

Löchel, Michael

Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 6, S. 214-221

urn:nbn:de:bsz-psydok-30543

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.*: Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.*: Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.*: Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution „Haus Sommerberg“ in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.*: Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.*: Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.*: Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.*: Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.*: Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 159
- Weber, M.*: Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34

Ehrungen

- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

- Aulagnier, P.*: L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.*: Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern 36

- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.*: Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger, G.* (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.*: Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.*: Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G.* (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien 165
- Friedrich, M. H.*: Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.*: Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St.* (Hrsg.): Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.* (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene 324
- Kast, V.*: Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.* (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W.* (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse 292
- Maker, C. J.*: Curriculum Development for the Gifted 36
- Maker, C. J.*: Teaching Models in Education of the Gifted 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.*: Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.*: Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V.* (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.*: Training mit sozial unsicheren Kindern 37
- Postman, N.*: Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.*: Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.*: Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Rett, A.*: Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reukauf, W.*: Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration 164
- Richter, E.*: So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.*: Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.*: Die Mehrgenerationen-Familientherapie 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.*: Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D.* (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J.* (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung 324
- Zlotowicz, M.*: Warum haben Kinder Angst 291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen

Von Michael Löchel

Zusammenfassung

Aufgrund der Ergebnisse einer im Zeitraum August 1978 bis Januar 1980 in Heidelberg durchgeführten Prolektivstudie war es möglich, ein präsuizidales Syndrom bei Kindern und Jugendlichen zu beschreiben. Als Merkmale dieses Syndroms gelten Suizidgedanken in der Anamnese, konkrete Vorstellungen über die Durchführung eines Suizidversuches, dysphorische Verstimmungen und psychosomatische Äquivalente. Dieses ließ sich bei 80% der insgesamt 40 Patienten im Alter zwischen 9;1 und 18;5 Jahren nachweisen, die im Anschluß an Suizidversuche mithilfe eines für diese Zwecke entwickelten Explorationsleitfadens befragt worden waren. Vom präsuizidalen Syndrom, wie es E. Ringel für Erwachsene beschrieben hat, unterscheidet sich dieser Symptomenkomplex vor allem durch das Hinzutreten psychosomatischer Störungen. Die Angaben über den Zeitraum, in dem sich das Syndrom entwickelt, schwanken zwischen einem halben und zwei Jahren. Die einzelnen Symptome werden im Falle ihres gemeinsamen Auftretens als Risikoindikatoren hohen Ranges für eine Suizidgefährdung im Kindes- und Jugendalter verstanden und als depressive Äquivalente gewertet. Eine Reihe von Merkmalen, die bei über der Hälfte der Patienten auftraten, wurden als zusätzliche Warnsignale einer drohenden suizidalen Entwicklung aufgefaßt. Zur Abschätzung des Selbstmordrisikos bei Kindern und Jugendlichen wird ein Screening anhand des Explorationsleitfadens vorgeschlagen.

1. Einleitung und Problemstellung

Präsuizidale Symptome bei Erwachsenen werden von nahezu allen Autoren berichtet, die sich einer wissenschaftlichen Suizidforschung verpflichtet wissen. Zu den am häufigsten genannten Merkmalen zählen direkte und indirekte Selbstmordankündigungen, Arztkonsultationen und depressive Äquivalente. Ringel hat diese Beobachtungen im Rahmen einer tiefenpsychologischen Betrachtungsweise der Selbstmordhandlung gedeutet (1953, 1969). In seiner 1953 erschienenen Monographie „Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung“ beschreibt er erstmals das „präsuizidale Syndrom“, gekennzeichnet durch „Einengung“, „gehemmter und gegen die eigene Person gerichteter Aggression“ und „Selbstmordphantasien“ (vgl. Ringel, 1980). Zwischen Suizidversuch und vollendetem Suizid wird in diesem Zusammenhang nicht unterschieden, da hinsichtlich der präsuizidalen Symptomatik keine Unterschiede nachgewiesen werden konnten. Diese These wird gestützt durch eine von Ringel (1961) durchgeführte Untersuchung von 50 Fällen vollendeten Suizids. Aufgrund umfangreicher Befragung der Angehörigen dieser durch Selbst-

mord umgekommenen Menschen ließen sich Auffälligkeiten in der Vorgeschichte finden, die im Sinne des präsuizidalen Syndroms gedeutet wurden.

Über eine vergleichbare Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen ist wenig bekannt. Ringel selbst beansprucht den Geltungsbereich des von ihm beschriebenen Syndroms auch für Kinder und Jugendliche, wobei den Selbstmordphantasien eine führende Rolle zugeschrieben wird. Otto kann dieses Syndrom mit dem Verhalten von Kindern und Jugendlichen allerdings nicht voll zur Deckung bringen. Aufgrund der Ergebnisse eigener Untersuchungen (Bergstrand und Otto, 1962; Otto, 1964, 1972) wurde die Vorstellung einer einheitlichen Symptomatik mit Ausnahme depressiver Veränderungen bei psychotischen Jugendlichen aufgegeben. Dennoch gelang es uns, nach Durchsicht der Literatur eine Reihe von Arbeiten und Fallbeispielen zusammenzutragen, denen Hinweise für die Existenz einer präsuizidalen Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen entnommen werden können. Erwähnt seien an dieser Stelle neben den Arbeiten von Otto die Beiträge von Stober (1978), Shaffer (1974), McIntire (1977), Remschmidt und Schwab (1978), Teicher und Jacobs (1966), Stierlin (1978) sowie die frühen Arbeiten von Müller-Küppers und Schilf (1955), Geisler (1959) und Dührssen (1967) und eine neuere Darstellung von Müller-Küppers und Schön (1979).

Empirisch gesicherte Befunde zu diesem Problemkreis lagen jedoch nicht vor. Eine methodenkritische Betrachtung der Fachliteratur ließ es deshalb legitim erscheinen, in einer eigens für diesen Zweck geplanten Studie erneut die Hypothese zu überprüfen, ob sich nicht doch typische Vorläufer kindlicher und jugendlicher Suizidhandlungen beschreiben lassen. Dabei sollten folgende Gesichtspunkte näher untersucht werden:

- Kann ein einheitlicher Symptomenkomplex angenommen werden oder stehen interindividuelle Unterschiede in der Zusammensetzung der Symptome im Vordergrund?
- Ergeben sich statistisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Symptomen in Abhängigkeit von den Variablen Alter und Geschlecht?
- Bestehen Unterschiede zwischen der Symptomatik bei Erwachsenen (vgl. Ringel) und der Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen?

2. Entwicklung der Untersuchungsmethode und praktisches Vorgehen – Beschreibung der endgültigen Untersuchungsstichprobe

Im Rahmen der eigenen Recherche entschieden wir uns für folgendes Procedere: Die Ergebnisse einer Vorstudie (Retrolektiverhebung) anhand von Fallberichten aus der

Heidelberger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (N = 40) führten zusammen mit den aus Forschungsberichten und Kasuistiken gewonnenen Daten sowie unter Berücksichtigung der Risikolisten von Nissen (1976), Pödlinger (1968), Kielholz und Gastpar (1976), Schmidtke (1976) und Thomas (1978) zur Entwicklung eines halbstandardisierten Befragungsschemas. Dieser „Leitfaden für die Exploration“ wurde im Verlauf der Hauptstudie (Prolektiverhebung im Sinne von Feinstein, 1977) als Screeningverfahren zur Ermittlung präsuizidaler Veränderungen eingesetzt. Das Befragungsschema ist in vier Merkmalsbereiche gegliedert. Die Tabelle 1 gibt den Leitfaden in der Fassung wieder, wie sie zur Exploration der Kinder und Jugendlichen vorlag.

*Tabelle 1: Leitfaden für die Exploration der präsuizidalen Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen
(M. Löchel)*

1. Direkte und indirekte Suizidankündigungen, Suizidvorbilder

- 1.1 Wurde der Suizidversuch in direkter Weise angekündigt: Wurde die Absicht im Gespräch zum Ausdruck gebracht, durch ein Telefongespräch – wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen o. ä.?
- 1.2 Hat der Patient auf eine weniger direkte Weise signalisiert, daß er Suizidabsichten hatte, z.B. versteckte Andeutungen in einem Gespräch gemacht oder auf andere Weise zu verstehen gegeben, daß er u.U. bereit sei, Suizid zu begehen?
- 1.3 Sind Tagebuchaufzeichnungen mit entsprechendem Inhalt vorhanden?
- 1.4 Bestanden Suizidvorbilder (im Elternhaus, in der Verwandtschaft, im Freundeskreis, bei Mitschülern). Hat das Kind (bzw. der Jugendliche) in Literatur, Presse, Rundfunk, Fernsehen, Kino oder durch Gespräche über Suizide resp. Suizidversuche etwas erfahren, welche Bedeutung hatten solche Informationen für den Patienten?

2. Gedanken- und Gefühlswelt, Stimmungslage in der Zeit vor dem Suizidversuch

- 2.1 Seit wann bestehen Suizidgedanken: wurde früher schon an Suizid gedacht? (wie oft? wann?)
- 2.2 Bestanden konkrete Vorstellungen über die Durchführung des Suizids, Wahl und Beschaffung der Suizidmittel etc.?
- 2.3 Kann sich der Patient an Gedanken erinnern, die darum kreisten, was nach dem Tode sein würde?
- 2.4 Weiß er über Träume zu berichten, die im Zusammenhang mit dem Suizidversuch gesehen werden können, z.B. Katastrophenträume, Selbstvernichtungsträume, oder hat er geträumt, er werde Suizid begehen?
- 2.5 Litt der Patient unter einer zwanghaften Vorstellung, sich umbringen zu müssen?
- 2.6 Hat er oft gegrübelt, sich häufig Gedanken über den Sinn des Lebens gemacht, über den Tod, ein Weiterleben nach dem Tod o. ä.?
- 2.7 Bestand eine Sehnsucht, von allem weg zu sein, einmal ausschlafen zu können o. ä.?
- Bestand der Wunsch, zu sterben?
- 2.8 erinnert sich der Patient an Gefühle der Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit des Lebens?
- 2.9 Fühlte er sich einsam, isoliert, verzweifelt?
- 2.10 Litt er unter einer Minderwertigkeitsproblematik?
- 2.11 Hatte er Schuldgefühle, z.B. wegen Onanie; bestand ein Versündigungswahn?
- 2.12 Hatte das Kind (bzw. der Jugendliche) den Eindruck, von den Eltern nicht verstanden, nicht geliebt zu werden, weniger Liebe

als ein Geschwister zu bekommen, das „fünfte Rad am Wagen“ zu sein, sich als „schwarzes Schaf“ der Familie erlebt, geglaubt, jemandem im Weg zu sein o. ä.?

2.13 Litt er unter Ängsten:

z.B. unter der Angst, in der Schule zu versagen, eine bevorstehende Prüfung, einen Schulwechsel oder dergl. nicht bewältigen zu können oder unter allgemeiner Lebens- bzw. Zukunftsangst, unter frei flottierenden Ängsten; hatte er Angst, geisteskrank zu werden?

2.14 Litt das Kind (der Jugendliche) unter Zwangsvorstellungen?

2.15 Hat sich der Patient in letzter Zeit häufig traurig gefühlt, niedergeschlagen, gekränkt, hat er sich nicht mehr freuen können, alles negativ sehen müssen, war er oft den Tränen nahe, mußte er oft weinen?

2.16 War er lustlos, träge, teilnahmslos?

2.17 Weiß er von einem Gefühl der Unruhe zu berichten?

2.18 Litt er darunter, nicht traurig sein zu können, innerlich „leer“, „ausgebrannt“ zu sein?

2.19 Schwankte die Stimmung (Stimmungshoch, Stimmungstief, Tagesschwankungen)?

3. Psychosomatische Beschwerden

3.1 Litt der Patient in der Zeit vor dem Suizidversuch unter Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation o. ä.?

3.2 Litt er unter Störungen des Appetits?

3.3 Hatte er das Gefühl, nicht mehr klar denken zu können, litt er unter Konzentrationsstörungen?

3.4 Weiß er über Kopfschmerzen zu berichten?

3.5 Litt er unter Müdigkeit?

3.6 Waren orthostatische Beschwerden vorhanden, Schwindelgefühle, Ohnmachten, Schwächezustände, Schweißausbrüche o. ä.?

Sind Anfälle bekannt (welcher Art; ist Ursache abgeklärt)?
Hatte der Patient Schlafstörungen, wurden Schlafmittel eingenommen?

4. Verhaltensbereich

4.1 Hat sich das Kind (der Jugendliche) in letzter Zeit von seiner Umwelt zurückgezogen, ist es (er) verschlossener geworden, konnte eine „Ruhe vor dem Sturm“ beobachtet werden?

4.2 War der Patient gereizt, aggressiv?

4.3 War eine Zerstörungswut vorhanden?

4.4 Wurde gelogen, gestohlen?

4.5 Sind Polizeikontakte bekannt?

4.6 Wurde die Schule geschwänzt, sind Weglauftendenzen eruierbar?

4.7 Sind die schulischen Leistungen abgefallen, wurde weniger für die Schule getan?

4.8 Wurde mehr Zeit für Schularbeiten aufgebracht als früher, z.B. Nachhilfestunden genommen?

4.9 Bestanden Schwierigkeiten im Umgang mit Mitschülern, mit dem Lehrer (der Lehrerin)?

4.10 Hatte das Kind (der Jugendliche) feste Freunde oder ständig wechselnde Kontakte, war es (er) Einzelgänger?

4.11 Hatte das Kind (der Jugendliche) Drogenerfahrung?

Für die statistische Auswertung der an 40 Fällen erhobenen Daten verwendeten wir eine modifizierte Form des Leitfadens. In diesen Symptomenkatalog, bestehend aus 36 Items (s. Tabelle 2), wurden für jeden einzelnen Probanden die Ergebnisse der Exploration in Form der alternativen Merkmalswerte 1 (Symptom vorhanden) und 0 (Symptom nicht vorhanden) eingetragen. Für das Merkmal 24 (Psycho-

somatische Äquivalente) haben wir zusätzlich einen differenzierten Auswertungsbogen (s. Tabelle 3) entwickelt, bestehend aus acht Symptomen bzw. Symptomgruppen.

Tabelle 2: Symptomenkatalog zur Erfassung präsuizidaler Merkmale bei Kindern und Jugendlichen (M. Löchel)

- 1 indirekte Suizidankündigungen
- 2 direkte Suizidankündigungen
- 3 Tagebuchaufzeichnungen
- 4 Suizidvorbilder
- 5 Suizidgedanken in der Anamnese
- 6 Konkrete Vorstellungen über Durchführung
- 7 Phantasien um das „Danach“
- 8 „Suizid- bzw. Katastrophen-Träume“
- 9 Suizidale Zwangsvorstellungen oder Impulse
- 10 Grübelzwänge
- 11 Sehnsucht, „weg zu sein“, „auszuschlafen“
- 12 Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit
- 13 Gefühle der Einsamkeit, Isolation o. Verzweiflung
- 14 Gefühle der Minderwertigkeit
- 15 Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
- 16 Dysphorische Verstimmungen
- 17 Ängste
- 18 nicht suizidale Zwangsvorstellungen
- 19 Subjektiver Eindruck, nicht ausreichend geliebt zu sein
- 20 Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit
- 21 innere Unruhe, Getriebenheit
- 22 Gefühl des „Nicht-traurig-sein-Könnens“, „innere Leere“
- 23 Stimmungsschwankungen
- 24 Psychosomatische Äquivalente
- 25 Isolationstendenzen, „innerer Rückzug“
- 26 Gereiztheit, Aggressivität
- 27 Zerstörungswut
- 28 Lügen
- 29 Stehlen
- 30 Polizeikontakte
- 31 Weglauftendenzen
- 32 A Leistungsabfall in der Schule
- 32 B erhöhter Zeitaufwand für Hausaufgaben
- 33 Schwierigkeiten mit Mitschülern
- 34 Schwierigkeiten mit Lehrer(in)
- 35 Einnahme von Drogen

Tabelle 3: Auswertungsbogen für Psychosomatische Äquivalente (M. Löchel)

- 1 Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe
- 2 Veränderungen des „Eßverhaltens“ bzw. Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme
- 3 Konzentrationsstörungen bzw. Gefühl, nicht mehr klar denken zu können
- 4 Kopfschmerzen
- 5 Müdigkeit
- 6 Orthostatische Beschwerden, Schwindelgefühle, Ohnmachten, Schwächezustände, starkes Schwitzen oder ähnliche vegetative Störungen
- 7 Psychogene Anfälle, Psychogene Lähmungen
- 8 Schlafstörungen

Die auf diese Weise erhaltenen Rohdaten wurden unter Zuhilfenahme des Computer-Programmes „SPSS BATCH SYSTEM“, Creation date 02/26/80 und 04/01/80, vom

Institut für Medizinische Statistik der Universität Heidelberg (Prof. Dr. Immich) in Zusammenarbeit mit Herrn Weckesser verarbeitet. In Anlehnung an *Kind* (1979) wurde die von uns gewählte Form der Befragung als Exploration bezeichnet. Der Leitfaden diente dabei lediglich als eine Art Gedächtnisstütze resp. Richtschnur für den Befrager. Die Formulierung der Fragen, die das Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandensein der einzelnen Merkmale (Items) in Erfahrung bringen sollten, wurde in Abhängigkeit vom Alter und der Stimmungslage des Patienten variiert.

Das der von uns gewählten Form der Befragung zugrundeliegende theoretische Konzept kommt dem Postulat *Neuringers* (1974) nahe, Aussagen über Suizidalität sollten sich auf beobachtbares Verhalten stützen anstatt aus theoretischen Konzepten abgeleitet zu werden. Wir gingen in diesem Sinne deskriptiv vor, als wir versuchten, die präsuizidale Symptomatik so zu beschreiben, wie sie sich aus der Sicht des Kindes resp. Jugendlichen im Verlauf der Exploration darstellte. Als beobachtbares Verhalten verstanden wir die Angaben unserer Exploranden zu den Items des Befragungsschemas. Dabei wurden Beschreibungen der Gedanken- und Gefühlswelt sowie der Stimmungslage in der Zeit vor dem Suizidversuch in gleicher Weise registriert wie Mitteilungen über Verhaltensänderungen oder psychosomatische Beschwerden. Als nicht beobachtbar wurden lediglich Deutungen oder Erklärungsversuche der zugrundeliegenden psychischen Prozesse aufgefaßt. Darauf wurde gemäß der lernpsychologischen Konzeption der Studie verzichtet. Der eigentlichen Befragung ging eine Warming-up-Phase voraus, in der versucht wurde, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Proband und Untersucher herzustellen. Dies gelang bis auf den Fall eines Jugendlichen (Mutismus), der nicht zu Aussagen bereit war und deshalb in die Studie nicht aufgenommen werden konnte. Alle anderen Kinder und Jugendlichen gaben bereitwillig Auskunft. Die Explorationen dauerten im Durchschnitt etwa eineinhalb Stunden. Sie wurden nach Möglichkeit innerhalb der ersten zwei Wochen im Anschluß an den Suizidversuch durchgeführt. In 11 Fällen war es möglich, die Angaben der Exploranden durch Fremdanamnesen (Angaben eines oder beider Elternteile) zu ergänzen. Abgeleitet aus den Ergebnissen bisheriger Untersuchungen und unserer eigenen Vorstudie haben wir die eigentliche Studie (Prolektiv-erhebung) unter folgenden Hypothesen durchgeführt:

1. Für die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen lassen sich Merkmale beschreiben, die dem Selbstmordversuch vorausgehen. Als Leitsymptome sollten nur solche Merkmale eingestuft werden, die für die Grundgesamtheit aller Kinder und Jugendlichen mit Suizidversuch mit einer prozentualen Häufigkeit von mindestens 60% geschätzt werden können.
2. Es läßt sich eine einheitliche Symptomatik im Sinne eines Syndroms beschreiben. Als Kriterium sollte das gemeinsame Auftreten von einzelnen Merkmalen im Sinne von Leitsymptomen gelten.
3. Die Häufigkeit einzelner Symptome variiert in Abhängigkeit von den Variablen Alter und Geschlecht. Zur Überprüfung dieser Annahme werden die Antworten der Exploranden in Alternativdaten überführt, und mithilfe eines auf *Fishers* „Exaktem Test“ aufbauenden Compu-

ter-Programmes werden Überschreitungswahrscheinlichkeiten berechnet.

4. Depressive Äquivalente, wozu in Anlehnung an *Malmquist* (1971) auch psychosomatische Beschwerden gerechnet werden, nehmen im Rahmen der präsuizidalen Entwicklung eine bevorzugte Stellung ein.
5. Die präsuizidale Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen läßt sich mit derjenigen des Erwachsenen (*Ringel*) nicht voll zur Deckung bringen.

Zur statistischen Überprüfung der ersten beiden Hypothesen wurden die Tafeln von *Bunke* (in: *Weber*, 1972) verwendet der für binomial verteilte Werte „Neue prozentuale Konfidenzgrenzen“ bestimmt hat. Als Stichprobenumfang wurde ein $N = 40$ gewählt und für sämtliche statistischen Berechnungen ein $\alpha = 0,05$.

Die Prolektivstudie (*Feinstein*) ist ein Projekt der Heidelberger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und wurde im Zeitraum zwischen August 1978 bis Januar 1980 durchgeführt. Wir haben 40 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 9;1 und 18;5 Jahren im Anschluß an einen Suizidversuch selbst befragt (bis auf zwei Fälle, die durch den Oberarzt der Klinik, Dr.med. B. Stober exploriert wurden), um die Einheitlichkeit der Datenerhebung zu gewährleisten. Die Untersuchungsstichprobe setzt sich wie folgt zusammen: Befragt wurden 32 Mädchen und 8 Jungen. Bei Aufteilung der Gesamtstichprobe in Teilstichproben nach dem Alter waren dies 8 Kinder, die das 13. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, 20 Patienten im Alter zwischen 13 und 15 Jahren und 12 Patienten im Alter zwischen 16 und 18 Jahren. Es sind fast ausschließlich Tablettenintoxikationen. Bis auf zwei Fälle schizophrener Psychose und einem Verdacht auf endogene Depression können die im Zusammenhang mit dem Suizidversuch erhobenen Diagnosen dem Bereich der sogenannten „kleinen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen“ (Verhaltensstörungen, Neurosen, Reifungskrisen etc.) zugeordnet werden. Die körperliche Untersuchung erbrachte bis auf wenige Ausnahmen keinen nennenswerten organpathologischen Befund. Bei 15 Patienten fanden wir Angaben über einen vorausgegangenen Suizidversuch, 5 dieser Patienten hatten bereits einen zweiten Selbstmordversuch in der Anamnese.

3. Darstellung und Interpretation der Untersuchungsbefunde

3.1 Zusammenhang zwischen Ausgangshypothesen und Ergebnissen der Studie bei Betrachtung der Gesamtstichprobe sowie der Teilstichproben

Die wichtigsten Ergebnisse unserer Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen, wobei wir bezug auf die eingangs formulierten Hypothesen nehmen:

- a) Eine präsuizidale Symptomatik, die den Anforderungen unserer operationalen Definition genügt, ließ sich für alle Kinder und Jugendlichen eruieren. Sämtliche Patienten gaben im Verlauf der Explorationen zu verstehen, daß sie sich in der Zeit vor dem Suizidversuch verändert hatten. Sie konnten in diesem Zusammenhang über mindestens

eines der im Symptomenkatalog (modifizierter Leitfaden) aufgeführten Merkmale berichten. Die Anzahl der als „vorhanden“ eingestuften Merkmale lag für den einzelnen Probanden zwischen den Werten 5 und 20, das sind durchschnittlich 15 Symptome. Die Angaben über den Zeitraum der berichteten Veränderungen schwankten zwischen einem halben und zwei Jahren (Extremwerte nicht berücksichtigt).

- b) Wie erwartet, ließ sich für die Mehrzahl der Befragten eine einheitliche Symptomatik beschreiben. Vier Merkmale des Explorationsschemas erwiesen sich dabei als signifikant. Sie wurden von 32 Patienten genannt, das sind 80% der Untersuchungsstichprobe. Unter Verwendung der Tafeln von *Bunke* (in: *Weber*, 1972) wird bei $\alpha = 0,05$ und $N = 40$ das entsprechende Vertrauensintervall durch die Werte $p_z = 65,2$ und $\bar{p}_z = 90,3$ gebildet. Der Tafelwert p_z (65,2) überschreitet den kritischen Wert von 60 (operationale Definition).

Folgende Merkmale werden deshalb unter der Bezeichnung *Präsuizidales Syndrom bei Kindern und Jugendlichen* zusammengefaßt:

1. *Konkrete Vorstellungen über die Durchführung eines Suizidversuchs* ($f = 40$)
Wie die Exploration ergab, existieren bei allen Befragten bereits in der frühen präsuizidalen Phase genaue Kenntnisse über Wahl und Beschaffung von Suizidmitteln, noch ehe der Suizid ernsthaft in Erwägung gezogen wird.
2. *Suizidgedanken in der Anamnese* ($f = 36$)
Es folgt eine Zeitspanne intensiver gedanklicher Beschäftigung mit dem eigenen Suizid, während der die Vorstellung, einen Selbstmordversuch zu unternehmen, für den Betreffenden zunehmend an Vertrautheit gewinnt.
3. *Dysphorische Verstimmungen* ($f = 36$)
Die Patienten berichten, daß sie sich während der Zeitspanne, die dem Suizidversuch vorausging, häufig traurig oder gekränkt gefühlt haben, niedergeschlagen gewesen sind, sich nicht mehr freuen konnten, oft den Tränen nahe gewesen sind oder geweint haben.
4. *Psychosomatische Äquivalente* ($f = 37$)
Gleichzeitig kommt es zum Auftreten körperlicher Beschwerden, wobei Schlafstörungen, Veränderungen des Essverhaltens (vor allem Appetitlosigkeit in Verbindung mit Gewichtsabnahme), Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, orthostatische und vegetative Irritationen dominieren.
- c) Die beschriebene Konstellation präsuizidaler Symptomatik findet sich mit vergleichbarer Häufigkeit auch bei den Teilstichproben, gebildet nach Alter und Geschlecht. Eine Geschlechtsabhängigkeit zeigte sich für die beiden psychosomatischen Äquivalente „Orthostatische (inclusive vegetative) Beschwerden“ und „Konzentrationsstörungen“. Diese Symptome wurden ausschließlich von Mädchen berichtet. Altersspezifische Besonderheiten konnten für die Merkmale des präsuizidalen Syndroms nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 4: Symptomkatalog zur Erfassung präsuizidaler Merkmale bei Kindern und Jugendlichen (M. Löchel)

Symptome		Häufigkeiten nach Alter und Geschlecht (N = 40)					
		insgesamt	Jungen (N = 8)	Mädchen (N = 32)	< 13 J. (N = 8)	13–15 J. (N = 20)	16–18 J. (N = 12)
1	indirekte Suizidankündigungen	17	5	12	4	8	5
2	direkte Suizidankündigungen	13	4	9	3	8	2
3	Tagebuchaufzeichnungen	7	0	7	0	4	3
4	Suizidvorbilder	19	5	14	4	9	6
5	Suizidgedanken in der Anamnese	36	7	29	6	19	11
6	Konkrete Vorstellungen über Durchführung	40	8	32	8	20	12
7	Phantasien um das „Danach“	21	4	17	2	11	8
8	„Suizid- bzw. Katastrophenträume“	5	0	5	1	2	2
9	Suizidale Zwangsvorstellungen o. Impulse	5	0	5	0	2	3
10	Grübelzwänge	25	4	21	2	14	9
11	Sehnsucht, „weg zu sein“, „auszuschlafen“	23	6	17	5	14	4
12	Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit	27	5	22	3	14	10
13	Gefühle der Einsamkeit, Isolation o. Verzweiflung	29	6	23	5	15	9
14	Gefühle der Minderwertigkeit	18	3	15	1	8	9
15	Schuldgefühle, Selbstvorwürfe	11	1	10	1	5	5
16	Dysphorische Verstimmungen	36	7	29	8	18	10
17	Ängste	26	3	23	3	16	7
18	nicht suizidale Zwangsvorstellungen	1	0	1	0	0	1
19	Subjektiver Eindruck, nicht ausreichend geliebt zu sein	30	6	24	7	15	8
20	Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit	23	2	21	2	12	9
21	innere Unruhe, Getriebenheit	8	0	8	1	1	6
22	Gefühl des „Nicht-traurigsein-Könnens“, „innere Leere“	4	0	4	0	1	3
23	Stimmungsschwankungen	8	1	7	1	2	5
25	Psychosomatische Äquivalente	37	7	30	7	19	11
25	Isolationstendenzen, „innerer Rückzug“	17	4	13	4	7	6
26	Gereiztheit, Aggressivität	11	3	8	2	7	2
27	Zerstörungswut	1	0	1	1	0	0
28	Lügen	4	2	2	2	2	0
29	Stehlen	5	3	2	2	1	2
30	Polizeikontakte	3	3	0	1	0	2
31	Weglauftendenzen	21	3	18	5	10	6
32 A	Leistungsabfall in der Schule	22	3	19	3	15	4
32 B	erhöhter Zeitaufwand für Hausaufgaben	6	1	5	2	3	1
33	Schwierigkeiten mit Mitschülern	13	4	9	5	3	5
34	Schwierigkeiten mit Lehrer(in)	7	1	6	2	3	2
35	Einnahme von Drogen	12	4	8	0	6	6

d) Mit Beziehung auf die Klassifikation von *Kielholz* und *Gastpar* für Erwachsene sowie diejenige von *Malmquist* für Kinder und Jugendliche halten wir es für gerechtfertigt, die einzelnen Merkmale des angenommenen Syndroms als depressive Äquivalente zu werten.

e) Der beschriebene Symptomkomplex unterscheidet sich vom präsuizidalen Syndrom des Erwachsenen (*Ringel*) hauptsächlich durch das Hinzutreten psychosomatischer Beschwerdebilder.

Gemäß unserer Hypothese 1 sollen dem Begriff Leitsymptomatik Variablen vorbehalten bleiben, die in der unserer Gesamtstichprobe zugeordneten Grundgesamtheit mit einer prozentualen Häufigkeit von mindestens 60% zu erwarten sind. Eine Reihe von Symptomen unseres Befragungsschemas, die diesem Kriterium nicht genügen, treten (einzeln) bei über der Hälfte unserer Patienten auf. Bei einer inhaltsanalytischen Betrachtung ließen sich diese Merkmale zwanglos in das von uns beschriebene Syndrom als weitere Depressions-

äquivalente einfügen. Sie werden deshalb als zusätzliche Warnsignale für eine drohende suizidale Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen interpretiert. Nachfolgende Übersicht bezieht sich auf die Ergebnisse der Gesamtstichprobe. Als Warnsignale der Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen gelten:

- Subjektiver Eindruck, nicht ausreichend geliebt zu sein (f = 30)
- Gefühle der Einsamkeit, Isolation, Verzweiflung (f = 29)
- Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit (f = 27)
- Ängste (f = 26)
- Grübelzwänge (f = 25)
- Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit (f = 23)
- Sehnsucht, „weg zu sein“, „auszuschlafen“ (f = 23)
- Leistungsabfall in der Schule (f = 22)
- Weglauftendenzen resp. -versuche (f = 21)
- Phantasien um das „Danach“ (f = 21)

Tabelle 5: Rangfolge der Symptome (Gesamtstichprobe N = 40)

	f	p	\underline{p}_z	\bar{p}_z
1. Psychosomatische Äquivalente (Kriterium: Auftreten von mindestens 1 psychosomat. Symptom)	37	92,5	80,8	97,5
2. Suizidgedanken in der Anamnese	36	90,0	77,6	95,9
2. Dysphorische Verstimmungen	36	90,0	77,6	95,9
3. Subjektiver Eindruck, nicht ausreichend geliebt zu sein	30	75,0	59,9	86,6
4. Gefühle der Einsamkeit, Isolation oder Verzweiflung	29	72,5	57,2	84,6
5. Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit	27	67,5	52,0	80,8
6. Ängste	26	65,0	49,4	78,5
7. Grübelzwänge	25	62,5	46,9	76,4
8. Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit	23	57,5	41,9	72,0
8. Sehnsucht, „weg zu sein“, „auszuschlafen“	23	57,5	41,9	72,0
9. Leistungsabfall in der Schule	22	55,0	39,5	69,7
10. Weglauftendenzen	21	52,5	37,1	68,0
10. Phantasien um das „Danach“	21	52,5	37,1	68,0
11. Suizidvorbilder	19	47,5	32,0	62,9
12. Gefühle der Minderwertigkeit	18	45,0	30,2	60,5
13. Isolationstendenzen, „innerer Rückzug“	17	42,5	28,0	58,1
13. indirekte Suizidankündigungen	17	42,5	28,0	58,1
14. direkte Suizidankündigungen	13	32,5	19,2	48,0
14. Schwierigkeiten mit Mitschülern	13	32,5	19,2	48,0
15. Einnahme von Drogen	12	30,0	17,4	45,5
16. Schuldgefühle, Selbstvorwürfe	11	27,5	15,4	42,8
16. Gereiztheit, Aggressivität	11	27,5	15,4	42,8
17. innere Unruhe, Getriebenheit	8	20,0	9,7	34,8
17. Stimmungsschwankungen	8	20,0	9,7	34,8
18. Tagebuchaufzeichnungen	7	17,5	8,0	32,0
18. Schwierigkeiten mit Lehrer(in)	7	17,5	8,0	32,0
19. erhöhter Zeitaufwand für Hausaufgaben	6	15,0	7,4	28,7
20. Suizid- bzw. Katastrophenträume	5	12,5	5,7	25,7
20. Suizidale Zwangsvorstellungen o. Impulse	5	12,5	5,7	25,7
20. Stehlen	5	12,5	5,7	25,7
21. Gefühl des „Nicht-traurigsein-Könnens“, „innere Leere“	4	10,0	4,1	22,4
21. Lügen	4	10,0	4,1	22,4
22. Polizeikontakte	3	7,5	2,5	19,2
23. nicht suizidale Zwangsvorstellungen	1	2,5	0,2	11,8
23. Zerstörungswut	1	2,5	0,2	11,8

Erläuterung: p = Prozentwert; \underline{p}_z = untere, \bar{p}_z = obere Grenze d. Konfidenzintervalls

3.2 Vergleich der präsuizidalen Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit derjenigen des Erwachsenen (Ringel)

Wie unsere Ergebnisse verdeutlichen und wir erwartet hatten, unterscheidet sich der in dieser Studie umrissene Beschwerdekomples vom präsuizidalen Syndrom des Erwachsenen (Ringel) hauptsächlich durch das Hinzutreten psychosomatischer Störungen. Nur vier der von Ringel untersuchten 745 Patienten wiesen „psychosomatische Entwicklungsreihen“ auf (Ringel, 1953). Diese Beobachtung steht in Einklang mit der Auffassung Ringels, die „Organ-

sprache“ reduziere die Selbstmordtendenz, da „die Aggression so reichlich Gelegenheit zu haben“ scheine, „sich gegen den eigenen Körper zu wenden, daß eine andere Form der Selbstaggression nicht mehr nötig“ sei (Ringel, 1953). – Obwohl unterschiedliche theoretische Konzepte und Befragungsmodi einen Vergleich der Ergebnisse beider Studien erschweren und eine exakte statistische Hypothesenprüfung nicht erlauben, halten wir es in Anbetracht der erheblichen Häufigkeitsunterschiede für gerechtfertigt, die Befunde unserer Recherche in bezug auf das gehäufte Vorkommen psychosomatischer Beschwerden bei suizidalen Kindern und Jugendlichen als eine Bestätigung der inhaltlichen Hypothese 5 aufzufassen. Neurotische Symptome, denen Ringel anhand einer Untersuchung von zwölf Fällen kindlicher Selbstmordversuche (Ringel et al., 1955) eine besondere Bedeutung beimißt, treten demgegenüber in den Hintergrund. Nur bei fünf der von uns untersuchten Patienten ließen sich die Neurotizismen ‚Nägelknabbern‘ und ‚Einnässen‘ (psychogene Enuresis) aus der präsuizidalen Zeitspanne in Erfahrung bringen (zusätzlich genannte Symptome). Auch die bei Ringel beschriebene Aggressionsproblematik als wesentlicher Baustein des von ihm angenommenen Syndroms scheint bei unseren Patienten eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. „Gereiztheit“ und „Aggressivität“ im Vorfeld der Suizidhandlung wird nur von elf der durch uns explorierten Kinder und Jugendlichen berichtet. Andererseits kann die bei Ringel beschriebene „affektive Einnengung“, die vor allem als depressive oder ängstliche Verfassung imponiert (Ringel, 1969), mit unserem Leitsymptom „Dysphorische Verstimmungen“ in Einklang gebracht werden. Übereinstimmung läßt sich auch erzielen zwischen den von Ringel für Jugendliche hervorgehobenen „Selbstmordphantasien“ und den in der vorliegenden Studie als Leitsymptom aufgefaßten „Suizidgedanken in der Anamnese“. Dazu gehören auch „Konkrete Vorstellungen über die Durchführung eines Suizidversuchs“ (Leitsymptom des von uns extrahierten Symptomenkomplexes) und die von uns zu den Warnsignalen gerechneten „Phantasien um das ‚Danach‘“. Abschließend wird aber nochmals hervorgehoben, daß einem endgültigen Vergleich zwischen der von Ringel beschriebenen und aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie abgeleiteten Symptomatik wegen der bereits erwähnten unterschiedlichen theoretischen Konzeptionen und Befragungststile Grenzen gesetzt sind.

3.3 Möglichkeiten der Erkennung suizidaler Gefährdung im Kindes- und Jugendalter – der Leitfaden als Risikoliste

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie war es möglich, ein präsuizidales Syndrom bei Kindern und Jugendlichen zu beschreiben, bestehend aus den Merkmalen „Suizidgedanken in der Anamnese“, „Konkrete Vorstellungen, wie ein Suizid durchzuführen wäre“, „Dysphorische Verstimmungen“ und „Psychosomatische Äquivalente“. Es ließ sich bei 80% der Untersuchungstichprobe (N = 40) nachweisen. Zusätzliche Vorbotensymptome fanden sich bei über der Hälfte der Patienten. Sie werden als weitere, wichtige Warnsignale einer suizidalen Gefährdung verstanden.

Tabelle 6: Psychosomatische Äquivalente Symptom 24, N = 40

		Häufigkeit nach Alter und Geschlecht					
		insge- samt	Jungen (N = 8)	Mädchen (N = 32)	< 13 J. (N = 8)	13–15 J. (N = 20)	16–18 J. (N = 12)
1	Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe	37	7	30	7	19	11
2	Veränderungen des „Eßverhaltens“ bzw. Gewichtszu- o. -abnahme	9	1	8	1	5	3
3	Konzentrationsstörungen bzw. Gefühl, nicht mehr klar denken zu können	19	4	15	4	9	6
4	Kopfschmerzen	14	0	14	2	6	6
5	Müdigkeit	12	0	12	1	6	5
6	Orthostatische Beschwerden, Schwindelgefühle, Ohn- machten, Schwächezustände, starkes Schwitzen oder ähnliche vegetative Störungen	18	1	17	3	11	4
7	Psychogene Anfälle, psychogene Lähmungen	17	0	17	1	8	8
8	Schlafstörungen	1	0	1	0	0	1
		23	4	19	4	11	8

Das umrissene Syndrom erhebt jedoch weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Spezifität. Es sind andere psychopathologische Entwicklungen denkbar, die sich durch ähnliche Konstellationen wie die von uns beschriebene ankündigen. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, daß ein Teil der Kinder und Jugendlichen, bei denen die Merkmale des präsuizidalen Syndroms angetroffen werden, niemals einen Suizidversuch unternimmt. Wissenschaftliche Aussagen und Prognosen haben insofern nur den Charakter von Wahrscheinlichkeitsaussagen. Ein bestimmter Prozentsatz falsch positiver Ergebnisse muß in Kauf genommen werden. Nach *Rosen* (1954) ist damit bei jeder Voraussage von seltenen Ereignissen (dazu gehört auch suizidales Verhalten, bezogen auf die Gesamtbevölkerung) zu rechnen. Würde man, um diesem Dilemma zu entgehen, die cutting line von Risikoindizes erhöhen, wie es *Motto* und *Heilbron* (1976) versucht haben, und Trennvariablen aussondern, die nur für Selbstmordgefährdete zutreffen, liefe man andererseits Gefahr, den Anteil falsch negativer Befunde zu erhöhen und damit Individuen als nicht suizidal einzustufen, obwohl sie suizidal sind. Um diesen Fehler möglichst zu vermeiden, halten wir es für angebracht, die Merkmale des von uns beschriebenen Symptomenkomplexes als Risikoindikatoren hohen Ranges anzusehen, bei deren gemeinsamem Vorliegen mit dem Auftreten von Suizidhandlungen gerechnet werden muß. Obwohl die vorliegende Studie an Patienten durchgeführt wurde, die gerettet werden konnten, wird im Hinblick auf die Beurteilung des Suizidrisikos nicht zwischen Suizidversuch und vollendetem Suizid unterschieden, da auch die vollendeten Suizide bei Kindern und Jugendlichen einem Probelauf folgen, wie Untersuchungen von *Shaffer* (1974) belegen. Ebenso problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen ernsthaftem und demonstrativem Suizidversuch. 46% der in der Studie von *Shaffer* genannten 31 Patienten (jünger als 15 Jahre), die durch Selbstmord ums Leben gekommen waren, hatten vor ihrem Tod über Selbstmord gesprochen, damit gedroht, sich das Leben zu nehmen oder bereits einen Selbstmordversuch unternommen. 15 der von

uns untersuchten Patienten berichteten ebenfalls über vorausgegangene Suizidversuche oder suizidale Gesten. Aus diesen Ergebnissen läßt sich ableiten, daß wir nie genau wissen können, welches Stadium der suizidalen Entwicklung wir antreffen. Um eine graduelle Abstufung der Suizidgefährdung vornehmen zu können, sollten deshalb zusätzliche Bedingungen berücksichtigt werden, wie noch gezeigt wird. Einzelne der das von uns beschriebene präsuizidale Syndrom bildenden Merkmale ließen sich auch in Erhebungen an nicht-suizidalen Vergleichspopulationen nachweisen (*Lourie*, 1957, 1966; *Teicher* und *Jacobs*, 1966; *McIntire*, 1972). Die epidemiologischen Angaben über die Häufigkeit von Suizidgedanken liegen nach diesen Untersuchungen zwischen 40% und 75%. Beobachtungen von *Connell* (1965) zufolge tauchen Suizidgedanken schon früh in der Gedankenwelt von Kindern auf. Ihr isoliertes Auftreten ist demnach als Prediktor der Selbstmordgefährdung nicht ausreichend. Dies gilt auch für die übrigen Merkmale des von uns beschriebenen Syndroms.

Zur Erfassung des präsuizidalen Syndroms bei Kindern und Jugendlichen als Risikoindikator hohen Ranges im Hinblick auf eine Suizidgefährdung eignet sich der von uns entwickelte Leitfaden für die Exploration. Er kann als Screeningverfahren zur Ermittlung der relevanten Merkmale eingesetzt werden. Zur Beurteilung des Suizidrisikos schlagen wir ein additives Modell vor: Eine Suizidgefährdung wird angenommen, wenn anhand des Leitfadens für die Exploration die vier Symptome des postulierten Merkmal-komplexes vollständig eruiert werden können. Als weitere wichtige Merkmale im Sinne von zweitrangigen Symptomen werden die o.g. Warnsignale angesehen. Die das präsuizidale Syndrom bildenden Risikoindikatoren (erstrangige Symptome) ergeben zusammen mit den Warnsignalen (zweit-rangige Symptome) eine Beschwerdeliste, die geeignet ist, suizidale Entwicklungen in einem Stadium zu erkennen, in dem therapeutische Interventionen noch eingesetzt werden können mit dem Ziel, die drohende Suizidgefahr abzuwenden. Eine akute Suizidgefahr liegt nach unseren Erfahrungen vor, wenn zu dem genannten Symptomenkomplex zusätzli-

che Konflikte hinzutreten, wie Schwierigkeiten mit Elternhaus oder Schule, Partnerkonflikte oder delinquentes Verhalten. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch das Vorhandensein von Suizidvorbildern innerhalb oder außerhalb der Familie ($f = 19$ in der vorliegenden Studie). Diese Faktoren können im Sinne von Auslösemechanismen dazu führen, daß latente Selbstmordimpulse in manifeste Suizidhandlungen umgesetzt werden. Unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Bedingungen, zu deren Ermittlung der Leitfaden für die Exploration ebenfalls herangezogen werden kann, halten wir es für möglich, auch eine akute Suizidgefährdung abzuschätzen.

Summary

The „Presuicidal Syndrome“ in Children and Adolescents

Based on the results of a prolective study carried out over the period august 1978–january 1980 in Heidelberg it was possible to describe a presuicidal syndrome in children and adolescents. It consists of prior suicidal ideas, exact knowledge how to commit suicide, dysphoric mood and psychosomatic symptoms. This syndrome was found in 80 percent of 40 patients between the ages of 9;1 and 18;5 years, who had been interviewed after suicide attempts by means of a questionnaire developed for this purpose. The described symptom complex differs from the presuicidal syndrome defined by E. Ringel for adults especially in the existence of psychosomatic disorders. Statements about the period in which the syndrome develops vary from six months to two years. In case of their common incidence the symptoms constituting the syndrome are interpreted as variables indicating a high risk of suicide behaviour in children and adolescents. They are regarded as depressive equivalents. In addition to these symptoms a series of variables which were found in more than half of the patients were interpreted as hints of an imminent suicidal development. By means of a specific questionnaire a screening scale to assess suicide risk in children and adolescents is suggested.

Literatur

Bergstrand, C.G. and Otto, U. (1962): Suicidal attempts in adolescence and childhood. In: Acta Paediatrica 51, 17–26. – Bunke, O. (1972): Neue prozentuale Konfidenzgrenzen. In: Weber, E.: Grundriß der biologischen Statistik. Stuttgart: Fischer. – Connell, P.H. (1965): Suicide attempts in childhood and adolescence. In: Howells, J.G. (ed.): Modern perspectives in child psychiatry. London: Oliver and Boyd. – Dührssen, A. (1967): Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Beiheft Nr. 9 zur „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Feinstein, A.R. (1977): Clinical biostatistics. Saint Louis: The Mosby Company. – Geisler, E. (1959): Selbstmord

und Todessehnsucht im Kindesalter. In: Psychiatr. Neurol. und med. Psychol. 9, 224. – Kielholz, P., Gastpar, M. (1976): Notizen zur Sendung „Erkennen und Behandeln depressiver Erkrankungen“, mit Eidophor Ciba-Geigy am 25. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung, Berlin, 8.–12. Juni 1976. – Kind, H. (1979): Psychiatrische Untersuchung. Berlin: Springer. – Löchel, M. (1981): Die präsuizidale Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen – ein Beitrag zur Früherkennung der Selbstmordgefährdung. Med. Diss. Univ. Heidelberg. – Lourie, R.S. (1957): Suicide and attempted suicide in children and adolescents. In: Texas. Med. 63, 58. – Lourie, R.S. (1966): Clinical studies of attempted suicide in childhood. In: Clin. Proc. Child. Hosp. D.C. 22, 163. – Malmquist, C.P. (1971): Depressions in childhood and adolescence. In: New Engl. J. Med. 284, 16. – McIntire, M.S. (1972): The concept of death in midwestern children and youth. In: Amer. J. of diseases of children, 123, 6. – McIntire, M.S. (1977): Recurrent adolescent suicidal behavior. In: Pediatrics 60. – Motto, J.A., Heilbron, D.C. (1976): Development and validation of scales for estimation of suicide risk. In: Shneidman, E.S. (ed.): Suicidology, contemporary developments, New York: Grune and Stratton. – Müller-Küppers, M. und Schilf, E. (1955): Selbstmord bei Kindern. In: Psychiatr. Neurol. u. med. Psychol. 7. – Müller-Küppers, M. und Schön, E.R. (1979): Selbstmord und Selbstmordversuche bei Jugendlichen, Basel: Ciba-Geigy Limited. – Neuringer, Ch. (1974): Conclusion, psychological assessment of suicidal risk. Springfield: Charles C. Thomas. – Nissen, G. (1976): Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik. In: Harbauer et al.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin: Springer. – Otto, U. (1964): Changes in the behaviour of children and adolescents preceding suicidal attempts. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 40. – Otto, U. (1972): Suicidal attempts in childhood and adolescence. In: Ansell, A.L. (Hrsg.): Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm: Almqvist and Wiksell. – Pöldinger, W. (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Huber. – Remschmidt, H., Schwab, Th. (1978): Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In: Acta paedopsychiat. 43. – Ringel, E. (1953): Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien: Maudrich. – Ringel, E., Spiel, W. und Stepan, M. (1955): Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. – Ringel, E. (1961): Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem, Wien: Brüder Hollinek. – Ringel, E. (Hrsg.) (1969): Selbstmordverhütung. Bern: Huber. – Ringel, E. (1980): Selbstmord – Appell an die anderen. München: Kaiser. – Rosen, A. (1954): Detection of Suicidal Patients, An Example of some Limitations in the Prediction of Infrequent Events. In: J. Cons. Psychol., 18. – Schmidte, A. (1976): Möglichkeiten psychometrischer Verfahren bei der Abschätzung suizidalen Verhaltens Jugendlicher. In: Suicidprophylaxe, 3. – Shaffer, D. (1974): Suicide in childhood and adolescence. In: J. of Child Psychol. and Psychiat. 15. – Stierlin, H. et al. (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett – Cotta. – Stober, B. (1978): Familien von suizidalen Kindern und Jugendlichen. In: Familiendynamik, 3. – Teicher, J.D. and Jacobs, J. (1966): Adolescents who attempt suicide. In: Amer. J. Psychiat. 122. – Thomas, K.L. (1978): Selecta-Forum über ein Problem der Pädo-Psychiatrie: „Was treibt Kinder zum Selbstmord?“ In: Selecta 25.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Dipl.-Psych. M. Löchel, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Wiesloch, Heidelberger Str. 1a, 6908 Wiesloch.