

Kinder/Jugend-Suizid Was wir wissen sollten ...



Foto: K. K. Hauser

Dr. Wolfgang SCHUHMYER

Österreichisches Institut für
tiergestützte Salutogenese & Forschung
3542 Grossmotten 42
Tel.: +43 664 75103698
drschuhmayer@gmail.com
www.aiaasr.com

Ende März luden SUPRA (Suizidprävention Austria) gemeinsam mit dem PSD-Burgenland und weiteren Organisationen unter der Schirmherrschaft von Landeshauptmann Mag. Hans-Peter Doskozil zu einem Update in Sachen Suizid & Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Das Wissen um die Rahmenbedingungen, Risikofaktoren und damit die Präventionsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen wird klarer. Es nützt allerdings nur dann, wenn wir es erwerben. Die Eckpunkte reichen von möglichst früher Intervention und aktivem Gespräch bis hin zu verantwortungsvollem Umgang mit dem Thema in den Medien. Ärztliche Subgruppen wie Pädiater und praktische Ärzte sollten ausreichende Weiterbildung in Bezug auf Früherkennung der Suizidalität im Sinne von Warnzeichen und Risikofaktoren sowie bezüglich der Depression betreiben.

Einleitend ein historischer Aspekt. Die „wissenschaftliche Sorge“ um die Suizidalität von Kindern und Jugendlichen ist „alt und österreichisch“, denn die weltweit erste dokumentierte Konferenz über „Suizide bei Schülern“ fand 1910 in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung statt.

Zunächst wesentlich ist in diesem Themenfeld die Unterscheidung zwischen suizidaler Intention und NSSV (nicht suizidaler selbstverletzendes Verhalten) hin. Das sind unterschiedliche Situationen, die häufig vermengt

werden. NSSV steht für Ritzen, Schneiden, Hochrisikoverhalten oder schmerzhaftes Kneifen der Haut. Es entspricht einem dysfunktionalen Verhalten um Umgang mit Spannungen und psychischen Belastungen.

Ganz anders der Suizid. Suizidale Äußerungen sind stets von dem Satz „So kann es nicht weitergehen!“ begleitet. Entscheidend sind rechtzeitiges Erkennen und frühzeitiges Handeln.

Österreich gegen den Trend

Weltweit steigt die Zahl der jugendlichen Suizidversuche. In Österreich begehen pro Jahr 44 Kinder und Jugendliche Selbstmord (Quelle: ÖSTAT 2014). Generell ist die Suizidrate und Minderjährigen rückläufig und von 6,2/100.000 in 2014 auf 4,5/100.000 in 2016 gefallen. Mit 2,0/100.000 sind Mädchen deutlich weniger getroffen als Knaben mit 6,9/100.000.

Zwischen 2001 und 2014 begingen in Österreich insgesamt 608 Kinder und Jugendliche Selbstmord bei einer Verteilung von 3,5:1 zulasten der Knaben. Über 14 wird Suizid 11x häufiger als im Kindesalter. Mit 37,7% ist Erhängen die häufigste Suizidmethode, gefolgt von Sprung vor den Zug (22,5%), Sturz aus großer Höhe (15,9%) und Erschießen (10,7%). Eine Ausnahme bildet hierbei Vorarlberg, wo der Sprung aus großer Höhe die häufigste Suizidmethode darstellt.

Tabelle 1:

Häufigste Methoden der Selbstverletzung in %

1. Schneiden/Ritzen	61,8
2. Kratzen/Kneifen	42,7
3. Beißen	29,4
4. Stechen	27,6
5. Stich-Schlagen/Anschlagen	26,5
6. Störung der Wundabheilung	25,6
7. Verbrennen/Verbrühen	22,0
8. Ausreißen von Haaren	21,5
9. Versuche, sich die Knochen zu brechen	11,2

Anmerkungen: Berechnet über folgende Studien: Briere&Gil (1998), Favazza&Conterio (1989), Kamphuis, Ruyling&Teijntjes (2007), Muehlenkamp&Guttierez (2004), Murray, Warm&Fox (2005), Nixon, Cloutier&Aggarwal (2002), Ross&Heath (2002) und Whitlock et al. (2006)

Risikoaspekte

In über 90% der Fälle steht eine psychische Störung im Hintergrund. Aus psychiatrischer Sicht hat die Depression eine dominierende Bedeutung, gefolgt von Substanzabusus, Persönlichkeitsstörungen mit Aggressivität und Impulsivität sowie Suizidversuche in der eigenen oder Familienanamnese. Der psychosoziale Faktor Schule steht gleichbedeutend mit der Psychopathologie. Natürlich spielt die Familie eine bedeutsame Rolle, vor allem Missbrauch und psychisch kranke Eltern.

Präventionsmöglichkeiten

Psychoedukation steht im Vordergrund der Präventivmaßnahmen. Vor allem in der breiten Öffentlichkeit zur Schaffung eines erhöhten Bewusstseins und Wissens über Auslöser und Kontext der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. Dazu gehört auch das Bekanntmachen der verschiedenen Hilfestellen wie etwa Telefonnotrufe. Nicht zuletzt sollte eine Änderung der inadäquaten Einstellung zum Suizid erreicht werden.

Eine spezielle Position haben die Medien. Ungünstig wirken sich detaillierte Schilderungen und verallgemeinernde Simplifizierungen aus. Man definiert zwei mediale Effekte. Zum einen den sogenannten „Werther-Effekt“. Damit wird die Annahme bezeichnet, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen Suiziden, über die in den Medien ausführlich berichtet wurde, und einer Erhöhung der Suizidrate in der Bevölkerung besteht. Also eine Art „Nachahmungs-Suizid“. Dem gegenüber steht der „Papageno-Effekt“. Papageno in Mozarts Zauberflöte kann seine anfänglichen Suizidgedanken mit Hilfe von Anderen überwinden. Im Fokus steht die Berichterstattung über konstruktives Krisenmanagement, die Erklärung von Problematiken und Lösungsansätzen sowie die Information über professionelle Hilfsangebote. Vermieden wird jede Art der Heroisierung, Romantisierung oder detailreiche Beschreibungen von Tat und Hergang.

Der klinische Alltag stellt ebenfalls eine große Herausforderung dar ein Zeiten von Personal- und Zeitmangel dar. Die erste Forderung lautet hier „genügend Zeit“. Neben dem direkten Gespräch mit den Kindern und Jugendlichen ist die Miteinbeziehung von externen glaubwürdigen Informanten bedeutsam, die etwa Auskunft über Verhaltensauffälligkeiten geben können.

Risikofaktoren für Suizid im Kindes- und Jugendalter

Basierend auf Schaffer et al 1996; Gould et al 1996; Dervic et al 2008 & 2018

In über 90% der Fälle steht eine psychische Störung im Hintergrund

PSYCHIATRISCHE FAKTOREN

Depression

Substanzabusus
Alkohol + andere Drogen

Aggressivität/Impulsivität
Persönlichkeitsstörungen

Suizidversuch in der Vorgeschichte

Suizidversuch in der Familie

PSYCHOSOZIALE FAKTOREN

Schule

!gleichrangig mit der Psychopathologie!

Familie

(Missbrauch psychisch kranke Eltern)

1/4 der jungen Suizidopfer jugendamtsbekannt

UMWELTBEZOGENE FAKTOREN

Exposition zum Suizid (Imitationseffekt)

Einstellung zum Suizid

Therapiemanagement

Lange Zeit kontroversiell wurde die Frage beurteilt, ob man das Thema denn überhaupt „ansprechen dürfte“, weil damit doch möglicherweise eine Förderung der Suizidalität verbunden sein könnte. Diese Bedenken gehören in die Schublade der Geschichte. Es steht heute außer Zweifel, dass ein offenes Gespräch suizidale Isolation und Einengung aufbricht.

Tritt der Verdacht einer möglichen Suizidalität auf, so sind folgende Punkte zu erheben:

- Liegen Suizidgedanken vor oder hat es die gegeben?
- Gibt es einen allfälligen Plan und wurden Vorbereitungen getroffen?
- Gab es bereits Suizidversuche in der Vergangenheit?
- Kam es zu akustischen Halluzinationen mit Suizid befehlen?
- Gab es Suizide im sozialen Umfeld?

Die wesentlichen Elemente des therapeutischen Vorgehens beinhalten zunächst altersspezifische Aspekte in Bezug auf kognitive Unreife und Impulsivität, Krisenintervention, Psychopharmaka, Psychotherapie (bei Kindern unter 12 vor allem non-verbale Maßnahmen) sowie die psychosoziale Intervention in Familie und Schule. Im Fokus der Behandlung stehen die Beseitigung des hoffnungslosen Isolationsgefühls, die Förderung der Aspekte,

die dem Leben Zukunftsperspektiven verschaffen, die Identifizierung protektiver bzw. suizidreduzierender Faktoren. Es handelt sich um ein sehr komplexes, multimodales Konzept, das idealerweise von einer spezialisierten Institution umgesetzt bzw. gemanagt werden sollte.



Landeskoordinatorin (Burgenland) für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ass. Prof. Dr. Brigitte Hackenberg
Psychosozialer Dienst Burgenland
Franz Liszt Gasse 1/Top III
7000 Eisenstadt
e. office@psd-bgld.at
Tel.: +43 57979 21-100