

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/031 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 409 - 421

Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

1. Klassifikation

In den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV ist Suizidalität ein Symptom, keine Diagnose. Mithilfe des Abschnitts über vorsätzliche Selbstbeschädigungen X60-84 der ICD-10 können die suizidalen Methoden klassifiziert werden. Die klinische, therapeutische und wissenschaftliche Bedeutung der Suizidalität ist allerdings größer als die mancher definierter psychiatrischer Diagnosen.

1.1 Definition

Der Begriff "Parasuizid" ist mittlerweile nicht mehr gebräuchlich und wird daher in dieser Leitlinie nicht mehr benutzt.

- **Suizidale Gedanken und Affekte** ("suicidal ideation"): Verbale und nicht verbale Anzeichen, die direkt oder indirekt Beschäftigung mit Selbsttötungsideen anzeigen ohne Verknüpfung mit Handlungen. Dies wird in oft passagerer Form bei ca. 8% der Kinder und bei mindestens 20% der Jugendlichen beschrieben. Bei psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen steigen die Zahlen stark an. Gezielte und konkrete Planungen erfordern bereits therapeutische Interventionen (II).
- **Suizidversuch** ("suicide attempt"): Suizidversuche haben unterschiedlichen Schweregrad: bei leichteren Schweregraden überwiegt häufig der interaktive Charakter. Zur Suizidalität im weiteren Sinne gehören außerdem eher passive oder vermeidende Verhaltensweisen wie Rückzug (parasuizidale Pause) oder Weglaufen. In epidemiologischen Studien wurden Suizidversuch-Häufigkeiten von 0,2-18% ermittelt. In verschiedenen Inanspruchnahmepopulationen finden sich Häufigkeiten von 30-60% (III).
- **Suizid** ("suicide"): Gezielte und bewusste Handlung mit der Absicht oder der Inkaufnahme, das Leben zu beenden. Tödlicher Ausgang.

Folgende Definitionen sind erst im Erwachsenenalter von Bedeutung:

- Bilanzsuizid: Kognitiv resümierender Suizid (versus Suizid in affektiv-impulsiven Belastungs- und Versagensituationen)
- Suizidpakt/Doppelsuizid: wird gemeinsam von (Ehe-)Partnern in weitgehend freiwilliger Übereinkunft vereinbart
- Erweiterter Suizid: meist mit pseudoaltruistischer Motivation der zentralen Person (z.B. nehmen Eltern in vermeintlich fürsorglicher Absicht ihre Kinder mit in den Tod)
- Massensuizid: kollektive Selbsttötung größerer Gruppen in subjektiv oder objektiv auswegloser Situation, zuletzt vorwiegend bei radikalen Sekten.
- Antizipatorischer Suizidversuch: Im Kindes- und Jugendalter findet man häufig den antizipatorischen Suizidversuch aus Angst vor der Zukunft und den damit verbundenen Belastungen. Aufgrund von Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstunsicherheit entsteht die suizidale Überzeugung, zukünftigen Belastungen nicht gewachsen zu sein.

1.2 Leitsymptome

Jede Handlung, die unmittelbar lebensbedrohlich ist, kann zur Suizidalität gehören. Traditionell werden unterschieden:

- Harte Methoden (Erhängen, Erschießen, Erstechen, Sprung aus der Höhe, Legen/Werfen auf Bahnschienen, Ertrinken, Strom)
- Weiche Methoden (Einnahme von Substanzen wie Medikamente oder Drogen, Schnittverletzungen, Einatmen von Gas)

Eng verknüpft mit Suizidalität sind:

- Verbale Ankündigungen (Hilferuf, Appell, Drohung)
- Präsuizidales Syndrom (affektive Einengung, Aggressionsstau, Wendung der Aggression gegen die eigene Person, suizidale Phantasien). Das präsuizidale Syndrom ist zumindest bei Kindern und Jugendlichen kein regelmäßig zu erkennendes Leitsymptom, da suizidale Gedanken und Handlungen auch in einem Klima der Impulsivität und Panik akut werden können (V).

Bei Suiziden sind harte Methoden wesentlich häufiger. Bei Suizidversuchen dominieren Tablettingestionen mit Schmerz- und Schlafmitteln (II, III). Weichen Methoden unterstellt man gemeinhin eine geringere Ernsthaftigkeit, was meistens, aber nicht immer zutrifft.

1.3 Schweregradeinteilung

Nach intrapsychischen Kriterien

- Hoch (Todeserwartung)
- Mittel (Ambivalenz)
- Niedrig (keine gezielte Intention)
- Keine (Abwesenheit einer Selbsttötungsabsicht)

Die man aus Berichten von Überlebenden weiß, bleibt auch bei schweren Suizidversuchen bis zuletzt häufig eine gewisse Ambivalenz bestehen, die kurz vor der Handlung allerdings in den Hintergrund tritt. Eine spezifische Kategorie der Suizidversuche und Suizide ist bei Schizophrenen anzutreffen, da die Handlungen teilweise nur durch intrapsychische Stimuli ausgelöst werden (z.B. imperative Stimmen, schwere Wahnsymptome) und dadurch für Außenstehende völlig unberechenbar sein können (III).

Nach äußeren Kriterien

Hoher Schweregrad

- Harte Methoden
- Hohe Substanzdosis
- Gezielte Auswahl oder Hortung gefährlicher Substanzen mit objektiver Gefährdung
- Wirkung des Mittels wird subjektiv als sicher lebensgefährlich eingestuft und ist auch objektiv gefährlich.
- Lebensrettende Entdeckung unwahrscheinlich
- Geringer appellativer Aspekt

Mittlerer Schweregrad

- Vorwiegend weiche Methoden
- Mittlere Substanzdosen
- Vorwiegend subjektive Gefährdung
- Lebensrettende Entdeckung möglich
- Appellative Aspekte vorhanden

Leichter Schweregrad

- Weiche Methoden
- Niedrige Substanzdosen
- Substanzen mit niedriger Gefährdung
- Lebensrettende Entdeckung wahrscheinlich
- Ausgeprägter appellativer Aspekt

1.4 Untergruppen

Ausschließlich suizidale Gedanken und Affekte

Sie sind besonders bei Kindern von Bedeutung, da Suizidversuche und Suizide in dieser Altersgruppe noch kaum auftreten (II). Wichtige prognostische und prädiktive Symptome, vor allem bei längerem Andauern (III).

Suizidversuch

Suizidversuche sind am häufigsten bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und beim weiblichen Geschlecht (III).

Suizid

- Auch der Suizid hat eine partiell appellative Funktion (Abschiedsbrief). Suizide nehmen während des Jugendalters stark zu, sind aber am häufigsten bei Erwachsenen und älteren Menschen (II).
- Suizide unterscheiden sich in vielen Teilaspekten von Suizidversuchen. Die Opfer sind älter, gehören häufiger dem männlichen Geschlecht an, und das Spektrum der Suizidmethoden tendiert zu härteren Mitteln. Viele Befunde sprechen dafür, dass sich die Populationen der Personen mit Suizidversuchen und der Personen mit vollzogenen Suiziden nur zum Teil überschneiden (III).
- Unter den Drogen- und Verkehrstoten befindet sich ein nicht genau bekannter und vermutlich regional schwankender Anteil von Suiziden (ca. 10-20%).

1.5 Ausschlussdiagnose

Nicht zur Suizidalität zählen:

- Automutilation, Selbstverletzung oder autoaggressives Verhalten ("self-deliberate harm"). Dies ist die wichtigste Differenzialdiagnose, obgleich sich Automutilation und Suizidalität vor allem im Verlauf häufig vermischen.
- Anorexia nervosa
- Chronischer Substanzmissbrauch
- Riskanter Lebensstil (z.B. Extremsportarten)
- Politisch oder religiös motivierte Opfertode

- Schwer einzuordnen sind die seltenen Selbsttötungen während manischer Phasen.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Der Suizidversuch ist eine der wichtigsten Indikationen für die psychiatrische Krisenintervention und Akutbehandlung (s. Abb. 64). Am Beginn stehen die ausführliche Eigen-, Fremd- und Familienanamnese.

Ziele der Anamnese

Auffinden von subjektiven und objektiven Belastungsfaktoren

- Akute oder chronische Beziehungskrisen
- Verlusterlebnisse
- Geringe Ressourcen für emotionelle Unterstützung
- Suizidversuche und Suizide im Umfeld
- Vernachlässigung und Misshandlung
- Akute und chronische Defizite der kognitiven und sozialen Kompetenzen
- Akute oder chronische Überforderung in Schule, Beruf und Familie

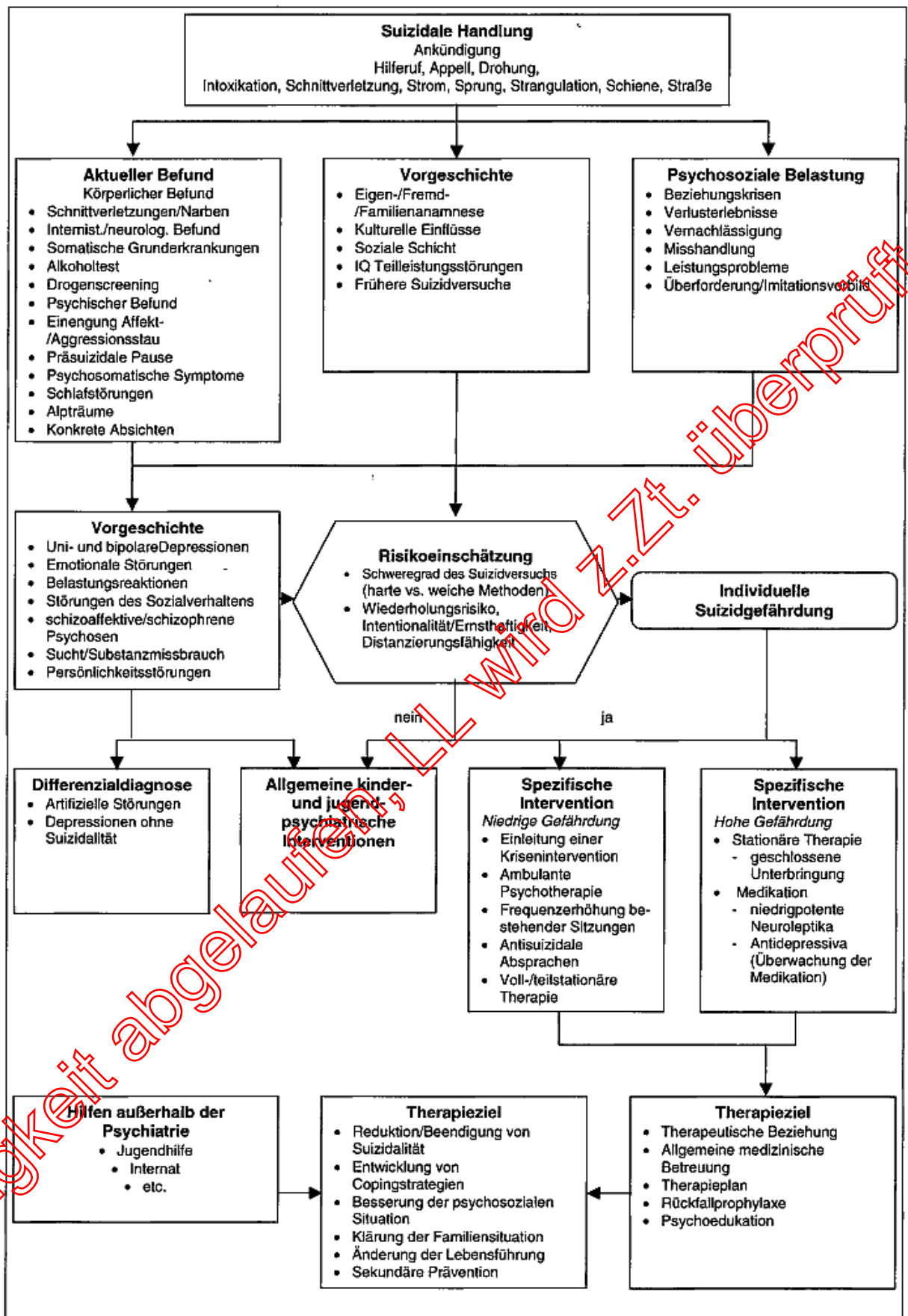
Einschätzung des Risikos wiederkehrender suizidaler Handlungen

Die Risikoeinschätzung ist die zentrale Aufgabe und das Ziel der Diagnostik. Folgende Kriterien sprechen für ein hohes Risiko:

- Vorhergegangene Suizidversuche
- Harte Methoden
- Andauernde Belastungen im psychosozialen Umfeld
- Keine nachhaltigen Problemlösungen
- Haltlose Versprechungen der Angehörigen
- Nachvollziehbarkeit im Sinne von verstehbaren, aber unbewältigbaren Belastungen
- Hohe Intentionalität und Ernsthaftigkeit
- Geringe Distanzierungsfähigkeit
- Anhaltende Insuffizienzgefühle, Hoffnungslosigkeit
- Neigung zu impulsiven Handlungen
- Nicht ausreichend behandelte schwere psychische Störungen.

Abb. 64: Untersuchung und Behandlung der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft



2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Suizidale Gedanken kommen bereits bei Kindern vor, führen dann jedoch nur selten zu suizidalen Handlungen (II). In Deutschland werden jährlich maximal 10 Suizide im Kindesalter aufgefunden. In vielen anderen Ländern bestehen ähnliche Verhältnisse.

Die Gründe für die niedrige Suizidrate bei Kindern liegen an einer Vielzahl bislang nur zum Teil nachgewiesener entwicklungspsychologischer Teilursachen:

- Unfähigkeit, Wesensmerkmale von Leben und Tod eindeutig zu erkennen (vor allem bei kleinen Kindern)

- Unsicherheit, gefährliche und ungefährliche Methoden zuverlässig zu diskriminieren
- Unsicherheit, zielführende Handlungen zu planen und durchzuführen
- Geringere Kompetenz zu Ich-Reflexion und damit im negativen Fall zu Selbstentwertung
- Geringerer Schweregrad und kürzere Dauer psychischer Störungen
- Die typische Koppelung von Suizidalität mit umschriebenen psychiatrischen Erkrankungen wie im Erwachsenenalter ist vor allem bei Kindern, aber auch Jugendlichen weniger ausgeprägt. Trotzdem zählen aber vor allem bei den Suiziden psychische Störungen auch im Kindes- und Jugendalter zu den prädisponierenden Faktoren (bei Jugendlichen bis zu 90%, III). Suizidversuche im Jugendalter können das erste Zeichen einer beginnenden und dann in unterschiedlichem Ausmaß anhaltenden psychischen Störung sein. Neben der Krisenintervention ist deshalb vor allem unter präventiven Gesichtspunkten den beginnenden und vorhandenen psychischen Störungen Beachtung zu schenken, da diese häufig zu den Faktoren gehören, die die längerfristige Prognose der Suizidalität bestimmen.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Akute, andauernde oder rezidivierende uni- und bipolare depressive Verstimmungen
- Belastungsreaktionen (auch posttraumatische)
- Störungen des Sozialverhaltens (insbesondere erhöhte Impulsivität)
- Nikotin-, Cannabis- und Alkoholkonsum sowie andere Formen des Substanzmissbrauchs
- Angststörungen und andere emotionale Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Syndrom, narzisstische Persönlichkeitsstörung)
- Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen
- Sexuelle Deviationen aller Art. Dazu gehören sowohl homosexuelle Orientierungen (die nicht als psychische Störungen gelten) als auch alle anderen, eher dem psychiatrischen Bereich zugehörigen Syndrome wie Transvestitismus, Transsexualität etc. (III).

An begleitenden Diagnosen sind zu erwarten:

- Depressionen in ca. 2/3 der Fälle (I)
- Ausagierendes, dissoziales Verhalten in ca. 50% der Fälle (abhängig von der Selektion der Stichprobe) (II)
- Substanzmissbrauch ca. 40-65% der Fälle (I)
- Angststörungen ca. 25% der Fälle (II)

An Persönlichkeitsmerkmalen sind zu erwarten (II):

- Abnorme Irritierbarkeit, Impulsivität, Überempfindlichkeit, Kritik- und Frustrationsintoleranz
- Exzessive Ängstlichkeit gegenüber kommenden Ereignissen
- Chronische depressive Grundstimmung

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Suizide gehören zu den häufigsten unnatürlichen Todesursachen im Kindes- und Jugendalter (II). Die Daten des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden belegen zwar, dass die Gesamtsuizidzahl in Deutschland in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken ist. Nach einem Hoch in den 1970er Jahren mit ca. 20 000 Suizidtoten in Gesamtdeutschland liegt die aktuelle Zahl von 2004 bei immer noch 10 733 Suiziden, davon 242 vor dem zwanzigsten Lebensjahr (188 männl., 54 weibl.). In anderen Ländern sind die Entwicklungen zum Teil ähnlich (z.B. Österreich, Schweiz, Schweden), zum Teil aber auch recht unterschiedlich (z.B. Großbritannien, Australien). Die Dunkelzifferproblematik ist eine bislang unlösbare methodische Einschränkung der epidemiologischen Angaben, ebenso der Einfluss moderierender Variablen wie etwa der Sektionshäufigkeit.
- Unter dem Alter von 12 Jahren sind Suizidversuche und vor allem Suizide sehr selten (II). Hintergrundbedingungen (s. Kap. 2.1) von Unfällen bei Kindern, die sich ungewollt verletzen oder fälschlich etwas Gefährliches schlucken, sind oft ähnlich wie bei suizidalen Handlungen.
- Suizidversuche sind unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (im Gegensatz zum höheren Lebensalter) weit häufiger als Suizide und betreffen häufiger Mädchen und Frauen (Zahlen der europäischen Multicenter-Studie/Erfassungsregion Würzburg bei 15- bis 19-Jährigen: 127/100 000 männl., 376/100 000 weibl., Durchschnitt über alle Altersgruppen 66/100 000 männl., 102/100 000 weibl., II).
- Die interaktive und appellative Funktion des suizidalen Verhaltens führt zu Empathie, Trauer oder Ärger im psychosozialen Umfeld, kann aber auch imitatives Verhalten induzieren ("Werther-Effekt"). Die Darstellung aktuellen suizidalen Verhaltens von berühmten Persönlichkeiten in den Medien oder suggestive Spielhandlungen in Film und Fernsehen können ebenfalls "ansteckend" wirken (III).
- Chronische familiäre Kommunikationsstörungen sind unspezifische, aber wichtige Belastungsfaktoren für erhöhte Suizidalität (II).
- Eine besondere Risikogruppe sind die Kinder von depressiven Eltern. Unter jenen finden sich gehäuft depressive und suizidale Symptome (II).
- Begünstigend und für die Auswahl oft bestimmend ist die Verfügbarkeit von Mitteln und Methoden, die zu Suizidversuchen und Suiziden verwendet werden (z.B. Schusswaffen; Bahnlilien; II).
- Von zunehmender, noch nicht abschätzbarer Bedeutung für die "Szene" wird das Internet unter dem Stichwort Cybersuicide. In speziellen Chatrooms nehmen suizidgefährdete (suizidinteressierte?) Jugendliche anonym Kontakt miteinander auf. Dabei kann Suizidalität ausagiert und reduziert, aber auch angestachelt und aufrechterhalten werden. Einzelne Suizide nach derartigen Kontakten sind nachgewiesen (V).
- Wie bei vielen anderen Störungen ist oft nicht allein das Ausmaß einer psychosozialen Belastung ausschlaggebend, das zur Suizidalität führt, sondern das Zusammentreffen mit mangelnden individuellen Verarbeitungs- und Problemlösungsfähigkeiten und mit der ungenügenden Nutzung familiärer Ressourcen (III).

Neurobiologie

Aufgrund der Heterogenität der Suizidalität ist nicht davon auszugehen, dass mit einem einzigen neurobiologischen Modell sämtliche Formen der Suizidalität erklärt werden können. Die meisten Untersuchungen, zum Teil auch mit positiven Befunden, sind zum Serotonin-System durchgeführt worden. Bei Suiziden und schweren Suizidversuchen sind Verminderungen von Serotonin bzw. Serotonin-Abbauprodukten im Liquor ermittelt worden. Allerdings ist die Befundlage kontrovers und die Bewertung der Befunde unsicher (III).

Genetik

Die meisten genetischen Studien untersuchten Suizidalität im Kontext mit koexistenten psychischen Störungen. Dabei fanden sich Anhaltspunkte, die für eine gewisse genetische Disposition sprechen. Es ist allerdings offen, ob sich dieser genetische Aspekt mehr auf die zugrunde liegende psychische Störung oder auf die Suizidalität selbst bezieht.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Ein allgemeines Laborscreening unter Einschluss üblicher Parameter (Blutbild, BKS, Leberwerte, Elektrolyte, Urinstatus etc.) ist sinnvoll, um fakultative organische Grunderkrankungen erkennen zu können.
- Screening-Untersuchungen auf Alkohol, Drogen und Medikamente sollen durchgeführt werden, da oft nicht alle eingenommenen Substanzen angegeben bzw. namentlich erinnert werden.
- Die Durchführung von Depressionsfragebögen und von Rückfallfragebögen ist auch als weiterführendes Dialogmittel sinnvoll (bei Hinweisen auf schulische Leistungsprobleme auch Untersuchung der intellektuellen Leistungsfähigkeit). Der Einsatz von Dokumentationsbögen suizidalen Verhaltens ist hilfreich, um keine relevanten Gesichtspunkte zu übersehen.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Entfällt. Automutilatives Verhalten sowie Unfälle sind auszuschließen.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Die Durchführung eines EEG ist empfehlenswert. Umfangreiche neuroradiologische Verfahren (CT, NMR) oder sonstige Untersuchungen sind in den meisten Fällen routinemäßig nicht indiziert.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Wichtig ist die genaue Fremdanamnese als Ausgangspunkt der Krisenintervention und Risikoeinschätzung in folgenden Punkten:

- Individuelle Symptomatik (Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Impulsivität, Substanzmissbrauch)
- Psychosoziale Belastungen (s. Kap. 2)
- Aktuelle Konflikte: ¼ der Betroffenen haben Konflikte mit der Familie oder Freunden (eher beim weiblichen als männlichen Geschlecht); seltener sind Schulprobleme, Verluste, Misshandlung, Sucht; bis zu 1/3 zeigen jedoch keine klaren Auslöser (III).

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Grad der Isolation zum aktuellen Zeitpunkt:

- Bestand eine Interventionsmöglichkeit von außen, z.B. rechtzeitige Auffindung?
- Handlungen, die auf Planung schließen lassen?
- Zweck: Interaktiver Effekt sichtbar? Wem gegenüber sollte was bewirkt werden?
- Woher stammt das Suizidmittel? Nimmt jemand, z.B. in der Familie, das Mittel in welcher Art?
- Vorbilder (Bekannte Suizidalität im engen Umfeld)?
- Ausmaß der inneren Autonomie.

Umschriebene Entwicklungsstörungen

Wenn umschriebene Entwicklungsstörungen zu schulischen oder sozialen Misserfolgen oder zu Versagensängsten führen, können sie auch Suizidalität mitbedingen bzw. begünstigen.

Intelligenz. Eine gut durchschnittliche oder höhere Intelligenz schützt nicht vor Suizidalität, ist aber als allgemeiner protektiver Faktor und als Grundlage für die Entwicklung von Coping-Strategien und Perspektivenklärungen von Wert.

Körperliche Erkrankungen. Schwere und chronische körperliche Erkrankungen gehören zwar zu den Risikofaktoren der Suizidalität im Erwachsenenalter, bei Kindern und Jugendlichen ist dieser Effekt jedoch wesentlich geringer ausgeprägt.

Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände. Mangel an Wärme, Vernachlässigung, Ablehnung, Misshandlung, Missbrauch, unzureichende elterliche Aufsicht oder Steuerung, Streit unter den Erwachsenen, Suizidalität und Depressivität der Bezugspersonen sind wesentliche Risiken für erhöhte Suizidalität.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Diagnostisch muss zunächst die Akuität der Suizidalität (begleitende psychische Symptomatik, Heftigkeit der

Letalitätsabsicht, Arrangement und Art der verwendeten Mittel) abgeschätzt werden, sodann die etwaigen auslösenden Lebensereignisse ("Warum hier und jetzt?") und die belastenden wie helfenden Umfeldfaktoren. Das erste therapeutische Ziel ist die Reduktion und Beendigung suizidaler Gedanken und Handlungen. Daran schließen sich Interventionen an, die individuelle Problemlösungskompetenz fördern und Coping-Strategien entwickeln helfen sollen. Das multimodale Prozedere unter Einschluss diagnostischer, psychotherapeutischer, Medikamentöser und sozialpsychiatrischer Verfahren dient dazu, weitere suizidale Krisen zu verhindern (Postvention bzw. sekundäre Prävention).

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen Prävention, Krisenintervention, Therapie und Postvention (sekundäre, tertiäre Prävention). Dabei sind unterschiedliche Settings erforderlich.

Prävention

Prävention im Sinne der primären Suizidprophylaxe stellt nach wie vor ein Problem dar.

Grundsätzlich gibt es 2 Hauptrichtungen der primären Suizidprävention, die vermutlich nur in Kombination voll wirksam sind.

- Die gezielte Form der primären Suizidprävention richtet sich an Hochrisikogruppen, die sich im Erwachsenenalter über disponierende psychische Störungen (Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung) leichter definieren und behandeln lassen als im Kindes- und Jugendalter. Durch verbesserte medikamentöse Behandlung und intensivere Begleitung der Betroffenen nach stationären Behandlungsepisoden lassen sich bereits erhebliche Verbesserungen herbeiführen (III).
- Die universale Form der primären Suizidprävention wendet sich an die Allgemeinbevölkerung und will ein weites Spektrum von gefährdeten Menschen erfassen (IV); nationale oder regionale Präventionsprogramme, die mancherorts vorhanden sind, verfolgen solche Absichten mit unterschiedlichen Ansätzen.
- Beide Ansätze bedürfen der Mitarbeit von Hausärzten, Pädagogen, Lehrern und anderen primären Kontaktpersonen, da zumindest klinische Psychiater für die Prävention zu spät angesprochen werden.
- Ein zusätzliches Modul ist die Zusammenarbeit mit den Medien, die durch adäquate Berichterstattung bzw. direkte Unterstützung der allgemeinen Suizidprävention in essenzieller Form Anteil nehmen können.

Im Kindes- und Jugendalter werden Präventionsprogramme im schulischen Rahmen präferiert. Dabei haben allgemeine Aufklärungskampagnen möglicherweise weniger Erfolg als eine intensivere Betreuung von belasteten Jugendlichen. Die Ergebnisse sind aber - wie in der gesamten Präventionsforschung - umstritten und uneinheitlich, teilweise aufgrund von methodischen Beschränkungen (Probleme der Randomisierung, geringe Einschätzbarkeit von Langzeiteffekten etc., III).

Krisenintervention

Das unmittelbare Vorgehen bei akuter Suizidalität, insbesondere nach Suizidversuch, wird üblicherweise als Krisenintervention bezeichnet. Ein wesentlicher Anteil dabei ist der Erstkontakt zu den Suizidgefährdeten. Für den direkten Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen gelten folgende Richtlinien:

- Frühzeitige Kontaktaufnahme nach der suizidalen Handlung
- Adäquater Rahmen für eine ausführliche Aussprache bzw. Untersuchung
- Vermeiden von Schuldvorwürfen und direktes Ansprechen der Problematik
- Genaue Definition von Art, Intensität und Dauer der suizidalen Verhaltensweisen
- Besprechung von Hilfe- und Therapiemöglichkeiten und genaue Festlegung des nächsten Behandlungskontaktes mit Vereinbarung weiterer Kontakte (bei ambulanter Behandlung)
- Erfassen und Benennen persönlicher Bezugspersonen sowie Absprache über Notrufmöglichkeiten

Normalerweise sollte die Krisenintervention in eine zumindest kurze Fokalthherapie übergehen, was allerdings nur zu einem gewissen Anteil gelingt. Dies liegt sowohl an der schwankenden Motivation der Betroffenen selbst als auch an insuffizienten Behandlungsbedingungen.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Erkennung von suizidalen Gedanken im alltäglichen Kontext, in laufenden Therapien oder bei Vorstellungen aus anderen Gründen.

- Sie ist abhängig von der Mitteilungsbereitschaft der Betroffenen, nicht minder aber vom Gespür der Erwachsenen aus dem Umfeld. Den Eltern, älteren Geschwistern, Verwandten und der Schule (Klassenlehrer, Vertrauenslehrer, Ausbilder, Jugendleiter) kommt hier große Verantwortung zu. Grundsätzlich stellen alle Kinder und Jugendlichen mit dauerhaft belastenden Lebensbedingungen eine Risikogruppe für Suizidalität dar.
- In der Regel ist in diesen Fällen eine ambulante Untersuchung und Behandlung ausreichend. Lange Anfahrtswege, Wartezeiten oder ungünstige bzw. nicht beeinflussbare soziale Umstände können auch hier für eine vorübergehende stationäre Behandlung sprechen.

Suizidversuche erfordern je nach Ausprägung unterschiedliche Vorgehensweisen.

Zu Beginn erfolgt eine kurze organmedizinische Phase, falls erforderlich (Wundversorgung, Ausnüchterung, Detoxikation), überlappend mit psychiatrischer Beurteilung und Krisenintervention.

Die Behandlung der Suizidalität im Stufenmodell

- Behandlung der Suizidalität an sich
- Hintergrundfaktoren erkennen und beeinflussen
- Behandlung der begleitenden psychischen Symptomatik.

Initiale Phase/Erkennung der Umstände

- Durcharbeitung der Probleme und Hilfe zur Rückbildung der akuten Symptome
- Bearbeitung von Struktur und Inhalt innerpsychischer Konstellationen: Selbstentwertung, Schuldgefühle, Verluste, Bestrafungsbedürfnis
- Unterstützende aktivierende Therapie: Auffinden von alternativen Problemlösungsstrategien (von denen die suizidale Handlung nur eine von mehreren möglichen war)
- Aufbau von Integrationshilfen (Familie, Gruppe, Schule).

Behandlung besonderer Problemfelder

- Impulsivität, überstarke Ängstlichkeit gegenüber bevorstehenden Belastungen
- Entwertung persönlicher Beziehungen und Wertvorstellungen
- Entwicklung von Alternativplänen bei der Problembewältigung
- Bearbeitung zugrunde liegender Absichten der suizidalen Handlung: Abschalten, Flucht, Ruhe, Appell, Erpressung, Hilfesuchen mittels gewagtem Manöver.

Kognitive Strategien

- Erfassung, Bewusstmachung und Bearbeitung rasch und scheinbar automatisch ablaufender Gedankengänge
- Bewusstmachen bisheriger destruktiver Strategien, insbesondere der Einengung auf suizidale Gedanken und Handlungen. Entwicklung alternativer Lösungsmöglichkeiten
- Aufdeckung negativer Filterung (Einstellungen) von sozialer Wahrnehmung aus der Umgebung, die zur weiteren Verstärkung der negativen, auf sich bezogenen Wahrnehmung führt ("Alle sind gegen mich").

Pragmatik der Durchführung

- Protokollierung laufender Ereignisse und der Art der Verarbeitung
- Trennen von "Wie" und "Warum"
- Reduktion dysfunktioneller Gedanken
- Überprüfung der Realität und Konfrontation mit eigenen Gedanken
- Definition neuer Ziele in der Problembewältigung.

Ziele der Intervention

- Stärkung der inneren Autonomie
- Verminderung zu enger Anbindung an Personen (Klammern)
- Verminderung der einseitigen Wahrnehmung (verlangt prompte Intervention und hohe Aufmerksamkeit des Therapeuten)
- Verminderung der globalen, wenig differenziert wahrgenommenen Bedrohung durch die Außenwelt
- Einbeziehen der Schlüsselpersonen
- Realistische Einschätzung von vorschnellen Versprechungen als Reaktion auf die suizidale Handlung (verhindert das Denken in Alternativen)
- Vermeidung unerwünschten Verhaltens durch Kanalisierung der Art der Zuwendung.

Behandlung der Hintergrundfaktoren

- Einbeziehung der Familie (Kontraindikation: Desorganisierte Familie mit vielen depressiven Mitgliedern)
- Gruppentherapie (Kontraindikation: Gruppe mit chronisch krisenanfälligen Personen)
- Herausnahme aus dem bisherigen Umfeld (Kontraindikation: Unterbringung in problematischer Umgebung, z.B. Wohngruppe mit suizidalen Bewohnern)
- Beachtung drohenden Therapieabbruchs bei mangelnder Compliance (feste Termine vereinbaren)
- Zugang zu weichen Methoden kontrollieren.

Die besten empirischen Belege für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zur Reduzierung von Suizidalität stammen von der kognitiven Verhaltenstherapie, der Interpersonalen Therapie (IPT), der Dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) sowie von psychodynamischen und familientherapeutischen Vorgehensweisen (III). Teilweise liegen spezielle Therapiemanuale für Jugendliche vor (IPT, DBT).

Psychopharmakologische Behandlung

Zurückhaltung ist geboten bei der Verschreibung einer Medikation, die nicht überwacht werden kann und potenziell gefährlich ist. Dazu zählen prinzipiell alle, vor allem antriebssteigernde Antidepressiva (zumindest am Beginn der Behandlung, wenn die Antriebssteigerung der Aufhellung der Stimmung zuvorkommt - cave Aufklärung der unmittelbaren Bezugspersonen, erhöhte Überwachung). Benzodiazepine sind bei Hinweisen für ein Suchtverhalten nicht indiziert. Für atypische Neuroleptika gibt es Hinweise für antisuizidale, z.T. auch phasenprophylaktische Effekte. Ähnliches gilt auch für Lithium und andere Stimmungsstabilisatoren.

Sollten diese Medikamente noch nicht für Minderjährige zugelassen sein, müssen Jugendliche und Eltern speziell aufgeklärt werden (Off label use). Alternativ und wirkungsverstärkend können niederpotente Neuroleptika eingesetzt werden.

Postvention

Die längerfristige Aufrechterhaltung von Kontakten zu suizidgefährdeten Menschen (jedweden Alters), längerfristige und individuell angepasste Therapien sowie die Verhütung bzw. Bearbeitung von Suizidversuch-Rezidiven ist eine wichtige und schwierige Aufgabe. Hier wiederholen sich die meisten Themen, die im Therapieteil aufgeführt worden sind.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Eine ambulante psychotherapeutisch-psychiatrische Akutbehandlung kann unter folgenden Kriterien durchgeführt werden:

- Fehlen bedeutsamer organischer oder psychiatrischer Grunderkrankungen
- Gute Compliance und Motivation bei Patient und Familie
- Erstmaliger Suizidversuch
- Anbindung an erfahrene Therapeuten
- Weiche suizidale Methoden
- Baldiges Sistieren suizidaler Gedanken und Handlungen nach dem Suizidversuch.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Eine teilstationäre Behandlung von akut suizidalen Kindern und Jugendlichen kann eine stationäre Behandlung nicht ersetzen, vor allem nicht bei belastenden familiären Verhältnissen. Bei adäquater Indikation kann der teilstationäre Rahmen eine Entlastung von Patient und Familie ermöglichen. Allgemeine psychotherapeutische Verfahren zur Etablierung von verbesserten Coping-Strategien sind ebenfalls teilstationär möglich.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Eine stationäre Krisenintervention sollte bei folgenden Konstellationen erfolgen:

- Behandlungsbedürftige organische oder psychiatrische Grunderkrankungen
- Wiederholter Suizidversuch
- Harte Methoden
- Geringe Compliance und Motivation bei Patient und Familie
- Fortbestehende psychosoziale Belastungen
- Zusätzliche Komplikationen, z.B. fortgesetzte autoaggressive Handlungen oder andere begleitende Komplikationen
- Perakute Suizidalität.

Bei anhaltender akuter Suizidalität ist auch im Kindes- und Jugendalter eine geschlossene Unterbringung erforderlich. Änderungen im Gefährdungszustand sind zu dokumentieren.

Die Betreuung der Freunde und Angehörigen bei vollzogenem Suizid wird noch gelegentlich vernachlässigt, ist aber gerade aufgrund suizidpräventiver Gesichtspunkte (Imitation, Folgesuizide) notwendig. Dies gilt besonders für geschlossene Gemeinschaften wie Schulklassen, Klinikstationen oder Peergroups.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Bei schizophrenen, ausgeprägten affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist eine längerfristige Medikation indiziert. Deren Zuverlässigkeit muss durch begleitende einzel- und familientherapeutische Maßnahmen ergänzt werden, die im Wesentlichen durch die individuelle Problematik bestimmt wird.

Bei anhaltenden Belastungsfaktoren im familiären und sozialen Bereich ist die Hinzuziehung der Jugendhilfe im Sinne weiterer sekundärpräventiver Maßnahmen sinnvoll und erforderlich, um durch geeignete pädagogische oder therapeutische Hilfen suizidale Rezidive zu verhindern. Dazu gehören z.B. therapeutische Wohngruppen und bei Kombination mit Störungen des Sozialverhaltens auch intensivtherapeutische Einzel- und Gruppenmaßnahmen.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Die Effektivität von eigenen Krisenzentren für Kinder und Jugendliche ist umstritten. Gründe dafür sind die hohe Zahl von Abbrüchen und Verweigerungen (der Eltern oder der Jugendlichen). Von denen, die kommen, kommen nur 25% häufiger als einmal. Das aktive Hilfesuchverhalten wird durch die psychosoziale Desorganisation bei ernster Suizidabsicht behindert. Dagegen werden Krisenzentren und Telefon- bzw. Internetdienste häufig durch Anrufe von Klienten mit niedrigem Risiko in Anspruch genommen.

Literatur

1. Bronisch T et al., A multicenter study about Neurobiology of Suicidal Behavior: design, development, and preliminary results. Archives of Suicide Research (2005), 9, 19-26
2. Burgess S et al. (2001) Lithium for maintenance treatment of mood disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Volume (Issue 3)
3. Evans E et al., The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide and Life Threatening Behavior (2005), 35 (3), 239-50
4. Groholt B et al., Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000), 39, 868-875
5. Houston K, Hawton K, Shepperd R, Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. J Affect Disord (2001), 63, 159-170
6. Hultén A et al., Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. Eur Child and

- Adolesc Psychiatry (2001), 10, 161-169
7. King RA et al., Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2001), 40, 837-846
 8. Mann JJ et al., Suicide prevention strategies: a systematic review. J of the American medical Association (2005), 294 (16), 2064-2074
 9. Mufson L et al., Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry (1999), 56, 573-579
 10. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2001), 40 (Suppl. July), S 24-51
 11. Schmidtke A et al., Suicide rates in the world: update. Arch Suicide Res (1999), 5, 81-89
 12. Speckens AE, Hawton K, Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. Suicide and Life Threatening Behavior (2005), 4, 365-387
 13. Wichstrom L, Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000), 39, 603-610

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

H. Braun-Scharm, F. Poustka

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

H. Braun-Scharm, F. Poustka, U. Gmelin

Korrespondenz an:

PD Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Virngrund-Klinik
Dalkinger Straße 8-12
73479 Ellwangen

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkühl, Köln
Helmut Renschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

[Zurück zum Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

[Zurück zur Liste der Leitlinien](#)

[Zurück zur AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft