

Hilfe für suizidgefährdete Kinder und Jugendliche

Symposium der Arbeitsgemeinschaft Arzt/Lehrer des Hartmannbundes stieß auf große Resonanz – Fast 12.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland durch Suizid.

von **Karola Janke-Hoppe**

Durch Suizid starben im Jahr 1998 nach der amtlichen Statistik 11.644 Menschen. Zum Vergleich: 7.772 Menschen kamen im gleichen Jahr im Straßenverkehr ums Leben. Die erschreckend hohe Zahl der Suizide macht den Bedarf an Ursachenforschung und Prävention deutlich. Hiermit beschäftigte sich das Symposium „Selbstmordhandlungen von Kindern und Jugendlichen verhüten – eine multiprofessionelle Aufgabe“ kürzlich in den Rheinischen Kliniken Viersen. „Uns sind das Erkennen von Suizidhandlungen im Vorfeld und die Möglichkeiten der Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonders wichtig“, sagte der Mönchengladbacher Psychiater Dr. Gernot Blum, Vorsitzender der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, bei der Begrüßung der Teilnehmer.

Multiprofessionelle Aufgabe

Zu der Veranstaltung eingeladen hatten die Arbeitsgemeinschaft Arzt/Lehrer der nordrhein-westfälischen Landesverbände des Hartmannbundes gemeinsam mit dem Landesverband Nordrhein des Berufsverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands sowie dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Gekommen waren rund 120 Ärztinnen und Ärzte, Lehrerinnen und Lehrer, Psychologinnen, Sonderschulpädagogen, Eltern sowie Journalisten.

In der breiten Öffentlichkeit werde das Thema der Selbstmordhandlungen von Kindern und Ju-

gendlichen weitgehend ignoriert, kritisierte Dr. Wilhelm Rotthaus von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Viersen.

Suizidgefahr ernst nehmen

Dabei seien Suizide von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden bei Mädchen die dritthäufigste und bei Jungen die zweithäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe.

1998 registrierte das Statistische Bundesamt folgende Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen auf Grund von Suizidhandlungen:

10- bis 15-jährige:

50 (34 männlich und 16 weiblich)

15- bis 20-jährige:

294 (223 männlich und 71 weiblich)

20- bis 25-jährige:

449 (365 männlich und 84 weiblich)

Diese amtlichen Zahlen beschreiben nach den Worten von Rotthaus allerdings nur die Spitze des Eisberges. Die Dunkelziffer gilt gerade bei den Kindern und Jugendlichen als hoch (man rechnet mit einem Faktor von fünf bis sechs).

Der Grund liegt darin, dass Suizide in diesem Alter häufig als Unfälle angesehen werden und dementsprechend statistisch in Erscheinung treten. Wesentlich höher noch ist die Dunkelziffer bei den versuchten Selbstmorden von Kindern und Jugendlichen. Fachleute schätzen, dass diese Zahl 10 bis 50 Mal höher ist als die der vollendeten Selbstmorde.

Rotthaus berichtete von einer alarmierenden Entwicklung: Vor 20 bis 25 Jahren seien fast ausschließlich Jugendliche wegen Selbstmordhandlungen stationär aufgenommen worden. Dagegen ist dies nach seinen Angaben heute bei den 10- bis 14-jährigen keineswegs mehr eine Seltenheit. Rotthaus warnte dringend davor, Selbstmordhandlungen von Kindern und Jugendlichen nicht ernst zu nehmen. Sie müssen als Versuch angesehen werden, die Umwelt auf eine hoffnungslose Lebenssituation aufmerksam zu machen.

Selbstmordhandlungen im Kindes- und Jugendalter treten selten unvermittelt auf, wie Rotthaus sagte. Fachkompetente Hilfe sei bereits bei den ersten Signalen dringend erforderlich und müsse alle wichtigen Bezugspersonen einbeziehen. Wie bedeutsam ein Ernstnehmen aller Selbstmordhandlungen ist, zeigt sich an den Zahlen über die Wiederholungsgefahr. Nach Nissen (1986) unternimmt jeder vierte bis fünfte Jugendliche einen erneuten Suizidversuch. Etwa fünf Prozent der Jugendlichen, die eine Suizidhandlung begangen haben, werden sich tatsächlich umbringen. Rotthaus wies auch darauf hin, dass Erwachsene häufig tief verunsichert auf das Thema reagieren. Sie wissen nicht, wie sie mit Kindern reden soll, die Selbstmordgedanken oder -absichten erkennen lassen.

Möglichkeiten der Früherkennung

Zu den Möglichkeiten der Früherkennung referierte Dr. Henning

Flechtner von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Universität zu Köln. Nach seinen Worten lassen sich der vollendete Suizid, der Suizidversuch und Suizidgedanken im Kinder- und Jugendalter unterscheiden.

Als mögliche Ursache einer suicidalen Handlung nannte er einerseits traumatisierende äußere Ereignisse jeglicher Art, aber immer verknüpft mit einer erheblichen emotionalen Belastung. Andererseits nannte er psychische Erkrankungen wie zum Beispiel eine depressive Störung. „Damit ordnet sich die Frage des suicidalen Verhaltens in den Kontext der Entwicklungspsychopathologie ein“, so Flechtner. Die meisten Phänomene, die damit verknüpft seien, ließen sich aus einer solchen Perspektive heraus verstehen.

Suizidhandlungen sind im Alter von 15 bis 25 Jahren „ein deutliches Thema“, so Flechtner weiter. Dabei komme der Suizidversuch bei Mädchen bzw. Frauen öfter vor, hingegen überwiege bei Jungen und Männern der vollendete Suizid. Suizidhandlungen sind nach seinen Worten meist erst in der Pubertät ein Thema. Vor dem zehnten Lebensjahr fänden sie in der Regel nicht statt, da „ein Bewusstsein der Endlichkeit des Daseins“ fehle. In der Pubertät finde die Auseinandersetzung mit sich selbst statt, hier trete auch das Thema Suizid auf den Plan.

Forderung nach Präventionsprogrammen

Für Präventionsprogramme und regionale Versorgungsstrukturen trat Dr. Hellmuth Braun-Scharm vom Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich ein. Er bezeichnete es als „Skandal“, dass Deutschland nicht bereit sei, wissenschaftliche Studien hierzu zu finanzieren. Es gelte, die Zeit zwischen dem Hilferuf des Suizidalen und der Hilfe zu verkürzen. „Je größer dieser Abstand ist, desto weniger wird die Hilfe angenom-

men“, sagte er. Die wichtigste präventive Aufgabe bestehe laut Braun-Scharm darin, belastete Kinder und Jugendliche aktiv auf suicidalen Impulse anzusprechen. Man dürfe jedoch nicht „in sie hineinfragen“.

Krisenintervention bei suicidalen Verhalten

Mit der notwendigen Zusammenarbeit zwischen Kind oder Jugendlichen, Eltern, Lehrern und Ärzten beschäftigt sich Christian K.D. Moik vom Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Die Reaktion der Eltern sei meist „überrascht, aufgerüttelt, geängstigt, beschämt, gekränkt, hilflos, panisch und schuldig“. Die Situation der Lehrer und Hausärzte ist nach seiner Erfahrung geprägt von der Unsicherheit über Kompetenz und Zuständigkeit: „Sie kommen in eine Situation, in der sie eventuell Verbündete des gefährdeten Kindes oder Jugendlichen werden, agieren sogar vielleicht gegen die Eltern.“

Hiervor warnte Moik. Eine Intervention ohne Einbeziehung der Eltern könne in aller Regel nicht auf Dauer gelingen. Die Beteiligten müssten die eigene Rolle ebenso wie die hinter dem Selbsttötungsversuch stehenden Motive klären. Ein gegenseitiges Kennenlernen der verschiedenen Beteiligten („vertrauensbildende Maßnahmen“) solle herbeigeführt werden, um besser einschätzen zu können, was man von dem anderen erwarten kann.

Nach Moiks Worten sind vor allem Gefühle der Hilflosigkeit und der Panik zu vermeiden, um handlungsfähig zu bleiben. Ein Ansprechen der suicidalen Kinder und Jugendlichen, eine Vereinbarung treffen über kurze Zeit, Fachleute einschalten, Kontakt halten, nachsorgende Betreuung gewährleisten – dies seien wesentliche Eckpfeiler der Krisenintervention und der erforderlichen Nachsorge.

Moik berichtete, dass es allein in Nordrhein 61 Kinder- und Jugendpsychiater und acht kinderpsychiatrische Kliniken gibt (Namen und Anschriften von Praxen, Ambulanzen und Kliniken können im Internet unter www.bkjpp.de oder www.kvno.de abgerufen werden).

Suizidprophylaxe für Kinder und Jugendliche

Dipl.-Päd. Gert H. Döring von der Krisenberatungsstelle „Arbeitskreis Leben“ forderte eine Versorgungsstruktur, die mit hohem Aufwand im primären (Vorbeugung), sekundären (Maßnahmen im Umgang mit suicidalen Menschen, Krisenintervention) und tertiären Bereich (Nachsorge nach einem Suizidversuch) arbeiten kann.

Er verspricht sich darüber hinaus viel von der Erforschung psychischer Widerstandskraft, die auch als Schutz vor Suizidalität wirken kann. Die Forschung an „widerstandsfähigen Personen“ weist auf drei Faktoren aus der Kindheit hin:

- eine stabile emotionale Beziehung zu einem Erwachsenen,
- Vorhandensein von Menschen, die als soziales Vorbild dienen und zeigten, wie Probleme konstruktiv gelöst werden können,
- frühe Leistungsanforderungen, die sie bewältigen können, wie Sorge für kleinere Geschwister, Aufgaben in der Schule oder einem Verein.

Grundsätzlich ist die Förderung der Selbstsicherheit und des Selbstwertgefühls von Kindern und Jugendlichen durch Würdigung der individuellen Einzigartigkeit im Kontakt mit ihnen äußerst wichtig. Eltern und Lehrer sind hier besonders gefragt. Nach Dörings Erfahrungen kommen Kinder und Jugendliche mit suicidalen Verhalten vermehrt aus Familien, die zum Beispiel mit der Bewältigung einer Krankheit überlastet sind oder in denen der Verlust von Angehörigen zu wenig betrauert wurde. Auch frühere Suizide innerhalb der Familie bilden einen Risikofaktor.