

Remschmidt, Helmut

Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter –Therapie und Prävention

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 35-40

urn:nbn:de:bsz-psydok-28915

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

<p>Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen 1 In Memoriam Hermann Stutte 285</p> <p>Aus Praxis und Forschung</p> <p>W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) 87 E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) 300 C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) 143 W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices) 180 G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) 291 H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) 298 H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) 9 R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) 103 R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) 19 B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) 98 B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) 173 Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) 253 G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling) 56 A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) 191 M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) 41 K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) 260 P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-</p>	<p>drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) 25 B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) 207 M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) 213 H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) 93 M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) 266 E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) 231 A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) 125 W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) 308 A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) 15 A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) 50 T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) 223 H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) 35 R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? 286 H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) 3 G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung ein Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) 185 A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) 47 P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) 218</p> <p>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</p> <p>B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) 64 G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) 277 R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) 110</p>
---	--

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60	Tagungsberichte	
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children)	238	H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160	H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21.10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243	H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155	H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7.1982 in Dublin	318
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271	Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313	Herzka, H.S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Bericht aus dem Ausland		Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75	Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250
		Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	

Aus Praxis und Forschung

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt)

Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention*

Von Helmut Remschmidt

1. Einleitung

„Wenn die Dinge so einfach sind, wie man sie uns darstellt, daß nämlich unglückliche Kindheit, Liebesentzug und Fehlentwicklung eine Einengung der Vitalsphäre bedeuten, dann müßten sich eigentlich unendlich viel mehr Menschen umbringen. Denn *diese* Verhältnisse gelten für eine unendlich große Anzahl von Leuten, die nicht zur Tat schreiten.“ Diese Diskussionsbemerkung von *Jean Amery*, der mit seinem Buch „Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod“ die Suizidverhütung in Frage gestellt hatte und selbst den Freitod wählte, vermittelt einen ersten Eindruck von der Komplexität der Thematik. Vielfältig und zahlreich sind die Publikationen über Suizide und Suizidversuche, zahlreich auch die Bemühungen um die Suizidprophylaxe, dennoch bleibt die traurige Bilanz, daß wir in der Bundesrepublik Deutschland jährlich 14000 Suizide zu beklagen haben, das sind rund 22 auf 100000 Einwohner, eine Zahl die in etwa derjenigen der Verkehrstoten entspricht. Die Bundesrepublik ist ein Land mit relativ hoher Suizidrate, eine ihrer Städte, Berlin, hat die höchste Suizidrate der Welt. Suizide von Kindern (d.h. bis zum 14. Lebensjahr) sind aufs Ganze gesehen relativ selten. Immerhin nehmen sich laut Angaben des Statistischen Jahrbuches jährlich über 100 Kinder das Leben, wobei das Verhältnis von Jungen zu Mädchen etwa 5:1 beträgt. Im Alter von 15 bis 25 Jahren erfährt die Suizidquote einen erheblichen Anstieg. In dieser Altersgruppe finden wir jährlich rund 1500 Suizide. Es folgt ein weiterer Gipfel jenseits des 60. Lebensjahres. Man kann davon ausgehen, daß die Zahl der Suizidversuche fünf- bis zehnmal so hoch ist wie die Zahl der gelungenen Suizide. Bezogen auf die Altersstufen der 5- bis 25jährigen bedeutet dies, daß wir in unserem Lande rund 10- bis 15000 Suizidversuche im Kindesalter und in der Adoleszenz aufzuweisen haben. Dies ist sicher alarmierend, wenngleich nicht neu:

„Der Selbstmord als Massenerscheinung und als internationale Erscheinung verlangt vom Standpunkt des Menschheitswohles aus,

* Frau Prof. Dr. med. *Annamarie Dührssen* zum 65. Geburtstag gewidmet.

seine Ursachen, seine Differenzierungsmomente nach den Grundsätzen der Wissenschaft zu erforschen und die Bekämpfung dieser internationalen Selbstmordneigung mit geeigneten Mitteln anzustreben. So gut man der Tuberkulose, der Syphilis, der Krebskrankheit mit Erfolg den Kampf angesagt hat, so muß sich heute die Menschheit darauf besinnen, diese krankhafte Erscheinung am Körper der kultivierten Menschheit einer Diagnose, einer Prophylaxe und einer durchgreifenden Heilmethode zu unterwerfen. Es unterliegt nicht dem *geringsten* Zweifel, daß die Selbstmordneigung *herabgesetzt* werden kann.“

Diese Äußerung von *Hans Rost* aus dem Jahre 1932 in dem von ihm gegründeten Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmordes ist heute so aktuell wie vor 50 Jahren.

Während über vollendete Suizide einigermaßen verlässliche Angaben existieren, stößt die Ermittlung der Anzahl der *Suizidversuche* bei Kindern und Jugendlichen auf große Schwierigkeiten. Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden verfügt über eine Aufstellung der Suizide für das Bundesgebiet. Unterlagen über Suizidversuche wurden bis 1965 beim Bundeskriminalamt nachgewiesen. Seit 1966 ist dies aber nicht mehr der Fall. Wenn man den 10-Jahres-Zeitraum von 1968 bis 1978 betrachtet, so ergibt sich ein leichter Anstieg der Suizidfrequenz vor allem bei männlichen Jugendlichen. Von einer alarmierenden Zunahme jugendlicher Suizide kann allerdings nicht die Rede sein. Anders sieht es bei den *Suizidversuchen* von Kindern und Jugendlichen aus. Hier ist eine deutliche Zunahme seit 1953 zu verzeichnen, wobei nur punktuelle Angaben vorliegen und sicherlich ein hohes Dunkelfeld besteht. So stieg die Frequenz der Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr in Hamburg seit 1953 um das Fünffache, in Schleswig-Holstein seit 1956 um das Dreifache. Im Gegensatz zu Suiziden werden *Suizidversuche* häufiger von Mädchen vorgenommen. In den USA und vielen anderen zivilisierten Ländern stehen Suizide unter den Todesursachen bei Jugendlichen mittlerweile nach den Unfällen an zweiter bis dritter Stelle. Diese wenigen Angaben mögen genügen, um die bedrückende Aktualität des Themas zu unterstreichen.

2. Ursachen suizidaler Handlungen

Wer Therapie und Prävention betreiben will, muß nach den Ursachen suizidaler Handlungen fragen. Was ist hierzu bekannt?

Zunächst gibt es ein gehäuftes *familiäres* Vorkommen von Suizidhandlungen. Zu seiner Erklärung werden folgende Mechanismen angenommen:

- (1) Eine suggestive Wirkung (Beichl, 1965; Ringel, 1952),
- (2) ein Identifikationsmechanismus (Milcinski, 1971) oder dessen Fehlen (Dührssen, 1967) und
- (3) eine genetische Disposition zu einer mit Suizidhandlungen gehäuft einhergehenden psychiatrischen Erkrankung (z.B. einer endogenen Depression oder einer schizophrenen Psychose).

Zahlreich sind die Untersuchungen, die Suizidhandlungen mit broken-home-Faktoren in Verbindung bringen. Die Angabe solcher Faktoren in der Vorgeschichte jugendlicher Suizidanten schwankt je nach Stichprobe zwischen 11 und 70%. Ein hohes Risiko für suizidale Handlungen stellen psychische Störungen und Erkrankungen dar. Je nach Ausgangspopulation existieren hier unterschiedliche Werte. In einem kinder- und jugendpsychiatrischen Krankengut dominieren zwangsläufig die seelischen Erkrankungen, während sie bei einer unausgelesenen Schülerpopulation selten sind (Lungershausen, 1966). Obwohl also kein Zweifel darüber besteht, daß eine kinder- und jugendpsychiatrische Population eine wesentlich höhere Quote an Suizidversuchen aufweist (unser Mitarbeiter Vilmar [1975] fand bei der Untersuchung von 102 Kindern und Jugendlichen mit endogenen Psychosen einen Prozentsatz von 38), so ist die Aufdeckung dieser Störungen natürlich nur durch eine ausführliche psychiatrische Untersuchung zu erreichen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß für die stark divergierenden Zahlenangaben zum Zusammenhang zwischen Suizidhandlungen und psychiatrischen Erkrankungen bei Jugendlichen eine unzureichende psychiatrische Untersuchung mancher Stichproben verantwortlich ist. Dies hat Otto in verschiedenen Untersuchungen (Bergstrand und Otto, 1962; Otto, 1966) dargelegt. Nach diesen Ergebnissen muß der Schluß gezogen werden, daß alle Kinder und Jugendlichen, die suizidgefährdet sind oder einen Suizidversuch durchgeführt haben, kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht werden sollten. Allgemeine wirtschaftliche Faktoren spielen im Kindes- und Jugendalter eine zu geringe Rolle, als daß sie zur Erklärung suizidaler Handlungen herangezogen werden könnten. Es gibt jedoch, gerade in der Phase der Adoleszenz, spezifische Faktoren, die Suizidhandlungen begünstigen können. Die unmittelbare Konfrontation mit der Gesellschaft, mit Normen, Anforderungen, Erwartungen, Gesetzen und Institutionen beginnt für den Jugendlichen, wenn es darum geht, seine Freizeit zu verbringen, eine Ausbildung zu durchlaufen oder aber wenn er mit bestimmten Gesetzen (sowohl im strafrechtlichen wie auch im moralischen Sinne) in Konflikt gerät. In diesen Fällen können soziale Faktoren sehr wohl entscheidenden Einfluß auf die Suizidhandlung nehmen, wie dies anhand der Freizeitprobleme Jugendlicher von Leder (1967), anhand der

Schulprobleme und Studienschwierigkeiten von Otto (1965) und Lungerhausen (1966) beschrieben wurde. Bei Mädchen spielt auch das Problem der nichtehelichen Schwangerschaft eine große Rolle (Achte, 1971; Otto, 1965).

Eine eigene Untersuchung zum Thema (Remschmidt und Schwab, 1978) an 157 Patienten, die im Zeitraum von 1963 bis 1973 wegen eines Suizidversuches stationär oder ambulant in der Marburger Klinik behandelt worden waren, erbrachte folgende Ergebnisse: Suizidversuche wurden mit zunehmendem Alter häufiger verübt, nur zwei der Patienten waren jünger als 10 Jahre. Das Verhältnis von Mädchen zu Jungen betrug 2:1. Eine broken-home-Situation lag bei einem Drittel der Patienten vor. Soziale Auffälligkeiten waren bei diesen Probanden signifikant häufiger als bei denjenigen, die aus einer intakten Familie stammten. Kinder und Jugendliche aus den unteren sozialen Schichten waren im Vergleich zur Bevölkerung der Bundesrepublik und des Landes Hessen überrepräsentiert. Eine endogene Psychose lag nur bei 3,8% der Patienten vor, hingegen verübten 38% der Kinder und Jugendlichen, die wegen einer Psychose aufgenommen wurden, Suizidversuche. Die drei wichtigsten *suizidauslösenden* Faktoren waren *familiäre* Konflikte (32,6%), Partnerschaftskonflikte bei Jugendlichen (16%) und Schulprobleme (18%). Schulprobleme waren bei 17% der Probanden zu finden. Jeder dritte Patient mit gravierenden Schulproblemen unternahm einen Suizidversuch aus diesem Grund. Die gebräuchlichste Suizidmethode war die Einnahme von Schlafmitteln. Die Jungen benutzten häufig härtere Methoden. Dementsprechend waren bei ihnen signifikant häufiger lebensbedrohliche Zustände zu finden als bei Mädchen. 22% der Patienten hatten wiederholt einen Suizidversuch begangen. Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren sprachen Suiziddrohungen häufiger aus als Jugendliche der Altersgruppe von 14 bis 18 Jahren. Automutilationen in der Anamnese von Suizidanten waren extrem selten. Bei 37% der Patienten (hauptsächlich Jugendlichen) lag eine ausgesprochene depressive Verstimmung vor.

Bzüglich suizidalen Verhaltens ist ferner bekannt, daß Suizide in Großstädten häufiger sind als auf dem Lande, in den Innenbezirken der Städte häufiger als in den Randbezirken, daß Häufungen in bestimmten Stadtvierteln, die durch ein hohes Maß an *Mobilität* der Bevölkerung und *sozialer* Desorganisation gekennzeichnet sind, vorkommen, daß Streß- und Belastungsfaktoren eine wichtige Rolle spielen, daß diese aber weniger *direkt* auf die Kinder einwirken als *indirekt* über die Familie (Rutter und Madge 1976).

3. Zur Dynmaik suizidaler Handlungen im Kindes- und Jugendalter

Grundsätzlich muß zwischen der suizidalen Handlung im Kindes- und Jugendalter unterschieden werden. Kinder unter 10 Jahren sind sich in der Regel der Endgültigkeit des Todes nicht bewußt. Suizidale Handlungen können hier augenblicklichen Impulsen entsprechen und sind selten geplant. Rund 10% aller suizidaler Handlungen Minder-

jähriger entfallen auf Kinder, die jünger sind als 12 Jahre (Marcelli 1978). Suizidphantasien sind aber auch in diesem Alter gar nicht selten. Suizidale Handlungen bei jüngeren Kindern lassen sich vielfach auffassen als Flucht vor unangenehmen Situationen, als Selbstbestrafungstendenz oder auch als eine Umkehr aggressiver Impulse, die primär anderen Personen gilt (Marcelli 1978).

Bei Jugendlichen stehen neben psychiatrischen Erkrankungen Identitätsprobleme und phasenspezifische Konflikte im Vordergrund. Suizidgedanken und Suizidphantasien sind in der Adoleszenz überaus häufig, rund die Hälfte aller Jugendlichen berichtet über solche. Selbstwertkonflikte, Isolation, Kontaktstörungen, Unzufriedenheit mit der körperlichen Gestalt (Thersiteskomplex), Enttäuschungen in den Beziehungen zum anderen Geschlecht, depressive Verstimmungen, sind in der Adoleszenz häufige suizidverursachende oder auslösende Faktoren. Dabei ist wichtig zu wissen, daß vielfach *situative* Einflüsse eine Rolle spielen, die nach ein bis zwei Jahren nicht mehr aktuell sind. Insofern kommt dem Arzt gerade in der Adoleszenz vielfach die Rolle eines Begleiters zu, der dem Jugendlichen über eine kritische Phase seiner Entwicklung hinweg hilft.

Von eigener Dynamik und oft sehr problematischen Folgen sind suizidale Handlungen in der Klinik insbesondere dann, wenn der Suizid gelingt. Nicht immer läßt sich dies vermeiden, jedoch gibt es hier einige Regeln, die auch heute angesichts vielfältiger Liberalisierungsbewegungen eingehalten werden müssen: Suizidale Kinder und Jugendliche müssen sorgfältig betreut und beobachtet werden, sie dürfen in der Phase der akuten Suizidgefährdung keinen Alleinausgang haben, die Beurteilung der Suizidgefährdung darf nicht Unerfahrenen anvertraut werden oder gar einem Team, in dem die persönliche Verantwortung verdünnt ist, das Personal muß im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen geschult sein und muß mit der Suizidproblematik weitgehend angstfrei und verantwortungsvoll umgehen können. Es muß auch in der Lage sein, die Spannung zwischen rechtlicher Verpflichtung nach *Sicherheit* und therapeutisch erwünschter *Verantwortlichkeit* des Patienten auszuhalten. Behandlungsphasen und -situationen mit gesteigerter Suizidanfälligkeit (z. B. Gefährdungsphasen im Rahmen einer antidepressiven Behandlung oder auch einer Psychotherapie) müssen bekannt sein und in die Suizidprophylaxe eingezogen werden.

4. Therapie und Prävention

Angesichts der vielfältigen therapeutischen und prophylaktischen Bemühungen und der geringen Erfolge könnte man pessimistisch werden. Wir sind aber täglich zum Handeln aufgerufen und sicherlich alle der Überzeugung, daß der vorhin zitierte Satz von Hans Rost zutreffend ist: „Es unterliegt nicht dem geringsten Zweifel, daß die Selbstmordneigung herabgesetzt werden kann“. Was Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen betrifft, so sind die Vorschläge hierzu sehr zahlreich, die Versuche, ihre Effizienz zu prüfen, gering. Es soll zunächst auf einige Therapiemaßnahmen und dann auf präventive Möglichkeiten eingegangen werden.

4.1 Akutphase und Krisenintervention

Die Akutphase nach einem Suizidversuch spielt sich in der Regel in Kinderkliniken, medizinischen Kliniken oder allgemeinen Krankenhäusern ab. Der Kinder- und Jugendpsychiater wird in der Regel erst später hinzugezogen. Zunächst dominiert notwendigerweise die somatische Behandlung. Es wäre aber von größter Bedeutung, bereits *unmittelbar* nach der Akutphase die kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung zu beginnen.

Erfahrungen an verschiedenen Stellen haben gezeigt, daß sowohl das Kind bzw. der Jugendliche als auch seine Familie *unmittelbar* nach der „Rückkehr ins Leben“ in einer emotional sehr empfänglichen Situation sind, die zunächst eine klare Diagnostik über die Ursachen und die Dynamik des Suizidgeschehens ermöglicht und auch Gelegenheit gibt, erste Maßnahmen mit dem Kind und seiner Familie einzuleiten. Insofern sollte der Kinder- und Jugendpsychiater im Idealfall auch auf Intensivstationen und *unmittelbar* nach Behebung der akuten Lebensgefahr anwesend sein. Ein derartiges Vorgehen läßt sich am besten im Rahmen von interdisziplinären Kriseninterventionszentren, die von der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung seit langem gefordert werden, realisieren. An einigen Orten existieren sie bereits, selten jedoch für das Kindes- und Jugendalter.

4.2 Individuelle Maßnahmen

Wichtiger Schwerpunkt jeder Therapie ist die individuelle Behandlungsmaßnahme. Sie setzt immer eine differenzierte Diagnostik voraus, denn je nach Ursachen und Kontext, in dem der Suizidversuch stattfindet, ist auch der Schwerpunkt der Behandlung unterschiedlich. Es ist hier nicht möglich, die individuelle Therapie bezogen auf verschiedene Ursachenbündel zu besprechen. Wir können nur bei allgemeinen Prinzipien bleiben. Wie bei jeder Form der Psychotherapie ist das Aufbauen einer Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und dem Therapeuten die wichtigste Aufgabe. Sie ist vielleicht beim Suizidgefährdeten wichtiger als bei anderen Patientengruppen, weil die Folgen größer sein können. Eine gute *Vertrauensbeziehung* ist das beste Instrument der Suizidprophylaxe. Wir haben sie häufig eingesetzt, um Suizidgefährdungen abzufangen, indem wir mit Patienten fest und eindringlich vereinbart hatten, daß sie bei Auftreten von Suizidimpulsen sich *unmittelbar* ans Telefon begeben und anrufen. Wenn ein solcher Anruf überhaupt erfolgt, so ist die Situation vielfach schon behoben. Die *imperative* Aufforderung an den Patienten, *unmittelbar* zum Gespräch zu kommen, ist der nächste Schritt, und das Gespräch beseitigt vielfach die unmittelbare Gefahr.

Die Individualtherapie selbst muß im Jugendalter auf die ganz spezifische Konfliktfrage des Jugendlichen bezogen werden, wobei wir nach Moss und Hamilton (1957) drei Phasen unterscheiden können:

(1) Die akute Phase

In der akuten Phase kommt es darauf an, dem Kind oder Jugendlichen Sicherheit vor seinen selbstdestruktiven Im-

pulsen zu verschaffen. Vielfach ist hierzu der sichere Rahmen einer entsprechenden Station erforderlich. Im Laufe der Behandlung gilt es mit dem Patienten *Bewältigungsmechanismen* zu erarbeiten, oft gemeinsam mit anderen Jugendlichen. Man muß sich dabei vor Augen halten, daß der suizidale Jugendliche seinen autodestruktiven Impulsen durchaus ambivalent gegenübersteht, und daß diese Ambivalenz längere Zeit bestehen kann. In dieser Akutphase spielen neben der Psychotherapie auch andere Behandlungsmaßnahmen wie eine medikamentöse Behandlung, Beschäftigungstherapie und kreative Aktivitäten eine große Rolle. Sie haben alle das Ziel Vereinsamung und Vereinzelung abzubauen und eine therapeutische Beziehung aufzubauen.

(2) Phase der Konvaleszenz

In dieser Phase, die sich in der Regel in der Klinik abspielt, hat sich der Patient an die Bedingungen der Klinik angepaßt, er zeigt in der Regel auch eine adäquate Affektlage und ist bemüht, zu einer Klärung seiner selbstdestruktiven Impulse beizutragen. Im günstigen Falle hat sich eine gute Beziehung zum Therapeuten hergestellt, eine gewisse Sicherheit und Angstreduktion ist eingetreten. Gleichwohl ist die Gefahrensituation keineswegs behoben. Suizidgedanken, Suizidphantasien und -impulse liegen oft noch gleichsam unterschwellig bereit und können leicht aktiviert werden. Die Beziehung zum Therapeuten, auf den ersten Blick zunächst tragfähig, ist vielfach noch fragil und auslenkbar. Der Wunsch nach Entlassung taucht auf und die Phase der Konvaleszenz endet in der Regel mit dem Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung.

(3) Die Phase der Rückbildung

Mit der Entlassung aus der Klinik wird in der Regel eine engmaschige ambulante Nachbetreuung erforderlich. Denn häufig erfolgt unmittelbar nach der Entlassung eine Reaktivierung der suizidalen Impulse. Dies gilt sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche, weniger für Kinder. Diese Reaktivierung, die nicht zu einem erneuten Suizidversuch führen muß, äußert sich in aller Regel in Form von Suizidgedanken und Suizidphantasien bis zur konkreten Durchführungphantasie. Derartige Anzeichen sind nach Moss und Hamilton (1957) bei rund 80% aller Fälle zu beobachten.

Bei Kindern und Jugendlichen ist entscheidend, daß das häusliche Milieu bzw. die gewohnte Umgebung auf die Rückkehr des Patienten hinreichend vorbereitet ist. Dazu gehört folgendes: Veränderungen der suizidauslösenden Bedingungen, sofern diese im Milieu vorhanden waren, verständnisvolle Begegnung mit dem Suizidanten, Vermeidung einer moralisierenden Betrachtung, Abstandnehmen von Schuldvorwürfen oder persönlichem Gekränktheitsein, Überwindung der vor Verübung der Suizidhandlung meist bestandenen persönlichen Isolierung des Jugendlichen und begleitende Einbeziehung der Umgebung, parallel zur Einzeltherapie des Kindes oder des Jugendlichen.

Die neben der individuellen Psychotherapie durchzuführenden Maßnahmen richten sich nach der zugrundeliegenden Störung (z. B. medikamentöse Therapie bei einer Schi-

zophrenie oder einer endogenen Depression). Sie sollten aber auch stets das berufliche, schulische und familiäre Umfeld des Patienten umfassen.

4.3 Familienbezogene Maßnahmen

Unter familienbezogenen Maßnahmen verstehen wir solche, die den Schwerpunkt der Intervention auf eine Modifikation der familiären Bedingungen legen. Im Kindes- und Jugendalter steht dieser Aspekt naturgemäß im Vordergrund und zwar sowohl aus rechtlichen Gründen (das Sorgerecht liegt ja bei den Eltern) als auch aus Gründen der Maßnahmeeffizienz. Auch was die Familie betrifft, so sind nach einem Suizidversuch zumindest folgende drei Phasen unterscheidbar:

(1) Die *Akutphase*, in der es darauf ankommt, in einer Zeit maximaler Betroffenheit das Familiengefüge und etwaige pathologische Bedingungen diagnostisch zu klären und einen gangbaren Weg in der gemeinsamen Therapie zu finden. Dies sollte, wie erwähnt, schon zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem ein lebensbedrohlicher Zustand noch besteht oder gerade behoben ist.

(2) Familienbezogene Maßnahmen während des *stationären* Aufenthaltes des Kindes. In dieser Phase wird die Art der Einbeziehung der Familie endgültig festgelegt (z. B. im Sinne einer begleitenden Beratung, einer kurzfristigen fokalen Familientherapie oder einer längerfristigen Behandlung). Zugleich werden in dieser Phase alle Maßnahmen festgelegt, die in der Zeit nach der Entlassung erfolgen sollen. Wesentlich ist dabei der lückenlose Übergang in die ambulante Nachbetreuung und die Vorsorge für eine Reintegration des Patienten in seine gewohnte Umgebung. Viele Rezidive haben ihre Ursache darin, daß dieser Übergang nicht adäquat bewältigt wird.

(3) Familienbezogene Maßnahmen während der *ambulanten* Nachbetreuung. Nach der Entlassung läßt die Motivation zur Zusammenarbeit in den Familien oft nach. Dies geschieht besonders dann, wenn das Kind oder der Jugendliche in seinem Verhalten wieder „normal“ erscheint. Angesichts der Rezidivquote, die rund 20 bis 25% aller Suizidversuche beträgt, wovon (wenn man alle Altersstufen einbezieht) ein tödlicher Ausgang in 8 bis 10% der Fälle vorkommt, ist diese Phase gerade von allerhöchster Bedeutung. Es ist wichtig, daß man, allerdings ohne Panikmache, die Eltern auf diese Tatsache hinweist und sie zur weiteren Kooperation gewinnt.

Neben den familienbezogenen Ansätzen haben sich auch verschiedene Methoden der Gruppentherapie sehr bewährt, weil sie gerade Jugendliche vielfach aus der Vereinzelung herausholen und ihnen das Gefühl vermitteln, mit ihrer Problemlage nicht allein zu sein, was viele Jugendliche ja glauben.

4.4 Institutionelle Maßnahmen

Einrichtungen zur Betreuung suizidgefährdeter Menschen existieren seit langer Zeit. Die verschiedenen Länder haben hier unterschiedliche Traditionen. Zu erwähnen sind Suizidambulanzen an Kliniken, Kriseninterventionszentren an allgemeinen Krankenhäusern, multidisziplinäre Suizid-

sprechstunden, die Telefonseelsorge, die Samariter, die besonders in England wesentlich zur Suizidprophylaxe beigetragen haben, sowie zahlreiche Gruppen von Laienhelfern (teils religiöser, teils nichtreligiöser Orientierung), die sich der Aufgabe der Suizidprophylaxe verschrieben haben. Es ist nicht möglich, auf alle diese Institutionen und Organisationen einzugehen. Stellvertretend für alle anderen sei die *Telefonseelsorge* erwähnt, die nach einer Übersicht aus dem Jahre 1980 in 63 Orten der Bundesrepublik existiert. Rund 15% aller Anrufe erfolgen wegen einer Suizidproblematik, die Zahl der Anrufer mit psychischen Störungen wird auf etwa 16% im Bundesdurchschnitt geschätzt. Auch der Bekanntheitsgrad dieser Einrichtungen in der Bevölkerung ist groß. Nach einer Meinungsumfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie (Böcker 1972) hatten 75% einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe von der Telefonseelsorge gehört, 49% glaubten, daß diese Einrichtungen auch Menschen weiterhelfen könnten, wenn diese nicht mehr weiter wüßten, 1% berichtete, selbst schon einmal angerufen zu haben, 5% hatten erwogen anzurufen und 24% wußten, daß in ihrem Wohnbereich eine Telefonseelsorge existierte. Anrufe von Kindern kommen in Telefonseelsorgen relativ selten vor, wohl aber von Jugendlichen. Ein genauer Prozentsatz war nicht zu ermitteln.

Viel zu wenig existieren noch interdisziplinär besetzte Kriseninterventionszentren. Diese sollten für das Kindes- und Jugendalter in Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie, innerer Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Sozialarbeit eingerichtet werden und eine lückenlose Behandlungskette von der Akutphase bis zur mittel- bis langfristigen Betreuung realisieren können. Es muß leider gesagt werden, daß viele kindliche und jugendliche Suizidanten nach Behebung der unmittelbaren Lebensgefahr in eine recht ungewisse Zukunft entlassen werden.

Mit den institutionellen Maßnahmen kommen wir zugleich in das große Gebiet der Prävention. Ohne Zweifel könnten präventive Maßnahmen die wirksamsten sein. In der Durchführung sind sie aber zugleich die schwierigsten. Dabei ist davon auszugehen, daß viele wissenschaftliche Erkenntnisse über Genese, Dynamik und Verlauf suizidaler Handlungen in Präventivmaßnahmen noch nicht einbezogen sind. Klassischerweise unterscheiden wir die primäre von der sekundären und tertiären Prävention.

Alle Formen der Prävention setzen sich folgende Ziele (WHO 1968)

- (1) Prävention der fatalen Auswirkungen suizidaler Handlungen
- (2) Prävention der Wiederholung suizidaler Handlungen (Rezidivprophylaxe)
- (3) Verhinderung des ersten Suizidversuchs
- (4) Prophylaxe gegenüber Suizidgedanken und Suizidwünschen.

Diese von der WHO propagierten Ziele gehören verschiedenen Bereichen der Prävention an.

4.5 Primäre Prävention

Die *primäre* Prävention befaßt sich mit der Eliminierung oder Modifikation derjenigen Bedingungen, die das Risiko für eine suizidale Handlung erhöhen. Es sind dies: Ver-

schiedene psychiatrische Erkrankungen (z.B. Schizophrenien, endogene Depressionen, manche neurotischen Störungen, Adoleszentenkrisen, Identitätsprobleme), besondere Belastungsmomente (Deprivationserlebnisse in früher Kindheit, belastete Familienverhältnisse, Auftreten belastender Ereignisse vor dem Suizidversuch, besondere Situationen wie z.B. U-Haft, Gefängnisaufenthalt, familiäres Vorbild, allgemeine soziale Belastungsbedingungen in der Familie und in der Schule etc.). Diese Bedingungen werden durch Maßnahmen der primären Prävention nicht beseitigt werden können. Und auch wenn dies im Prinzip möglich wäre, könnte dies niemand bezahlen.

Wohl aber ist es möglich und realistisch, die unmittelbaren Anzeichen eines sich ankündigenden Suizidversuches besser und rascher zu erkennen. Damit ist das *präsuizidale* Syndrom gemeint, das auch bei Kindern und Jugendlichen existiert.

Auch im Kindes- und Jugendalter kündigen sich Suizidversuche häufig an. Sie treten meist nicht aus heiterem Himmel auf. Es ist wichtig, auch in diesen Lebensabschnitten das präsuizidale Syndrom zu erkennen. Häufig sprechen Kinder und Jugendliche auch darüber, sich das Leben zu nehmen, besonders wenn Suizidäußerungen oder Suizidversuche in der Familie vorgekommen sind. Oft sind Eltern erstaunt, daß Kinder solche Äußerungen von sich geben, ohne zu realisieren, daß sie selbst die Vorbilder waren. Grundsätzlich muß jede Suiziddrohung und jede Suizidankündigung ernst genommen werden. Die Unterscheidung zwischen ernst gemeinten und nicht ernst gemeinten Suizidversuchen ist nach heutigen Erkenntnissen nicht mehr zulässig. Zweifellos gibt es auch Suizidversuche mit deutlicher Appelltenz oder als gezielt eingesetztes Druckmittel. Derartige Varianten sollten aber nicht zur Grundlage von Klassifikationen gemacht werden.

4.6 Sekundäre Prävention

Die *sekundäre* Prävention erstreckt sich in erster Linie auf die Verhinderung von suizidalen Handlungen. Sie ist keine rein ärztliche Aufgabe, sondern ein interdisziplinäres Anliegen. Hier hat sich gezeigt, daß die Existenz von Kriseninterventionszentren, Telefonseelsorgen und interdisziplinär besetzten Suizid-Präventions-Zentren wirksam ist und auch die Suizidraten in gewissem Umfange senken kann. Zumindest ist dies für die Organisation der Samariter in England belegt, auch haben die Bemühungen von Ringel in Wien offenbar zu einer Senkung der Suizidraten geführt. Allerdings sind hier Grenzen gesetzt; es existieren mehrere Evaluationsuntersuchungen, deren Ergebnisse längerfristig nicht mehr überzeugend sind.

4.7 Tertiäre Prävention (Rückfall-Prophylaxe)

Dies gilt auch für die *tertiäre* Prävention, die sich mit der Verhinderung weiterer Suizidversuche nach einem bereits vorangegangenen beschäftigt. Auch in diesem Gebiet haben sich sowohl Suizid-Sprechstunden, Ambulanzen, insbesondere aber gute Kontakte zu *einem* Therapeuten bewährt, ferner die Telefonseelsorge und andere Dienste, die rund um die Uhr erreichbar sind. Die tertiäre Prävention hat den Vorteil, daß die Klientel bekannt ist, aber auch den Nach-

teil, daß es sich um ein hochgefährdetes Krankengut handelt. Sie muß nicht wie die Primär-Prävention Risikogruppen identifizieren (diese sind bekannt), sondern muß alle Anstrengungen unternehmen, um bereits identifizierte und gefährdete Kinder und Jugendliche vor erneuten Suizidhandlungen zu bewahren. Die Maßnahmen hierzu sind schlicht, aber schwer zu realisieren: Ständiges Aufrechterhalten eines therapeutischen Kontaktes, Kooperation mit der Familie bzw. der Umgebung, feste Abmachung mit dem Kind oder dem Jugendlichen, im Falle ernsthafter Suizidimpulse sofort anzurufen, Schaffung einer Behandlungskette unmittelbar nach dem ersten Suizidversuch, sorgfältig geplanter Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung, Vorbereitung der Familie und der Umgebung auf die Reintegration des Patienten und vor allem Behandlung der Grundkrankheit bzw. der zum Suizidversuch führenden Konflikte.

4.8 Stationäre oder ambulante Therapie

Bei lebensbedrohlichen Ereignissen ist selbstverständlich eine stationäre Behandlung erforderlich. Sie dient zugleich auch dazu, das Kind oder den Jugendlichen vor seinen Suizidimpulsen zu bewahren. Jeder suizidgefährdete Patient (insbesondere Kinder und Jugendliche und deren Eltern) hat ein Anrecht darauf, auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station sicher zu sein. Denn vielfach erfolgt die Aufnahme ja gerade deshalb, weil der Patient in seiner gewohnten Umgebung nicht mehr sicher ist. Auch ohne Vorhandensein einer lebensbedrohlichen Situation sollten suizidal gefährdete Kinder und Jugendliche aufgenommen werden, wenn folgende Kriterien vorliegen (Kirstein et al., 1975):

- (1) Vorliegen eines wohl-definierten Planes zum Suizid;
- (2) ernsthafte Suizidversuche in der Vorgeschichte;
- (3) Suizidgedanken und -phantasien oder Suizidversuche im Zusammenhang mit Psychosen oder wahnhaften Episoden;
- (4) Vorliegen anderer psychiatrischer Erkrankungen mit erhöhtem Suizidrisiko (z.B. endogene Depression, Drogenabhängigkeit etc.);
- (5) Wunsch des Patienten, der seine bedrohliche Lage empfindet, stationär aufgenommen zu werden;
- (6) persistierende Äußerung von Suizidgedanken ohne Akzeptierung anderer Alternativen (ausweglose Krisensituation).

Da viele Kinder und Jugendliche nicht endgültig aus dem Leben scheiden wollen, sondern vielfach nur aktuellen Krisen und Belastungssituationen nicht gewachsen sind und die Suizidhandlung nicht selten den Charakter einer parasuizidalen Pause hat, sind die Erfolge stationärer Maßnahmen und engmaschiger ambulanter Nachbetreuung im allgemeinen nicht ungünstig.

Dennoch bleibt festzuhalten: Das Problem der Therapie und Behandlung von Suizidhandlungen im Kindes- und

Jugendalter ist nicht gelöst. Es wird vielleicht auch nie ganz lösbar sein. Als Kinder- und Jugendpsychiater können wir aber durch Nutzung bisheriger Erkenntnisse, Engagement und Kooperation einen Schritt zur Lösung beitragen.

Literatur

- Achte, K. A., APO, M., Haapaniemi, L., Katila, O.: Suicide and pregnancy. *Psychiat. Finn.* 235–237, 1971. – Amery, J.: Hand an sich legen – Diskussion über den Freitod. Stuttgart 1976, Klett-Cotta. – Beichl, L.: Über Selbstmordhäufungen in einer Familie. *Wien, klin. Wschr.* 77, 727–728, 1965. – Bergstrand, C. G., Otto, U.: Suicidal attempts in adolescence and childhood. *Acta paedopsychiat.* 51, 17–26, 1962. – Böcker, F.: Suicidprophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland. Vortrag anlässlich der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung 1972, Nachdruck in: *Suicidprophylaxe* 7, 187–199, 1980. – Dührssen, A.: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. *Beihft Nr. 9 zur „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“*, Göttingen 1967. – Marcelli, D.: Les tentatives de suicide de l'enfant. *Acta paedopsychiat.* 43, 213–221, 1978. – Moss, L. M., Hamilton, D. M.: Psychotherapy of the suicidal patient. In: *Shneidman, E. S., Farberow, N. L.* (Eds.), *Clues to Suicide*, McGraw-Hill, New York 1957. – Kirstein, L., Prussoff, B., Weisman, M., Dressler, D. M.: Utilization review of treatment for suicide attempters. *Amer. J. Psychiat.* 132, 1, 1975. – Leder, H.: Klinische und sozialfürsorgerische Gesichtspunkte beim Suizidversuch Jugendlicher. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 19, 183–186, 1967. – Lungershausen, E.: Suicide und Suizidversuche bei Schülern. *Z. Präz.-Med.* 11, 414–433, 1966. – Milcinski, L.: Familienatmosphäre und Selbstmord. *Wien med. Wschr.* 121, 220–223, 1971. – Otto, U.: Suicidal attempts made by children. *Acta paediat. scand.* 55, 64–72, 1966. – Ders.: Suicidal attempts made by psychotic children and adolescents. *Acta paediat. scand.* 56, 348–356, 1967. – Ders.: Suicidal attempts made by children and adolescents because of school problems. *Acta paediat. scand.* 54, 348–356, 1965. – Ders.: Suicidal attempts made by pregnant women under 21 years. *Acta paedopsychiat.* 32, 276–288, 1965. – Pohlmeier, H. (Hrsg.): *Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung*. Keil, Bonn 1978. – Remschmidt, H., Schwab, Th.: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. *Acta paedopsychiat.* 43, 197–208, 1978. – Ringel, E.: Ein Beitrag zur Frage der vererbten Selbstmordneigung. *Wien. Z. Nervenheilk.* 5, 26–40, 1952. – Rost, H.: Der Selbstmord in den Kulturstaaten der Erde. *Archiv f. Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords*. 1, 5–12, 1932. Reprint in: *Suicidprophylaxe* 2. Sonderheft 1979. – Rutter, M., Madge, N.: *Cycles of disadvantage*. Heineman, London 1976. – Vilmar, G.: Zur Eltern-Kind-Beziehung in Familien mit einem psychotischen Kind. *Med. Diss.*, Marburg 1975. – *Wekstein, L.*: *Handbook of Suicidology*. Brunner u. Mazel, New York 1979. – *World Health Organization: World health statistics annals*. Geneva 1968, Vol. 21/6.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Hans-Sachs-Straße 6, 3550 Marburg/Lahn.