schlechtes Gewissen bereiten (4-29%)

Liebe zeigen (2-21%)

Hilfe bekommen (1-13%)

andere (18%)

auslösende Ereignisse

zwischenmenschliche Probleme (27%)

Ende einer Partnerschaft (24%)

finanzielle Probleme (9%)

Probleme mit dem Gesetz/der Polizei (7%)

Schulprobleme (6%)

Probleme am Arbeitsplatz (4%)

andere (19%)

Risikofaktoren

chronische Depersonalisation,
Verlassenheitsangst, Isolation

körperliche Selbstwert- und Identitätskonflikte

Suizidversuch oder Suizid von Eltern,
Bezugspersonen, Freunden, Idolen

Unkontrollierbarer Impuls, eine Elternperson
gewaltsam anzugreifen

Fehlen von Schuldgefühlen gegenüber Eltern
bezüglich eines Suizids

Todeskonzepte von Kindern

3-5 Jahre:

- Tod vorübergehend und reversibel
- reduziertes Leben
- keine Angst vor dem Tod

6-8 Jahre:

- Erkennen der Irreversibilität, Universalität, Nonfunktionalität und Kausalität

ab 9 Jahre:

- logisch und biologisch richtiges Todeskonzept

UNIVERSITÄT TUBINGEN KLINIKUM

Suizide von Kindern und Jugendlichen

„Jeder Suizid eines Kindes oder eines Jugendlichen ist ein missglückter Suizidversuch“

Gerd Biermann

Interpretationsmöglichkeiten:

- appellativer Charakter von Suizidversuchen
- konkretistisches Handeln aus Symbolisierungsschwäche ohne definitive Todesabsicht
- hohes Risiko auch offensichtlich appellativer Suizidversuche
- Verstehen der insuffizienten Sprache als Prophylaxe des Suizid

UNIVERSITÄT TUBINGEN KLINIKUM

Psychoanalyse nach Freud

nicht verarbeitbare Enttäuschung

Hass wird gegen sich selbst gerichtet (Ich-Verlust statt Objektverlust)

Suizid befriedigt Hass und ist Selbstbestrafung dafür

„Ich wird von Es und Über-Ich gemeinsam ermordet“

Defizit emotionaler Fähigkeit + verfolgende Pseudoemotion

Beratung wird leicht zum Über-Ich und damit gefährlich!

UNIVERSITÄT TUBINGEN KLINIKUM

Psychoanalyse Narzissmustheorie

narzisstischer Zusammenbruch

- unsicherer Selbstwert und rigides Über-Ich
- Angst vor totaler Verlassenheit
- Idealisierung der eigenen Person
- Todesphantasien als Ruhe und Geborgenheit

Mangel an emotionaler sozialer Verankerung lässt im Narzissmus verharren = labile Pseudostabilität

UNIVERSITÄT TUBINGEN KLINIKUM

Psychodynamik einer narzisstischen Krise (nach Hensler 1974, C. Reimer 1985)

Verlust
Trennung
Trennungsdrohung

Narzisstische Persönlichkeit

- labiles Selbstwertgefühl
- starke Verunsicherbarkeit
- erhöhte Kränkbarkeit
- spezifische Partnerwahl

Dekompensation des labilen narzisstischen Gleichgewichts

- * Gefühle von Depressivität und Wut
- * „Basisverlust – Angst“

Kompensationsversuch (Abwehr)

- * Verleugnung
- * Verdrängung
- * Suizidalität als Primärzustand

gelingt (narzisstische Re-Stabilisierung)

misslingt (Regression: Ausdruck des Wunsches nach einem harmonischen Primärzustand)

Nach Wolfersdorf 2014

UNIVERSITÄT TUBINGEN KLINIKUM

Soziologie Durkheim

Suizid als Störung der Beziehung Individuum – Gesellschaft

- mangelndes Gemeinschaftsbewusstsein (egoistischer Selbstmord)
- zu gering ausgeprägte Individualität (altruistischer Selbstmord)
- Regel- und Grenzenlosigkeit (anomischer Selbstmord)


= authentische Emotionen als Kommunikation zwischen Individuum und Gesellschaft bzw. Anderen und als Zentrum der Person defizitär

UNIVERSITÄT TUBINGEN KLINIKUM

Lernpsychologie

Suizidalität als gelernte Konfliktstrategie
 Suizidalität als Zusammenbruch aller Konfliktstrategien


Mangel an erworbenen alternativen Konfliktlösungsstrategien (z.B. Emotionen)
 Provozierte Zuwendung statt wirklicher Kontakt



Suizidalität in der Pubertät

Initiationsritus zur Auflösung der Pubertätskrise? (Klosinski)

- Ich-Schwäche aufgrund psychischer Umstrukturierung
- Autonomie- und Identitätskrise
- Weltbild im Umbruch
- schwierige Kommunikation
- Phantasie der Objektverschmelzung (Regression, Todestrieb)




Einige häufige unzweckmäßige Bewältigungsversuche

Unkontrollierbares Schicksal

Kontrollversuche

- Rückzug (depressiv, autistisch, ...)
- Selbstverletzungen
- Manische Aktivität
- Zwänge
- Nahrungskontrolle
- Dissozial (Lügen, Diebstahl, ...)
- Alkohol und Drogen
- Unruhe (Hyperaktivität)
- Leistungsfixierung
- Suizid
- Paranoider Familienzusammenhalt




Stress

Akuter und kontrollierbarer Streß

- fördert Synaptogenese
- und adaptives Verhalten

Chronischer und unkontrollierbarer Streß

- Synapsenauflösung
- Transmitter-Depot-Entleerung
- Schrumpfung des Hippocampus (u.a. Zelltod)

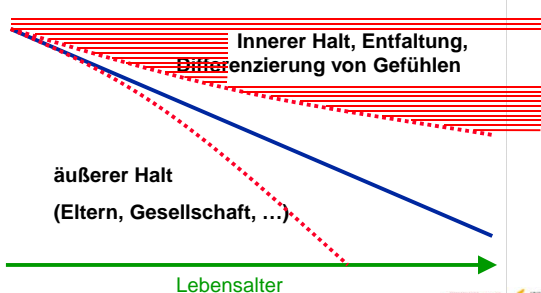



Halt und Entfaltung

Innerer Halt, Entfaltung, Differenzierung von Gefühlen

äußerer Halt (Eltern, Gesellschaft, ...)

Lebensalter


Suizidverhalten von Kindern und Jugendlichen

Suizidversuch:

- Symbolisierungsversuch mit zweifelhaften Mitteln
- Mädchen ist die Symbolisierung zugänglicher auch bei noch mangelhafter Integration der differenzierten Gefühle (einschließlich Scham und Schuld)
- typisch internalisierende Lösung (zumindest scheinbar)

Suizid:

- Zusammenbruch aller Symbolisierung
- liegt Jungs mit ihrem schwächeren Zugang zu Emotionen näher
- Suizid typisch externalisierend?
- hormonell bedingte heftigere Aktivität?



Suizid begünstigende Bedingungen

Vorbilder (Werther, Musikszene, ...)

chronische familiäre Kommunikationsstörungen

Kinder von depressiven Eltern

chronische Belastungen (z.B. Diabetes)

Verfügbarkeit von Mitteln (Bahnlinie, Waffen, ...)

➔

Cybersuicide

gefährlich im Zusammentreffen mit

UNIVERSITÄT TUBINGEN | UNIVERSITÄT KLINIKUM TUBINGEN

Werther-Effekt - heute

6.1 Durchschnittliche Anzahl der Suizide pro Tag in den Jahren 1976 bis 1984, jeweils ermittelt im Zeitraum vom 18. Januar bis 70 Tage später (J) sowie vom 24. Oktober bis 68 Tage später (O). Der Zeitraum J 1981 entspricht dem nach der ersten Ausstrahlung der Sendung, der Zeitraum O 1982 dem nach der zweiten Ausstrahlung (jeweils durch Doppelpfeile auf der x-Achse markiert). Die Zahl der Suizide nach den Sendungen (jeweils durch ein Sternchen markiert) liegt beim 5- bzw. 3,5-fachen der Standardabweichung des Mittelwerts, ist also sehr deutlich (nach Schmidke & Häfner 1986, S. 507, Abb. 4).

UNIVERSITÄT TUBINGEN | UNIVERSITÄT KLINIKUM TUBINGEN

Spiegel Online

22.02.2008 Drucken | Senden | Feedback | Merken

Tote Jugendliche in Wales

Unheimliche Selbstmord-Serie erschüttert Großbritannien

Aus Bridgend berichtet *Barbara Hans*

Alle waren jung, hatten Träume - und keine Perspektive. In einer Gemeinde im Süden von Wales haben sich binnen 13 Monaten mehr als 17 Jugendliche das Leben genommen. Waren Internet-Communitys schuld? Das ganze Land sucht jetzt nach Erklärungen. Und Schuldigen.

UNIVERSITÄT TUBINGEN | UNIVERSITÄT KLINIKUM TUBINGEN

Gefahren des Internets

PREIKESTOLEN - LYSEFJORDEN

Står du ved reisen hull, angret du ikke reisen mye av besvær.

UNIVERSITÄT TUBINGEN | UNIVERSITÄT KLINIKUM TUBINGEN

Gruppensuizid

Drei Jugendliche sprangen in den Tod
Der Gruppenselbstmord von Reichenbach

Von Hendrik Paul
14. September 2001

- In der Nacht zum Sonntag, dem 26. August 2001, haben sich drei Jugendliche aus Reichenbach im sächsischen Vogtland das Leben genommen.
- Michael M. (14 Jahre alt), Mike K. (17 Jahre) und René B. (18 Jahre) sprangen von der Göltzschtalbrücke, die Teil der Eisenbahnverbindung von Reichenbach nach Plauen ist, 78 Meter in die Tiefe und waren sofort tot. Der Jüngste und der Älteste hatten sich zuvor an den Handgelenken mit einem Seil aneinander gefesselt.
- Die gerichtsmedizinische Untersuchung ergab, dass sie weder unter Drogen noch unter Einfluss von Alkohol standen. Ebenso gibt es keine Hinweise auf ein Fremdverschulden. Todesursache war der Sturz aus großer Höhe.
- Aus zwei Abschiedsbriefen, die bei ihnen gefunden wurden, spricht ihre Lebensmüdigkeit. "Wir sind mit dem Leben nicht mehr zufrieden. Wir haben uns etwas Besseres darunter vorgestellt", heißt es in dem einen. "Ich hatte keinen Bock mehr auf das Scheiß Leben. Ich will nur noch weg", brachte der andere Brief die Hoffnungslosigkeit der drei Jungen auf den Punkt.
- Entsetzt und fassungslos blicken die Hinterbliebenen, die Einwohner der Stadt Reichenbach und natürlich die Politiker auf die Tat, ein Ausdruck allgemeiner Ratlosigkeit. Dies umso mehr, als alle drei für "sozial in keiner Weise auffällig" galten. Michael besuchte die neunte Klasse der Schule, zeichnete sich durch gute Noten und sportlichen Ehrgeiz aus. Mike war durch ein berufsvorbereitendes Jahr in Anspruch genommen, während René in einem Baubetrieb lernte.

UNIVERSITÄT TUBINGEN | UNIVERSITÄT KLINIKUM TUBINGEN

Vorbilder?

- Im Januar 1978 beendete Terry Kath, Gitarrist von "Chicago", sein Leben durch einen Kopfschuß beim Russisch-Roulett-Spielen.
- Otis Redding, Jim Croce, Marc Bolan und viele andere starben in Verkehrsmitteln.
- Elvis Presley starb am 16. August 1977.
- "Nimm, solange du was kriegen kannst. Lebe intensiv, liebe heftig, stirb jung", waren Kernsätze von Janis Joplin. Während der Produktion ihrer LP "Pearls" wurde sie am 4. Oktober 1970 heroingefügelt in einem Motelzimmer in Los Angeles aufgefunden.
- Jimi Hendrix starb an Erbrochenem aufgrund einer Barbituratvergiftung.
- Keith Moon (Gruppe Who) starb an einer Überdosis Rauschgift.
- Kurt Cobain (Nirvana) begann Selbstmord im April 1994
- Rozz Williams, der ehemalige Christian Death Sänger erhängte sich in seiner Wohnung in West Hollywood 1998. Er wurde 34 Jahre alt. Seine ersten Aufnahmen mit Christian Death machte er bereits zu Teenagerzeiten. Das Darkwave/Gothic-Image wurde er danach - trotz aller Bemühungen - nie wieder los.
- Es gibt noch zahlreiche weitere Beispiele: (Kevin Wilkinson, Brian O'Hara, Screaming Lord Sutch, William Tucker, Adrian Borland, Wendy O'Williams, Rozz Williams, Michael Hutchence)

UNIVERSITÄT TUBINGEN | UNIVERSITÄT KLINIKUM TUBINGEN

Differentialdiagnose und Komorbidität

Barth 2012 37



Begleitende psychiatrische Störungen bei Jugendlichen

Diagnosen:

- Depression bei > 60% der Fälle
- dissoziales Verhalten in ca. 50%
- Substanzmißbrauch in ca. 40-65%
- Angststörungen ca. 25%
- Schizophrenie ?

Persönlichkeitsmerkmale

- Irritierbarkeit, Impulsivität, Überempfindlichkeit, Kritikintoleranz
- Ängstlichkeit
- depressive Hintergrundsstimmung



Psychiatrische Krankheiten als Ursachen

männliche und weibliche Jugendliche

- ca. 50% akute Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung

nur männliche Jugendliche:

- 24% Psychose



Höchstes Risiko

Suizidalität ist am höchsten bei

Depression in akuter Erkrankungsphase, insbesondere bei Ersterkrankung (Nähe zur Psychopathologie)

Schizophrenie bei Wiedererkrankung (2. – 5. Wiedererkrankung) sowie bei suizidfördernder Psychopathologie

Alkoholabhängigkeit eher gegen Ende des Suchterkrankungsverlaufes

Wolffersdorf 2014



Kennzeichen von Suiziden bei Depression

Schwere der Depression

Todeswünsche, Suizidideen

Altruistische Ideen, die Welt sei ohne einen besser dran

Gedanken von Wertlosigkeit und Schuld

Gedanken von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit

körperlich erlebte Symptome insbesondere von quälender Schlaflosigkeit, Schwäche und Gefühllosigkeit, Appetit- und Gewichtsverlust sowie schwerer körperlicher Erkrankung

Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten

wahnhafte Ausprägung (Wahn, Halluzinationen, paranoide Ideen)

Komorbidität mit Drogen- oder Alkoholproblemen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen

Neigung zu Impulsivität und Aggressivität

Wolffersdorf 2014



Depression im Kindes- und Jugendalter

Depressionen beginnen meist im Kindes- und Jugendalter

erhöhtes Erkrankungsrisiko in betroffenen Familien
genetische Risiken

einzelne Gene haben relative begrenzte Effekte

protektive und pathogene Umweltfaktoren spielen entscheidende Rolle

Barth 2012 42



Entstehung der Depression

Vermeidung von Aggression
 Übernahme strenger Anforderungen an sich selbst

Depression als Entwicklungsschritt der Anerkennung des Getrenntseins bzw. des Gut- und Bösesseins

Überwindung der Depression setzt gute innere Objekte = gute Beziehungserfahrungen voraus

Barth 2012 43



Vorkommen der Depression bei Kindern und Jugendlichen

wird heute viel öfters als früher diagnostiziert

15% – 20% der Kinder und Jugendlichen erleiden bis zum 18. Lebensjahr mindestens eine depressive Episode

Anstieg vor allem nach dem 12. Lebensjahr

eine depressive Episode im Kindes- oder Jugendalter erhöht das Risiko für weitere depressive Episoden oder andere psychiatrische Störungen sowohl im Jugend- als auch im Erwachsenenalter

nachfolgend oft langfristige psychosoziale Beeinträchtigungen (Schule, Beziehungen zu peers etc.)

Barth 2012 44



Therapie der Depression

kreative Techniken zur Steigerung der Ausdruckskraft

körperliche Zugangswege zur Entwicklung eines differenzierten und stabilisierenden Selbsterlebens

Beziehungsangebote: stabilisierende von Alltagsbelastungen befreite therapeutische Begleitung

Integration in Schule, Ausbildung, Freizeitaktivitäten

Aufklärung und Anleitung der Angehörigen

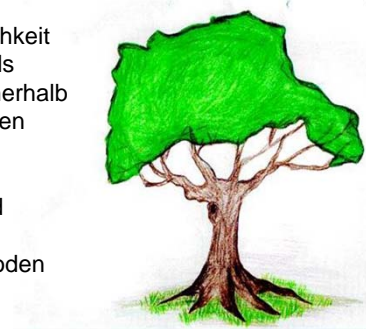
Barth 2012 45



Schizophrenie

Wahrscheinlichkeit eines Suizids > 5-15% innerhalb von 10 Jahren

grausame und endgültige Suizidmethoden



Risikogruppen bei Jugendlichen

Schizophrene Patienten

depressive Patienten

Drogen- und Alkoholabhängige

Alte und Vereinsame

Menschen die einen Selbstmord ankündigen

Menschen nach einem Suizidversuch (auch in der Familie)

familiäre Unerwünschtheit

„Sich Zusammenreißen“ von impulsiven und hocherregbaren Jugendlichen

nach schweren Unfällen

Barth 2012 46



Typen von aggressivem Verhalten

Fremdaggression oder Selbstaggression

Fremdaggression:

instrumentell – dissozial

impulsiv – feindselig

ängstlich – depressiv

Barth 2012 48



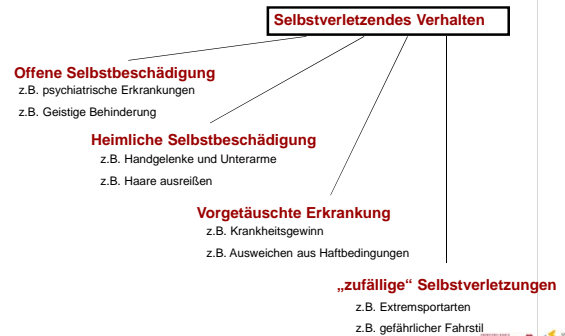
Selbstverletzungen sind weit verbreitet

Es gibt eine „Szene“, in der eine Mode / ein Kult des Selbstverletzenden Verhaltens gepflegt wird:
 Jugendliche mit relativ typischen Formen der Selbstverletzung
 Können sich gegenseitig anstecken
 Sind im Internet vernetzt
 Stellen nur einen Ausschnitt des Spektrums dar
 nicht voreilig aus dem Symptom auf die Befindlichkeit / Situation schließen

Barth 2012 49



Formen von Selbstverletzendem Verhalten



Barth 2012 50



Therapie / Prävention von Suizidalität

Barth 2012 51



Inhalte des Erstgesprächs

Offenes Ansprechen auf Suizidgedanken
 Offenlegen der persönlichen Geschichte der Suizidhandlungen
 Detailliertes Benennen der Suizidgedanken und Suizidhandlungen
 Verstehen der Problemlage und der Lösungsversuche
 Herstellen eines personalen Kontaktes zum Betroffenen
 Klärung der sozialen Ressourcen
 Klärung der psychischen Ressourcen
 Entscheidung über weiteres setting (ambulant-stationär)
 Festlegung des nächsten Zeitraums (Ich-Stütze)
 Herstellung einer emotionalen Verbindung zu Angehörigen und Freunden (beinhaltet auch begrenzte Schuld und Scham)
 Klärung der Notfall-Hilfe



Präsuizidales Syndrom

- erstes Stadium:
- Einengung
 - Überforderung
 - Bedrohung
 - negative Wahrnehmung von Geboten und Verboten
 - ...
- zweites Stadium
- Aggression mit Aggressionshemmung
 - ...
- = Mangel Integration von positiven und negativen Aspekten sowie von differenzierten Gefühlen

Barth 2012 52



präsuizidales Syndrom bei Kindern

Ohnmacht und geringer Selbstwert
 Einengung, Grübeln
 Initiativlosigkeit und Isolierung
 Aggressionsumkehr
 konkrete Vorstellungen über Suizid
 Dysphorie
 psychosomatischer Ausdruck

Löchel 1983, Ringel 1985

**Bei Jugendlichen aber auch häufig
spontaner plötzlicher Suizid!**



Ernsthaftigkeit des Suicidversuchs:

der Suicidversuch 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
 ausgeprägte Vorsätzlichkeit
 hinterlegte Nachricht
 ausbleibende Alarmierung Dritter nach dem Suicidversuch

Einschätzung akuter Suizidalität

- 1) Fragen nach Suizidalität: Konkret nach Todeswünschen; Suizidideen; Suizidabsichten; einschließende Suizidimpulse
- 2) Fragen nach Handlungsdruck, dabei Äußerung diesen kontrollieren zu können oder Angst vor Kontrollverlust
- 3) Fragen, ob Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit vorhanden
- 4) Fragen „will Hilfe“ oder „man kann mir sowieso nicht helfen“
- 5) Fragen: kann Patient auf Umsetzung aktueller Suizidideen für Therapie/Hilfe verzichten?
- 6) Fragen: Risikopsychopathologie für erhöhtes Suizidrisiko vorhanden?

Therapie

ambulante Behandlung möglich bei

- keine bedeutsame psychiatrische oder organische Grunderkrankung
- gute Compliance und Motivation bei Patient und Familie
- erster Suizidversuch
- weiche Methode
- erfahrene Therapeuten
- schneller Rückgang der Suizidgedanken nach dem Suizidversuch

Korrelationen zu jugendlichem Suizid / Suizidversuch

familiär:

- guter Familienzusammenhalt schützt
- Vernachlässigung, Gewalt, Mißbrauch gefährdet
- paradoxer und gleichgültiger Erziehungsstil gefährden
- frühe Heirat gefährdet

neurobiologisch

- Serotoninmangel mit gegenregulatorischer Vermehrung der Serotoninrezeptoren (Wirkung evtl. über verminderte Impulskontrolle)
- noradrenerges Transmittersystem?

Therapie

Medikamente:

- keine spezifischen Medikamente
- neuere Antidepressiva
- Neuroleptika
- selten: Lithium (Cave: Intoxikation)

◦ Cave:

Erhöhtes Suizidrisiko beim Absetzen

Therapie

Indikation zur stationären Behandlung:

- behandlungsbedürftige organische oder psychiatrische Grunderkrankungen
- wiederholter Suizidversuch
- harte Methoden
- geringe Compliance bei Patient oder Familie
- fortbestehende psychosoziale Belastungen
- zusätzliche Komplikationen, z.B. fortgesetzte Autoaggression
- fortbestehende Suizidalität

Prognose

unmittelbar nach Suizidversuch bei 80 % das präsuicidale Syndrom wesentlich schwächer, bei 10 % weiterhin hohe Suizidgefahr

25% mit erneuten suicidalen Handlungen (bei Erwachsenen 36%)

innerhalb 1 Jahr 10% erneuter Suizidversuch


4,3% späterer Suizid (Jungen 10%, Mädchen 2,9%)

Ablehnung psychotherapeutischer Hilfe durch 40-60% der Jugendlichen

nur 32% mit adäquater Nachsorge (Granboulan 1995)


zwei Drittel psychosozial gebessert

80% der Menschen mit Suizidversuch sterben eines natürlichen Todes



Hohes Wiederholungsrisiko:

männliches Geschlecht, insbesondere bei älteren Jugendlichen
frühere Suizidversuche
psychiatrische Störungen
Herkunft aus einer großen Familie
Alkoholismus in der Familie
gestörte Beziehungen zu Familienmitgliedern
Trennung von den Eltern
chronische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten
Alkohol- und/oder Drogenmißbrauch
soziale Isolation
schlechte Schulleistungen
depressive Tendenzen



Warnsignale

nicht geliebt fühlen

Isolation

Ängste

Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit

Grübeln


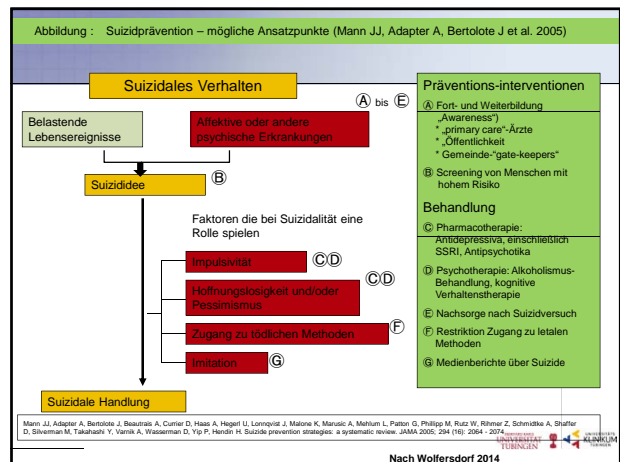
Teilnahmslosigkeit

Sehnsucht, weg zu sein

Leistungsabfall

Weglaufendenzen

Phantasien über „Danach“


Prophylaxe

lückenlose Betreuung nach Suizidversuch

lückenloses Netz an Hilfsangeboten

Schulung von Eltern, Lehrern, Jugendbetreuern, ...

Betreuung der Kontaktpersonen (Angehörige, Freunde, Jugendliche in der Schule und im Ort, ...) von Personen nach Suizid oder Suizidversuch



Suizidprävention

- **Identifikation erhöht suizidgefährdeter Personen und Gruppen** (z. B. depressiv Kranke, alte Männer, Menschen nach Suizidversuch)
- **Definition allgemeiner Risikogruppen** (z. B. psychisch Kranke, Menschen in Krisen, Menschen nach Suizidversuch, Menschen in besonderen Lebenssituationen: Migration, Arbeitslose, Homophile, u. a.)
- **Awareness-Programme zum Erkennen und Behandeln von Risikogruppen**
- **Verbesserung des Erkennens von Suizidalität** in der hausärztlichen, fachärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen sowie theologischen Versorgung
Weiterbildung von sog. Krisenteam (z. B. BRK, Notfallseelsorge)
- Erarbeitung von **Empfehlungen der Diagnostik, des Managements von Suizidalität**
- **Erarbeitung der Prinzipien von Suizidprävention/Krisenintervention** (z. B. Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, fürsorgliche Sicherung und Kontrolle, ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung)
- **Verbesserung der Langzeitbehandlung** (Psychotherapie, Prophylaxe) bei Suizidalität bzw. psychischer Krankheit und Suizidalität

Wolfersdorf 2014

Die 4 Säulen der personenbezogenen Prophylaxe

Beziehung

- * Suizidalität als Notsignal: Mensch in Not, braucht Hilfe

Diagnostik

- * Suizidalität: Ausprägung und Handlungsdruck
- * psychische Störung/Krankheit, Risikopsychopathologie und
- * Psychodynamik, -genese, Risikofaktoren

Management

- * „sichernde Fürsorge“/Kommunikation und Kontrolle: Betreuungsdichte, schützender Rahmen (amb./stat.)
- * rechtliche Aspekte (Einweisung gegen Willen), mechanische Sicherung

Akute Therapie

- * Krisenintervention (Gespräch, Entlastung, Psychopharmaka, Schutz)
- * Therapieplan und -beginn

Woltersdorf 2014



Wie unterstützt man Kinder und Jugendliche

Beziehungsangebot

Möglichkeit, dass sich Kind ausdrücken kann (verbal, spielerisch, malen, ...)

Kind soll sich ernstgenommen fühlen

Kinder und Jugendliche brauchen einen festen Rahmen um neue sinnvolle Erinnerungen aufzubauen

Kinder muß auch Getrenntheit, Unterschied zugemutet bzw. gewährt werden


Emotionen des Kindes / Jugendlichen müssen ausgehalten werden

Wiederholtes Gesprächsangebot ohne Bedrängen

Hether 2004



Auswirkungen eines Suizids

Kinder nach Suizid eines Elternteils

 Eine besondere Risikogruppe



Suizid eines Elternteils

In USA jährlich 7000 bis 12000 Kinder betroffen

In Tübingen ständig 1-2 Kinder stationär

25-30% der Kinder werden depressiv

Evtl. 40% mit PTSD

Zunächst Tod belastend

Später Todesart belastend



Belastungen nach Suizid eines Elternteils

Trauer

- Schuldgefühle, den Suizid nicht verhindert zu haben.
- Schuldgefühle den Suizid verursacht zu haben
- Selbstentwertung infolge der Missachtung durch den Suizid („das Überleben nicht wert gewesen zu sein“)
- Stigmatisierung als Kind eines Selbstmörders
- Wut auf den toten Elternteil
- Wut auf den überlebenden Elternteil als projektive Entlastung
- Projektionsfläche zu sein für die Wut anderer Überlebender
- Angst vor weiteren schrecklichen Ereignissen
- verlorenes Vertrauen, sicher geborgen zu sein
- Angst, die Veranlagung zum Suizid in sich zu tragen oder bei nahen Verwandten befürchten zu müssen
- ggf. eigene Erleichterung ohne Selbstanklage akzeptieren lernen
- Notwendigkeit einer Sinngebung des Geschehenen



Suizid eines Elternteils

führte zu

Schuldgefühle

Selbstentwertung und Scham

Wut

- Wut
- Projektion von Wut
- Projektionsfläche von Wut

Verlorene Geborgenheit

Angst



Suizid eines Elternteils

wird häufig versucht zu
verleugnen/verdrängen

und bleibt so
unbewältigt
und
psychodynamisch
wirksam

Suizid eines Elternteils

wird häufig versucht zu verleugnen/verdrängen.

Deshalb

Entwicklungsadäquate Mitteilung des Suizids

Hilfe zur Emotionsbewältigung

- Begleitung dieser Kinder
- Rechtzeitige Therapie