

Monika Schnell (Dipl.-Psych.)

Vortrag 20.9.2006

Westfälische Klinik Marsberg

Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter

Krisen, die von suizidalen Entwicklungen, Suizidgedanken, -versuchen oder ausgeprägten Phantasien begleitet sind, lassen sich besonders im Jugendalter gehäuft beobachten. In der Altersgruppe von 13/14 J. bis 20 J. scheinen Jugendliche besonders häufig suizidalen Impulsen nachzugehen. Die Statistik erfasst nur die vollendeten Suizide.

Im Jahr 2004 nahmen sich in der Bundesrepublik 23 Jugendliche zwischen 10 bis 15 J. und 219 Jugendliche zwischen 15 bis 20 J. das Leben, insgesamt in der Altersgruppe bis 20 J. waren es 242. Davon waren 47 weiblich und 172 männlich. In der Altersgruppe der 20 bis 25 jährigen steigt die Zahl erheblich an. 2004 waren es insgesamt 428, davon 82 weiblich und 346 männlich.

2004	5 - 10	10 - 15	15 - 20	20 - 25	0 - 25
gesamt	0	23	219	428	670
weiblich	0	7	47	82	136
männlich	0	16	172	346	534

2003	5 - 10	10 - 15	15 - 20	20 - 25	0 - 25
gesamt	0	23	244	448	715
weiblich	0	6	65	90	161
männlich	0	17	179	358	554

Bei der Betrachtung über längere Zeiträume lässt sich für die Bundesrepublik eine wesentliche Verringerung der Anzahl der Suizide in der Altersgruppe der Jugendlichen bis 20 Jahre nicht feststellen. Bei jungen Menschen ist der Suizid weiterhin die dritthäufigste Todesursache. In der Altersgruppe bis 25 Jahre sterben täglich ein bis zwei Menschen in Deutschland durch Suizid.

Suizidversuche lassen sich statistisch nicht zuverlässig dokumentieren weil nur ein Teil der Suizidversuche, z.B. die die in Krankenhäusern behandelt werden, bekannt werden. Viele werden bei Hausärzten oder in Beratungsstellen erstmals bekannt oder bleiben völlig unbehandelt.

Obwohl die Untersuchungen zur Erfassung der Suizidversuche zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, besteht doch Einigkeit darin, dass die Zahl der Suizidversuche in der Gruppe der jungen Menschen sehr hoch ist.

Man kann davon ausgehen, dass die Anzahl der Suizidversuche über alle Altersklassen hinweg ca. zehnmal so häufig ist, wie die der Suizide. Schmidtke (1986, 1998, 2003) wertete die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen zur Suizidversuchshäufigkeit aus und kam für männliche Jugendliche bis 20 Jahre zu einem Verhältnis Suizid: Suizidversuch von durchschnittlich 1 : 12 und für weibliche Jugendliche von 1 : 39. Unter den Suizidversuchen sind die 15 bis 19 jährigen jungen Frauen unverändert die höchste Risikogruppe. Bei den gelungenen Suiziden sind es die jungen Männer. Bei den Suiziden dominieren vor allem die „harten Suizidmethoden wie Erhängen, Erschießen und Eisenbahnsuizide. Bei den Suizidversuchen überwiegen die „weichen Methoden“ wie Vergiftungen.

Psychodynamik der suizidalen Entwicklung im Kindes und Jugendalter

Selbstmordgedanken treten im Jugendalter (zwischen dem 13. bis 20. Lj.) besonders häufig auf. Sie gehören zur phasenspezifischen Auseinandersetzung mit den Entwicklungsanforderungen der Pubertät und Adoleszenz. Suizide und Suizidversuche bei jüngeren Kindern sind seltener. Destruktive Entwicklungen können sich jedoch hinter einer erhöhten Unfallneigung, ausgelöst durch scheinbar unachtsames Verhalten verbergen. Kleinere Kindern haben noch kein Verständnis von der Endlichkeit des Lebens (Käsler, Nikodem, 1996). Tod bedeutet meist „nicht – da – sein, woanders – sein. Der Wunsch, weg zu sein drückt eine Not und ein Leiden aus. Selbstmordgedanken und Versuche sind oft Ausdruck einer Überforderung aufgrund psychischer Belastungen (Scham-Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle, Ängste) die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen und/oder Belastungen durch Gewalt – oder Missbrauchserfahrungen stehen. Sie sind gleichzeitig auch Ausdruck einer Störung im Familiensystem (s. Orbach, 1990). Die Botschaft richtet sich in erster Linie an die Eltern. Lebt das Kind oder der Jugendliche in einem Heim oder einer Wohngemeinschaft, sind die Betreuer auch immer Träger der Elternrolle und so Träger der Elternübertragungen. Erwartungen, Enttäuschungen, Sehnsüchte, die den Eltern gelten, werden auf die Betreuer projiziert.

Kinder zeigen ihre innere Not häufig durch zwei Verhaltensweisen. Entweder reagieren sie mit einem Rückzug in sich selbst, werden depressiv oder sie reagieren mit sozial unangepasstem Verhalten, werden aggressiv, fallen z.B. durch „Clownereien“ in der Schule auf. Im ersten Fall kann es passieren, dass die Eltern, besonders dann, wenn sie selbst stark belastet sind, dieses Verhalten begrüßen. Das depressive Kind macht zunächst einmal nicht soviel Mühe, scheint angepasst, stellt keine großen Anforderungen. Im zweiten Fall werden Sanktionen nötig. Nach einiger Zeit kann dann die Kommunikation in der Familie nur noch aus Vorwürfen, Strafen, Anweisungen bestehen.

Das Kind entwickelt verstärkt das Gefühl falsch, nur eine Belastung zu sein. Die suizidale Handlung hat dann das Ziel, die Eltern von den ständigen Mühen mit dem Kind zu entlasten. Im Kind hat sich die Überzeugung entwickelt, schlecht und unnützlich zu sein und den Eltern einen Gefallen zu tun, wenn es nicht mehr da ist.

Das typische Muster einer „suizidalen Familiendynamik“ lässt sich nicht feststellen (Bründel, 1993, Wunderlich, 2004). Wohl können Faktoren wie Trennung, Scheidung, Missbrauch und Misshandlungen zu der Entwicklung einer suizidalen Dynamik beitragen. Einige Bedingungen, die die Entwicklung einer destruktiven Dynamik begünstigen können, lassen sich zusammenfassen:

- Das Familienklima ist durch gewaltsame Auseinandersetzungen bestimmt, die Kommunikation durch Befehle, Vorwürfe, die Konflikte werden durch das Recht des Stärksten und des Lautesten gelöst. Das Kind ist dabei immer das schwächste Glied, sein Selbstgefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit bestimmt.
- Misshandlungen und sexueller Missbrauch sind ebenso Bedingungen, die eine Entwicklung hemmen und den Aufbau eines stabilen Selbstvertrauens unmöglich machen.
- Verheerend wirken aber auch die versteckten Abwertungen, die psychischen Misshandlungen, wenn ein Kind ständig als „zu blöd“, „zu nichts nützlich“ u.ä. beschimpft wird oder auch Äußerungen fallen wie: „wenn ich gewusst hätte, wie du bist, hätte ich gleich abgetrieben“.
- Ein Kind oder Jugendlicher kann zum Sündenbock in der Familie werden. Auf ihn werden alle ungeliebten eigenen Anteile wie Versagen, Schwäche, Ängste projiziert.
- Die Zuschreibungen können aber auch wesentlich subtiler verlaufen. Ein Kind kann die Aufgabe haben, die Eltern von ihren Problemen abzulenken, sie zu beschäftigen, damit sie nicht die Leere in ihrem Leben erkennen.
- Besonders in der Phase der Ablösung von den Eltern kann ein Jugendlicher seine Selbstständigkeit „opfern“, um den Eltern oder einem Elternteil nicht den Lebensinhalt zu rauben. Werden die Kinder erwachsen und verlassen die Eltern, kommt es nicht selten zu einer Ehekrise. Die Eltern müssen ihr Leben ebenso neu definieren. Die Lebensphase der Kindererziehung ist vorbei und es folgt ein Lebensabschnitt, in dem sie sich wieder als Paar einander zuwenden können. Dann stellt sich die Frage, wie viel Gemeinsames es außer der Sorge um die Kinder noch gibt.
- Wendet ein Elternteil suizidale Handlungen oder Drohungen an, kann dies beim Kind als Muster für Problemlösungen früh verankert sein. Ein resignativer Bewältigungsstil der Konflikte herrscht vor (Orbach, 1990).

Jugendliche, Adoleszenz, Identitätskrise

Die Häufigkeit der Suizidhandlungen im Jugendalter hängt eng mit den Auswirkungen der Pubertäts- und Adoleszenzkrise zusammen. Die Merkmale dieser Entwicklungsphase will ich nur kurz skizzieren, sie werden Ihnen ausreichend bekannt sein.

Die Adoleszenz beinhaltet an sich und notwendig eine narzisstische Krise (Henseler, 1974). Die Aufmerksamkeit ist in hohem Maße auf sich selbst gerichtet, das Selbstgefühl wechselt von Größenphantasien zu Minderwertigkeitsgefühlen und Angst. Selbstwerdung, Selbstwertschätzung, Selbstwahrnehmung sind die zentralen Themen (Bürgin

1988). Das Gefühlsleben ist durch starke Emotionen, vor allem negative wie Trauer, Ärger, Wut oder emotionale Distanz und Depression gekennzeichnet.

Charakteristisch ist das Vorherrschen ambivalenter Bedürfnisse nach Aufgehobensein und Unabhängigkeit, Geborgenheit, Schutz und Selbstbestimmung. Lösung, Trennung und Verselbstständigung sind Entwicklungsleistungen, die nicht neu sind, sondern ihren Ursprung bereits in Verselbstständigungsleistungen der frühen Kindheit haben. Entsprechend werden Konflikte aus früheren Entwicklungsphasen rekapituliert und in einem weiteren Schritt integriert.

Wichtig ist in dieser Zeit die Abwendung von den Eltern und die Hinwendung zu Gleichaltrigen. Winnicott schreibt: „Eltern, die während dieser Phase sehr gebraucht werden, geraten in Verwirrung über ihre Rolle. Sie stellen fest, dass sie viel Geld bezahlen, um ihre eigenen Kinder in die Lage zu versetzen, sich über sie lustig zu machen“ (Winnicott, 1965, S. 321). „Oder sie stellen fest, dass sie gebraucht werden als Menschen, die man vernachlässigt...“ (ebd., S. 321).

Die suizidale Gefährdung zeigt an, dass sich die Entwicklungskrise in eine destruktive Richtung zugespitzt hat. Die „normale“ Pubertäts- und Adoleszenzkrise kann nicht mehr konstruktiv bewältigt werden.

Das Selbstbild wird immer mehr von Gefühlen, unzulänglich, falsch zu sein, versagt zu haben oder gestört, „verrückt“ zu sein, bestimmt. Es entsteht eine innere Anspannung widersprüchlicher und unverständlicher Gefühle, begleitet von Angst und Unruhe. Im Augenblick des Suizidversuchs ist eine Beziehungsstörung vorherrschend. Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche, die keinen Suizidversuch gemacht haben aber von Selbstmordgedanken gequält werden oder sich immer mehr und intensiver mit dem Gedanken beschäftigen, richten in der Regel noch Botschaften nach außen, machen so auf sich aufmerksam. Es scheint noch ein Rest einer inneren Überzeugung vorhanden zu sein, dass die Beziehungen zu anderen Menschen bedeutsam sind, oder, dass sie selbst für andere Menschen eine Bedeutung haben. Wird ein Suizidversuch unternommen oder ein Suizid vollzogen, scheint der innere Rückzug weiter vorangeschritten zu sein. Die Überzeugung, dass Bindung und Beziehung einen Sinn haben, scheint verloren gegangen zu sein oder war nie besonders fest verankert. Suizidalität bezeichnet einen Zustand, in dem das Gefühl, in Beziehungen zu leben und gehalten und getragen zu werden immer schwächer zu werden droht und die Aktivität gleichzeitig immer mehr darauf gerichtet ist, jegliche Beziehung abubrechen.

Suizidale Gefährdung und Beziehungsstörung stehen zueinander in einem dynamischen Verhältnis. Je umfassender die Beziehungsstörung ist, desto größer ist die suizi-

dale Gefährdung und je größer die suizidale Gefährdung, desto weiter breitet sich die Beziehungsstörung aus.

Dies kennzeichnet die Dynamik bei allen Krankheitsbildern, von der psychotischen Entwicklung, der Suizidalität bei schweren Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen, narzisstischen Störungen), der Suizidalität auf der Grundlage einer schweren Traumatisierung, einer depressiven Entwicklung bis hin zu der Suizidalität als Ausdruck einer Pubertäts- und Adoleszenzkrise. Das Ausmaß der Beziehungsstörung ist unterschiedlich und die Geschwindigkeit, in der eine „normale“ Krise eine destruktive Entwicklung nimmt ist völlig anders. Ebenso sind natürlich die notwendigen Maßnahmen zur Krisenintervention andere (Schnell, 2003, Meurer, 2004).

Schwierig ist die Unterscheidung, ob es sich bei der Entwicklung um eine zugespitzte Adoleszenzkrise handelt, bei der im Moment Stärken und Ressourcen der Persönlichkeit verloren gegangen sind, aber keine strukturelle Störung vorliegt, oder ob die Persönlichkeit durch eine Borderline- Störung oder schwere narzisstische Störung beeinträchtigt ist. Viele Charakteristika der Pubertät und Adoleszenz, Affektlabilität, herabgesetzte Impulskontrolle, labiles Selbstgefühl, Tendenz von Gefühlen überschwemmt zu werden, Störung des Körperbildes, kennzeichnen auch die schweren Persönlichkeitsstörungen. Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sind von einer geringen Selbstkohärenz und Objekt Konstanz (die Fähigkeit in sich die Bedeutung des anderen zu bewahren, auch wenn dieser nicht anwesend oder abweisend ist), gekennzeichnet (vergl. Kernberg, 1978,1990). Mit anderen Worten, sich selbst zu lieben und fürsorglich zu behandeln, ist ebenso schwierig, wie Anderen Bedeutung zuzumessen und Beziehung und Bindung als sinnvoll zu erleben. Die entwicklungspezifischen Bedingungen der Pubertät und Adoleszenz machen die Behandlung der Jugendlichen besonders schwierig (Streek-Fischer, 2000).

Haltungen, die an sich die Progression fördern könnten, Ablehnung jeder Autorität der Erwachsenen, das spezielle „Heldentum“ des Jugendalters: „Ich kann alles und alles alleine“, die Enttäuschung an den Erwachsenen, die Ablehnung der Werte, die Unklarheit über sich selbst: „wer bin ich, wer werde ich sein“ sowie die alles beherrschende Frage nach dem Sinn führen dann dazu, dass Hilfsangebote abgelehnt oder immer wieder in Frage gestellt werden. Strukturen und Regeln werden unterlaufen, erwachsenen Behandlern wird wenig Vertrauen entgegengebracht. Der Kampf um die eigene Identität wird dann in den Dienst der destruktiven Entwicklung gestellt. Die Anstrengungen werden nicht mehr dahin gerichtet, sich weiter zu entwickeln, sondern sich vor jeder Veränderung zu schützen. Hilfsangebote werden schnell als Angriffe verstanden. Die

destruktive Entwicklung wird zur scheinbar wertvollen „Kernidentität“. Es scheint erleichternd zu sein, wenigstens eine Erklärung für das schwer zu ertragende und noch schwerer zu verbalisierende innere Chaos oder die unerträgliche innere Leere zu haben. Jugendliche verbünden sich miteinander und haben kein anderes Thema mehr als ihre Störung. Eine Pseudo-Identität entsteht, die aus „krank“, „verrückt“ oder eben „Borderliner“ besteht. Nach einiger Zeit besteht das soziale Netz nur noch aus anderen, ebenso kranken Jugendlichen und vielleicht noch professionelle Helfer. Normale, realistische und altersentsprechende Beziehungsmuster gehen weitgehend verloren. Die Gefahr in Drogenkonsum und Verwahrlosung abzurutschen nimmt zu. Praktisch heißt das, dass diese Jugendlichen häufig in psychiatrischen Kliniken aufgenommen werden, was für eine kurzfristige Krisenintervention durchaus angezeigt sein kann. Ein längerer Aufenthalt führt jedoch selten zu einem Erfolg, verfestigt jedoch die Identität als „krank“. Hilfreicher ist eine (langfristige) sozialpädagogisch-therapeutische Maßnahme in betreuten Wohneinrichtungen der Jugendhilfe kombiniert mit einer psychotherapeutischen (ggf. auch medikamentösen) Behandlung.

Diagnostik der Suizidalität

Die Diagnostik muss mehrdimensional sein. Im Vordergrund steht immer die Einschätzung der Suizidgefahr. Um die weiteren Interventionen sinnvoll planen zu können, ist auch die Einschätzung der zugrundeliegenden Ursachen und der Reife der Persönlichkeit wichtig. Des Weiteren muss die Beziehungsfähigkeit des Einzelnen, der Familie oder der Wohngruppe erfasst werden.

Um eine diagnostischen Einschätzung der suizidalen Gefährdung zu erarbeiten halte ich (in Anlehnung an die Arbeitsergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, 1996, 2004, OPD-KJ, 2001)

die gleichzeitige Betrachtung verschiedener Ebenen für hilfreich:

die Erfassung struktureller Gesichtspunkte, der aktuellen Konflikte und der Beziehungskonstellationen unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren (Schnell, 1992).

Die Ebene der Konflikte,
die Einschätzung der Struktur,
die Einschätzung der Beziehungsfähigkeit,
die Erfassung der psychosomatischen Beschwerden,
die Einschätzung der Risikofaktoren

Die Einschätzung der Konfliktebene umfasst die Erfassung der inneren Konflikte ebenso wie die Konflikte, die die Beziehungen bestimmen. Häufig sind die inneren Konflikte,

die nicht ausgehalten und nicht gelöst werden, in die Beziehung mit anderen Menschen projiziert. Die Suizidalität steht dann im Zusammenhang mit den Versuchen, die inneren Konflikte zu lösen oder los zu werden.

Wichtig ist:

- Die Erfassung des aktuellen Konfliktthemas
- Die Erfassung der zugrundeliegenden Konfliktthematik sowohl in Bezug auf den Einzelnen als auch in Bezug auf die Familie oder andere soziale Wohngruppe.
- Erfassung der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung
Aktuell
Grundsätzlich

Die Strukturdiagnostik entsteht aus Beobachtung und Wahrnehmung

- der Schilderung wichtiger Interaktionen mit Anderen aktuell und in der Vergangenheit
- der in der Krisenintervention, bes. im Erstgespräch zu beobachtenden Interaktion und Kommunikation zwischen den Anwesenden
- der Wahrnehmung der eigenen Gegenübertragung

Die Einschätzung der Struktur umfasst das Ausmaß der Entwicklungsstörungen (Persönlichkeitsstörung und zugespitzte Pubertäts- bzw. Adoleszenzkrise) und erlaubt damit auch einen Blick auf die Ressourcen.

Struktur wird in der OPD definiert als: „Die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in der Beziehung zum Anderen. (2004, S. 71). Sie bezeichnet eine, für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens, die im Handeln und in der Beziehungsgestaltung sichtbar wird.

Besonders im Zusammenhang mit einer akuten Krise muss bei der Einschätzung der Reife der Struktur unterschieden werden zwischen der habituellen Struktur und der krisenbedingten strukturellen Auffälligkeit. In der akuten Krise steht die Störung des narzisstischen Gleichgewichts im Vordergrund. Selbstzweifel, Gefühle der Wertlosigkeit, Ratlosigkeit und Verunsicherung bestimmen das Selbst- und das Beziehungserleben. Die Störung erscheint dann manchmal gravierender, als sie grundsätzlich ist und zeigt sich vor allem als Beziehungsstörung.

Im Beziehungsverhalten drückt sich die Kompromissbildung zwischen den bewussten und unbewussten Beziehungswünschen mit den damit verbundenen Ängsten und Befürchtungen und die Einstellung auf die Wünsche des Anderen aus. Ein Beziehungsverhalten ist dann gut gelungen, wenn die eigenen Wünsche und Bedürfnisse in einer Weise an den Anderen gerichtet werden können, die die besten Chancen für die Befriedigung dieser Wünsche bietet. D.h., nicht nur die eigenen Wünsche müssen erkannt und respektiert werden, sondern auch die anderen Menschen als Personen mit eigenen Rechten anerkannt sein. Je eingeschränkter diese Fähigkeiten sind, desto weniger gut gelingen Beziehungen. Das Beziehungsverhalten automatisiert sich, wird rigide, kann nicht mehr verschiedenen Situationen angepasst werden. Beziehungen werden nach

festen Mustern gestaltet, so, wie sie bekannt sind. Neue Erfahrungen bedrohen die Stabilität und werden so den vorhandenen einschränkenden Mustern untergeordnet oder ganz vermieden. Differenzierte Beziehungen ermöglichen jedoch Flexibilität und tragen zur Reife und Entwicklung der Ich-Struktur bei und helfen schwierige, konfliktbelastete Erfahrungen zu bewältigen.

In der Beziehungsdiagnostik in der suizidalen Krise ist es wichtig zu erfassen ob es noch Beziehungen gibt, die als stützend und tragend erlebt werden. Gibt es z.Zt. keine oder wenige als hilfreich und wohlwollend erlebten Beziehungen, kann es erforderlich sein, die Betroffenen aus dem sozialen Umfeld herauszunehmen um zunächst eine Beruhigung eintreten zu lassen.

Allgemein kann man sagen: gelingt der emotionale Kontakt im Gespräch nicht gut, ist der oder die Jugendliche oder das Kind in wenige oder keine sozialen Kontakte eingebunden, werden Beziehungen nur noch als misslungen wahrgenommen, ist die suizidale Gefährdung groß.

Folgende Anhaltspunkte können für eine Einschätzung hilfreich sein. Sie versuchen vor allem die Qualitäten der Beziehungen, zu sich selbst und zu wichtigen anderen zu erfassen:

- Wie und mit welcher emotionalen Tönung wird über sich selbst gesprochen?
- Wie ist das Selbstwertgefühl und die Selbsteinschätzung der eigenen Handlungskompetenz?
- Wie geht der Jugendliche mit sich selbst um, d.h. wie nimmt er oder sie die eigenen Bedürfnisse nach essen, trinken, schlafen wahr und wie verhält er sich zu diesen?
- Wie wird in der Familie mit den Grundbedürfnissen umgegangen, d.h. welche Kompetenzen einer „mütterlichen“ Fürsorge gibt es in der Familie?
- Wie wird (bei dem Einzelnen und in der Familie) mit den Intimitätsgrenzen umgegangen?
- Wie wird der eigene Körper wahrgenommen? Überwiegt ein grundsätzlich negatives, positives oder diffuses Körper-Bild?
- Welchen Veränderungen war die Selbsteinschätzung in der letzten Zeit ausgesetzt und wie war die Selbstwahrnehmung und Körperwahrnehmung früher?
- In welcher Weise und mit welchen Gefühlen werden andere geschildert? Gibt es differenzierte Schilderungen, also unterschiedliche Wahrnehmungen oder überwiegen Pauschalisierungen?
- Wieweit ist der Jugendliche in der Lage, seine Handlungen zu kontrollieren? Kann er oder sie zusagen, keine destruktive Handlung zu begehen oder fühlt er oder sie sich durch scheinbar fremde Kräfte bestimmt?
-

Im Gespräch mit den Betroffenen und den Familien wird außerdem deutlich:

- Wie die Bezugspersonen (Familie, Heimgruppe) das Kind, den Jugendlichen jetzt erleben
- wie der Helfer ihn/sie im Erstgespräch (Gegenübertragung) erlebt.

Psychosomatische Störungen sind bei den meisten Kindern und Jugendlichen festzustellen (Löchel, 1996). Oft sind sie die ersten Hinweise auf eine sich zuspitzende Krise. Körperempfindungsstörungen sind ebenso vorhanden wie diffuse Kopf- und Bauchschmerzen, Unterleibsbeschwerden bei weiblichen Jugendlichen sowie Essstörungen und Schlafstörungen. Die Beschwerden haben natürlich unmittelbar Einfluss auf die Körperwahrnehmung. Im extremen Fall wird der Körper wie ein Fremdkörper wahrgenommen (Lehmkuhl, 2004). Seine Bedürfnisse werden negiert und bekämpft. Entwicklungsstörungen drücken sich dann besonders oder nur in einer körperlichen Symptomatik aus, wenn die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und die Symbolisierungsfähigkeit gestört ist.

Psychosomatische Beschwerden sagen etwas aus über

- die Möglichkeiten, die innere Not in Wort zu fassen und zu kommunizieren
- Über die „Familiendition“ im Umgang und Wahrnehmung von Problemen (Krankheit kann an die Stelle von Konfliktlösung getreten sein, mit Krankheit kann Druck ausgeübt werden, durch Krankheit kann der Rückzug verstärkt werden).

Zuordnung zu einer Risikogruppe

Das Risiko einer suizidalen Gefährdung ist hoch, wenn einige der folgenden Merkmale zutreffen:

- Frühere Suizidversuche
- Suizid und Suizidversuche in der Familie
- Gewaltsame, traumatische Trennungserlebnisse, z.B. durch Tod.
- Gewalterfahrungen (Misshandlungen, Gewalt zwischen den Eltern, sexuelle Traumatisierungen).
- Zugespitzte äußere Problemsituationen wie Wohnungswechsel (Schulwechsel), Trennung der Eltern, finanzielle Belastungen, Krankheiten, Arbeitslosigkeit.
- Selbstschädigendes Verhalten wie Schneiden, Essstörungen, erhöhte Unfallneigung.
- Hinweise auf eine beginnende psychotische Entwicklung.
- Medikamenten- Alkohol- Drogengebrauch.

Intervention Planung

Für die Einschätzung der Suizidgefahr und die Planung der Interventionen ist von entscheidender Bedeutung, ob die suizidale Entwicklung im Zusammenhang mit einer psychotischen Erkrankung steht, Ausdruck einer schweren Persönlichkeitsstörung ist und wie sie auf dem Hintergrund einer zugespitzten Pubertäts- und Adoleszenzkrise einzuordnen ist.

Des Weiteren ist es wichtig, sich ein Bild zu machen, welche Bedeutung und Funktion der Suizidalität im Familiensystem zukommt.

Ist eine psychotische Entwicklung anzunehmen, die mit Suizidgedanken einhergeht, ist die Einschätzung des Suizidrisikos nicht schwierig. Die Suizidgefahr ist immer groß, die Beziehungsfähigkeit ist schwer beeinträchtigt. Es müssen schützende Maßnahmen ein-

geleitet werden und eine medikamentöse Behandlung ist neben psychotherapeutischen Maßnahmen erforderlich.

In allen anderen Fällen ist die Einschätzung schwieriger.

Gleichzeitig müssen aber die Interventionen sehr genau geplant sein. Sie müssen das Kind oder den Jugendlichen vor einer destruktiven Handlung schützen (dies ist oberste Priorität). Sie dürfen nicht zu sehr in das normale Leben eingreifen um der Tendenz zur Regression in eine abhängige, hilflose Position und der Identifizierung mit der Rolle als „Patient“ entgegen zu wirken. Sie müssen Entlastung und Halt bieten, gleichzeitig die Selbstheilungskräfte der Betroffenen anregen, Entwicklungsmöglichkeiten fördern und die Motivation zu einer weiteren Bearbeitung der Probleme wecken.

Zur Einschätzung und Planung ist die Kombination des psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung mit der systemischen Sichtweise der Beziehungen hilfreich. Die Einschätzung der suizidalen Gefährdung, die die Strukturebene, die Konfliktebene und die Beziehungsfähigkeit berücksichtigt ermöglicht es, zu einem relativ umfassenden Bild der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur und der aktuellen Gefährdung zu gelangen.

Aufschluss darüber, wie bedeutsam die Beziehungsstörung ist, kann der emotionale Kontakt ergeben, der in der Krisenintervention entsteht. Die Tragweite der aktuellen Beziehungsstörung zeigt sich darin, in welcher Weise der Jugendliche oder das Kind sich in dem Gespräch seinem Gegenüber so mitteilen kann, dass ein emotionaler Austausch möglich wird. Kann ein Jugendlicher oder ein Kind kaum oder keine Beziehung zu seinem Gegenüber mehr aufbauen, und hat sich aus seinem sozialen Kontext bereits weitgehend isoliert, ist das Suizidrisiko hoch. Die Reaktion, die der Jugendliche oder das Kind in dem Helfer auslöst, ist ein wichtiges Kriterium für die Einschätzung.

Allerdings muss der Helfer in der Lage sein, seine Gefühle und Ängste zu reflektieren.

Zur Einschätzung, welche Interventionen sinnvoll sein können hilft es, sich ein Bild zu machen:

- Gibt es aktuell konfliktbelastete Beziehungen und / oder positive, stabilisierende Beziehungen?
- Mit welcher Gefühlsintensität werden die Beziehungen geschildert?
- Wie ist der vorherrschende Kommunikationsstil und der Umgang mit Konflikten in der Familie?
- Welche Beziehungen haben sich in der Vergangenheit verändert, und welche Anlässe gab es dafür?
- Welche Beziehungen waren früher tragend und stabilisierend?
- Welche Wünsche nach Veränderung sind bei jedem Beziehungspartner an sich selbst und an die anderen vorhanden, damit das Leben als befriedigend empfunden werden kann?
- Welche Qualität nimmt die Beziehung in dem Kontakt in der Krisenintervention an?

Der Helfer nimmt in der Krisenintervention eine aktive Haltung ein. Die Interventionen sind strukturierend, spiegeln Verständnis, sind nicht wertend. Es sollte wenig konfrontiert, aber durchaus klärend nachgefragt werden. Es geht darum, dass sich in der Gesprächssituation die Probleme einschließlich der suizidalen Dynamik zeigen, dort Raum bekommen um bearbeitet zu werden. Die Emotionen sollten sich zeigen dürfen, um eine Entlastung von der oft sehr großen Spannung in dem Einzelnen und auch in der Familie zu erreichen. Das Vorgehen ist ressourcenorientiert, die progressiven Fähigkeiten sollen gestützt werden ohne dass die Schwierigkeiten verleugnet werden.

- Aktives Beziehungsangebot
- Strukturierende, klärende Interventionen
- Verständnis anbieten
- Ressourcenorientiertes Vorgehen
- Emotionale Entlastung anbieten

Die erste Entscheidung bei einem Suizidversuch aber auch bei einer massiven Gefährdung ist, bleibt das Kind oder der Jugendliche in seinem Umfeld, ist eine psychiatrische Behandlung erforderlich oder kann eine Aufnahme in einer sozialpädagogisch/psychotherapeutisch betreuten Kriseneinrichtung geplant werden? In jedem Fall ist es erforderlich, sofort und eng mit allen Beteiligten zusammen zu arbeiten. Selbstverständlich muss immer die Familie einbezogen werden. Bei der Behandlung von Kindern meist umfassender als bei der Behandlung von älteren Jugendlichen. Zur Familie gehören immer auch die Geschwister. Nicht nur um die Dynamik im Familiensystem zu verstehen, sondern auch, weil sich bei den Geschwistern, die vielleicht im Moment nicht so auffällig sind, eine latent vorhandene destruktive Entwicklung finden lassen kann. Der suizidgefährdete Jugendliche oder das Kind ist derjenigen, der im Moment alle Aufmerksamkeit auf sich zieht, er ist Träger der Familienprobleme, die Probleme hat jedoch die gesamte Familie.

Ebenso wichtig ist es, mit Jugendamt und Schule zusammen zu arbeiten. Das gilt auch, wenn ein Kind oder Jugendlicher in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen ist. Das Gespräch sollte bald erfolgen und so, dass alle Beteiligten an einem Tisch sitzen. Insbesondere, wenn das Jugendamt schon früher die Familie betreut hat, verfügen die Kollegen über entscheidende Informationen und sind meist auch sehr betroffen von einem Suizidversuch. Findet die Abstimmung nicht statt, kann es leicht passieren, dass verschiedene Institutionen verschiedene Ziele verfolgen. Insbesondere Jugendliche mit einer schweren Persönlichkeitsstörung neigen zum Agieren. Sie setzen alles Mögliche in Bewegung und verhindern damit, dass gezielt gearbeitet und geplant werden kann. Alle Stellen arbeiten mit viel Einsatz und engagiert, behindern sich gegenseitig und zie-

hen sich möglicherweise gekränkt zurück wenn sie von den anderen durch den Jugendlichen aktivierten Helfern erfahren.

Ich schildere ihnen kurz den Fall einer etwas misslungenen Krisenintervention bei einer ausländischen Jugendlichen von 15 J., deren Verhalten von einer Borderline Persönlichkeitsstruktur gekennzeichnet war und die sich mit heftigen, gewalttätigen und selbstdestruktiven Handlungen mitteilte. Diese Erfahrung habe ich im Rahmen meiner Tätigkeit bei der Beratungsstelle neuhland gemacht. Dies ist eine spezielle Beratungsstelle in Berlin, die mit einer rund um die Uhr durch sozialpädagogische Fachkräfte betreuten Krisenunterkunft ausgestattet ist. Das Mädchen wurde von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik zu uns überwiesen. Sie war dort bereits 2 Monate stationär untergebracht und es war deutlich, dass sie von dem Angebot nicht profitieren konnte. Sie sollte, so der anrufende Arzt, sofort bei uns aufgenommen werden. Ein persönliches Gespräch vor der Aufnahme war zeitlich nicht mehr einzurichten. Wir nahmen sie auf und ich versäumte es dann, ein paar Tage später doch noch ein Gespräch in der Klinik zu führen. Es war nämlich nicht klar, warum es so schnell gehen musste. Ebenso wenig konnte klar werden, wo die Probleme bei der Jugendlichen und in der Familie lagen. Es dauerte dann auch nicht lange, und die Situation hatte sich in der Krisenunterkunft so zugespitzt, dass wir die Jugendliche nicht mehr behalten konnten. Sie schaffte es, die ganze Gruppe so unter Druck zu setzen und dies so heimlich zu tun, dass ein Klima entstand, dass von Angst, Unterdrückung, Terror bestimmt war. Verabredungen mit ihr waren unwirksam, sie stimmte zu und tat selbstverständlich das Gegenteil oder fühlte sich so in die Enge getrieben, dass sie gewalttätig zu werden drohte. Sie wurde dann also von uns wiederum in die Klinik überwiesen. Die Kollegen waren nicht begeistert, verstanden uns zwar aber sagten auch, dass sie nichts für die Jugendliche tun könnten außer sie zur Krisenintervention da zu behalten. In der Klinik fand dann das dringend benötigte Gespräch statt, dass schon längst hätte sein müssen. Daran beteiligt waren alle, die bisher unabhängig voneinander mit der Familie befasst waren. Die Mutter und die älteren Geschwister, die Lehrerinnen, die Kolleginnen vom Jugendamt, der betreuende Arzt, die Sozialpädagogin der Klinik und ich. In dem Gespräch wurden dann mühsam die verschiedenen Informationen zusammen getragen. Dies war noch dadurch erschwert, dass die Mutter fast kein Deutsch sprach. Das Wichtigste dabei war, dass der Vater der Patientin, von dem immer behauptet wurde, er lebe nicht mehr im Haushalt, tatsächlich dort noch lebte und die ganze Familie unter seinem Terror litt, aber niemand das nach außen sagen durfte. Tatsächlich waren die Eltern geschieden und der Vater hatte eine eigene Adresse. Die Jugendliche durfte das nicht sagen, sie konnte nur

durch ihr Verhalten die Helfer in eine hilflose Lage versetzen und sie die Ohnmacht und Hilflosigkeit so spüren lassen, die sie selbst empfand. Sie, die ständig mit Heimlichkeit und Gewalt Terror ausübte auf andere, war selbst in dieser Dynamik gefangen und konnte keine Hilfe anfordern, ohne das Geheimnis der Eltern zu verraten. Keine Intervention, die diese Information nicht berücksichtigt hätte, hätte wirksam sein können. Die Beratungsstelle neuhland ist dabei, ein neues Projekt zur Frühintervention bei Suizidgefährdung von Kindern und Jugendlichen (FIPS) einzurichten. Diese Projekt basiert auf der engen Zusammenarbeit mit zwei Kindern und Jugendpsychiatrischen Kliniken. Ziel ist es, so schnell wie möglich nach einem Suizidversuch die bestmögliche Hilfe in die Wege zu leiten. Von Seiten der Klinik besteht ein Interesse daran, dass Jugendliche, die von einer Unterbringung in der Klinik und von dem dortigen Angebot nicht profitieren können, gar nicht erst, oder nur kurz aufgenommen werden, sondern dass sofort eine sozialpädagogische, psychotherapeutische Betreuung eingeleitet wird. Zu diesen Jugendlichen gehören die, deren Suizidalität Ausdruck einer zugespitzten Pubertäts- oder Adoleszenzkrise ist. Außerdem auch die sog. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Jugendliche, die oft schon einige Aufenthalte in der Psychiatrie hinter sich haben, zu selbstdestruktiven Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen und zu ständig wiederkehrenden Suizidhandlungen neigen.

Unmittelbar nach einem Suizidversuch und der Versorgung in der Notaufnahme wird entweder, in der Nacht, ein Kinder- Jugendpsychiater, oder, am Tag, ein Mitarbeiter der Beratungsstelle neuhland, in die Klinik fahren und dort eine erste Einschätzung treffen, ob eine Aufnahme in der kinder- jugendpsychiatrischen Abteilung oder in der Krisenwohnung sinnvoll erscheint. So soll versucht werden, die Kompetenzen auf der psychiatrischen Seite, und der sozialpädagogischen Seite besser miteinander zu vernetzen. Dies ist nur ein Beispiel für eine Kooperation. Insgesamt ist zu sagen, dass eine sinnvolle Krisenintervention und Behandlung bei suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen nur dann möglich ist, wenn sozialpädagogische, psychotherapeutische und psychiatrische Institutionen eng miteinander zusammenarbeiten. Die innere und die äußere Beziehungsstörungen spiegeln sich wechselseitig. Eine Veränderung und Klärung muss immer auf den verschiedenen Ebenen stattfinden und in Wechselwirkung miteinander stehen. Sind die inneren Beziehungsmöglichkeiten durch Chaos und Verwirrung gekennzeichnet, kann sich das schnell in den äußeren Beziehungen, auch in den institutionellen wiederfinden. Umso wichtiger sind klare Strukturen, Informationen und das Zusammenführen der unterschiedlichen Kompetenzen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) 1996, 2004: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Verlag Hans Huber, Bern.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2001): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Bründel, H. (1993): Suizidgefährdete Jugendliche, Juventa, Weinheim u. München.
- Bürgin, D. (2004): Psychodynamik und Destruktivität in: Streeck-Fischer (Hrsg.) 2004: Adoleszenz – Bindung – Destruktivität, Stuttgart, Klett-Cotta.
- Henseler, H. (1974): Narzisstische Krisen/zur Psychodynamik des Selbstmords, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Käsler, H., Nikodem, B. (1996): Bitte hört, was ich nicht sage, Kösel, München.
- Kernberg OF (1978, 1990): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt.
- Kernberg OF (1978, 1990): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt.
- Löchel, M. (1986): Psychosomatische Aspekte präsuizidaler Syndrome bei Kindern und Jugendlichen in: Specht, F., Schmidtke, A. (1986): Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen, S. Roderer Verlag, Regensburg.
- Lehmkuhl, G. (2004): Erklärungsansätze für destruktives Verhalten Jugendlicher am Beispiel von Störungsbildern wie Anorexia nervosa und Borderline-Störung in: Streeck-Fischer (Hrsg.) 2004: Adoleszenz – Bindung – Destruktivität, Stuttgart, Klett-Cotta.
- Meurer, S. (2004): „Wenn ich das machen würde...wäre ich ja wirklich tot“ – Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen in: Müller, W., Scheuermann, U. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention, Kohlhammer, Stuttgart.
- Orbach, I. (1990): Kinder die nicht leben wollen, Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.
- Schmidtke, A., Häfner, H. (1986): Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter in der Bundesrepublik Deutschland. In: Specht, Schmidtke (Hrsg.): Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen. Regensburg, Roderer.
- Schmidtke, A., Weinacker, B., Fricke, S. (1998): Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. Suizidprophylaxe, Sonderheft. 37-49.
- Schmidtke, A., Weinacker (1994): Suizidalität in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern: Situationen und Trends. Suizidprophylaxe, 1, 4-16.
- Wunderlich, U. (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter, Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Schnell, M. (2003): „neuhland – Beratungsstelle und Krisenwohnung, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 119, XXXIV. Jg., 3/2003, S. 427-434.
- Schnell, M. (1992): Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche in: Wedler, Wolfersdorf, Welz, 1992: Therapie bei Suizidgefährdung, ein Handbuch, Roderer, Regensburg.
- Schnell, M. (2005): Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6/05, 457:572.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49., 9/2000, 497 – 510.
- Winnicott, D.W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (1984), Frankfurt a.M., Fischer.