



Leitlinie im Fokus

Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Entwicklungsstufe: S2k

Stand: 05/2016; gültig bis 31.6.2018

AWMF-Registernummer: 028-031

Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) sowie zahlreiche weitere Fachgesellschaften

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

„Ich will nicht mehr leben“

Selbsttötungen von Kindern und Jugendlichen hinterlassen viele unbeantwortete Fragen bei denen, die schockiert zurückbleiben. Die neue Leitlinie zu diesem Thema gibt nicht nur einen Überblick über aktuelle Zahlen sowie Diagnostik- und Therapiemaßnahmen bei Suizidalität, sie setzt vor allem auch auf Prävention.

In Deutschland sind im Jahr 2014 insgesamt 20 Jungen und 8 Mädchen im Alter zwischen 10 und 14 Jahren durch Suizid verstorben. Mit fortschreitendem Jugendalter nimmt die Häufigkeit suizidalen Verhaltens zu. So ist die Selbsttötung bei den 15- bis 20-Jährigen in den westlichen Industrieländern die zweithäufigste Todesursache nach Unfällen. Dem Statistischen Bundesamt zufolge sind im Jahr 2014 in dieser Altersgruppe 137 männliche und 57 weibliche Jugendliche freiwillig aus dem Leben geschieden. Zwar gehen die wenigsten bis zum Äußersten, doch Gedanken an den eigenen Tod beschäftigen viele Kinder und Jugendliche. In der Heidelberger Schulstudie haben 14,4% der 14- bis 15-Jährigen angegeben, schon einmal über Suizid nachgedacht zu haben, darunter mehr als doppelt so viele Mädchen wie Jungen. 8% der weiblichen und 3,8% der männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe hatten nach eigenen Angaben bereits mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Nach Auskunft der Eltern lagen diese Quoten bei 1,1% und 0,3%. Dass es häufig nicht bei einem Versuch bleibt, belegen die Daten der WHO/EURO-Studie. Hier betrug die Wieder-

holungsrate bei den 15- bis 19-jährigen Jungen 37% und bei den gleichaltrigen Mädchen 50%.

Vor dem Hintergrund solch alarmierender Zahlen hat die Deutsche Gesell-

schaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zusammen mit weiteren Organisationen im Mai 2016 eine Aktualisierung der Leitlinie zur „Suizidalität im



Medikamentenintoxikationen sind bei Mädchen die dritthäufigste Suizidmethode, nach dem Erhängen und dem Sturz aus der Höhe.

© grummanaa5 / iStock / Thinkstock

Kindes- und Jugendalter“ publiziert. Neben der abgelaufenen AWMF-Leitlinie der DGKJP und weiteren Gesellschaften aus dem Jahr 2006 flossen auch die „Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior“ der American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) von 2001 in die Überarbeitung ein.

Suizidale Verhaltensstörung

Heute werden nichtsuizidales Verhalten und suizidale Verhaltensweisen klar voneinander getrennt. Nach der aktuellen Klassifikation im ICD-10 ist „Suizidalität“ keine Diagnose, sondern ein Symptom, das Suizidgedanken, -pläne, -ankündigungen und -versuche umfasst. Der Begriff definiert sich aber in jedem

Fall über die klare Intention zu sterben. Im amerikanischen DSM-5 spricht man neuerdings von einer suizidalen Verhaltensstörung (SVS), allerdings nur dann, wenn während der letzten 24 Monate ein konkreter Suizidversuch unternommen wurde.

Risikokonstellationen und Hinweise

Bestimmte Risikofaktoren oder Verhaltensänderungen sollten jeden behandelnden Arzt dazu veranlassen, den Patienten hinsichtlich Suizidalität zu befragen (Tab. 1). Als Hinweise auf eine erhöhte Suizidgefahr gelten beispielsweise konkrete Todes- oder Ruhewünsche beziehungsweise Suizidpläne oder suizidale Äußerungen gegenüber Dritten, auch wenn sie bei der direkten Befragung ver-

neint werden. Hauptrisikofaktor für Suizidalität ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Zu den assoziierten psychischen Problemen zählen depressive und bipolare Störungen, Angst- und Abhängigkeitserkrankungen, schädlicher Substanzmissbrauch, Binge-Drinking, Essstörungen, ADHS, Persönlichkeitsstörungen, Belastungsreaktionen, schizoaffektive oder schizophrene Psychosen sowie sexuelle Identitätsstörungen. Dabei ist das Risiko je nach Art der Erkrankung unterschiedlich hoch (vgl. Interview). Weiterhin erhöhen Störungen der Impuls- und Aggressionskontrolle, Suizide in der Vorgeschichte oder in der Familie sowie Phasen tiefer Hoffnungslosigkeit und subjektiv aussichtslos erscheinende Situationen das Risiko einer Selbsttötung.

Nachgefragt

Am Anfang steht meist die Depression

In den meisten Fällen liegt bei Kindern und Jugendlichen vor einem Suizid eine psychische Erkrankung vor. Deshalb kann auch der Kinderarzt durch Hinweise und gezieltes Nachfragen, die Risikopatienten identifizieren.

? Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Neuerungen der Leitlinie zur „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ im Vergleich zu der Fassung aus dem Jahr 2006?

Plener: Wir haben vor allem die neuen Erkenntnisse zur Therapie bei suizidalen Krisen und die Nomenklatur aus der Litera-

tur der letzten Jahre in das Update aufgenommen.

? Bei welchen psychischen Störungen muss mit einem besonders hohen Suizidrisiko gerechnet werden?

Plener: 90–96% der Adoleszenten, die an einem Suizid versterben, hatten eine psychische Krankheit. Im Jugendalter ist die Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko die Depression, neben Störungen mit Substanzkonsum und posttraumatische Belastungsstörungen im weitesten Sinne. Wir wissen, dass Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch erheblichen Einfluss haben. Auch im Zusammenhang mit ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen ist das Suizidrisiko erhöht, allerdings nicht so stark wie bei den zuerst genannten Erkrankungen. Vor dem zehnten Lebensjahr kommt der Suizid in Deutschland statistisch eigentlich nicht vor. Zwischen zehn und 14 Jahren ist er extrem selten, aber

auch hier würde man die Depression im Vordergrund sehen.

? Welche Hinweise auf Suizidalität können bei Routineuntersuchungen auffallen?

Plener: Prinzipiell sind das Zeichen von plötzlichen Stimmungsänderungen beziehungsweise eine Stimmungsverschlechterung. Bei solchen Berichten sollte man hellhörig werden, denn das sind Früherkennungsmerkmale von Depressionen. Ganz wesentlich sind auch Veränderungen des Schlafes. Wir wissen, dass Schlafstörungen ein Prädiktor für Suizidversuche und Suizide sind. Ein weiterer Hinweis ist selbstverletzendes Verhalten, das bei der Untersuchung durch Narben oder selbst beigebrachte Verletzungen auffällt.

? Was ist der nächste Schritt, wenn sich solche Anhaltspunkte ergeben?

Plener: Das Wichtigste ist, dass der Arzt nachfragt. Es ist empirisch gut belegt, dass das Nachfragen auf keinen Fall schädlich ist. Der Verdacht soll offen angesprochen werden. Man soll nach Suizidgedanken fragen und, falls diese Frage bejaht wird,



„Das Wichtigste ist, dass der Arzt nachfragt.“

Prof. Dr. med. Paul L. Plener

Stellvertretender ärztlicher Direktor und leitender Oberarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, und Koordinator der Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“

Akut gefährdet sind Kinder und Jugendliche, wenn sie konkrete Suizidabsichten äußern, bereits Vorbereitungen getroffen haben, autoaggressives Verhalten zeigen, ausgeprägten Leidensdruck verspüren oder keine Gründe für ein Weiterleben nennen können. Aber auch als Nebenwirkung bestimmter Antibiotika, Aknepräparate, Schlafmittel oder Antidepressiva sind plötzliche Suizidgedanken beschrieben worden. Obwohl die Studienlage hierzu dünn ist, empfiehlt die Leitlinie dennoch, bei plötzlich auftretender Suizidalität ohne erkennbaren Anlass die aktuelle Medikation zu überprüfen.

Bei Verdacht Akuität abklären

Auch wenn noch kein Suizidversuch unternommen wurde, soll die Einschät-

zung der Suizidalität der Leitlinie zufolge durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten mit besonderer Erfahrung auf dem Gebiet psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen erfolgen.

Bei der diagnostischen Abklärung muss zunächst eruiert werden, ob es sich um eine langfristige Gefährdung, etwa aufgrund bestimmter Risikofaktoren oder um ein akutes Risiko, beispielsweise aufgrund einer Krisensituation, handelt. Die Gespräche mit Kindern oder Jugendlichen und den Eltern beziehungsweise anderen erwachsenen Bezugspersonen sollen dabei immer getrennt geführt werden. Neben den übli-

chen Risikofaktoren einer generellen Suizidgefährdung sind bei Kindern und Jugendlichen auch die Imitation suizidaler Modelle aus den Bereichen Musik, Film, Fernsehen und Presse sowie Aktivitäten in einschlägigen Internetforen und sozialen Netzwerken zu beachten.

Zur Abklärung einer kurzfristigen Gefährdung müssen die aktuelle soziale und psychische Situation des Patienten sowie eventuelle frühere Suizidversuche erfasst werden. Neben der klinischen Beurteilung sind gegebenenfalls auch eine Labordiagnostik zur Abklärung von Substanzmissbrauch sowie neurologische Untersuchungen erforderlich. Wird eine akute Suizidalität mit konkreter Planung und mangelnde Fähigkeit zu Absprachen festgestellt, muss der Patient der Leitlinie zufolge statio-

auch nach dem Vorliegen konkreter Suizidpläne oder -versuche in der Vergangenheit. Damit kann man herausfinden, ob ein akutes Problem vorliegt. Ergibt sich ein Verdacht auf akute Suizidalität, ist der nächste Schritt die Überweisung an einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater.

? Welche Anzeichen könnten aufmerksamen Eltern und Lehrern auffallen?

Plener: Auch Eltern und Lehrer sollten auf Stimmungsverschlechterungen und selbstverletzendes Verhalten achten. Substanzkonsum fällt eher den Eltern als dem Arzt auf. Auch für Eltern und Lehrer gilt: Wesentlich ist das direkte Ansprechen, etwa in dieser Form: „Hast du schon einmal darüber nachgedacht, dass du nicht mehr leben willst?“ Falls dies bejaht wird, sollte die Frage folgen, ob die Gedanken momentan und in letzter Zeit vorgelegen haben und ob es konkrete Pläne gibt, diese Gedanken in die Tat umzusetzen.

? Wie sollen sich Eltern suizidgefährdeter Kinder im Alltag verhalten?

Plener: Was man von Eltern verlangen kann, ist, dass sie sich um Hilfe für ihr Kind bemühen. Außerdem sollten sie aktiv mitarbeiten, denn man weiß, dass Therapien, in die die Eltern integriert sind, bessere

Wirkung bei suizidalen Jugendlichen erzielen. Im Alltag ist es natürlich normal, dass Eltern dazu neigen, im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen übervorsichtig zu sein. Dennoch ist es wichtig, den Suizid nicht in den Mittelpunkt der Beziehung zu stellen. Das Thema soll nicht ignoriert werden, aber es ist auch fatal, wenn sich in der Familie alles nur noch um die Suizidalität dreht. Vielmehr sollen die Eltern mit dem Therapeuten und dem Kind absprechen, wie sich das Kind meldet und wie die Eltern reagieren sollen, wenn Suizidgedanken schlimmer werden.

? In der Heidelberger Studie haben 8 % der 14- bis 15-jährigen Mädchen und 3,8 % der Jungen angegeben, schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. Sind das tatsächlich alles Versuche mit Tötungsabsicht?

Plener: Ja, das sind echte Suizidversuche. Diese Quoten sind weltweit sehr konstant und wurden auch in größeren Studien bestätigt. Glücklicherweise gibt es in dieser Altersgruppe relativ wenige durchgeführte Suizide, in Deutschland sind es pro Jahr etwa 220. Viele Suizidversuche enden nicht tödlich, weil sie mit wenig letalen Mitteln ausgeführt werden, da Jugendliche selten Zugang dazu haben. Außerdem haben wir, was Intoxikationen angeht, ein

ganz gutes Rettungssystem. Wird keine ärztliche Unterstützung benötigt, bekommen Eltern von Suizidversuchen ihrer Kinder häufig gar nichts mit.

? Für wie hilfreich halten Sie niederschwellige Beratungsangebote für Jugendliche im Internet?

Plener: In Deutschland gibt es Anbieter wie www.youth-life-line.de oder www.u25-deutschland.de, die diese Art der Hilfe seit vielen Jahren auch mit Peer-Beratung anbieten. Ich denke, das ist eine sehr gute Intervention, um die Hemmschwelle zu senken. Die Angebote sind vor allem dann hilfreich, wenn nicht irgendwelche Standardrezepte vorgegeben werden, sondern eine Interaktion zwischen zwei Personen stattfindet. Aus meiner Sicht muss aber immer ein Notfallprozedere hinterlegt sein. Das heißt, wenn es Richtung akute Suizidalität geht, muss klar sein, an wen sich der Jugendliche persönlich wenden kann. Ansonsten stehe ich diesen Beratungsangeboten sehr offen gegenüber und halte sie für einen ganz wichtigen Weg.

! Herr Prof. Plener, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Dr. Christine Starostzik.

Tab. 1: Warnzeichen für Suizidalität im Jugendalter

Plötzliche Verhaltensänderung
Apathie
Rückzug
Änderungen im Essverhalten
Unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod
Verschenken persönlicher Gegenstände
Symptome einer Depression, traurige Grundstimmung
Stimmungsschwankungen, erhöhte emotionale Labilität
(Deutliche) Hoffnungslosigkeit
Deutliche Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
Gefühl der Wertlosigkeit
Äußerung „altruistischer“ Suizid- bzw. Opferideen
Agitiertheit bzw. Antriebssteigerung
Ausgeprägte Schlafstörungen
Kürzliches Verlusterlebnis
Eingeschränkte Problemlöse-Ressourcen
Dichotomes („Schwarz-Weiß“) Denken
Vorliegen einer psychosozialen Krise

när behandelt werden – notfalls auch gegen seinen Willen.

Notfallversorgung und fachspezifische Therapie

Nach einem Suizidversuch hat die somatische Klinik oder Praxis, die den Patienten erstversorgt, zunächst sicherzustellen, dass sich dieser keinen weiteren Schaden zufügen kann. Er darf also beispielsweise nicht allein in einem Raum mit leicht zu öffnenden Fenstern oder chirurgischen Werkzeugen auf seinen Behandler warten. Wichtig ist auch, im Kontakt mit dem Patienten eine unaufgeregte und nicht wertende Haltung einzunehmen. Je nach Suizidmethode sind unterschiedliche somatische Untersuchungen erforderlich, zudem muss im Bericht auf wichtige Kontrolluntersuchungen, beispielsweise der Leberwerte nach schweren Paracetamolintoxikationen, hingewiesen werden.

Direkt im Anschluss an die somatische Erstversorgung muss von psychiatrischer Seite geklärt werden, welcher Weiterbehandlung der Patient bedarf. Dabei werden zunächst die Bedingungen eruiert, die zu dem Ereignis geführt haben, sowie Intention und Ablauf der Handlung erfragt. In einem Bedingungsmodell werden Informationen zusammengefasst, mit deren Hilfe man versucht abzuschätzen, wie hoch das Wiederholungsrisiko ist. Ob nach einem Suizidversuch eine stationäre oder ambulante Behandlung angebracht ist, hängt von der Letalitätsabsicht des Versuchs, vorliegenden psychischen Störungen sowie weiteren Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren ab. Oberstes Ziel der Therapie ist in jedem Fall die Sicherheit des Patienten. Deshalb muss bis zum Abklingen akuter Suizidalität die stationäre Behandlung in geschütztem Rahmen erfolgen. Ergänzend können bei akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit sedierende Medikamente eingesetzt werden.

In die psychotherapeutische Intervention soll laut Leitlinie die Familie einbezogen werden. Außerdem soll der Therapeut möglichst derselbe bleiben, Belastungsfaktoren sollen reduziert und ein Krisenplan erstellt werden. Begleitende psychische Störungen werden nach den jeweiligen Empfehlungen behandelt und bei belastenden psychosozialen Umständen wird die Jugendhilfe einbezogen.

Postvention und Prävention

Nach der Selbsttötung eines Jugendlichen ist die Verhinderung von Folge- und Imitationssuiziden ein wichtiges Ziel der Postvention, das gleichzeitig auch als Mittel der tertiären Prävention gesehen werden kann. Wichtig sei es, so die Leitlinienexperten, so früh wie möglich das persönliche Gespräch mit der Familie zu suchen, die sich in einer extremen Belastungssituation befindet. Angehörige sollten auf lokale Krisendienste und Beratungsstellen zur Trauerunterstützung sowie Hilfsangebote im Internet (z.B. www.agus-selbsthilfe.de) hingewiesen werden. Niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, die das Kind oder den Jugendlichen behandelt haben, wird empfohlen, im Vorfeld anwaltlichen Rat einzuholen.

Ein Suizid kündigt sich häufig durch Selbsttötungsversuche im Vorfeld an, und fast immer gehen ihm Suizidgedanken voraus. Die meisten Suizide ereignen sich innerhalb eines Monats nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung. Eine gute Vorbereitung auf die Klinikentlassung sowie ein Nachfolgetermin in der ersten ambulanten Woche sind deshalb wichtig. Präventionsprogramme werden außer in der Schule heute auch im Internet angeboten.

Verfügbarkeit der Maßnahme einschränken

Eine Studie in 15 europäischen Ländern hat ergeben, dass in Deutschland bei weiblichen wie männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren Erhängen die häufigste Suizidmaßnahme war, gefolgt von dem Sprung aus der Höhe. An dritter Stelle standen bei Jungen der Sturz vor ein sich bewegendes Objekt und bei Mädchen die Medikamentenintoxikation. Die Wahl der Methode folgt allerdings nicht nur persönlichen Motiven oder einem gewissen Trend, sie ist auch eine Frage der Verfügbarkeit. Beispiele dafür, wie sich die Einschränkung von Möglichkeiten auf die Suizidprävention auswirkt, liefern die Entgiftung des Haushaltsgases, die Sicherung von Gebäuden zum Schutz vor Sprüngen in die Tiefe sowie der erschwerte Zugang zu Waffen. In Ländern wie den USA oder der Schweiz beispielsweise, wo diese leichter verfügbar sind, erschießen sich mehr Kinder und Jugendliche als in Ländern mit strengen Waffengesetzen. Nicht zuletzt hilft eine zurückhaltende Berichterstattung der Medien, Nachahmereffekte zu reduzieren. Als allgemeine Schutzfaktoren vor Suizidalität gelten darüber hinaus gute soziale Bindungen, elterliche Unterstützung sowie Religiosität.

Dr. Christine Starostzik

Weitere Quellen

1. Ihle W. Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychotherapeut 2016; 61:535–553
2. Plener P. L. Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Definition und Epidemiologie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2015
3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016
4. Heidelberger Schulstudie: <http://www.home.hs-karlsruhe.de/~bami0001/geb/schulstudie2006.pdf>