

Aus dem Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Komm. Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller

**Suizidalität und Automutilationen  
während der stationären Behandlung  
jugendpsychiatrischer Patienten**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Ulrich Paggen  
aus Starnberg  
2003

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Priv.- Doz. Dr. H. Braun - Scharm

Mitberichterstatter. Prof. Dr. J.Martinius  
Prof. Dr. T.Bronisch  
Prof. Dr. Dr. h.c. H.von Voß

Mitbetreuung durch den  
habilitierten Mitarbeiter: Priv.- Doz. Dr. H. Braun - Scharm

Dekan: Prof. Dr. Dr. h. c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 16.10.2003

Caroline says...

*Caroline says  
as she gets up from the floor  
Why is it that you beat me?  
It isn' t any fun*

...

*Caroline says  
while biting her lip  
life is meant to be more than this  
and this is up on trip*

*And she is not afraid to die  
all of her friends call her Alaska  
when she takes speed they laugh and ask her  
What is on your mind?*

*She put her fist through the window  
Pain  
It was such a funny feeling  
It's so cold in Alaska  
It's so cold in Alaska*

*Lou Reed*

Danksagung:

Ganz herzlich danken möchte ich dem Betreuer dieser Arbeit, PD Dr. Hellmuth Braun - Scharm, für die konstruktive Mischung aus Geduld und „Sporen geben“, meinen Kindern Lena, Nuria und Lukian für ihre Toleranz und meiner Frau Kirsten für ihre Unterstützung auf allen Ebenen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Hintergrund der Studie</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Suizidalität bei Jugendlichen</b>	<b>12</b>
1.2.1 Begriffsbestimmung	12
1.2.2 Epidemiologie	12
1.2.3 Geschlecht	14
1.2.4 Methodik	14
1.2.5 Psychiatrische Störungen	15
1.2.6 Substanzmissbrauch	15
1.2.7 Psychosoziale Problematik	16
1.2.8 Wiederholter Parasuizid	17
1.2.9 Auslösesituation	18
<b>1.3 Automutilationen bei Jugendlichen</b>	<b>19</b>
1.3.1 Vorbemerkung	19
1.3.2 Definition	19
1.3.3 Diagnostische Abgrenzung	20
1.3.4 Epidemiologie	21
1.3.5 Psychiatrische Störungen	22
1.3.6 Risikofaktoren	23
1.3.7 Automutilation und Suizidalität	24
<b>2 MATERIAL UND METHODE</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Gruppenbildung</b>	<b>25</b>
2.1.1 Gesamtstichprobe (G) (n = 537)	25
2.1.2 Untersuchungsgruppe (U) (n = 163)	25
2.1.3 Kontrollgruppe (K) (n = 123)	27
2.1.4 Basisstichprobe (B) (n = 286)	27
2.1.5 Reststichprobe (R) (n = 374)	27
2.1.6 Patienten mit Suizidalität während des stationären Verlaufes (S) (n = 81)	27
2.1.7 Patienten mit Automutilationen (A - Gruppe) (n = 30)	27
<b>2.2 Legende Gruppen/Subgruppen</b>	<b>28</b>
2.2.1 Abkürzungscode Gruppen/Subgruppen	28
2.2.2 Symbolische Übersicht Gruppen/Subgruppen	29

<b>2.3 Gruppenvergleiche</b>	<b>29</b>
2.3.1 Charakterisierung der Gesamtstichprobe (G)	29
2.3.2 Vergleich Reststichprobe ( R ) - Untersuchungsgruppe (U)	29
2.3.3 Vergleich Kontrollgruppe (K) - Untersuchungsgruppe (U)	29
2.3.4 Wiederholte stationäre Aufnahme wegen Suizidalität (W)	30
2.3.5 Suizidalität während des stationären Verlaufes (S)	30
2.3.5.1 Differenzierung der S - Gruppe	30
2.3.5.2 Vergleich der stationär suizidalen Pat (S) (n=81) mit den stationär nicht suizidalen Pat. der U - Gruppe (kS) (n=82) und der Kontrollgruppe (K) (N=123)	30
2.3.6 Automutilationen während des stationären Verlaufes (A-Gruppe)	30
2.3.6.1 Vergleich der Pat. mit stationären Automutilationen (A) (n = 30) mit den nicht automutilierenden Pat. der U - Gruppe (kA) (n = 133) und der Kontrollgruppe (K) (n = 123)	31
2.3.6.2 Stationär suizidale Automutilationspatienten (SSMA) (n = 24) versus stationär suizidale Patienten ohne Automutilationen (SSOA) (n = 57)	31
2.3.6.3 Differenzierung innerhalb der A - Gruppe: Vergleich Automutilationen mit Parasuizid (AMP) (n =15) versus Automutilationen ohne Parasuizid (AOP) (n =15)	31
<b>2.4 Variablen des Auswertungsbogens</b>	<b>31</b>
2.4.1 Vorbemerkung	31
2.4.2 Variablen	32
2.4.2.1 Grunddaten	32
2.4.2.2 Früherer stationärer Aufenthalt	32
2.4.2.3 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik	32
2.4.2.4 Psychopathologische Aufnahmesymptomatik	32
2.4.2.5 Auslösesituation für parasuizidales Verhalten	33
2.4.2.6 Diagnosen	33
2.4.2.7 Psychosoziale Probleme	33
2.4.2.8 Suizidalität im sozialen Umfeld	33
2.4.2.9 Substanzmissbrauch	34
2.4.2.10 Beginn von Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken	34
2.4.2.11 Art des Parasuizids	34
2.4.2.12 Parasuizidale Gedanken/Parasuizide/vollendete Suizide im stationären Verlauf	34
2.4.2.13 Automutilationen	35
2.4.2.14 Affektive Störungen stationär	35
2.4.2.15 Gestörte Interaktion stationär	35
2.4.2.16 Psychosomatische Störungen stationär	35
<b>2.5 Statistik</b>	<b>35</b>
<b>3 ERGEBNISSE</b>	<b>36</b>

<b>3.1 Gesamtstichprobe</b>	<b>36</b>
3.1.1 Geschlecht	36
3.1.2 Alter	37
3.1.3 Diagnosen	37
<b>3.2 Vergleich Untersuchungsgruppe (U) mit Reststichprobe (R)</b>	<b>38</b>
3.2.1 Geschlechtsverteilung Untersuchungsgruppe (n = 163) versus Reststichprobe (n = 374)	38
3.2.2 Altersverteilung	38
3.2.3 Diagnosen	38
<b>3.3 Untersuchungsgruppe (U) versus Kontrollgruppe (K)</b>	<b>40</b>
3.3.1 Aufnahmemodus	40
3.3.2 Aufnahmesymptomatik	40
3.3.3 Psychosoziale Probleme	41
3.3.4 Familiäre Belastung mit Suizid	42
3.3.5 Suizidalität im sozialen Umfeld	42
3.3.6 Substanzmissbrauch	42
3.3.7 Aufenthaltsdauer	43
3.3.8 Affektive Störungen stationär	44
3.3.9 Gestörte Interaktion stationär	44
3.3.10 Psychosomatische Störungen stationär	45
<b>3.4 Frühere Aufnahme wegen Suizidalität (W) versus erstmalige Aufnahme wegen Suizidalität (kW)</b>	<b>46</b>
3.4.1 Geschlechtsverteilung	46
3.4.2 Alter bei Aufnahme	46
3.4.3 Aufenthaltsdauer	46
3.4.4 Diagnoseverteilung	47
3.4.5 Substanzmissbrauch	47
3.4.6 Beginn von parasuizidalen Gedanken und Parasuiziden	47
3.4.7 Stationärer Verlauf	47
<b>3.5 Suizidalität im stationären Verlauf</b>	<b>48</b>
3.5.1 Charakteristik der S - Gruppe (n = 81)	48
3.5.1.1 Geschlechtsverteilung	48
3.5.1.2 Methode der suizidalen/parasuizidalen Handlungen stationär	49
3.5.2 Vergleich parasuizidale Gedanken (n = 47) versus Parasuizide (n = 30) stationär	50
3.5.2.1 Alter bei Aufnahme/ Aufenthaltsdauer	50
3.5.2.2 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik	51
3.5.2.3 Diagnosen	51
3.5.2.4 Psychosoziale Probleme	51
3.5.2.5 Substanzmissbrauch	52
3.5.2.6 Automutilationen	52

3.5.2.7 Affektive Störungen/gestörte Interaktion/psychosomatische Störungen stationär.	52
3.5.3 Suizide während des stationären Verlaufes	52
3.5.4 stationär suizidale Pat. (S) (n = 81) versus stationär nicht suizidale Pat. (kS) (n = 82) und versus Kontrollgruppe (K) (n = 123)	53
3.5.4.1 Geschlecht	53
3.5.4.2 Alter	53
3.5.4.3 Aufenthaltsdauer	54
3.5.4.4 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik	54
3.5.4.5 Entlassungsklinik	54
3.5.4.6 Aufnahmesymptomatik	55
3.5.4.7 Diagnosen	55
3.5.4.8 Psychosoziale Probleme	55
3.5.4.9 Suizidalität im sozialen Umfeld	56
3.5.4.10 Substanzmissbrauch	56
3.5.4.11 Beginn von Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken	56
3.5.4.12 Parasuizidmethode bei Aufnahme	57
3.5.4.13 Automutilationen	57
3.5.4.14 Affektive Störungen stationär	58
3.5.4.15 Gestörte Interaktion stationär	59
3.5.4.16 Psychosomatische Störungen stationär	60
<b>3.6 Automutilationen im stationären Verlauf</b>	<b>61</b>
3.6.1 Patienten mit Automutilationen (A) (n = 30) versus Patienten ohne Automutilationen (kA) (n = 133) und versus Kontrollgruppe (K) (n = 123)	61
3.6.1.1 Geschlecht	61
3.6.1.2 Alter	62
3.6.1.3 Aufenthaltsdauer	62
3.6.1.4 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik	62
3.6.1.5 Stationäres Setting bei Entlassung	62
3.6.1.6 Psychopathologie bei Aufnahme	63
3.6.1.7 Diagnosen	64
3.6.1.8 Psychosoziale Probleme	64
3.6.1.9 Suizidalität im sozialen Umfeld	64
3.6.1.10 Substanzmissbrauch	65
3.6.1.11 Beginn von Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken	65
3.6.1.12 Parasuizidmethode vor Aufnahme	66
3.6.1.13 Suizidalität im stationären Verlauf	66
3.6.1.14 Affektive Störungen stationär	67
3.6.1.15 Gestörte Interaktion stationär	68
3.6.1.16 Psychosomatische Störungen stationär	68

3.6.2 Stationär suizidale Patienten mit Automutilationen (SSMA) (n = 24) versus stationär suizidale Patienten ohne Automutilationen (SSOA) (n = 57)	68
3.6.3 Automutilationspatienten mit stationärem Parasuizid (AMP) (n = 15) versus Automutilationspatienten ohne stationären Parasuizid (AOP) (n = 15)	70
3.6.3.1 Geschlecht	70
3.6.3.2 Alter und Aufenthaltsdauer	70
3.6.3.3 Aufnahmemodus	71
3.6.3.4 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik und Psychopathologie bei Aufnahme	71
3.6.3.5 Diagnosen	71
3.6.3.6 Psychosoziale Probleme	71
3.6.3.7 Substanzmissbrauch	73
3.6.3.8 Parasuizidmethode vor Aufnahme	73
3.6.3.9 Affektive Störungen stationär	74
3.6.3.10 Gestörte Interaktion stationär	75
3.6.3.11 Psychosomatische Störungen	75
<b>4 DISKUSSION</b>	<b>77</b>
<b>4.1 Suizidalität</b>	<b>77</b>
4.1.1 Häufigkeit von Suizidalität im Jugendalter	77
4.1.2 Geschlecht	78
4.1.3 Alter	78
4.1.4 Suizid- und Parasuizidmethoden	79
4.1.5 Psychiatrische Störungen und Psychopathologie	80
4.1.6 Substanzmissbrauch	83
4.1.7 Psychosoziale Probleme	80
4.1.8 Wiederholte Parasuizide	86
<b>4.2 Automutilationen</b>	<b>87</b>
4.2.1 Häufigkeit	87
4.2.2 Psychiatrische Störungen	88
4.2.3 Psychosoziale Risikofaktoren	90
4.2.4 Automutilation und Suizidalität	91
4.2.4.1 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik und Suizidalität in der Vorgeschichte	91
4.2.4.2 Parasuizid - Methode	91
4.2.4.3 Suizidalität im stationären Verlauf	92
<b>4.3 Limitierung der Studie</b>	<b>92</b>
<b>5 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>95</b>



# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund der Studie

Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten sind schwer abgrenzbare, in der Adoleszenz verstärkt auftretende Phänomene, deren Erklärung, Therapie und Prävention zunehmend im wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Fokus stehen. Für Jugendliche und junge Erwachsene ist in vielen Industrienationen nach dem Unfalltod der Suizid die zweithäufigste Todesursache (Schmidtke et al. 1996, Mehlum et al. 1998), die Parasuizidrate wird in der Allgemeinbevölkerung für Jugendliche in verschiedenen Studien zwischen 2 und 8% angegeben. Bis zu 30% der Probanden berichteten, schon einmal ernsthaft Suizidgedanken gehabt zu haben (Garrison et al. 1993, Andrews et al. 1992, Bronisch et al. 1998). Auch Automutilationen - selbstverletzende Verhaltensweisen ohne die Intention zu Sterben - kommen gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor, wobei es auf Grund sehr divergierender Begriffsdefinitionen schwierig ist, allgemeingültige epidemiologische Daten anzugeben.

Einen besonderen Risikofaktor für Suizidalität und Automutilationen stellen psychiatrische Erkrankungen dar; in psychologischen Autopsiestudien nach vollendetem Suizid im Jugendalter wird die Häufigkeit begleitender psychiatrischer Störungen zwischen 79% und 98% angegeben (Brent et al. 1993, Marttunen et al. 1991), auch bei Jugendlichen nach Parasuiziden lassen sich ähnlich häufig psychiatrische Diagnosen stellen. Reinherz et al. (1995) fanden bei Jugendlichen, die im 18. Lebensjahr bereits einen Parasuizid hinter sich hatten, 8 mal häufiger psychiatrische Störungen als bei Probanden der selben Altersgruppe ohne vorhergehendes parasuizidales Verhalten. Automutilationen, bei denen es sich in der Mehrzahl um Handlungen mit Wiederholungstendenz handelt, können als Störung der Impulskontrolle gewertet werden. Sie treten bei verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen auf, bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus stehen sie oft im Zentrum der dieser Diagnose immanenten Psychopathologie.

Vor dem Hintergrund der engen Komorbidität zwischen Suizidalität, Automutilation und psychiatrischer Erkrankung verwundert es nicht, dass diese Phänomene gehäuft bei stationär-psychiatrischen Patienten auftreten. Bei jugendpsychiatrischen Patienten sind Parasuizide und Automutilationen sogar noch deutlich häufiger als im Erwachsenenalter. Larsson et al. (1998) fanden bei 191 stationären psychiatrischen Patienten zwischen 11 und 19 Jahren bei 50% der

untersuchten Jugendlichen Parasuizide in der Vorgeschichte, bei 25 % der Probanden fanden sich Parasuizide unmittelbar vor Aufnahme.

Bezüglich des Auftretens von Automutilationen ist die Datenlage bei stationär behandelten Jugendlichen sehr spärlich und aufgrund unterschiedlicher Definitionen und mangelnder Abgrenzung zu parasuizidalem Verhalten schwer vergleichbar, in einer großen klinischen Stichprobe in der Erwachsenenpsychiatrie fanden Briere et al. (1998) eine Prävalenz automutilativen Verhaltens von 21% für den der stationären Aufnahme vorausgehenden Zeitraum von 6 Monaten, im Jugendalter dürfte bei psychiatrischen Patienten bei entsprechendem Studiendesign von noch deutlich höheren Zahlen auszugehen sein. In einer Pilotstudie mit geringen Fallzahlen fanden Wewetzer et. al (1997) bei jugendpsychiatrischen Patienten in der Altersgruppe 15 - 16 Jahre einen Patientenanteil von 42% mit Automutilationen in der Vorgeschichte.

Suizidalität und Automutilationen stellen also in der Jugendpsychiatrie häufig auftretende Phänomene dar, die als alleinige oder zusätzliche Diagnose zu stationären Aufnahmen führen, Selbstverletzungen und Suizidalität bestimmen auch oft entscheidend die anschließende stationäre Therapie, so dass es verwundert, wie selten Studien auf den stationären Zeitraum fokussieren. Erwähneswert ist hier auch die immer wieder in Einzelfallberichten beschriebene epidemieartige Ausbreitung parasuizidalen Verhaltens auf psychiatrischen Stationen, wobei die „Ansteckungsgefahr“ als allgemeingültiges Phänomen kontrovers diskutiert wird. In einer Untersuchung an jugendpsychiatrischen stationären Patienten fanden King et al. (1995) zwar keine Kontagion, Taimenen et al. (1998) konnten jedoch in einer prospektiven Studie an stationären Jugendlichen sowohl für Parasuizide als auch Automutilationen einen Imitationseffekt identifizieren, den sie als Kleingruppenritual zur Untermauerung des Zusammengehörigkeitsgefühls interpretierten. Brent et al. (1993) wiesen für den nichtstationären Bereich einen Zusammenhang zwischen dem Anstieg von Parasuiziden und Suizidgedanken bei Schülern und vorausgegangenem Suizid von Klassenkameraden nach, was die Aktualität des sogenannten „Werther - Effekts“ bestätigt.

Vor dem Hintergrund der klinisch - therapeutischen Bedeutung von Suizidalität und Automutilationen in der Jugendpsychiatrie wollten wir in der folgenden Studie der Entwicklung dieser Phänomene während der stationären Behandlung besondere Beachtung schenken. Retrospektiv identifizierten wir zunächst aus in knapp 10 Jahren erfolgten konsekutiven Aufnahmen (n = 537) der jugendpsychiatrischen Abteilung Rottmannshöhe der Heckscher - Klinik München die Jugendlichen mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik (n = 163) und stellten Vergleiche mit einer nicht - parasuizidalen Kontrollgruppe (n = 163) an.

Hierbei wurden soziodemographische, psychopathologische und psychosoziale Faktoren untersucht und verschiedene Risikofaktoren geprüft. Im nächsten Schritt, der den Schwerpunkt der Arbeit darstellt, analysierten wir die Entwicklung der Parasuizidalität während des stationären Aufenthalts und identifizierten innerhalb der bei Aufnahme parasuizidalen Stichprobe diejenigen Jugendlichen, bei denen es während der Behandlung zu Automutilationen gekommen war (n = 30). Es folgten verschiedene, durch die Qualität des parasuizidalen Verhaltens gekennzeichnete Untergruppenbildungen, in denen die bereits oben erwähnten Untersuchungsfaktoren vor Aufnahme und Beobachtungen während des Behandlungszeitraumes für die einzelnen Subgruppen verglichen wurden.

## **1.2 Suizidalität bei Jugendlichen**

### **1.2.1 Begriffsbestimmung**

Der Begriff Suizidalität subsummiert ein weites Spektrum von Erscheinungen. Die geringste Ausprägung von Suizidalität stellen suizidale Stimmungen und Gedanken dar, wobei die Gefährdung mit zunehmender Konkretheit der Planung und gedanklicher Einengung auf die Thematik zunimmt. Nicht - tödliche suizidale Handlungen werden nach der aktuellen WHO - Definition als Parasuizide zusammengefasst (Schmidtke et al. 1996), wobei diese Definition keine Aussage über die Intention und Ernsthaftigkeit einer suizidalen Handlung beinhaltet. Suizide sind selbst vorgenommene Handlungen, die zum Tod führen.

### **1.2.2 Epidemiologie**

Seit den 60er Jahren stieg in den USA die Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen in alarmierender Weise an (Brent et al. 1995), eine Entwicklung, die auch für einige europäische Länder nachvollzogen werden konnte (Diekstra et al. 1995) und vor allem für Jungen zwischen 15 und 19 Jahren zutraf (McClure et al. 2001). Für die BRD gilt diese Beobachtung jedoch nicht. Beim Vergleich der Zeiträume 1951 - 1955 und 1989 - 1993 ging die Suizidziffer für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren sogar leicht zurück, wobei das Gebiet der ehemaligen DDR miteinbezogen wurde (Schmidtke et al. 1996). Nach der Wiedervereinigung war sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern ein tendenzieller Rückgang der Suizidrate zu verzeichnen (Vergleich der Zeitintervalle 1982 - 1987 mit 1990 - 1995) (Schmidtke et al. 1999).

Suizide bei Kindern unter 10 Jahren sind selten. Das statistische Bundesamt registrierte in der BRD im Zeitraum 1990 - 1997 in dieser Altersgruppe 27 Todesfälle, von 1998 - 2000 gab es

keine Todesfälle. In der Gruppe der 10 - 14jährigen verstarben im Jahr 2000 33 Kinder durch Suizid (25 männlich, 8 weiblich), in der Altersgruppe 15 - 19 Jahre verstarben im selben Jahr 272 Jugendliche durch Suizid (206 männlich, 66 weiblich).

Repräsentative epidemiologische Studien bezüglich der Häufigkeit von Parasuiziden liegen für die BRD in Form der „WHO Multicentre Study on Parasuicide“ vor (Schmidtke et al. 1996). Diese erbrachte für das deutsche Erfassungsgebiet für die Altersgruppe 15 - 19 Jahre eine Parasuizidrate von 127/100000 für männliche und 376/100000 für weibliche Jugendliche. Hieraus läßt sich erschließen, daß Parasuizide im Jugendalter - insbesondere beim weiblichen Geschlecht - um ein Vielfaches häufiger sind als Suizide, während im Erwachsenenalter diese Relation weniger ausgeprägt erscheint. Dies könnte zum einen daran liegen, dass der Schweregrad vieler psychischer Störungen mit dem Alter und damit die Gezieltheit des Parasuizides zunimmt, zum anderen, dass Jugendliche die Gefährlichkeit der von ihnen gewählten Methode überschätzen (Shaffer et. al. 1994). Ferner sind selbstverletzende Handlungen, denen kein Wunsch zu Sterben zugrundeliegt, die jedoch trotzdem häufig als Parasuizide gewertet werden, im Jugendalter viel häufiger.

Parasuizide gehen auch im Jugendalter mit einem hohen Wiederholungsrisiko einher. Andrews et. al. (1992) identifizierten bei Jugendlichen aus einer großen Allgemeinbevölkerungsstichprobe zwischen 15 und 19 Jahren nach Parasuizid 40 % Wiederholer und berechneten gleichzeitig eine 20mal höhere Wahrscheinlichkeit für einen Parasuizid in dem der Untersuchung folgenden Jahr für Jugendliche nach einer parasuizidalen Handlung. Auch das Risiko, durch Suizid zu versterben, ist nach einem Parasuizid deutlich erhöht. In einem Beobachtungszeitraum von 5 Jahren ergab sich für Jugendliche nach Parasuizid (n = 363) ein 20fach erhöhtes Risiko an einem Suizid zu versterben (Kotila et.al. 1992).

Stationär - psychiatrisch behandelte Jugendliche stellen eine Subgruppe mit besonderem Risiko für parasuizidales Verhalten dar. In einer schwedischen Studie (Larsson et al. 1998) gaben von 191 stationären Patienten (Alter 11 - 18 Jahre) 50% einen Parasuizid in der Vorgeschichte an. In einer über 6 - 8 Jahren angelegten prospektiven Studie fand sich bei Kindern und Jugendlichen nach einer stationären psychiatrischen Aufnahme ein Anteil von 23,2%, der später einen Parasuizid unternahm und damit kam ein solches Ereignis signifikant häufiger vor als in einer randomisierten Allgemeinbevölkerungsstichprobe (Pfeffer et al.

1991). Ebenfalls prospektiv kamen Goldston et. al. (1999) bei jugendpsychiatrischen Patienten zu ähnlichen Ergebnissen: In den ersten 5 Jahren nach Entlassung verübten 25 % der früheren Patienten Parasuizide, der stärkste Prädiktor war dabei früheres parasuizidales Verhalten.

### **1.2.3 Geschlecht**

Wie aus den bereits weiter oben angeführten Suizidziffern des statistischen Bundesamtes hervorgeht, sterben in der BRD mehr als doppelt so viele männliche Jugendliche durch Suizid als weibliche Jugendliche, eine Beobachtung, die sich auch in den meisten anderen Ländern nachvollziehen lässt. Auch nach einem bereits verübten Parasuizid liegt für Jungen die Suizidgefährdung deutlich höher als für Mädchen, von 326 Jugendlichen nach Parasuizid starben in einem Beobachtungszeitraum von 9 Jahren 8,7 % der männlichen Jugendlichen durch Suizid, bei den untersuchten Mädchen lag der Anteil bei 1,2% (Kotila et al. 1992)

Ein umgekehrtes Verhältnis findet sich bei den Parasuiziden: In einer prospektiven Studie aus Neuseeland gaben von 954 Kindern eines Geburtsjahrganges zu einem Befragungszeitpunkt im 16. Lebensjahr 4,2 % der Mädchen einen Parasuizid an, bei den Jungen taten dies 1,9% (Fergusson et. al. 1995). Gasquet et. al. (1993) geben die Suizid - Parasuizid - Relation in Frankreich für das männliche Geschlecht mit 1:15, für das weibliche Geschlecht mit 1:85 an (Alter 15 - 24 Jahre).

### **1.2.4 Methodik**

Die Methodenwahl bei vollendetem Suizid divergiert deutlich zwischen verschiedenen Nationen. Während sich beispielsweise in den USA 55,5% der jugendlichen Suizidenten mit einer Schusswaffe das Leben nehmen (Brent et al. 1991), ist diese Art der Selbsttötung bei Jugendlichen in der BRD sehr selten, in Deutschland steht in der Rangfolge der Suizidmethoden für das männliche Geschlecht Erhängen mit 49% an erster Stelle, beim weiblichen Geschlecht dominieren Vergiftungen mit 31% (Schmidtke et al. 1996). In Neuseeland war Erhängen mit 61% ebenfalls die gebräuchlichste Suizidmethode im Jugendalter (Beautrais 2000), gefolgt von Suizid durch Autoabgase mit 18%.

Bei den Parasuiziden werden in den meisten Studien Intoxikationen als die häufigste Methode angegeben, sehr häufig sind außerdem Schnittverletzungen (Andrews et. al. 1992, Schmidtke et. al. 1996). Weitere Differenzierungsversuche innerhalb der Gruppe der Parasuizidenten erfolgen anhand des Letalitätsgrades der vorgenommenen Handlungen, vor allem im Sinne

einer Unterteilung in harte und weiche Suizidmethoden. Letztere überwiegen deutlich beim weiblichen Geschlecht (Larsson et al. 1998).

### **1.2.5 Psychiatrische Störungen**

Suizide im Kinder- und Jugendalter basieren in der überwiegenden Zahl aller Fälle auf einer psychiatrischen Störung, in psychologischen Autopsiestudien lag der Anteil der Suizidopfer, bei denen eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden konnte, zwischen 79% und 98% (Brent et al. 1993, Runeson et al. 1989). Im diagnostischen Spektrum spielen dabei affektive Störungen eine herausragende Rolle (Shaffer et al. 1996). Eine wesentliche Bedeutung stellt Komorbidität dar: Marttunen et al. (1991) fanden bei über der Hälfte von 53 untersuchten Suizidopfern mehr als eine psychiatrische Diagnose.

Auch Parasuizide gehen in einem erheblichen Maße mit begleitender Psychopathologie einher. In einer kontrollierten Studie wiesen knapp 90% von 153 Jugendlichen nach einem Parasuizid die Kriterien für eine psychiatrische Störung auf, in der Kontrollgruppe war das nur bei 31% der Fall (Beautrais et al. 1996). Insbesondere affektive Erkrankungen scheinen mit einem erhöhten Parasuizidrisiko einherzugehen. Garrison et al. (1991) fanden in einer großen Allgemeinbevölkerungsstudie an adolescenten Schülern eine signifikante Beziehung zwischen der Diagnose Major Depression und Parasuiziden/Suizidgedanken. Pfeffer et al. (1991) identifizierten bei Schülern nach Parasuizid ein 7fach erhöhtes Risiko für eine affektive Störung. Störungen des Sozialverhaltens gehen bei Jugendlichen ebenfalls häufig mit Suizidalität einher (Apter et al. 1995, Brent et al. 1996).

### **1.2.6 Substanzmissbrauch**

Unter den psychiatrischen Störungen wird gerade bei Jugendlichen dem Missbrauch psychotroper Substanzen im Hinblick auf das Suizidalitätsrisiko eine entscheidende Bedeutung zuteil.

In den USA liegt die Rate der jugendlichen Suizide mit Alkohol-, Medikamenten-, oder Drogenmissbrauch zwischen 30 und 65% (Brent et al. 1995). Bei Jugendlichen, die bereits einen Parasuizid verübten, scheint Substanzmissbrauch das Risiko, an einem Suizid zu versterben, signifikant zu erhöhen (Kotila 1992).

Auch weniger schwerwiegende Formen parasuizidalen Verhaltens werden durch den Konsum psychotroper Substanzen beeinflusst. Bei Schülern zwischen 14 und 19 Jahren erwies sich Substanzmissbrauch als signifikanter Prädiktor für parasuizidale Gedanken (Kirkpatrick-

Smith et.al. 1991). Windle et al. (1992) fanden in einer großangelegten Untersuchung (Schüler der 8.-10. Klasse) eine sehr deutliche Korrelation zwischen Alkoholmissbrauch und suizidalen sowie risikoreichen Verhaltensweisen, wobei das Suizidalitätsausmaß von der Trinkmenge abhängig war. Diese Beobachtung traf insbesondere auf Mädchen zu.

Auch klinische Untersuchungen belegen die positive Korrelation zwischen Substanzmissbrauch und Suizidalität, bei 54 adoleszenten Patientinnen ergab sich in einer Studie von King et al. (1993) ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und parasuizidalen Gedanken. Aufgrund einer meist noch labilen Identität scheint es sich bei der Adoleszenz um eine besonders vulnerable Phase bezüglich der Beeinflussung parasuizidalen Verhaltens durch Substanzmissbrauch zu handeln, da der Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten zu einer Verstärkung von Stimmungs labilität, Impulskontrollverlust und Abnahme des Realitätsbezuges führt. (Wolfersdorf 1989).

### **1.2.7 Psychosoziale Problematik**

Parasuizidales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen wird in starkem Maße sowohl durch aktuelle belastende Lebensumstände als auch länger einwirkende soziale und familiäre Faktoren beeinflusst. Zur Beurteilung von Suizidalität ist es wesentlich, Informationen zu Familienstruktur, Peer - Group, Schule, Wohnsituation und vor allem zwischenmenschlichen Beziehungsmustern zu gewinnen, Gewaltanwendung, Missbrauch und psychiatrische Erkrankungen in der Familie spielen hierbei eine wesentliche Rolle.

Dennoch bleibt es schwierig, spezifische psychosoziale Probleme als Prädiktoren für parasuizidales Verhalten bei Jugendlichen zu identifizieren und die Studien zu dieser Thematik kommen zu durchaus kontroversen Ergebnissen, was teilweise auch an der schwierigen Vergleichbarkeit und unterschiedlichen Definition einzelner Variablen liegt.

Auch bei vollendeten Suiziden erscheint die Bestimmung von Risikofaktoren auf Grund der spezifischen Untersuchungsmethodik (z.B. geringe Fallzahl) schwierig. Marttunen et al. (1993) verglichen verschiedene Studien an jugendlichen Suiziden auf der Basis der psychologischen Autopsie: Bei einem Großteil der Opfer waren schwere psychosoziale Probleme festzustellen, eine Identifikation einzelner psychosozialer Risikofaktoren gelang jedoch nicht. Gould et al. (1998) fanden zwar einen Zusammenhang zwischen jugendlichem Suizid und Trennung/Scheidung in der Ursprungsfamilie, bei zusätzlicher Betrachtung der elterlichen Psychopathologie verloren diese Aussagen jedoch an Gewicht.

Psychiatrische Erkrankungen der Eltern scheinen mit erhöhter Suizidalität der Kinder einherzugehen, Garber et al. (1998) fanden bei Kindern depressiver Mütter einen erhöhten

„Suizidalitätsindex“, Brent et al. (1992) identifizierten einen Zusammenhang von junglichem Suizid und Major Depression, bipolarer Störung, Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch in der Familienanamnese. Substanzmissbrauch der Eltern war in einer Langzeitstudie an suizidalen Jugendlichen ebenso wie ein Suizidversuch in der Biografie der Mutter im Vergleich zur Kontrollgruppe positiv mit Suizidalität assoziiert (Pfeffer et al. 1998).

Familien mit mehr als 3 Kindern scheinen von einer höheren Parasuizid - Wahrscheinlichkeit bedroht zu sein (Häßler et al. 1995). De Man et al. (1992) fanden bei Jugendlichen mit Suizidgedanken ein hohes Maß an elterlicher Kontrolle und geringe elterliche Unterstützung. Sexueller und körperlicher Missbrauch sind weitere Prädiktoren für parasuizidales Verhalten bei Jugendlichen. Beautrais et al. (1996) fanden bei 129 Jugendlichen nach einem ernsthaften Parasuizid im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger eine Missbrauchsproblematik. Die selbe Studie beschäftigte sich außerdem mit sozioökonomischen Faktoren, wobei ungünstige ökonomische Umstände, niedriges Elterneinkommen, geringer Bildungsstand sowie häufiger Wohnortwechsel mit erhöhtem Parasuizidrisiko einhergingen. Auch Fergusson et al. (1995) fanden einen Zusammenhang zwischen schwierigen familiären Verhältnissen und Parasuizidalität bei Jugendlichen.

Eine immer größere Bedeutung für die Entwicklung von Jugendlichen wird in den letzten Jahren dem Einfluß der Peer - Group zugemessen. Auch bezüglich jugendlicher Parasuizidalität erscheint nicht nur die familiäre Suizidbelastung als wesentlicher Risikofaktor, sondern auch die Suizidexposition im Freundeskreis. In Gruppen mit starker Interaktion kommt es nach einem Suizid/Parasuizid eines Gruppenmitgliedes nicht selten zu „Cluster - Suiziden“ oder gehäuften Parasuiziden, eindeutige Steigerungsraten parasuizidalen Verhaltens bei Schülern nach dem Tod von Mitschülern fanden Brent et al. (1995).

### **1.2.8 Wiederholter Parasuizid**

Parasuizide in der Vorgeschichte stellen einen der verlässlichsten Prädiktoren für erneutes Auftreten von Suizidalität dar. Beim Vergleich verschiedener psychologischer Autopsie-Studien fanden Marttunen et al. (1993) bei jugendlichen Suiziden in über 30% der Fälle Parasuizide während eines früheren Lebensabschnittes.

In einer großen Allgemeinbevölkerungsstudie identifizierten Andrews et al. (1992) bei Jugendlichen, die einen Parasuizid verübt hatten, 41% Wiederholer. Shaffer und Piacentini (1994) gaben in einer Metaanalyse das Wiederholungsrisiko nach Parasuizid mit bis zu 50%

an, die bereits mehrmals zitierte „WHO - Multicentre - Study on Parasuicide“ (Schmidtke et al. 1996) ermittelte ebenfalls einen 50% - Anteil von Wiederholern nach Parasuizid, wobei es in 20% der Fälle innerhalb eines halben Jahres zu erneuten Parasuiziden kam.

Die hohe Tendenz zu Wiederholung von Parasuiziden im Jugendalter stellt auch für die stationäre Behandlung eine wesentliche Gefährdung dar. 552 Jugendliche, die nach Parasuizid stationär behandelt wurden, zeigten in einer französischen Follow - up - Studie (Laurent et al. 1998) ein zur Kontrollgruppe 7fach erhöhtes Risiko an Suizid zu versterben. Pfeffer et al. (1991) ermittelten in ähnlichem Studiendesign bei stationär - psychiatrischen Kindern (Altersdurchschnitt 10,5 Jahre) nach Parasuizid einen Wiederholer - Anteil von 30% innerhalb des 6 - 8jährigen Beobachtungszeitraumes, wobei in 50% dieser Fälle multiple Parasuizide vorkamen. Todesfälle wurden nicht beobachtet.

### **1.2.9 Auslösesituation**

Belastende Lebensumstände und psychosoziale Stressoren stellen, wie bereits weiter oben geschildert, wesentliche Faktoren dar, die parasuizidales Verhalten auslösen oder beeinflussen können.

In einer Fallkontrollstudie bei jugendlichen Suizidenten ermittelten Brent et al. (1993) im Vergleich zur Kontrollgruppe ein erhöhtes Vorkommen verschiedener akuter belastender Lebensereignisse, wobei zwischen interpersonellen und externen Faktoren unterschieden wurde. Scheitern einer Liebesbeziehung, Konflikte mit Eltern oder Partner, sowie disziplinarische Probleme und Konflikt mit dem Gesetz waren bei jugendlichen Suizidopfern signifikant erhöht. Gerade Anpassungsschwierigkeiten an gesellschaftliche Konventionen identifizierten Fergusson et al. (1995) in einer großen prospektiven Studie als Auslöser für Parasuizide bei Jugendlichen: Kriminelle Handlungen, Polizeikontakte und Schulabbruch waren bei Jugendlichen nach Parasuizid signifikant häufiger als bei dem Rest der Stichprobe.

## **1.3 Automutilationen bei Jugendlichen**

### **1.3.1 Vorbemerkung**

Während es über parasuizidales Verhalten im Jugendalter eine Vielzahl von Publikationen gibt, ist es bei weitem schwieriger, für diesen Altersabschnitt Studien zum Thema Automutilation zu finden, so dass es unumgänglich war, Arbeiten einzubeziehen, die an Erwachsenen-Stichproben vorgenommen wurden.

### **1.3.2 Definition**

Ein erstes Hindernis beim Vergleich der zur Automutilationsthematik vorliegenden Literatur ist ein Dschungel von sehr unterschiedlichen und unscharf gebrauchten Begriffen. Beispielsweise werden unter dem in Überschriften verwendeten Begriff „deliberate self-harm“ häufig Arbeiten publiziert, die sich mit Parasuiziden beschäftigen, obwohl dieser Begriff von Autoren, die sich sehr intensiv mit dem Thema Automutilation auseinandersetzen, für Selbstverletzungen ohne potentiell letale Intention verwendet wird. Hänslı (1996) beschreibt detailliert die unzureichende terminologische Übereinkunft sowohl im angloamerikanischen als auch im deutschen Sprachraum und gibt eine weitreichende Übersicht über verschiedene Definitionsansätze. Er selbst folgt im weiteren der umfassenden, jedoch sehr komplexen Definition von Scharfetter (1991): „Automutilation ist eine selbstzugefügte, eigenaktive, direkte, unmittelbare und konkrete, funktionell - final motivierte - ob bewußt oder unbewußt - oder eher als Automatismus ablaufende Schädigung und Deformation des eigenen Körpers, welche kulturell nicht sanktioniert und nicht lebensbedrohlich ist.“ Die Definition beinhaltet zunächst eine Abgrenzung von indirekten Selbstschädigungen, wie Selbstvernachlässigung und Substanzmissbrauch, grenzt kulturell geduldetes selbstdestruktives Verhalten (z. B. Initiationsriten bei Naturvölkern, aber auch Piercing, Tätowierung etc.) aus und setzt eine klare Demarkationslinie zu suizidalen Verhaltensweisen. Eine griffige Definition für „Self-mutilation“, die inzwischen auch aufgrund ihrer Klarheit Definitionsgrundlage für viele Publikationen bildet und auch für diese Arbeit als Basis fungierte, geben Favazza und Rosenthal (1993): „Self-mutilation is the deliberate alteration and destruction of body tissue without conscious suicidal intent.“ Herpertz et al. (1994). betonen in ihrer Definition, die ansonsten weitgehend mit der von Favazza et. al. identisch ist, die Bedeutung des Begriffes *offene* Selbstbeschädigung, um eine Differenzierung von heimlichen bzw. artifiziellen Akten der Automutilation zu ermöglichen.

Automutilatives Verhalten zeigt sich in einer Vielzahl von Erscheinungsformen und in verschiedenem Kontext, so dass Systematisierung und Typologisierung schwer zu bewerkstelligen sind. So fallen Einteilungsversuche je nach Blickwinkel sehr unterschiedlich aus: es bedeutet einen beträchtlichen Unterschied, ob beispielsweise das autodestruktive Verhalten behinderter und autistischer Kinder oder Selbstverletzungstendenzen bei Strafgefangenen kategorisiert werden sollen. Wiederum bieten Favazza et. al. (1993) eine einfache, klinisch möglichst handhabbare Einteilung, die sowohl Schweregrad als auch spezifische Charakteristik der Automutilation einschließt. Eine übersichtliche Darstellung dieser Einteilung findet sich auch bei Hänslı (1996), die hier verkürzt wiedergegeben wird:

*Schwere Automutilationen* wie Amputation von Gliedmaßen oder Zerstörung der Augäpfel, die beispielsweise bei Psychosen, Intoxikationen oder bei Enzephalitis auftreten.

*Stereotype Automutilationen* wie Kopfschlagen oder Kratzen mit rhythmischem und starrem Charakter, wie sie bei behinderten Menschen vorkommen können.

*Oberflächliche und mittelschwere Automutilationen:* Häufig sind Ritzen, Schneiden oder Brennen der Haut mit sporadischem und repetitivem Charakter. Häufig erfolgen solche Automutilationen als Mittel der Spannungslinderung. Betroffen sind unter anderem Individuen mit Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Depersonalisationsphänomenen.

In der von uns untersuchten jugendpsychiatrischen Patientenstichprobe spielen ausschließlich oberflächliche und mittelschwere Automutilationsformen eine Rolle. In dieser Gruppe sind Überschneidungen mit parasuizidalen Verhaltensweisen häufig, obwohl die betroffenen Individuen meist in der Lage sind, eine eindeutige Unterscheidung zwischen Parasuizid und Automutilation zu ziehen (Herpertz et. al. 1994).

### **1.3.3 Diagnostische Abgrenzung**

Während die oben zitierte Automutilations - Definition von Scharfetter neben offenen Selbstschädigungen auch heimliche Automanipulation einschließt, bemühen sich einige Autoren um eine klare Abgrenzung der beiden Syndrome, da intrapsychische Prozesse, Motive und auch therapeutische Konsequenzen divergieren. Die *artifizielle Störung* beinhaltet im Wesentlichen das Vortäuschen und Erfinden von Beschwerden, die künstliche Aggravation eines bestehenden Krankheitszeichens sowie das künstliche Erzeugen von Symptomen, um auf diese Weise die Patientenrolle zu erlangen (Eckhardt 1992). Während in der ICD - 10 keine weitere Unterteilung der artifiziellen Störung erfolgt, erwähnt Eckhardt (1992) als Untergruppe das Münchhausen - Syndrom, das durch folgende Trias

gekennzeichnet ist: Erfinden, Verschlimmern, Erzeugen von Krankheitssymptomen (ohne innere Notwendigkeit), um die Krankenrolle und Hospitalisation zu erlangen; hochstaplerisches Erzählen von erklärenden Geschichten mit falschen Namen und Biografien; Aufsuchen immer wieder neuer Behandlungseinheiten (Doctor shopping, hospital hopping). Bei offenen Selbstschädigungen liegen hingegen die Verhältnisse klar, die Patienten sind in der Regel in der Lage, über ihre Selbstverletzungen zu reden, so dass deren Motive Thema für therapeutische Interventionen sein können.

Besonders schwierig gestaltet sich die Abgrenzung zwischen parasuizidalem Verhalten und Automutilationen. Während manche Autoren Automutilationen noch als Suizidäquivalent oder larvierte Suizidhandlung betrachten, setzt sich immer mehr die Meinung durch, dass diese klar von Parasuiziden abgrenzbar sind, auch wenn Patienten, die sich ohne letale Intention selbstschädigen, auch in einem hohen Maße Suizidversuche in der Vorgeschichte aufweisen. In einer Studie von Tameling und Sachsse (1996) berichteten über 70% der untersuchten Automutilations-Patienten von Parasuiziden in der Vorgeschichte, wobei alle untersuchten Probanden in ihrem inneren Erleben klar zwischen suizidaler und automutilativer Handlung unterscheiden konnten. Die meisten Patienten mit wiederholten oberflächlichen Selbstverletzungen setzen diese Verhaltensweisen als „Selbsttherapie“ ein, um eine kurzfristige Linderung von quälenden Symptomen wie Gedankenkreisen, Depersonalisation und Leeregefühl zu erfahren (Favazza 1998, Sachsse 1994). Walsh et al. (1988) beschreiben Automutilation in Abgrenzung zu suizidalem Verhalten als im Verletzungsgrad weniger lebensbedrohlich, im Charakter repetitiv und chronisch, in der Methodenwahl eher vielfältig und von der Absicht her der Spannungslinderung dienlich, wobei betont wird, dass diese Beschreibung nur für leichte und mittelschwere Automutilationen Gültigkeit hat.

#### **1.3.4 Epidemiologie**

Die Prävalenz automutilativen Verhaltens, insbesondere der oberflächlichen und mittelschweren Formen, ist äußerst schwierig anzugeben. Dies liegt zum einen an den nicht übereinstimmenden Falldefinitionen, zum anderen an den Schwierigkeiten bei der Fallidentifikation (Hänsli 1996). Ein von Favazza (1998) vorgenommener Vergleich verschiedener amerikanischer Studien über oberflächliche Automutilationen ergab eine Prävalenz von 400 - 1400/100000, Briere et. al. (1998) identifizierten selbstverletztende Verhaltensweisen in einem Allgemeinbevölkerungskollektiv (n = 927) bei sogar 4% der Probanden, bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten gaben sie die Häufigkeit

selbstverletzenden Verhaltens mit 21% an, Herpertz und Saß (1994) hingegen fanden bei ihren stationären Patienten einen Prozentsatz von 5 - 10%. Oberflächliche, mittelschwere Automutilationen finden sich vor allem bei Frauen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter und weisen einen repetitiven Charakter auf. Sachsse (1994) schätzt das Geschlechtsverteilungsmuster auf 80% Frauen zu 20% Männern. Für das Jugendalter gibt Resch (1998) nach Vergleich verschiedener Untersuchungen divergierende Angaben von 2:1 bis 9:1 zu Gunsten der Mädchen an.

### **1.3.5 Psychiatrische Störungen**

Repetitive mittelschwere Automutilationen werden oft im Zusammenhang mit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline - Typus genannt, trotz des zweifelsohne häufigen Vorkommens dieser Diagnose im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten handelt es sich bei Patienten mit Automutilationstendenzen um eine diagnostisch heterogene Gruppe. Herpertz et. al. (1995) fanden zwar bei einer klinischen Stichprobe von 54 Patienten mit selbstverletzendem Verhalten einen Anteil von 78 % mit Persönlichkeitsstörung (Borderline - Störung: 52%), doch auch DSM - III - Achse 1 - Diagnosen wurden sehr häufig gestellt. An der Spitze lagen Essstörungen mit 54%, gefolgt von Substanzmissbrauch mit 33%, aber auch die Diagnose einer Schizophrenie wurde immerhin bei 19% der Automutilations - Patienten gestellt. Auf der Syndromebene fanden sich am häufigsten ein feindlich - ablehnendes und ein depressives Syndrom mit ausgeprägten vegetativen Begleitsymptomen, bei 37% der Stichprobe gab es in der Vorgeschichte Suizidversuche. Briere et al. (1998) identifizierten in einem klinischen Sample von Patienten mit Selbstverletzungen neben Persönlichkeitsstörungen einen hohen Anteil folgender Diagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung, unspezifische dissoziative Störungen, dissoziative Identitätsstörung. Im Bezug auf dissoziative Phänomene bemerkt Sachsse (1999), dass selbstverletzendes Verhalten hier als Selbsttherapie, der Schnitt gleichsam als wirkungsvolles Anti - Dissoziativum eingesetzt wird. In einer Patientenstichprobe von 124 Patienten mit Borderline -Persönlichkeitsstörung (Dulit et al. 1994) zeigte sich, dass es bei Patienten mit einer Major Depression und Essstörungen als komorbide psychiatrische Erkrankung zu signifikant häufigeren Selbstverletzungen kam als bei Patienten mit Borderline-Störung ohne Komorbidität.

In einem Patientenkollektiv von 161 jugendpsychiatrischen Patienten fand Resch (1998) bei 19% selbstverletzendes Verhalten, in über 75% der Fälle war es in der Vorgeschichte zu wiederholten Selbstverletzungen gekommen. In dieser Untersuchung waren Automutilationen

hochsignifikant mit Substanzmissbrauch und Essstörungen assoziiert. Der Autor sieht Selbstverletzungen typischerweise mit anderen psychopathologischen Syndromen vergesellschaftet, insbesondere mit anderen Formen der Impulskontrollstörung. Häufig findet man aggressive Ausbrüche, Regelübertretungen, Weglauftendenzen, bezüglich affektiver Symptome sind dysthyme und depressive Stimmungen bei Jugendlichen mit Selbstverletzungstendenzen häufig, charakteristisch ist ein „oft rascher und oft nicht mehr nachvollziehbarer Wechsel von Stimmungslagen.“ Im stationären Rahmen ist außerdem bei jugendlichen Patienten die Gefahr der Beeinflussung und „Ansteckung“ durch selbstverletzendes Verhalten zu berücksichtigen, „Automutilationsepidemien“ auf jugendpsychiatrischen Stationen sind keine Ausnahme. Taimenen et al. (1998) interpretierten einen großen Anteil der Selbstverletzungen auf einer geschlossenen jugendpsychiatrischen Station als Kontagion und Ausdruck eines Kleingruppenrituals, um ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu erzeugen. Betroffen waren vor allem Mädchen mit depressiver Symptomatik und Borderline - Störung.

### **1.3.6 Risikofaktoren**

Wie bereits oben ausgeführt, handelt es sich bei Menschen, die sich selbst verletzen, um eine heterogene Gruppe, selbst wenn nur die oberflächlichen Automutilationen mit repetitivem Charakter genauer betrachtet werden. Dennoch finden sich in der Literatur einige konstant wiederkehrende Risikomerkmale. An erster Stelle sind hier traumatisierende Erfahrungen während der Kindheit und Jugend zu nennen, doch befinden sich Menschen mit Selbstverletzungstendenzen auch nach der Adoleszenz oft in einem von Gewalt und Retraumatisierung geprägtem Umfeld. Herpertz und Saß (1994) erwähnen an traumatischen Erfahrungen Trennungs- und Verlusterlebnisse vor dem 10. Lebensjahr, familiäre Aggressivität und Gewalt, sowie körperlichen und sexuellen Missbrauch. In einer großen amerikanischen Studie berichteten 62% der Probanden mit repetitivem selbstverletzendem Verhalten über körperliche Gewalt oder sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte (Favazza 1998). In einer repräsentativen Stichprobe (n = 855) identifizierten Briere et al. (1998) bei Individuen mit selbstverletzendem Verhalten einen Anteil von 52% mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit, im Restkollektiv lag der Anteil bei 22%. In einem klinisch - psychiatrischen Sample (n = 390) der selben Forschungsgruppe lag der Anteil sogar bei 84% in der Automutilationsstichprobe im Vergleich zu 54% in der klinischen Reststichprobe. In einem jugendpsychiatrisch - stationärem Sample (Lipschitz et al. 1999) fand sich in der Gruppe der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten (39%) signifikant häufiger

sexueller und körperlicher Missbrauch sowie emotionale Vernachlässigung. Insgesamt herrscht Übereinstimmung in der Literatur, dass sich in den Biografien von selbstverletzenden Patienten oft „kumulative Traumatisierungen“ finden (Resch et al. 1993), neben sexuellem und körperlichem Missbrauch sind hier Verlust eines Elternteils, chronische Erkrankungen, mehrfache Operationen und Gewalt in der Familie zu erwähnen. In einer jugendpsychiatrischen Stichprobe fühlten sich 74% der Patienten mit Automutilationen emotional vernachlässigt (Resch 1998), der Autor gibt neben den bereits erwähnten entwicklungspsychopathologischen Risiken folgende weitere Merkmale an, die sich bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten häufig in der Vorgeschichte finden: Instabile Generationengrenzen, Parentifizierung, Schuldzuweisung, psychisch kranke Mutter. Als typische Auslösesituationen für Automutilationen finden sich Misserfolgs- und Versagenserlebnisse, plötzliche Übernahme von Verantwortung, Entscheidungsdruck, Verlusterlebnisse und soziale Isolation. Tameling und Sachsse (1996) identifizierten bei einer stationär - psychiatrischen Stichprobe ein gestörtes Körperbild als Risikomerkmale für selbstverletzendes Verhalten, ferner zeigte die selbe Untersuchung, dass sich Patienten umso häufiger selbst verletzten, je früher das Einstiegsalter für automutilatives Verhalten war.

### **1.3.7 Automutilation und Suizidalität**

Die meisten Individuen, die zu repetitiven Selbstverletzungen neigen, können diese Verhaltensweisen eindeutig von parasuizidalen Handlungen abgrenzen, dennoch sind Suizidalität und Automutilationen eng vergesellschaftet. Sachsse (1999) sieht selbstverletzendes Verhalten als „Suizidkorrelat und Suizidprophylaxe“, als Kompromissbildung zwischen destruktiven Impulsen und Überlebenswillen, wobei es zu einer Aggression gegen die eigene Person kommen kann, jedoch in abgeschwächter Form, ferner sieht er Automutilationen unabhängig von suizidalen Phänomenen als „oft einzige Möglichkeit der Selbstfürsorge bei hochgradig defizitären Ich - Funktionen“.

In einer Untersuchung an 124 Patienten mit Borderline - Persönlichkeitsstörung fanden Dulit et al. (1994) eine Zunahme der Intensität parasuizidaler Verhaltensweisen in Abhängigkeit von der Frequenz selbstverletzenden Verhaltens

In einer Untersuchung an jugendpsychiatrischen stationären Patienten fanden Lipschitz et al. (1999) bei 51% Parasuizide in der Vorgeschichte, 39% berichteten über Automutilationen, wobei eine signifikante Korrelation beider Verhaltensweisen feststellbar war. Hochsignifikante Korrelationen zwischen Automutilationen und Suizidalität ermittelte Resch (1998) in einer jugendpsychiatrischen Stichprobe: 55% der Jugendlichen, die sich selbst

verletzten, hatten bereits einen Parasuizid verübt, im Vergleich zu nur 6% in der Reststichprobe, 87 % der Jugendlichen mit Selbstverletzungen gaben Suizidideen an, in der restlichen Stichprobe waren dies 23%. Wewetzer et al. (1997) identifizierten in einer retrospektiven Studie an jugendpsychiatrischen Patienten mit Automutilationen einen Anteil von 27% mit Parasuiziden in der Vorgeschichte. Stanley et al. (2001) verglichen stationäre persönlichkeitsgestörte Patienten nach Parasuizid mit und ohne zusätzlich vorliegende Automutilationen und fanden keinen Unterschied bezüglich der Häufigkeit und Letalität der Parasuizide. Die Probanden, bei denen Parasuizide und Automutilationen parallel vorkamen, waren allerdings häufiger Opfer von körperlichem Missbrauch gewesen und wiesen persistierendere Suizidgedanken auf.

In einer longitudinalen Allgemeinbevölkerungsstudie an Jugendlichen (14 -17 Jahre) fanden Pearce et al. (1994), dass selbstverletzendes Verhalten einen Prädiktor für spätere Parasuizide darstellt, insbesondere in der Kombination mit Suizidplänen.

## **2 Material und Methode**

### **2.1 Gruppenbildung**

#### **2.1.1 Gesamtstichprobe (G) (n = 537)**

Alle Krankengeschichten der konsekutiv stationär aufgenommenen Patienten der Abteilung Rottmannshöhe (Heckscher Klinik) seit deren Eröffnung 1984 bis zum April 1994 wurden für die Untersuchung gesichtet (n = 537). Bei allen Patienten wurden die psychiatrischen Diagnose nach ICD 10, Geschlecht, Alter und Dauer des stationären Aufenthaltes bestimmt.

#### **2.1.2 Untersuchungsgruppe (U) (n = 163)**

„Suizidalität zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme“ war das Aufnahmekriterium in die Untersuchungsgruppe. Eingang fanden einerseits Patienten, bei denen Suizidalität der direkte Aufnahmegrund gewesen war, andererseits wurden auch Patienten in die Untersuchungsgruppe aufgenommen, bei denen Suizidalität im Krankheitsintervall unmittelbar vor Aufnahme aufgetreten, oder aber im psychopathologischen Aufnahmebefund dokumentiert worden war, auch wenn andere Symptome im Vordergrund standen.

Untersucht wurden Patienten mit parasuizidalen Gedanken, oder Patienten, die Parasuizide durchgeführt hatten, eine klare Abgrenzung automutilativer Handlungen war zum Aufnahmezeitpunkt vor einer detaillierter Exploration nicht möglich.

Bei knapp einem Drittel der Gesamtstichprobe wurde das Merkmal Suizidalität festgestellt ( $n = 163$ ).

### **2.1.3 Kontrollgruppe (K) (n = 123)**

In die Kontrollgruppe fanden Patienten Eingang, die weder bei Aufnahme noch im stationären Verlauf Zeichen für Suizidalität oder Automutilationen gezeigt hatten, ferner durfte Suizidalität auch nicht während der selben zur stationären Behandlung führenden Erkrankungsepisode im Vorfeld der Aufnahme aufgetreten sein.

Es wurde eine Parallellisierung nach Alter, Diagnose und Geschlecht vorgenommen. Bei gewissen Diagnosen war allerdings das Merkmal Suizidalität so häufig vorhanden, dass im Gesamtkollektiv nicht genug Kontrollpatienten zu finden waren. Dies galt insbesondere für weibliche Jugendliche. Die Geschlechts- und auch weitgehend die Altersverteilung wurden für beide Gruppen beibehalten, spezifische Diagnosen sind jedoch auf Grund der geringeren Fallzahlen in der Kontrollgruppe unterrepräsentiert.

### **2.1.4 Basisstichprobe (B) (n = 286)**

Für die Zusammenfassung der Kontrollgruppe mit der Untersuchungsgruppe wird im folgenden Text der Terminus Basisstichprobe verwandt.

### **2.1.5 Reststichprobe (R) (n = 374)**

Für die Jugendlichen der Gesamtstichprobe, die keine suizidale Symptomatik zeigten, wird die Bezeichnung Reststichprobe verwandt.

### **2.1.6 Patienten mit Suizidalität während des stationären Verlaufes (S) (n = 81)**

In diese Gruppe wurden Patienten aufgenommen, bei denen im stationären Verlauf parasuizidale Gedanken ohne aktive Suizidalität (n = 47), Parasuizide (n = 30) oder vollendete Suizide (n = 4) auftraten, was nur für knapp die Hälfte der Untersuchungsgruppe zutraf, während für die restlichen Jugendlichen nach Aufnahme keine Suizidalität mehr dokumentiert worden war.

### **2.1.7 Patienten mit Automutilationen (A) (n = 30)**

In dieser Gruppe wurden Patienten subsummiert, die während des stationären Aufenthaltes selbstverletzendes Verhalten zeigten und gleichzeitig eine Abgrenzung von parasuizidalem Verhalten möglich war. Parasuizidale Gedanken oder Parasuizid zu einem anderen Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes war kein Ausschlusskriterium.

Selbstverletzendes Verhalten für die Zeitspanne vor der stationären Aufnahme konnte auf Grund der Dokumentationsform und anamnestischer Unschärfen in sehr vielen Fällen nicht sicher von suizidalen Verhaltensweisen differenziert werden, so dass sich die Untersuchung von Automutilationen auf den stationären Rahmen beschränkt.

Eine Differenzierung bezüglich der Automutilationsmethode erfolgte nicht, da bei den oft wiederholt auftretenden Ereignissen in der Dokumentation gelegentlich nicht auf die Methodenwahl eingegangen worden war, in der überwiegenden Zahl der Fälle handelte es sich jedoch um oberflächliche Schnittverletzungen.

## **2.2 Legende Gruppen/Subgruppen**

### **2.2.1 Abkürzungscode Gruppen/Subgruppen**

G = Gesamtstichprobe (n = 537)

U = Untersuchungsgruppe (n = 163)

K = Kontrollgruppe (n = 123)

B = Basisstichprobe (n = 286) (U - Gruppe plus K - Gruppe)

R = Reststichprobe (n = 374) (G - Gruppe minus U - Gruppe)

Weitere Unterteilung der U - Gruppe:

W = wiederholte stationäre Aufnahme wegen Suizidalität (n = 19)

kW = keine wiederholte Aufnahme wegen Suizidalität (n = 144)

S = Suizidalität im stationären Verlauf (n = 81)

kS = keine Suizidalität im stationären Verlauf (n = 82)

A = Automutilationen im stationären Verlauf (n = 30)

kA = keine Automutilationen im stationären Verlauf (n = 133)

SSMA = stationär suizidale Patienten mit Automutilationen (n = 24)

SSOA = stationär suizidale Patienten ohne Automutilationen (n = 57)

AMP = Automutilationen mit stationärem Parasuizid (n = 15)

AOP = Automutilationen ohne stationären Parasuizid (n = 15)

## 2.2.2 Symbolische Übersicht Gruppen/Subgruppen

G		B
<ul style="list-style-type: none"> <li>• U</li> <li>• R</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• U</li> <li>• K</li> </ul>

U	U	U
<ul style="list-style-type: none"> <li>• W</li> <li>• kW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S</li> <li>• kS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A</li> <li>• kA</li> </ul>

	S	A
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSMA</li> <li>• SSOA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMP</li> <li>• AOP</li> </ul>

## 2.3 Gruppenvergleiche

### 2.3.1 Charakterisierung der Gesamtstichprobe (G)

In einem ersten Schritt wurden die Grunddaten der Gesamtstichprobe ausgewertet. Es wurde dabei die Geschlechter-, Alters- und Diagnoseverteilungen untersucht.

### 2.3.2 Vergleich Reststichprobe ( R ) - Untersuchungsgruppe (U)

In einem zweiten Schritt wurden die Grunddaten der Untersuchungsgruppe (Alter, Geschlecht, Diagnose) mit den Daten der Reststichprobe verglichen. Dieses Vorgehen war deshalb nötig, da sich durch die Parallellisierung in der Kontrollgruppe der Vergleich von Untersuchungsgruppe zu Kontrollgruppe bezüglich Alter, Geschlecht und Diagnose ausschloss. Das Hauptaugenmerk lag hierbei auf der Untersuchung der unterschiedlichen Diagnoseverteilungen.

### 2.3.3 Vergleich Kontrollgruppe (K) - Untersuchungsgruppe (U)

Die beiden Gruppen wurden anhand des weiter unten erläuterten Dokumentationsbogens miteinander verglichen. Es erfolgten weitere Differenzierungen und Untergruppenbildungen der nach Alter, Geschlecht und Diagnose parallellisierten Stichproben. Neben der Untersuchung von Risikofaktoren wurde vor allem auf die Psychopathologie im stationären

Verlauf fokussiert, oftmals erfolgte eine weitere Subtypisierung nach den am häufigsten auftretenden Diagnosen.

#### **2.3.4 Wiederholte stationäre Aufnahme wegen Suizidalität (W)**

Auf Grund der besonderen Risikogruppenzugehörigkeit wurden diejenigen Jugendlichen, die sich schon früher wegen Suizidalität in stationärer Behandlung befunden hatten (W) (n = 19), mit den restlichen Patienten der Untersuchungsgruppe (kW) (n = 144) verglichen.

#### **2.3.5 Suizidalität während des stationären Verlaufes (S)**

Einen Untersuchungsschwerpunkt stellte die Untersuchung des Auftretens von Suizidalität während des stationären Verlaufes dar.

##### ***2.3.5.1 Differenzierung der S - Gruppe***

Zunächst erfolgte eine differenzierte Charakteristik der Patienten der S - Gruppe (n = 81), wobei wir die 4 Suizide im Behandlungszeitraum separierten und beschrieben, um dann in einem nächsten Schritt die Gruppe der Jugendlichen mit stationären Parasuiziden (n = 30) der Gruppe mit parasuizidalen Gedanken im stationären Verlauf (n = 47) gegenüberstellten. Ferner beleuchteten wir die Methodenwahl für Suizide und Parasuizide.

##### ***2.3.5.2 Vergleich der stationär suizidalen Pat (S) (n=81) mit den stationär nicht suizidalen Pat. der U - Gruppe (kS) (n=82) und der Kontrollgruppe (K) (N=123)***

Es erfolgte ein paralleler Vergleich der stationär suizidalen Patienten mit den während des Klinikaufenthaltes von Suizidalität distanzierenden Jugendlichen der U - Gruppe und der Kontrollgruppe. Der Parallellvergleich, natürlich nur für die für beide Gruppen zutreffenden Items, wurde einerseits gewählt, um Wiederholungen in der Darstellung zu vermeiden, andererseits ergab die Gegenüberstellung der Ergebnisse (kS - Gruppe und Kontrollgruppe) indirekte Anhaltspunkte für die Veränderung von Suizidalität begleitender Psychopathologie bei den bei Aufnahme suizidalen, jedoch stationär von Suizidalität distanzierenden Jugendlichen.

#### **2.3.6 Automutilationen während des stationären Verlaufes (A - Gruppe)**

Weitere Vergleiche erfolgten für die Patienten, bei denen es während des stationären Verlaufes zu Automutilationen gekommen war.

### ***2.3.6.1 Vergleich der Pat. mit stationären Automutilationen (A) (n = 30) mit den nicht automutilierenden Pat. der U - Gruppe (kA)(n = 133) und der Kontrollgruppe (K) (n = 123)***

Analog zu den für die S - Gruppe gewählten Gegenüberstellungen erfolgte ein paralleler Vergleich der A - Gruppe mit den Patienten der U - Gruppe, bei denen es während des stationären Aufenthalts nicht zu Automutilationen gekommen war (kA) und ferner mit den Patienten der Kontrollgruppe.

### ***2.3.6.2 Stationär suizidale Automutilationspatienten (SSMA) (n = 24) versus stationär suizidale Patienten ohne Automutilationen (SSOA) (n = 57)***

Da in der A - Gruppe Suizidalität im stationären Verlauf deutlich häufiger auftrat als in der kA - Gruppe, erfolgten erneute Vergleiche exklusiv für stationär suizidale Patienten, um zu überprüfen, ob sich Unterschiede zwischen A - Gruppe und kA - Gruppe eventuell nur auf das Vorhandensein des Merkmales Suizidalität zurückzuführen waren.

### ***2.3.6.3 Differenzierung innerhalb der A - Gruppe: Vergleich Automutilationen mit Parasuizid (AMP) (n =15) versus Automutilationen ohne Parasuizid (AOP) (n =15)***

Bei 50% der Patienten mit Automutilationen traten auch Parasuizide im stationären Verlauf auf, während dies für die kA - Gruppe nicht in diesem Umfang zutraf. Um zu untersuchen, ob zwischen diesen beiden Subgruppen hinsichtlich der erhobenen Daten noch andere Unterscheidungskriterien existierten, erfolgte ein weiterer Vergleich, wobei die identische Gruppenstärke den statistischen Berechnungen - trotz geringer Fallzahlen - entgegenkam.

## **2.4 Variablen des Auswertungsbogens**

### **2.4.1 Vorbemerkung**

Bei der Auswahl der Items des Auswertungsbogens galten zwei Grundsätze: Zum einen wurden Punkte ausgewählt, die nach Durchsicht der Literatur als wesentlich zur Charakterisierung von Suizidalität und Automutilation bei Jugendlichen erschienen, für die aber keine standardisierte klinikeigene Dokumentation existierte. Informationen wurden durch Durchsicht der Krankengeschichten gewonnen. Zum anderen wählten wir Variablen, die nach standardisierten Verfahren dokumentiert worden waren, wie beispielsweise die mit der Erkrankung assoziierten psychosozialen Umstände. Es folgt eine Auflistung und Erklärung der untersuchten Variablen.

## **2.4.2 Variablen**

### **2.4.2.1 Grunddaten**

Es wurden Name, Alter und Geschlecht dokumentiert, dann Geburts-, Aufnahme- und Entlassungsdatum bestimmt und in das Dezimalsystem umgerechnet, worauf aus den beiden letztgenannten Variablen die Berechnung der Aufenthaltsdauer erfolgte.

Beim Aufnahmemodus wurde nach offen und geschlossen unterschieden, ferner wurde zwischen Entlassungsklinik Abteilung Rottmannshöhe und Klinik Innenstadt unterschieden. Letzterer Fall impliziert, dass während des Aufenthaltes die Verlegung in eine geschlossenen Abteilung von Nöten war.

### **2.4.2.2 Früherer stationärer Aufenthalt**

Es wurde zwischen Erstaufnahmen, wiederholter Aufnahme wegen Suizidalität und wiederholter Aufnahme aus anderen Gründen differenziert. Auf diese Weise konnten in der U-Gruppe zwar frühere parasuizidale Gedanken/Parasuizide erfasst werden, die zu einer stationären Aufnahme geführt hatten. Frühere Suizidalität, in deren Folge es zu keiner Klinikeinweisung gekommen war, konnte jedoch nicht ausreichend dokumentiert werden.

### **2.4.2.3 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik**

Bezüglich der parasuizidalen Aufnahmesymptomatik wurden die Patienten in zwei Gruppen unterteilt. Zum einen in eine Gruppe mit isolierten parasuizidalen Gedanken, zum anderen in eine Gruppe mit Parasuiziden, wobei der Parasuizid den unmittelbaren Aufnahmeanlass darstellte oder aber der Aufnahme um nicht mehr als eine Woche vorausging.

### **2.4.2.4 Psychopathologische Aufnahmesymptomatik**

Die Daten zu diesem Punkt wurden sowohl aus der Dokumentation des aufnehmenden Arztes als auch aus dem psychopathologischen Befund bei der stationärer Erstuntersuchung gewonnen. Dabei wurden die am häufigsten auftretenden Symptomkomplexe bzw. Syndrome (depressive Verstimmung; psychotische Symptome; Essstörungen; Ängste) auf ihre Anwesenheit bei Aufnahme geprüft, andere Symptome wurden in einer Rubrik „Sonstige“ subsumiert.

#### **2.4.2.5 Auslösesituation für parasuizidales Verhalten**

Anhand der Aufzeichnungen wurde überprüft, ob dem parasuizidalen Verhalten Auslösesituationen vorausgegangen waren, die von Angehörigen oder dem Patienten angegeben worden waren. Die Einteilung erfolgte nach folgenden Unterpunkten: familiäre Probleme, Partnerschaftskonflikte, Schulprobleme, soziale Probleme, sonstige.

#### **2.4.2.6 Diagnosen**

Die Diagnosenzuteilung erfolgte nach ICD 10. Die ICD 9 - Diagnosen der ersten beiden Jahre des Dokumentationszeitraumes wurden nach einer standardisierten Vorlage umgewandelt.

#### **2.4.2.7 Psychosoziale Probleme**

Psychosoziale Probleme nach MAS - Achse 5 (Remschmidt et al. 1994) wurden sowohl für das Halbjahresintervall vor Aufnahme als auch für einen länger als ein halbes Jahr vor Aufnahme zurückliegende Zeitraum ausgewertet.

Folgende Items wurden erfaßt:

Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

Psychische Störung eines Angehörigen

Inadäquate Kommunikation

Abnorme Erziehungsbedingungen

Abnorme unmittelbare Umgebung

Akute belastende Lebensereignisse

Gesellschaftliche Belastung

Chronische zwischenmenschliche Belastungen

Belastung wegen Verhaltensstörung/Behinderung

Sonstige.

#### **2.4.2.8 Suizidalität im sozialen Umfeld**

Hier wurde die Exposition mit Suizidalität im außerfamiliären Bereich erfaßt (Freunde, Mitschüler, ausgeprägte Medienexposition), sofern sie in der Krankengeschichte erwähnt wurde.

#### **2.4.2.9 Substanzmissbrauch**

Drogen- und Alkoholmissbrauch wurde nicht nur dann als vorhanden gewertet, wenn eine Zusatzdiagnose vorlag, sondern auch bei subsyndromaler Ausprägung. Alkohol und Drogenkonsum wurde außerdem zu der übergeordneten Gruppe Substanzmissbrauch zusammengefasst.

#### **2.4.2.10 Beginn von Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken**

Um einen Parameter für die zeitliche Kontinuität parasuizidaler Gedanken und Parasuiziden zu erhalten, wurde zwischen Auftreten von Suizidalität vor und nach einem 6 - Monatszeitraum vor Aufnahme unterschieden. Im Bezug auf Parasuizide gibt dieses Item auch Aufschluß über Wiederholer, wobei wiederholte Parasuizide innerhalb des 6 - Monatszeitraumes vor Aufnahme nicht berücksichtigt wurden.

#### **2.4.2.11 Art des Parasuizids**

Parasuizide wurden in folgende Untergruppen eingeteilt: Intoxikation, Schnittverletzung, Strangulation, Stromverletzung, Schussverletzung, Schienenfahrzeug.

Ferner wurde das Auftreten verschiedener Methoden sowohl bei wiederholten Parasuiziden, als auch bei zeitgleichen Mehrfachmethoden berücksichtigt. Dabei wurde zwischen der Kombination weicher und harter Suizidmethoden differenziert, wobei beim Auftreten einer harten Methode der entsprechende Patient der Gruppe „Kombination hart“ zugeteilt wurde, auch wenn sonst weiche Methoden vorlagen.

Schnittverletzungen werteten wir grundsätzlich als weiche Methode, außer bei schwerwiegenderen Verletzungen (z.B. Schnitt im Halsbereich).

Parasuizide unter Alkoholeinfluß wurde nicht als „Kombinations - Suizidversuch“ gewertet, alleinige Alkoholintoxikation als Methodenwahl war nicht aufgetreten.

#### **2.4.2.12 parasuizidale Gedanken/Parasuizide/vollendete Suizide im stationären Verlauf**

Anhand der Krankengeschichten wurde das Auftreten von parasuizidalen Gedanken in der U - Gruppe während des stationären Verlaufes erfasst, in der K - Gruppe trat stationär keine Suizidalität auf, da dieses Merkmal ein Ausschlusskriterium für die Gruppenzuordnung darstellte. Ebenso wurden Parasuizide und vollendete Suizide erfasst und nach den im letzten Punkt erklärten Kriterien unterteilt.

#### **2.4.2.13 Automutilationen**

Für den stationären Aufenthalt wurde das Auftreten von Automutilationen erfasst. Die Untersuchungskriterien wurden bereits in Kapitel 2.1 dargelegt.

#### **2.4.2.14 Affektive Störungen stationär**

Einige häufig auftretende affektiven Symptome wurden einzeln auf ihr Vorliegen während der stationären Behandlung geprüft. Dabei handelte es sich um *Scham, Rückzug, Ängstlichkeit, Affektlabilität, Gereiztheit und depressive Verstimmung*. Andere affektive Symptome wurden unter „Sonstige“ subsummiert. Bei Vorliegen eines oder mehrerer Items erfolgte ferner die Erfassung unter der Rubrik „*Affektive Störung gesamt*“.

#### **2.4.2.15 Gestörte Interaktion stationär**

Ebenso wurden psychopathologische Auffälligkeiten, die vor allem den zwischenmenschlichen Bereich betrafen, unter der Rubrik „gestörte Interaktion“ dokumentiert. Dabei handelte es sich um folgende Merkmale: *Aggression, Dissozialität, Weglaufen und Kontaktstörungen*. Auf eine Zusammenfassung wie bei den „affektiven Störungen“ wurde auf Grund der nicht allgemeingültigen Gruppenkonstruktion verzichtet.

#### **2.4.2.16 Psychosomatische Störungen stationär**

Erfasst wurden körperliche Beschwerden, die in den Krankengeschichten eindeutig als psychosomatisch eingeschätzt wurden, oder für die eine psychosomatische Mitverursachung diskutiert wurde. Häufig auftretende Symptome waren gastrointestinale Beschwerden, vegetative Störungen und Beschwerden im Bereich der Atemwege.

### **2.5 Statistik**

Statistische Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS for windows, Version 5, erstellt. Die meisten statistischen Beziehungen wurden anhand von Kreuztabellen unterucht und mit dem Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz geprüft. Dabei wurde bei  $n > 40$  die Formel für Kontinuitätskorrektur verwandt. Bei  $n < 40$  und einer kleinsten zu erwartenden Häufigkeit von weniger als 5 wurde der Fisher - Test verwandt, ebenso bei  $n < 20$ .

Mittelwertsvergleiche erfolgten mit dem t - Test für unabhängige Stichproben (t - Test nach Student).

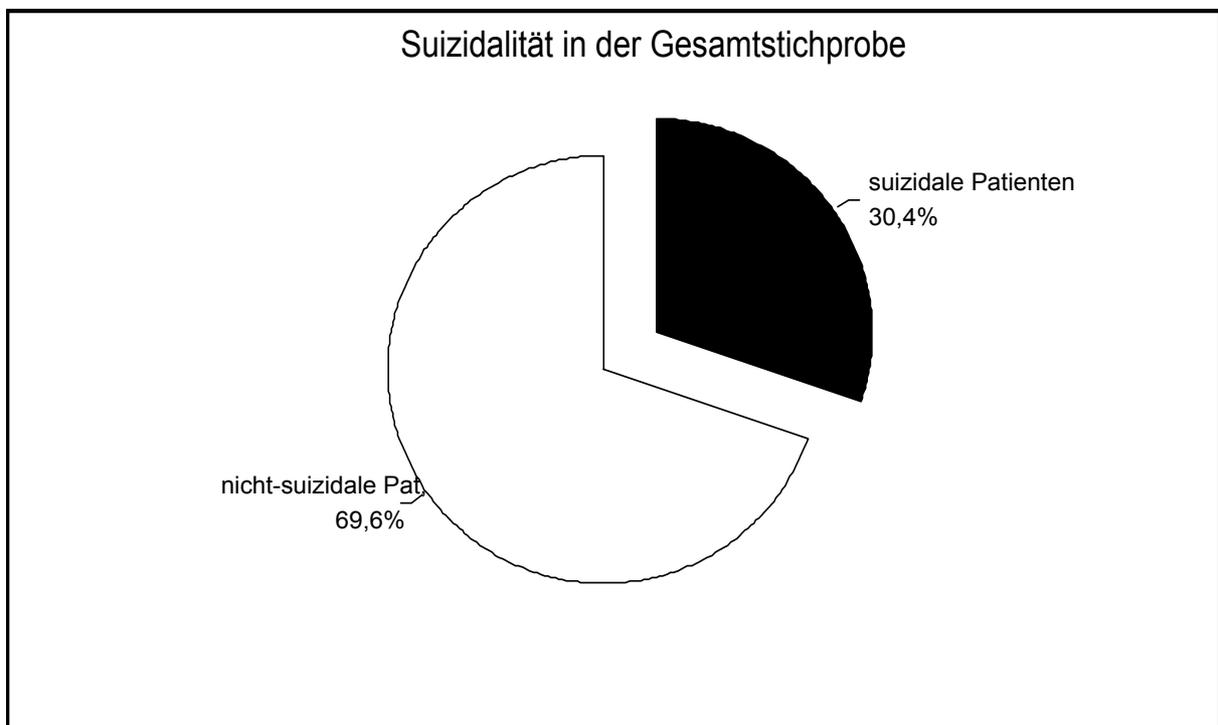
## 3 Ergebnisse

### 3.1 Gesamtstichprobe

In der untersuchten Gesamtstichprobe (G) (n = 537) fanden sich 163 Patienten (30,4%) (U) mit dem Merkmal Suizidalität als Symptom bei Aufnahme.

Bei 83 Patienten (15,43%) lagen Parasuizide vor, bei 80 Patienten (14,9%) traten parasuizidale Gedanken auf.

Abb.1



#### 3.1.1 Geschlecht

In der Gesamtstichprobe betrug der Anteil der männlichen Patienten 43,9% (n = 236), weibliche Patienten waren mit 56,1% (n = 301) leicht überrepräsentiert.

### 3.1.2 Alter

**Tab. 1 Altersverteilung der Gesamtstichprobe**

	Mean	Median	Minimum	Maximum	Range
Gesamtstichprobe	16,3	16,4	11,6	21,4	9,8

### 3.1.3 Diagnosen

Nachfolgende Tabelle gibt das Diagnoseverteilungsmuster der Gesamtstichprobe (n = 537) wieder. Die Auflistung der einzelnen Diagnosen erfolgte in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit ihres Auftretens in der Gesamtstichprobe.

Diagnosen, die in weniger als 1,5% der Fälle auftraten, wurden nicht einzeln aufgelistet, dafür am Ende der Tabelle gesondert unter der Rubrik „Rest-Diagnosen“ subsumiert.

**Tab. 2 Diagnosenverteilung in der Gesamtstichprobe**

Diagnose	ICD-10	n	%
Schizophrenien	F 20	106	19,7
Essstörungen	F 50	91	16,9
Persönlichkeitsstörungen	F 60	57	10,6
Belastungsreaktionen	F 43	56	10,4
Emotionale Störungen des Kindesalters	F 93	45	8,4
Störungen des Sozialverhaltens und Emotionen	F 92	35	6,5
Störungen des Sozialverhaltens	F 91	23	4,3
Zwangsstörungen	F 42	21	3,9
Bipolare affektive Störungen	F 31	13	2,4
Somatoforme Störungen	F 45	10	1,9
Phobische Störungen	F 40	8	1,5
„ Rest-Diagnosen“	-	125	23,3

In der Gesamtstichprobe nahmen Schizophrenien mit 19,7% den größten Anteil der Diagnosen ein, gefolgt von Essstörungen (16,9%), Persönlichkeitsstörungen (10,6%) und Belastungsreaktionen (10,4%).

Der Anteil der Affektiven Störungen (ICD-10 F31-34) betrug insgesamt nur 5,3%.

## 3.2 Vergleich Untersuchungsgruppe (U) mit Reststichprobe (R)

### 3.2.1 Geschlechtsverteilung Untersuchungsgruppe (n = 163) versus Reststichprobe (n = 374)

**Tab.3 Geschlechtsverteilung**

	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
<b>U</b>	n = 57 (35,0 %)	n = 106 (65,0 %)
<b>R</b>	n = 179 (47,9 %)	n = 195 (52,1%)

In der Untersuchungsgruppe waren weibliche Jugendliche signifikant häufiger vertreten als männliche ( $p = 0,006$ ). Das Aufnahmesymptom Suizidalität wurden bei Mädchen beinahe doppelt so häufig (Faktor:1,9) registriert als bei Jungen.

### 3.2.2 Altersverteilung

Bezüglich der Altersverteilung ergaben sich für Reststichprobe und U - Gruppe nachfolgende statistische Verteilungen:

**Tab.4 Altersverteilung Untersuchungsgruppe (U) versus Reststichprobe (R)**

	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>Std.dev</b>	<b>Variance</b>	<b>Range</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>U</b>	16,4	16,5	1,4	1,9	7,5	13,0	20,5
<b>R</b>	16,2	16,3	1,6	2,5	9,8	11,6	21,4

In der U - Gruppe waren die stationär aufgenommenen Jugendlichen zum Aufnahmezeitpunkt geringfügig älter als in der Reststichprobe. Statistische Mittelwertsvergleiche (t - Test für unabhängige Stichproben) brachten jedoch keine signifikanten Ergebnisse, was auch für die nach Geschlechtern differenzierte Betrachtung galt.

### 3.2.3 Diagnosen

Die unterschiedlichen Diagnosen wurden auf das Merkmal Suizidalität überprüft, wobei zusätzlich zwischen Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken unterschieden wurde. Aus Übersichtsgründen beschränkt sich die Darstellung auf die am häufigsten vorkommenden Diagnosen (mindestens 30 Fälle) unter Einschluß der affektiven Störungen, wobei die ICD 10 - Diagnosen F.31 - 34 zu einer Gruppe zusammengefaßt wurden.

„Belastungsreaktion“ bezieht sich auf alle ICD 10 - Diagnosen mit der Nummer 43 (Reaktionen und Anpassungsstörungen).

**Tab.5 Diagnosen Reststichprobe (R) versus Untersuchungsgruppe (U)**

Diagnose	R n = 374 (100%)	U n = 163 (100%)	Parasuizid n = 83	parasuizidale Gedanken n = 80
Schizophrenien	82 (21,9%)	24 (14,7%)	11	13
Belastungsreaktionen	22 (5,9%)	34 (20,9%)	23	11
Essstörungen	77 (20,6%)	14 (8,5%)	5	9
Persönlichkeitsstörungen	32 (8,6%)	25 (15,3%)	13	12
Emotionale Störungen	23 (6,1%)	22 (13,5%)	13	9
Affektive Störungen	15 (4,0%)	14 (8,5%)	4	10

Bezüglich des Vorkommens der verschiedenen Diagnosen in den zu vergleichenden Gruppen ergaben sich deutliche Unterschiede. Für einzelne Diagnosen bestanden signifikante Beziehungen mit dem Merkmal Suizidalität.

**Tab.6 Statistische Beziehung zwischen Diagnose und Suizidalität, Parasuizid und suizidale Gedanken**

	Suizidalität °	Parasuizid	parasuizidale Gedanken
Schizophrenien	p = 0,7	p = 0,143	p = 0,485
Belastungsreaktionen	p = 0,00000**	p = 0,00000**	p = 0,392
Essstörungen	p = -0,001**	p = -0,006*	p = 0,17
Persönlichkeitsstörungen	p = 0,03*	p = 0,15	p = 0,236
Emotionale Störungen	p = 0,009*	p = 0,02*	p = 0,432
Affektive Störungen	p = 0,05*	p = 1,00	p = 0,005**

\* p < 0,05    \*\* p < 0,005

° Suizidalität (Parasuizide und parasuizidale Gedanken)

Parasuizide traten am häufigsten bei Patienten mit *Belastungsreaktionen* auf, während für parasuizidale Gedanken keine Häufung festzustellen war.

Bei den *affektiven Störungen* (ICD - 10 F31 - 34) erreichte das Merkmal Suizidalität gerade Signifikanzniveau, parasuizidale Gedanken waren in dieser Gruppe signifikant häufiger, während keine Häufung von Parasuiziden vorlag.

Bei den *spezifischen emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters* korrelierten Suizidalität und Parasuizide mit der Diagnose, bei den *Persönlichkeitsstörungen* korrelierte Suizidalität, hier wurde das 5% - Signifikanzniveau für Parasuizide nur knapp verfehlt.

*Schizophrene Störungen* gingen im untersuchten Kollektiv seltener mit Suizidalität einher, es bestand allerdings keine negative Korrelation auf Signifikanzniveau.

Anders verhielt es sich bei den *Essstörungen*: Bei Patienten mit Essstörungen traten signifikant *seltener* Suizidalität ( $p = 0,001$ ) und Parasuizide ( $p = 0,006$ ) auf.

### 3.3 Untersuchungsgruppe (U) versus Kontrollgruppe (K)

#### 3.3.1 Aufnahmemodus

Beim Vergleich zwischen offenem und geschlossenem Aufnahmemodus fanden sich in der Untersuchungsgruppe signifikant mehr Jugendliche, die zunächst geschlossen aufgenommen worden waren ( $p = 0,01$ ) als in der Kontrollgruppe.

#### 3.3.2 Aufnahmesymptomatik

Bei der Analyse der Aufnahmesymptomatik zeigte sich in der Untersuchungsgruppe, dass psychopathologische Syndrome/Symptome seltener dokumentiert worden waren als in der Kontrollgruppe, eine Ausnahme bildeten depressive Symptome.

**Tab. 7 Aufnahmesymptomatik**

Aufnahmesymptomatik	U		K	
	n	%	n	%
Depressive Störungen	88	54,0	59	48,0
Psychotische Störungen	39	23,9	36	29,3
Eßstörungen	26	16,0	27	22,0
Ängste	29*	17,8	45	36,6

\* $p < 0,05$

Der Gruppenvergleich erbrachte keine signifikanten Ergebnisse, bis auf die Beobachtung, daß in der U-Gruppe signifikant seltener das Aufnahmesymptom Angst aufgetreten war ( $p = 0,006$ ).

### 3.3.3 Psychosoziale Probleme

Die Auswertung der standardisiert nach MAS - Achse 5 erfassten psychosozialen Probleme für das Halbjahresintervall vor Aufnahme als auch die vorhergehende Periode ergab nur in wenigen Bereichen Unterschiede beim Vergleich der Häufigkeit des Auftretens zwischen den Gruppen. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die untersuchten Items:

**Tab.8 Psychosoziale Probleme**

Problematik	Zeitraum	U		K	
		n	%	n	%
psychosoziale P. allgemein	< 6 Monate	160	98	117	95
	> 6 Monate	159	98	117	95
abnorme infrafamiliäre Beziehungen	< 6 Monate	106	65	69	56
	> 6 Monate	109	67	74	60
psych. Störung eines Familienmitgliedes	< 6 Monate	84	52	60	49
	> 6 Monate	86	53	61	49
Inadäquate Kommunikation	< 6 Monate	90	55	90	73
	> 6 Monate	93	57	92	75
Abnorme Erziehungsbedingungen	< 6 Monate	90	55	86	70
	> 6 Monate	95	58	90	73
abnorme unmittelbare Umgebung *	< 6 Monate *	73	45	40	33
	> 6 Monate	74	45	45	37
belastendes Lebensereignis	< 6 Monate	39	24	19	15
	> 6 Monate	44	27	33	27
gesellschaftliche Belastung	< 6 Monate	7	4	2	2
	> 6 Monate	-	-	-	-
chron. zwischenmenschliche Belastung	< 6 Monate	27	17	15	12
	> 6 Monate	23	14	11	9
kindliche Behinderung und Folgen	< 6 Monate	8	5	5	4
	> 6 Monate	-	-	-	-

\* p = 0,05

Bei den meisten Parametern zeigte sich nur eine geringfügige Häufung in der U - Gruppe, Signifikanzniveau wurde nur bei dem Parameter „Abnorme unmittelbare Umgebung < 6 Monate“ erreicht (p = 0,05). Ein deutlicher Trend war für „belastendes Lebensereignis < 6 Monate“ (p = 0,1) festzustellen.

„ Inadäquate Kommunikation“ und „Abnorme Erziehungsbedingungen“ traten sogar in der K - Gruppe geringfügig häufiger auf.

### 3.3.4 Familiäre Belastung mit Suizid

**Tab.9 Familiäre Belastung mit Suizid**

	U		K	
	n	%	n	%
familiäre Belastung mit Suizid	27	16,6	12	9,8

Es ergab sich ein Trend ( $p = 0,1$ ) für eine Häufung der familiären Belastung in der U - Gruppe. Eine Aufschlüsselung nach Diagnosen brachte keine statistisch relevanten Ergebnisse.

### 3.3.5 Suizidalität im sozialen Umfeld

**Tab.10 Suizidalität im sozialen Umfeld**

	U		K	
	n	%	N	%
Suizidalität im sozialen Umfeld	12	4,2 *	0	0

\*  $p = 0,005$

Suizidalität im sozialen Umfeld war in der U - Gruppe signifikant häufiger ( $p = 0,005$ ) zu verzeichnen als in der K - Gruppe, in der dieses Merkmal überhaupt nicht in Erscheinung trat.

### 3.3.6 Substanzmissbrauch

Alkohol- und Drogenproblematik wurden zunächst einzeln erfasst, gemischter Drogen- und Alkoholkonsum oder das Vorliegen von entweder Alkohol- oder Drogenmissbrauch wurden als Substanzmissbrauch zusammengefasst.

**Tab.11 Substanzmissbrauch**

	U		K	
	n	%	n	%
Alkoholkonsum	24*	14,7	8	6,5
Drogenkonsum	27*	16,6	8	6,5
Substanzmissbrauch	38 °	23,3	12	9,8

\*  $p < 0,05$  °  $p < 0,005$

Alkoholprobleme korrelierten mit Suizidalität ( $p = 0,05$ ), ebenso Drogenkonsum ( $p = 0,02$ ). Die Korrelation für Substanzmissbrauch war sogar noch deutlicher ( $p = 0,004$ ).

Bei getrennter Betrachtung nach Geschlechtern trat bei männlichen Jugendlichen kein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen hervor, bei weiblichen Jugendlichen bestand jedoch eine signifikante Korrelation von Suizidalität und Drogenkonsum ( $p = 0,01$ ) und Substanzmissbrauch ( $p = 0,002$ ).

Unterteilungen in die am häufigsten vorkommenden Diagnosen ergaben ausschließlich für die Persönlichkeitsstörungen signifikante Ergebnisse:

Bei Persönlichkeitsstörungen korrelierten Suizidalität und Substanzmissbrauch ( $p = 0,009$ ) und Suizidalität und Drogenkonsum ( $p = 0,05$ ).

Für weibliche Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen korrelierten Suizidalität und Substanzmissbrauch ( $p = 0,004$ ) und Suizidalität und Drogenkonsum ( $p = 0,02$ ).

### 3.3.7 Aufenthaltsdauer

**Tab.12 Aufenthaltsdauer**

	Mean	Median	Std.dev	Variance	Range	Minimum	Maximum
<b>U</b>	0,50	0,40	0,40	0,16	2,0	0	2
<b>K</b>	0,55	0,40	0,46	0,21	2,3	0	2,3

Die Aufenthaltsdauer für Patienten der Untersuchungsgruppe war durchschnittlich um 2 Wochen kürzer als in der Kontrollgruppe, diese Beobachtung ließ sich für beide Geschlechter nachvollziehen. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 0,5 Jahren in der U - Gruppe und 0,55 Jahren in der Kontrollgruppe kommt dieser Differenz aber keine statistisch signifikante Bedeutung zu (t - Test für unabhängige Stichproben). Auch die Vergleiche der Untergruppen erbrachten keine statistisch relevanten Ergebnisse.

### 3.3.8 Affektive Störungen stationär

Während des stationären Verlaufes wurden beide Gruppen bezüglich des Auftretens verschiedener affektiver Symptome verglichen.

**Tab.13 Affektive Störungen stationär**

	U		K	
	n	%	n	%
affektive Störungen gesamt	123	75,5	97	78,9
Scham	7	4,3	6	4,9
Rückzug	38	23,3	38	30,9
Ängstlichkeit	34	20,9	27	22,0
Affektlabilität	52	31,9 *	26	21,1
Gereiztheit	32	19,6	31	25,2
Depressivität	47	28,8	42	34,1

\*p = 0,06

Symptome affektiver Störungen wurden in der U - Gruppe während des stationären Verlaufes nicht vermehrt dokumentiert, traten in der K - Gruppe sogar geringfügig häufiger auf, eine Ausnahme stellte das Symptom Affektlabilität dar, das deutlich häufiger in der U - Gruppe zu finden war; diese Ergebnis verfehlte nur knapp das 5% - Signifikanzniveau (p = 0,06).

Nach Aufteilung nach Geschlechtern wurde für die Jungen kein Unterschied zwischen den Gruppen offensichtlich, für das weibliche Geschlecht ergab sich für eine Häufung in der U - Gruppe ein deutlicher Trend für Affektlabilität (p = 0,09).

### 3.3.9 Gestörte Interaktion stationär

**Tab.14 gestörte Interaktion stationär**

	U		K	
	n	%	n	%
Aggression	35	21,5	20	16,3
Dissozialität	12	7,4	10	8,1
Weglaufen	25	15,3	14	11,4
Kontaktstörungen	25	15,3	45 °	36,6

° p < 0,0005

Kontaktstörungen traten in der U - Gruppe signifikant seltener (p = 0,00006) auf. Aggressionen und vermehrtes Weglaufen fanden sich in der U - Gruppe zwar gehäuft, die Ergebnisse erreichten jedoch keine statistische Aussagekraft.

Die Trennung nach Geschlechtern zeigte in der U - Gruppe bei beiden Geschlechtern signifikant seltener Kontaktstörungen (Jungen:  $p = 0,02$ , Mädchen:  $p = 0,0006$ ), bei den weiblichen Jugendlichen der U - Gruppe trat außerdem signifikant häufiger Aggression ( $p = 0,03$ ) auf.

### 3.3.10 Psychosomatische Störungen stationär

Da psychosomatische Störungen bei Jugendlichen mit akuter Suizidalität gehäuft zu beobachten sind, wurden diese Beschwerden auch während des stationären Verlaufes untersucht.

**Tab.15 Psychosomatische Störungen stationär**

	U		K	
	n	%	n	%
Psychosomatische Störungen	62 *	38,0	33	26,8

\* $p = 0,06$

Tatsächlich traten psychosomatische Störungen in der U - Gruppe deutlich häufiger als in der K - Gruppe auf, das Ergebnis verfehlte nur knapp das Signifikanzniveau ( $p = 0,06$ ).

Dieser Trend ließ sich auch für das weibliche Geschlecht ( $p = 0,09$ ) nachvollziehen, die männlichen Jugendlichen der U - Gruppe unterschieden sich nur geringfügig bezüglich des Auftretens psychosomatischer Störungen.

Nach weiterer Differenzierung in verschiedene Diagnosen fiel auf, daß in der Gruppe der Essstörungen Suizidalität bei Aufnahme mit stationären psychosomatischen Beschwerden korrelierte ( $p = 0,02$ ), als Trend zeigte sich dieses Ergebnis auch für die spezifischen emotionalen Störungen ( $p = 0,1$ ).

### **3.4 Frühere Aufnahme wegen Suizidalität (W) versus erstmalige Aufnahme wegen Suizidalität (kW)**

Da rezidivierende Suizidalität, insbesondere frühere Parasuizide, das Risiko für weitere Parasuizide und Suizide erhöhen, erfolgte ein Vergleich der Jugendlichen, die sich bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen Suizidalität in stationärer Behandlung befanden (n = 19) mit dem Rest der Untersuchungsgruppe (n = 144).

#### **3.4.1 Geschlechtsverteilung**

**Tab.16 Geschlechtsverteilung Wiederholer**

	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
<b>W</b>	36,8% n = 7	63,2% n = 12
<b>kW</b>	34,7% n = 50	65,3% n = 94

In der Gruppe der wiederholten stationären Aufnahmen wegen Suizidalität war im Vergleich zur restlichen U - Gruppe im Bezug auf die Geschlechterverteilung kein wesentlicher Unterschied festzustellen.

#### **3.4.2 Alter bei Aufnahme**

**Tab.17 Alter Wiederholer**

	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>Std.dev</b>	<b>Variance</b>	<b>Range</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>W</b>	17,0	17,0	1,2	1,3	5,2	14,0	19,2
<b>kW</b>	16,3	16,4	1,4	1,9	7,5	13,0	20,5

Patienten mit wiederholter stationärer Aufnahme wegen Suizidalität waren im Mittel um 0,7 Jahre älter als Patienten der kW - Gruppe. Das Ergebnis ist statistisch nicht signifikant, es ergibt sich ein leichter Trend (p = 0,16).

#### **3.4.3 Aufenthaltsdauer**

**Tab.18 Aufenthaltsdauer Wiederholer**

	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>Std.dev</b>	<b>Variance</b>	<b>Range</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>W</b>	0,59	0,6	0,40	0,16	1,2	0	1,2
<b>kW</b>	0,50	0,40	0,40	0,17	2,0	0	2

Die Aufenthaltsdauer in der Wiederholergruppe war durchschnittlich um ca. einen Monat länger als in kW - Gruppe, Signifikanzniveau liegt nicht vor.

#### **3.4.4 Diagnoseverteilung**

Bei den wiederholten Aufnahmen wegen Suizidalität lagen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen an erster Stelle ( $n = 6 / 31,6\%$ ), gefolgt von schizophrenen Patienten ( $n = 5 / 26,3\%$ ) und Jugendlichen mit Belastungsreaktionen ( $n = 3 / 15,8\%$ ). Der Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist damit mehr als doppelt so hoch als in der kW - Gruppe, die Beziehung wiederholte Aufnahme wegen Suizidalität mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung ist statistisch signifikant ( $p = 0,04$ ).

#### **3.4.5 Substanzmissbrauch**

Substanzmissbrauch war in der Gruppe der wiederholten Aufnahmen wegen Suizidalität deutlich erhöht. Substanzmissbrauch ( $p = 0,009$ ), Drogenkonsum ( $p = 0,02$ ) und Alkoholkonsum ( $p = 0,05$ ) korrelierten signifikant mit wiederholter Aufnahme wegen Suizidalität.

#### **3.4.6 Beginn von parasuizidalen Gedanken und Parasuiziden**

Erwartungsgemäß waren in der Gruppe der wiederholten Aufnahme sowohl parasuizidale Gedanken zu einem Zeitpunkt  $> 6$  Monate ( $p = 0,0005$ ) als auch Parasuizide  $> 6$  Monate ( $p = 0,0002$ ) häufiger als in der kW - Gruppe.

#### **3.4.7 Stationärer Verlauf**

Während des stationären Verlaufes zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Jugendlichen, die bereits wegen Suizidalität in Behandlung gewesen waren und der kW - Gruppe. Insbesondere war wider Erwarten keine Häufung von parasuizidalen Gedanken, Parasuiziden und Automutilationen gegenüber der kW - Gruppe festzustellen. Ebenso waren bei den Punkten affektive Störungen, Verhaltensstörungen und psychosomatische Störungen keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen.

### 3.5 Suizidalität im stationären Verlauf

Während des stationären Verlaufes wurde bei 81 (49,6%) der 163 Jugendlichen der Untersuchungsgruppe erneut Suizidalität dokumentiert. Es folgen Untersuchungen, die sich auf diese Subgruppe beziehen.

#### 3.5.1 Charakteristik der S - Gruppe (n = 81)

Bei 30 Patienten kam es während des stationären Verlaufes zu Parasuiziden, vier Patienten verstarben während der Behandlung durch Suizid. Parasuizidale Gedanken ohne aktive Suizidalität traten bei 47 Patienten auf.

**Tab.19 Suizidales Verhalten im stationären Verlauf**

	n	%	n männl.	% männl.	n weibl.	% weibl.
Suizidalität	81		26	32,1	55	67,9
isolierte parasuizidale Gedanken	47	58,0	17	36,2	30	63,8
Parasuizid	30	37,1	7	23,3	23	76,7
Suizid	4	4,9	2	50	2	50

##### 3.5.1.1 Geschlechtsverteilung

In der U - Gruppe, in der das weibliche Geschlecht deutlich überrepräsentiert war, zeigte sich auch bezüglich stationärer Suizidalität eine ähnliche Geschlechtsverteilung wie bei Suizidalität bei stationärer Aufnahme. Während des stationären Aufenthaltes wurde bei 26 männlichen Patienten (32%) und 55 weiblichen Patienten (68%) Suizidalität dokumentiert, im Vergleich zur Geschlechtsverteilung parasuizidaler Patienten bei Aufnahme (männlich:35%, weiblich:65%) kam es im stationären Verlauf nur zu einer minimalen weiteren Verschiebung zu Gunsten des weiblichen Geschlechtes.

Parasuizidale Handlungen waren, wie schon bei Aufnahme, auch während des stationären Verlaufes bei weiblichen Patienten relativ häufiger als isolierte parasuizidale Gedanken, Signifikanzniveau wurde für diese Beobachtung jedoch nicht erreicht. Bei den stationären Suiziden lag die Geschlechterverteilung bei 1:1.

### 3.5.1.2 Methode der suizidalen/parasuizidalen Handlungen stationär

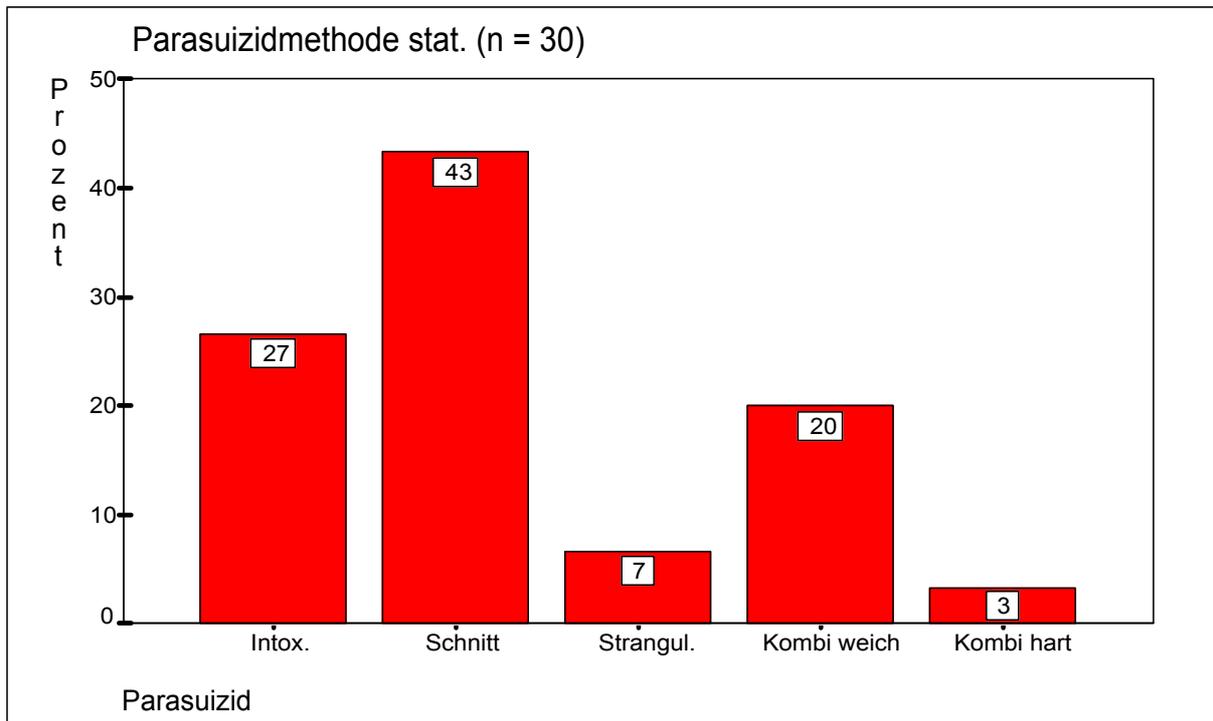
Bei den Jugendlichen, die wegen Parasuiziden in Behandlung kamen, stand als Parasuizidmethode eine Tablettenintoxikation (48 %) an erster Stelle. Während des stationären Aufenthaltes kam es zu einer Veränderung des parasuizidalen Verhaltens. 43,3% der Jugendlichen, bei denen stationär Parasuizide auftraten, fügten sich Schnittverletzungen zu, Tablettenintoxikation wurde von 26,7% der Jugendlichen als Methode gewählt.

Die vier durch Suizid verstorbenen Jugendlichen kamen in einem Fall durch Sprung aus der Höhe, in drei Fällen durch Schienenfahrzeuge ums Leben, wobei ein Fall auf Grund einer begleitenden Intoxikation in die Rubrik „Kombination hart“ einging.

**Tab.20 Parasuizid-/Suizidmethoden stationär**

	Parasuizid (n = 30)		Suizid (n = 4)	
	n	%	n	%
Tablettenintoxikation	8	26,7		
Schnittverletzung	13	43,3		
Strangulation	2	6,7		
Sprung			1	25
Schienenfahrzeug			2	50
Komb. „weich“	6	20,0		
Komb. „hart“	1	3,3	1	25

**Abb.2 Parasuizidmethode stationär**



### **3.5.2 Vergleich parasuizidale Gedanken (n = 47) versus Parasuizide (n = 30) stationär**

Isolierte parasuizidale Gedanken und Parasuizide wurden einander in Gruppen gegenübergestellt und verglichen.

#### **3.5.2.1 Alter bei Aufnahme/ Aufenthaltsdauer**

Ein Mittelwertsvergleich des Aufnahmealters, sowie der Aufenthaltsdauer erbrachte für beide Gruppen fast identische Ergebnisse. In der Parasuizidgruppe lag der Mittelwert des Aufnahmealters bei 16,6 Jahren, in der Gruppe mit parasuizidalen Gedanken bei 16,5 Jahren, der Mittelwert der Aufenthaltsdauer lag für beide Gruppen bei 0,6 Jahren.

### 3.5.2.2 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik

In der Parasuizid - Gruppe lag der Anteil der Jugendlichen, bei denen schon zum Aufnahmezeitpunkt eine parasuizidale Aufnahmesymptomatik vorlag, signifikant höher ( $p = 0,002$ ) als in der Subgruppe mit parasuizidalen Gedanken.

### 3.5.2.3 Diagnosen

Die Aufschlüsselung nach den in der Gesamtstichprobe häufigsten Diagnosen erbrachte folgende Zusammensetzung:

**Tab.21 Diagnosen**

	Parasuizide n	Suizidgedanken n
Schizophrenien	4	7
Belastungsreaktion	7	8
Essstörungen	1	2
Persönlichkeitsstörungen	12*	7

\* $p = 0,03$

Erneut kam der Diagnose Persönlichkeitsstörung eine herausragende Rolle zu. Sie war nicht nur mit einem Anteil von 25% die am häufigsten gestellte Diagnose in der Gruppe der Jugendlichen, bei denen stationär Suizidalität dokumentiert wurde, in der Subgruppe der Parasuizide gab es signifikant ( $p = 0,03$ ) mehr Persönlichkeitsstörungen als in der Gruppe mit parasuizidalen Gedanken. Bei den anderen Diagnosen ergab sich eine ausgewogenere Verteilung. Erstaunlich war das geringe Auftreten der Diagnose Essstörung in der Gruppe mit stationärer Suizidalität. Während Essstörungen in der Gesamtstichprobe mit 17% eine der häufigsten Diagnosen darstellten und auch in der U - Gruppe noch bei 15% der bei Aufnahme parasuizidalen Jugendlichen diagnostiziert wurden, trat diese Diagnose bei den Jugendlichen mit stationärer Suizidalität in den Hintergrund und erreichte nur einen Prozentanteil von 4%.

### 3.5.2.4 Psychosoziale Probleme

Der Subgruppenvergleich erbrachte bezüglich der standardisiert erfassten psychosozialen Probleme kaum signifikante Ergebnisse, nur für den Punkt „Belastung wegen Verhaltensstörung/Behinderung für einen länger als 6 Monate zurückliegenden Zeitraum“ ( $p = 0,02$ ) wurde Signifikanzniveau erreicht.

### **3.5.2.5 Substanzmissbrauch**

Bei 19% der Jugendlichen mit Suizidalität während des stationären Verlaufes wurde ein Substanzmissbrauch identifiziert, wobei dieser in der Subgruppe mit Parasuizid signifikant häufiger ( $p = 0,05$ ) zu finden war als in der Subgruppe mit parasuizidalen Gedanken.

### **3.5.2.6 Automutilationen**

Automutilationen zeigten 30% der stationär suizidalen Patienten, wobei diese in der Subgruppe mit Parasuizid signifikant häufiger ( $p = 0,02$ ) auftraten als in der Gruppe mit parasuizidalen Gedanken.

### **3.5.2.7 Affektive Störungen/gestörte Interaktion/psychosomatische Störungen stationär.**

Bezüglich des Vorliegens affektiver Störungen und gestörter Interaktion erbrachte der Subgruppenvergleich keine signifikanten Ergebnisse, ebenso verhielt es sich mit den stationären psychosomatischen Störungen.

## **3.5.3 Suizide während des stationären Verlaufes**

Das Durchschnittsalter der vier durch Suizid verstorbenen Jugendlichen lag mit 16,0 Jahren etwas unterhalb des Altersdurchschnitts der restlichen stationär suizidalen Jugendlichen. Der Suizid erfolgte in einem Fall kurz nach Behandlungsbeginn, in den restlichen Fällen erst nach über einem halben Jahr stationärer Behandlung (Durchschnitt: 0,42 Jahre). Die Diagnoseverteilung war heterogen (organische Störung, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, emotionale Störung des Jugendalters).

Zwei der durch Suizid verstorbenen Jugendlichen waren bereits nach Suizidversuch aufgenommen worden, in den beiden anderen Fällen lagen parasuizidale Gedanken vor. In einem Fall war bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Aufnahme wegen Suizidalität erfolgt. Eine positive Familienanamnese bezüglich Suizidalität lag in keinem Fall vor, Substanzmissbrauch als Komorbidität war nur bei einem Suizid nachweisbar.

### 3.5.4 stationär suizidale Pat. (S) (n = 81) versus stationär nicht suizidale Pat. (kS) (n = 82) und versus Kontrollgruppe (K) (n = 123)

Um der Frage nachzugehen, in welchen Punkten sich die Jugendlichen, bei denen es stationär zu persistierender oder rezidivierender Suizidalität kam von ihren bei Aufnahme ebenso suizidalen, während des Krankenhausaufenthaltes jedoch von Suizidalität distanzierten Mitpatienten unterschieden, erfolgte ein Vergleich zwischen S - Gruppe und dem stationär von Suizidalität distanzierendem Rest der U - Gruppe (kS)

Parallel erfolgte für die S - Gruppe ein Vergleich mit der Kontrollgruppe, nachdem weiter oben dieser Vergleich schon für die gesamte U - Gruppe durchgeführt wurde. Dieser zusätzliche Ansatz war insofern gerechtfertigt, da es sich bei der S - Gruppe aufgrund der anhaltenden oder wiederauftretenden Suizidalität im stationären Verlauf um eine besonders risikobehaftete Subgruppe handelt.

Um die Ergebnispräsentation zu straffen, erfolgt bei den Vergleichspunkten, die sowohl für K - Gruppe als auch kS - Gruppe relevant waren, eine parallele Darstellung.

#### 3.5.4.1 *Geschlecht*

Übersichtshalber die weiter oben bereits angeführte Geschlechtsverteilung der verschiedenen Gruppen im tabellarischen Vergleich.

**Tab.22 Geschlechtsverteilung**

	S		kS		K	
	n	%	n	%	n	%
männlich	26	32,1	31	37,8	43	35,0
weiblich	55	67,9	51	62,2	80	65,0

In der S - Gruppe konnte eine leichte Zunahme der weiblichen Überrepräsentanz verzeichnet werden, statistische Signifikanz wurde jedoch nicht erreicht.

#### 3.5.4.2 *Alter*

Da bezüglich des Aufnahmealters nur geringfügige Differenzen zwischen den Gruppen vorlagen, beschränkt sich die tabellarische Darstellung auf die Mittelwerte. Der t - Test zum Mittelwertsvergleich erbrachte keine signifikanten Ergebnisse.

**Tab.23 Alter**

S	kS	K
16,5	16,3	16,2

**3.5.4.3 Aufenthaltsdauer**

Ausgeprägtere Unterschiede ergaben sich beim Vergleich der Mittelwerte der Aufenthaltsdauer zwischen den einzelnen Gruppen:

**Tab.24 Aufenthaltsdauer**

	S	kS	K
Aufenthaltsdauer	0,6	0,4*	0,5

$p < 0,05$

Die längsten Aufenthaltsdauer fand sich in der S - Gruppe. Der Mittelwertsvergleich zwischen Aufenthaltsdauer in S - Gruppe und kS - Gruppe ergab eine signifikant längere Dauer des stationären Aufenthalts in der S - Gruppe ( $p = 0,03$ ).

**3.5.4.4 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik**

Bezüglich der parasuizidalen Aufnahmesymptomatik, unterteilt in parasuizidale Gedanken oder Parasuizide, ergab sich keine Differenz zwischen S - Gruppe und kS - Gruppe. Parasuizid bei Aufnahme stellte also im Vergleich zu isolierten parasuizidalen Gedanken bei Aufnahme keinen Indikator für erhöhtes Risiko für rezidivierende oder persistierende Suizidalität im stationären Verlauf dar. Allerdings wurde weiter oben festgestellt, dass im Falle von stationär auftretender Suizidalität, sich diese auch stationär signifikant häufiger in Form von Parasuiziden ausdrückt, wenn Parasuizide auch schon bei Aufnahme die parasuizidale Symptomatik bestimmten.

**3.5.4.5 Entlassungsklinik**

Patienten der S - Gruppe wurden häufiger aus der offen geführten Klinik in die Innenstadtlinik (mit geschlossenen Abteilungen) verlegt und von dort entlassen. Im Vergleich zur kS - Gruppe bestand hierzu in der S - Gruppe ein deutlicher Trend ( $p = 0,06$ ), im Vergleich zur K- Gruppe wurde in der S - Gruppe Signifikanzniveau ( $p = 0,003$ ) für diese Beobachtung erreicht.

### 3.5.4.6 Aufnahmesymptomatik

Der Vergleich des psychopathologischen Aufnahmebefundes im Hinblick auf depressive Verstimmung, psychotische Symptome, Ängste und Essstörungen zeigte in der S - Gruppe einen Trend für das gehäufte Auftreten von depressiver Verstimmung ( $p = 0,07$ ), der gegenüber der K - Gruppe und der kS - Gruppe mit dem selben numerischen Wert zu verzeichnen war. Ängste fanden sich in der S - Gruppe gegenüber der K - Gruppe signifikant seltener ( $p = 0,02$ ).

### 3.5.4.7 Diagnosen

Gruppenvergleiche bezüglich der Diagnosen erbrachten nur für die Diagnose Persönlichkeitsstörung signifikante Ergebnisse. In der S - Gruppe fanden sich gegenüber der kS - Gruppe deutlich mehr Jugendliche mit dieser Diagnose ( $p = 0,002$ ), gegenüber der Kontrollgruppe bestand ein deutlicher Trend für das gehäufte Auftreten von Persönlichkeitsstörungen ( $p = 0,07$ ).

### 3.5.4.8 Psychosoziale Probleme

Einzelne Unterpunkte der standardisiert erfassten psychosozialen Probleme traten in der S - Gruppe divergierend zu den anderen Gruppen auf:

**Tab.25 Psychosoziale Probleme**

		S		kS		K	
		n	%	n	%	n	%
Inadäquate Kommunikation	<6 Monate	37	46	53*	64	90***	73
	>6 Monate	39	48	54*	66	92***	75
Abnorme Erziehungsbedingungen	<6 Monate	43	53	47	57	87*	70
	>6 Monate	46	57	49	60	90*	73
Akute belastende Lebensereignisse	<6 Monate	37	46	21	26	40	33

\*  $p < 0,05$  \*\*\* $p < 0,0005$

Im Vergleich zur kS - Gruppe fand sich in der S - Gruppe signifikant seltener das Merkmal inadäquate Kommunikation, im 6 - Monatsintervall vor Aufnahme ( $p = 0,02$ ), länger als 6 Monate zurückliegend ( $p = 0,03$ ). Im Vergleich zur K - Gruppe war das Merkmal noch seltener vertreten: 6 - Monatsintervall ( $p = 0,0001$ ), länger als 6 Monate zurückliegend ( $p = 0,0002$ ).

Auch abnorme Erziehungsbedingungen waren in der S - Gruppe im Vergleich zur K - Gruppe signifikant seltener, bis 6 Monate vor Aufnahme ( $p = 0,01$ ), länger als 6 Monate zurückliegend ( $p = 0,02$ ).

Akute belastende Lebensereignisse im 6 - Moantsintervall vor Aufnahme, nicht jedoch zu einem früheren Zeitpunkt, fanden sich trendmäßig in der S - Gruppe ( $p = 0,08$ ) häufiger als in der K - Gruppe.

#### **3.5.4.9 Suizidalität im sozialen Umfeld**

Während der Vergleich S - Gruppe versus kS - Gruppe keine Unterschiede erbrachte, zeigte sich beim Vergleich mit der K - Gruppe, dass Suizidalität im sozialen Umfeld signifikant häufiger ( $p = 0,001$ ) in der S - Gruppe zu beobachten war, in der K - Gruppe konnte kein einziger Fall dokumentiert werden, während in der S - Gruppe 7 Fälle zu finden waren.

#### **3.5.4.10 Substanzmissbrauch**

Auch bei diesem Punkt zeigten sich keine Unterschiede zwischen S - Gruppe und kS - Gruppe, im Vergleich zur K - Gruppe fand sich in der S - Gruppe jedoch signifikant häufiger Substanzmissbrauch ( $p = 0,01$ ), die isolierte Betrachtung von Alkohol- und Drogenmissbrauch ergab für Drogenmissbrauch wie für Alkoholmissbrauch jeweils einen deutlichen Trend in der S - Gruppe ( $p = 0,09$ ).

#### **3.5.4.11 Beginn von Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken**

In der S - Gruppe fiel auf, dass es im Vorfeld des stationären Aufenthaltes schon zu einem früheren Zeitpunkt zum Auftreten von parasuizidalen Gedanken und Parasuiziden gekommen war, als bei den Jugendlichen, die sich während des stationären Aufenthaltes von Suizidalität distanzieren konnten.

**Tab.26 Beginn Parasuizide/parasuizidale Gedanken**

	S		U	
	n	%	n	%
Beginn parasuizidale Gedanken > 6 Monate	40*	49	25	30
Beginn Parasuizide > 6 Monate	25°	31	11	13

\* $p = 0,007$  ° $p = 0,01$

Parasuizidale Gedanken waren bei fast der Hälfte der S - Gruppe - Patienten zu einem Zeitpunkt aufgetreten, der der Aufnahme um mehr als 6 Monate vorrausging, in der kS - Gruppe war das nur bei 30% der Jugendlichen der Fall ( $p = 0,007$ ).

Parasuizide waren in der S - Gruppe bei 31% der Patienten schon zu einem Zeitpunkt verübt worden, der der Aufnahme um ein halbes Jahr vorrausging, in der kS - Gruppe gerade bei 13% ( $p = 0,01$ ).

Diese Beobachtung legt nahe, dass ein längeres Bestehen parasuizidalen Verhaltens das Risiko für persistierende oder rezidivierende Suizidalität im stationären Bereich erhöht.

### 3.5.4.12 Parasuizidmethode bei Aufnahme

**Tab.27 Parasuizidmethode bei Aufnahme**

	S		kS	
	n	%	n	%
Tablettenintoxikation	15	19	28*	34
Schneiden	11	14	6	7
Strangulation	3	4	1	1
Strom	1	1	1	1
Sprung	-	-	2	2
Kombination weich	8	10	6	7
Kombination hart	8	10	2	2

\*  $p < 0,05$  (Die Prozentangaben beziehen sich auf die Fallzahlen der gesamten U - Gruppe)

Während in der U - Gruppe Tablettenintoxikationen an erster Stelle der Parasuizidmethoden standen, stellten, wie weiter oben beschrieben, bei Parasuiziden im stationären Setting Schnittverletzungen die häufigste Methode dar.

Bezüglich der Methodenwahl bei Aufnahme lässt sich bereits erkennen, dass die Jugendlichen, die auch während des stationären Aufenthaltes suizidal erschienen (S - Gruppe), zwar auch Tablettenintoxikationen als häufigste Methode wählten, sich jedoch fast ebenso häufig Schnittverletzungen zufügten, die Patienten der kS - Gruppe hatten signifikant häufiger eine Tablettenintoxikation vorgenommen ( $p = 0,04$ ).

### 3.5.4.13 Automutilationen

24 Patienten der S - Gruppe (30%) zeigten neben suizidalem auch automutilatives Verhalten während des stationären Aufenthaltes, während nur 6 Patienten der kS - Gruppe (7%)

Automutilationen begingen ( $p = 0,0005$ ), so dass, wie noch später ausführlich erörtert, eine starke Überschneidung zwischen stationärer Automutilation und Suizidalität bestand.

#### 3.5.4.14 Affektive Störungen stationär

In der S - Gruppe war sowohl im Vergleich mit der kS - Gruppe als auch mit der Kontrollgruppe ein deutlich häufigeres Auftreten affektiver Störungen während des stationären Verlaufes zu verzeichnen.

**Tab.28 Affektive Störungen stationär**

	S		kS		K	
	n	%	n	%	n	%
affektive Störungen gesamt	78	96	45 ***	55	97 **	79
Scham	4	4	3	4	6	5
Rückzug	27	33	11 **	13	38	31
Ängstlichkeit	20	24	14	17	27	22
Affektlabilität	37	46	15 ***	18	26 ***	21
Gereiztheit	24	30	8 **	10	31	25
depressive Verstimmung	39	48	8 ***	10	42	34

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,005$     \*\*\*  $p < 0,0005$

Affektive Störungen traten in der S - Gruppe hochsignifikant häufiger auf, als in der kS - Gruppe ( $p = 0,00000$ ) und in der K - Gruppe ( $p = 0,001$ ).

Nach Differenzierung in verschiedene affektive Symptome fanden sich bei Scham und Ängstlichkeit keine statistisch signifikanten Häufungen dieser Symptome in der S - Gruppe.

Rückzugsverhalten fand sich in der S - Gruppe gehäuft gegenüber der kS - Gruppe ( $p = 0,004$ ), nicht aber gegenüber der K - Gruppe.

Affektlabilität zeigte sich in der Gruppe der im stationären Verlauf suizidalen Jugendlichen hochsignifikant häufiger als in der kS - Gruppe ( $p = 0,0003$ ) und der K - Gruppe ( $p = 0,0004$ ).

Gereiztheit wurde in der S - Gruppe gegenüber der kS - Gruppe ( $p = 0,003$ ) signifikant häufiger dokumentiert, der Vergleich mit der K - Gruppe erbrachte jedoch kein signifikantes Ergebnis.

Gegenüber der kS - Gruppe trat in der S - Gruppe das Symptom depressive Verstimmung hochsignifikant häufiger ( $p = 0,00000$ ) auf, ein deutlicher Trend für eine Häufung in der S - Gruppe ( $p = 0,06$ ) zeigte sich gegenüber der Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Jugendlichen, deren bei Aufnahme bestehende Suizidalität im stationären Verlauf nicht mehr auftrat, durch ein deutlich geringeres Auftreten affektiver Symptome von den Jugendlichen mit fortbestehender Suizidalität unterschieden, wobei der Unterschied noch um einiges deutlicher zu Tage trat als in der K - Gruppe, was für eine sehr enge Assoziation von Suizidalität und anderen affektiven Symptomen spricht.

### 3.5.4.15 Gestörte Interaktion stationär

Auch Verhaltensstörungen fanden sich zum überwiegenden Teil häufiger in der S - Gruppe als in der kS - Gruppe und der K-Gruppe.

**Tab.29 gestörte Interaktion stationär**

	S		kS		K	
	n	%	n	%	n	%
Aggression	24	30	11*	13	20*	16
Dissozialität	8	10	4	5	10	8
Weglaufen	19	23	6**	7	14*	11
Kontaktstörungen	14	17	11	13	45°	37

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,005$  °  $p = 0,05$  (häufiger als in S- Gruppe)

Aggressionen fanden sich in der S - Gruppe signifikant häufiger als in der kS - Gruppe ( $p = 0,02$ ) und in der K - Gruppe ( $p = 0,04$ ).

Weglaufen kristallisierte sich ebenfalls als eine bei stationär suizidalen Patienten häufige Verhaltensweise heraus. Gegenüber der kS - Gruppe kam es in der S - Gruppe häufiger zu Entweichungen ( $p = 0,008$ ), ebenso im Vergleich zur K - Gruppe ( $p = 0,04$ ).

Der Gruppenvergleich bezüglich dissozialem Verhalten erbrachte keine signifikanten Ergebnisse.

Kontaktstörungen fanden sich gegenüber der kS - Gruppe zwar etwas häufiger in der S - Gruppe, statistische Signifikanz erreichte das Ergebnis nicht. Auffälligerweise zeigte sich jedoch in der Kontrollgruppe gegenüber der S - Gruppe ein signifikant häufigeres Vorkommen ( $p = 0,005$ ) von Kontaktstörungen.

Aggression und Weglaufen traten bei stationär suizidalen Jugendlichen wie schon bei den bei Aufnahme suizidalen Jugendlichen gegenüber der K - Gruppe gehäuft auf, Kontaktstörungen waren jedoch bei suizidalen Jugendlichen eher selten anzutreffen.

### 3.5.4.16 psychosomatische Störungen stationär

**Tab.30 psychosomatische Störungen stationär**

	S		kS		K	
	N	%	N	%	N	%
psychosomatische Störungen	38	47	24	30*	33	27*

\*p < 0,05

Psychosomatische Störungen traten in der S - Gruppe signifikant häufiger auf als in der kS - Gruppe (p = 0,03) und in der K - Gruppe (p = 0,005).

Während bei vielen andere Vergleichsitems aus dem Bereich der affektiven Störungen und Verhaltensstörungen Häufungen in der S - Gruppe meist deutlicher gegenüber der kS - Gruppe als gegenüber der K - Gruppe zu Tage traten, fiel bei den psychosomatischen Störungen im Vergleich mit der K - Gruppe die größere Häufigkeit des Auftretens dieser Störungen in der S - Gruppe auf. Während andere psychopathologische Parameter beim Verschwinden von Suizidalität ebenfalls seltener bei ursprünglich parasuizidalen Jugendlichen dokumentiert wurden, verschwanden psychosomatische Störungen eher langsamer und waren auch bei den stationär von Suizidalität distanzierten Jugendlichen noch häufiger zu finden, als in der K - Gruppe, was vermuten ließe, dass psychosomatische Störungen eine längere Latenz aufweisen als andere mit Suizidalität assoziierte Symptome.

### 3.6 Automutilationen im stationären Verlauf

Einen weiteren Themenschwerpunkt dieser Arbeit stellte die Untersuchung der Subpopulation der bei stationärer Aufnahme parasuizidalen Jugendlichen dar, bei denen es während des Krankenhausaufenthaltes zu Automutilationen gekommen war (A) (n = 30). Diese Subgruppe überschneidet sich zu einem beträchtlichen Anteil mit schon weiter oben beschriebenen Untergruppen. So äußerten 23 Patienten der A - Gruppe während des stationären Aufenthaltes parasuizidale Gedanken, bei 15 Patienten kam es neben den ohne parasuizidale Absicht durchgeführten selbstverletzenden Handlungen zusätzlich zu Parasuiziden, in einem Fall zu parasuizidalen Handlungen und vollendetem Suizid. Da also beim überwiegenden Anteil der A - Gruppe auch Suizidalität im stationären Verlauf bestand, war ein Vergleich zwischen suizidalen und nicht - suizidalen Automutilationspatienten auf Grund der numerischen Voraussetzungen nicht sinnvoll, es erfolgte jedoch eine Differenzierung zwischen Automutilationspatienten, bei denen es im Verlauf zu Parasuiziden gekommen war, und Patienten, die keine parasuizidalen Handlungen begingen, ferner erfolgten Vergleiche mit der Kontrollgruppe und dem Rest der U - Gruppe, bei dem keine Automutilationen aufgetreten waren (kA). Darüber hinaus wurde geprüft, ob zwischen stationär parasuizidalen Automutilationspatienten und stationär parasuizidalen Patienten ohne automutilative Handlungen Unterschiede bezüglich der untersuchten Items bestanden.

#### 3.6.1 Patienten mit Automutilationen (A) (n = 30) versus Patienten ohne Automutilationen (kA) (n = 133) und versus Kontrollgruppe (K) (n = 123)

Analog zur Datenpräsentation bei den stationär suizidalen Patienten wird im Folgenden ein paralleler Vergleich der A - Gruppe mit dem Rest der U - Gruppe - Patienten (kA) (n = 133) und der Kontrollgruppe (n = 123) vorgestellt.

##### 3.6.1.1 Geschlecht

**Tab.31 Geschlecht**

	A	kA	K
männlich	2	55**	43**
weiblich	28	78**	80**

p < 0,005

In der A - Gruppe war der Anteil der weiblichen Patienten mit 93% deutlich höher als in der kA - Gruppe (58%) (p = 0,0007) und in der K - Gruppe (65%) (p = 0,0005).

### 3.6.1.2 Alter

Da bezüglich des Aufnahmealters nur geringfügige Differenzen zwischen den Gruppen vorlagen, beschränkt sich die tabellarische Darstellung auf die Mittelwerte. Der t-Test zum Mittelwertsvergleich erbrachte keine signifikanten Ergebnisse.

**Tab.32 Alter A-Gruppe**

A	kA	K
16,3	16,4	16,2

### 3.6.1.3 Aufenthaltsdauer

Auch bei den gemittelten Aufenthaltszeiten gab es keine deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen.

**Tab.33 Aufenthaltsdauer**

A	kA	K
0,5	0,5	0,6

### 3.6.1.4 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik

Bezüglich der suizidalen Aufnahmesymptomatik wurde für die initial parasuizidalen Patienten zwischen Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken differenziert.

**Tab.34 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik**

	A		kA	
	N	%	N	%
Parasuizid	21*	70	62	47
parasuizidale Gedanken	9	30	71	53

\* $p < 0,05$

Bei den Patienten, bei denen im stationären Verlauf Automutilationen auftraten, hatten bei Aufnahme signifikant häufiger Parasuizide ( $p = 0,03$ ) als isolierte parasuizidale Gedanken vorgelegen.

Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass es anamnestisch schwierig ist, zwischen Automutilationen und Parasuiziden zu differenzieren.

### 3.6.1.5 stationäres Setting bei Entlassung

Indem das stationäre Setting bei Entlassung (Abteilung Innenstadt oder Abteilung Rottmannshöhe der Heckscher - Klinik) ermittelt wurde, konnte festgestellt werden, ob bei

Patienten im Vorfeld eine Verlegung auf eine geschlossene Station nötig gewesen war. In der A - Gruppe wurden zwei Patienten auf eine geschlossenen Abteilung verlegt, in der kA - Gruppe fand dieser Vorgang bei 5 Patienten statt, so dass hier keine Unterschiede bezüglich einer häufigeren Verlegung festzustellen waren. Im Vergleich zur Kontrollgruppe jedoch wurden Patienten der A - Gruppe signifikant häufiger ( $p = 0,05$ ) auf eine geschlossene Abteilung verlegt.

### 3.6.1.6 Psychopathologie bei Aufnahme

Das Vorkommen verschiedener psychopathologischer Symptome/Syndrome zum Aufnahmezeitpunkt wurde für die verschiedenen Gruppen untersucht.

**Tab.35 Aufnahme - Psychopathologie**

	A		kA		K	
	n	%	n	%	n	%
Depression	18	60	70	53	59	48
Psychotische Sympt.	8	27	31	23	36	29
Essstörungen	3	10	26	20	45	37*
Ängste	6	20	20	15	27	22
sonstige	7	23	33	25	63	51*

\*  $p < 0,05$

Bezüglich der Aufnahmesymptomatik gestalteten sich die Unterschiede zwischen der A - Gruppe und der kA - Gruppe nur minimal, so dass für keinen psychopathologischen Unterpunkt signifikante Ergebnisse erzielt wurden.

Im Vergleich mit der K - Gruppe stellte sich heraus, dass als einziger Unterpunkt depressive Verstimmung in der A - Gruppe häufiger zu finden war, jedoch ohne Signifikanz zu erreichen. Alle anderen psychopathologischen Aufnahmesymptome traten häufiger in der K - Gruppe auf, wobei hierbei für Essstörungen ( $p = 0,009$ ) Signifikanzniveau erreicht wurde.

Wohlgemerkt handelte es sich hierbei um aktuelle Symptome zum Aufnahmezeitpunkt, im stationären Verlauf offenbarte sich oftmals eine zur Aufnahme divergierende psychopathologische Situation. Dennoch fällt in der A - Gruppe, wie schon vorher in der gesamten U - Gruppe, die insgesamt weniger ausgeprägte Psychopathologie zum Aufnahmezeitpunkt im Vergleich zur Kontrollgruppe ins Auge.

### **3.6.1.7 Diagnosen**

**Tab.36 Diagnosenverteilung A - Gruppe**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Persönlichkeitsstörung	11	37
Schizophrenie	5	17
Störung Sozialverh./Emotionen	5	17
Belastungsreaktion	5	17
Eßstörung	2	6
Schizoaffektive Störung	1	3
Phobische Störung	1	3

Der Diagnosenvergleich mit der K - Gruppe und kA - Gruppe erbrachte nur bei den Persönlichkeitsstörungen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Bei über einem Drittel der stationär automutilierenden Patienten wurde die Diagnose Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose gestellt, damit signifikant häufiger als in der kA - Gruppe ( $p = 0,001$ ), in der nur bei 10% der Jugendlichen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Auch gegenüber der Kontrollgruppe, in der diese Diagnose bei 14% der Patienten vorkam, wurden Persönlichkeitsstörungen in der A - Gruppe signifikant häufiger ( $p = 0,008$ ) gefunden.

### **3.6.1.8 Psychosoziale Probleme**

Der Vergleich der standardisiert nach MAS - Achse 2 erfassten psychosozialen Probleme erbrachte für die A - Gruppe weder im Vergleich mit der kA - Gruppe noch im Vergleich mit der K - Gruppe signifikante Ergebnisse.

### **3.6.1.9 Suizidalität im sozialen Umfeld**

In der A - Gruppe fanden sich 3 Patienten, die Suizidalität im sozialen Umfeld angegeben hatten, gegenüber der kA - Gruppe ergab sich damit keine Häufung, jedoch gegenüber der K - Gruppe ( $p = 0,005$ ).

### 3.6.1.10 Substanzmissbrauch

**Tab.37 Substanzmissbrauch**

	A		kA		K	
	n	%	n	%	n	%
Alkohol	6	20	18	14	8	6*
Drogen	8	27	19	14	8	6**
Substanzmissbrauch	10	33	28	21	12	10**

\* p = 0,05 \*\* p < 0,005

Tendenziell war im Vergleich zur kA - Gruppe Substanzmissbrauch häufiger in der A - Gruppe anzutreffen, statistisch bestand für Drogenmissbrauch ein Trend (p = 0,1), Signifikanzniveau wurde nicht erreicht.

Viel deutlicher fiel der Vergleich mit der K - Gruppe aus, in der A - Gruppe war Substanzmissbrauch signifikant häufiger (p = 0,003) ebenso Drogenkonsum (p = 0,004) und Alkoholkonsum (p = 0,05).

### 3.6.1.11 Beginn von Parasuiziden und parasuizidalen Gedanken

In der A - Gruppe waren sowohl Parasuizide als auch parasuizidale Gedanken schon in einem Zeitraum, der der Aufnahme um ein halbes Jahr vorrausging, häufiger als in der kA - Gruppe.

**Tab.38 Beginn Parasuizide/Suizidgedanken**

	A		kA	
	n	%	n	%
Beginn parasuizidale Gedanken > 6 Monate	20	67	45	34**
Beginn Parasuizide > 6 Monate	13	43	23	17**

\*\* p < 0,005

67% der A - Gruppe - Patienten hatten schon zu einem der Aufnahme um 6 Monate vorrausgehenden Zeitraum parasuizidale Gedanken gehabt, während in der kA - Gruppe nur bei 34% der Patienten in diesem Zeitraum parasuizidal Gedanken zu finden waren (p = 0,002), Parasuizide waren in der genannten Zeit in der A - Gruppe bei 43 % der Patienten aufgetreten, in der kA - Gruppe nur bei 17 % (p = 0,002). Die Parasuizidrate in der A - Gruppe könnte zwar durch Automutilationen, die fälschlicherweise als parasuizidale Handlungen gewertet wurden, zu hoch angegeben sein, andererseits fanden sich auch isolierte parasuizidale Gedanken signifikant häufiger in der A - Gruppe, so dass insgesamt die Chronifizierung von Suizidalität in der A - Gruppe als ausgeprägter bewertet werden kann.

### 3.6.1.12 Parasuizidmethode vor Aufnahme

**Tab.39 Parasuizidmethode vor Aufnahme**

	A		kA	
	n	%	n	%
Tablettenintoxikation	7	23	36	27
Schneiden	9	30***	8	6
Strangulation	1	3	3	2
Strom	-	-	2	2
Sprung	-	-	2	2
Kombination weich	5	17	9	7
Kombination hart	3	10	7	5

\*\*\*p < 0,0005 Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtfallzahlen (Parasuizide und parasuizidale Gedanken) der beiden Gruppen.

Bei fast einem Drittel der A - Gruppen - Patienten war es im der Aufnahme unmittelbar vorrausgehenden Zeitraum zu Parasuiziden durch Schnittverletzungen gekommen, in der kA - Gruppe nur bei 6% der Patienten (p = 0,0004). Da Schnittverletzungen auch die mit großem Abstand zu anderen Methoden am häufigsten angewandte Automutilationsmethode darstellte, liegt auch bei dieser Beobachtung der Verdacht nahe, dass einige der Parasuizide vor Aufnahme eigentlich Automutilationen gewesen waren, von den Patienten oder Bezugspersonen jedoch als parasuizidale Handlungen interpretiert wurden.

Signifikant häufiger waren auch kombinierte Parasuizidmethoden in der A - Gruppe (p = 0,04), nach Zusammenfassung der Patienten, die „harte“ Kombinationen oder „weiche“ Kombinationen gewählt hatten.

### 3.6.1.13 Suizidalität im stationären Verlauf

Automutilatives Verhalten war während des stationären Verlaufes eng mit Suizidalität verknüpft.

**Tab.40 Suizidalität stationär**

	A		kA	
	n	%	n	%
parasuizidale Gedanken	23	77**	55	41
Parasuizide/Suizide	15	50***	19	14

\*\* p < 0,005 \*\*\* p < 0,0005

In der A - Gruppe waren im Vergleich zur kA - Gruppe sowohl parasuizidale Gedanken ( $p = 0,001$ ) als auch Parasuizide ( $p = 0,0004$ ) signifikant häufiger.

Häufigste Methode für suizidale Handlungen waren Schnittverletzungen, im Vergleich zur kA - Gruppe wurde diese Methode signifikant häufiger gewählt ( $p = 0,002$ ), des weiteren ließen sich in der A - Gruppe häufiger Patienten finden, die kombinierte Methoden (hart oder weich) ( $p = 0,04$ ) angewandt hatten.

### 3.6.1.14 Affektive Störungen stationär

Affektive Störungen im Gesamten wurden in der A - Gruppe gegenüber der kA - Gruppe und der K - Gruppe tendenziell häufiger gefunden, wobei diese Beobachtung vor allem durch das deutlich gehäufte Auftreten des Unterpunktes Affektlabilität verursacht wurde.

**Tab.41 Affektive Störungen stationär**

	A		kA		K	
	n	%	n	%	n	%
affektive Störungen gesamt	27	90	96°	72	97	79
Scham	1	3	6	5	6	5
Rückzug	5	16	33	25	38	31
Ängstlichkeit	6	20	28	21	27	22
Affektlabilität	21	70	31***	23	26 ***	21
Gereiztheit	9	30	23	17	31	25
depressive Verstimmung	8	26	39	29	42	34

\*\*\*  $p < 0,0005$  °  $p = 0,07$

In der A - Gruppe zeigte sich ein deutlicher Trend für das häufigere Auftreten affektiver Störungen gegenüber der kA - Gruppe ( $p = 0,07$ ), Affektlabilität war bei automutilierenden stationären Jugendlichen hochsignifikant häufiger als in der kA - Gruppe ( $p = 0,00000$ ) und in der K - Gruppe ( $p = 0,00000$ ).

### 3.6.1.15 *Gestörte Interaktion stationär*

Wenig Aufschlüsse erbrachten die Gruppenvergleiche bezüglich gestörter Interaktion.

**Tab.42 Gestörte Interaktion stationär**

	A		kA		K	
	n	%	n	%	n	%
Aggression	7	23	28	21	20	16
Dissozialität	2	6	10	8	10	8
Weglaufen	7	23	18	14	14	11
Kontaktstörungen	3	10	22	17	45	37*

\*p < 0,05

Allein Kontaktstörungen (p = 0,0003) waren in der Kontrollgruppe gegenüber der A - Gruppe häufiger zu finden.

### 3.6.1.16 *Psychosomatische Störungen stationär*

Psychosomatische Störungen fanden sich in der A - Gruppe bei 11 Patienten (37%), in der kA - Gruppe zeigten 35%, in der K - Gruppe 27% der stationär behandelten Jugendlichen psychosomatische Störungen; statistische Signifikanz bestand nicht.

### 3.6.2 **Stationär suizidale Patienten mit Automutilationen (SSMA) (n = 24) versus stationär suizidale Patienten ohne Automutilationen (SSOA) (n = 57)**

Im engen Überschneidungsfeld zwischen Suizidalität und Automutilation wurde versucht, die Unterschiede zwischen stationär automutilierenden und nicht automutilierenden (bei Aufnahme parasuizidalen) Patienten weiter herauszuarbeiten. In Abschnitt 3.6.1 wurden die A - Gruppe - Patienten der kA - Gruppe gegenübergestellt, in der ein größerer Patientenanteil während des stationären Verlaufes keinen Anhalt für Suizidalität geboten hatte, als dies in der A - Gruppe der Fall gewesen war. Knapp die Hälfte der U - Gruppen - Patienten war während des Krankenhausaufenthalt von Suizidalität distanziert, in der A - Gruppe war es nur ein Fünftel der Patienten, so dass der Faktor „Vorhandensein von Suizidalität“ bei Vergleichen eine große Rolle gespielt haben könnte. Aus diesem Grund wurden die Berechnungen noch einmal für die Patienten der A - Gruppe und der restlichen U - Gruppe durchgeführt, bei denen stationär Suizidalität dokumentiert worden war.

Die Präsentation beschränkt sich jedoch auf die Items, bei denen in Abschnitt 3.6.1 signifikante Ergebnisse beim Vergleich der A - Gruppe mit der kA - Gruppe erzielt wurden.

In der SSMA - Gruppe war das weibliche Geschlecht signifikant häufiger ( $p = 0,001$ ) als in der SSOA - Gruppe.

Parasuizide als Aufnahmesymptomatik waren in der SSMA - Gruppe signifikant häufiger ( $p = 0,02$ ) als in der SSOA - Gruppe, isolierte parasuizidale Gedanken entsprechend seltener.

Beim Diagnosevergleich zeigte sich bei den Persönlichkeitsstörungen ein signifikant häufigeres Auftreten ( $p = 0,04$ ) in der SSMA - Gruppe, das Ergebnis fiel jedoch weniger deutlich aus, als beim Vergleich A-Gruppe/kA - Gruppe ( $p = 0,001$ ).

Substanzmissbrauch war mit deutlichem Trend ( $p = 0,1$ ) häufiger in der SSMA - Gruppe zu finden als bei stationär suizidalen Jugendlichen ohne Automutilationen, Drogenmissbrauch kam sogar signifikant häufiger ( $p = 0,04$ ) vor, überraschenderweise fielen dieses Ergebnis deutlicher aus, als beim Vergleich A - Gruppe/kA - Gruppe.

Weniger deutliche Ergebnisse als beim Vergleich A - Gruppe/kA - Gruppe erbrachten die Vergleiche bezüglich der Persistenz suizidaler Symptome. Während für das gehäufte Auftreten parasuizidaler Gedanken zu einem Zeitraum 6 Monate vor Aufnahme in der SSMA - Gruppe im Vergleich zur SSOA - Gruppe noch fast Signifikanzniveau ( $p = 0,06$ ) erreicht wurde, zeigte sich zwischen den Gruppen bezüglich Parasuiziden > 6 Monate vor Aufnahme kein Unterschied.

Bezüglich der gewählten Parasuizidmethode vor Aufnahme traten Schnittverletzungen in der SSMA - Gruppe signifikant häufiger auf ( $p = 0,01$ ).

Bei den affektiven Störungen im stationären Verlauf wurde nur für ein häufigeres Auftreten von Affektlabilität in der SSMA - Gruppe Signifikanzniveau erreicht ( $p = 0,007$ ), depressive Verstimmung fand sich sogar signifikant häufiger ( $p = 0,05$ ) bei stationär suizidalen Jugendlichen ohne Automutilationen.

Die Untersuchung von „gestörter Interaktion“ im stationären Verlauf erbrachte keine Unterschieden zwischen den Gruppen.

Wenn auch manche Vergleiche weniger deutlich ausfielen, als das beim Vergleich A - Gruppe/kA - Gruppe der Fall gewesen war, wurden beim Vergleich SSMA/SSOA bei den identischen Unterpunkten fast immer ebenso Signifikanzniveau erreicht. Diese Beobachtung betont die Eigenständigkeit der statistisch signifikanten Ergebnisse im Bezug auf den Faktor

Automutilation und unterstützt die These, dass nicht allein das Merkmal „Suizidalität stationär“, das bei automutilierenden Patienten deutlich häufiger zu finden war als in der kA - Gruppe, für die statistisch signifikanten Unterscheidungsmerkmale zwischen automutilierenden und nicht automutilierenden Patienten verantwortlich ist.

### 3.6.3 Automutilationspatienten mit stationärem Parasuizid (AMP) (n = 15) versus Automutilationspatienten ohne stationären Parasuizid (AOP) (n = 15)

Um der Frage nachzugehen, ob Automutilationspatienten mit zusätzlichen stationären Parasuiziden sich von den Patienten unterschieden, deren selbstverletzendes Verhalten stationär niemals als Parasuizid klassifiziert wurde, erfolgte ein Vergleich zwischen den beiden Subgruppen, es sei jedoch noch einmal erwähnt, dass stationäre parasuizidale Gedanken bei 80% der Automutilationspatienten vorkamen.

#### 3.6.3.1 *Geschlecht*

Beide männlichen Patienten der A-Gruppe zeigten stationär neben Automutilationen auch Parasuizide, ein Patient verstarb während des stationären Aufenthaltes durch Suizid.

#### 3.6.3.2 *Alter und Aufenthaltsdauer*

Automutilierende Jugendliche mit Parasuizid während des stationären Verlaufes waren in unserer Untersuchung durchschnittlich ein halbes Jahr jünger als die Patienten ohne stationäre Parasuizide und befanden sich etwas kürzer im Krankenhaus. Signifikanz wurde für die Beobachtungen nicht erreicht.

**Tab.43 Alter und Aufenthaltsdauer**

#### **Alter**

	Mean	Median	Std.dev	Variance	Range	Minimum	Maximum
AMP	16,1	16,2	1,2	1,4	4,1	13,8	17,9
AOP	16,6	16,6	1,6	2,5	5,4	13,2	18,6

#### **Aufenthaltsdauer**

	Mean	Median	Std.dev	Variance	Range	Minimum	Maximum
AMP	0,43	0,30	0,30	0,10	0,90	0,10	1,00
AOP	0,49	0,50	0,40	0,16	1,2	0,0	1,2

### 3.6.3.3 Aufnahmemodus

Bei Aufnahme parasuizidale Patienten, bei denen es im stationären Verlauf zu Automutilationen und Parasuiziden kam, waren signifikant häufiger geschlossen aufgenommen worden ( $p = 0,02$ ), als bei Aufnahme parasuizidale Patienten, die stationär nur Automutilationen, jedoch keine Parasuizide zeigten.

### 3.6.3.4 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik und Psychopathologie bei Aufnahme

Parasuizide waren, wie bereits weiter oben beschrieben, in der A - Gruppe deutlich häufiger Aufnahmeanlass als isolierte parasuizidale Gedanken, es bestand jedoch im Verteilungsmuster kein Unterschied zwischen der AMP - und der AOP - Gruppe.

Auch der Vergleich der psychopathologischen Aufnahmesymptome erbrachte keine signifikanten Ergebnisse.

### 3.6.3.5 Diagnosen

In der Diagnoseverteilung zeigten sich Tendenzen für eine divergierende Häufung.

**Tab.44 Diagnoseverteilung**

	AMP		AOP	
	n	%	n	%
Schizophrenie	3	20,0	2	13,3
schizoaffektive Störung		-	1	6,7
Phobien	1	6,7	-	-
Belastungsreaktion	2	13,3	3	20,0
Essstörung	2	13,3	-	-
Persönlichkeitsstörung	3	20,0	8*	53,3
Störung Sozialverh./Emotionenen	1	6,7	-	-
emotionale Störung. d.Kindsalters	3	20,0	1	6,7

\*  $p = 0,13$

Es zeigte sich ein Trend, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung ( $p = 0,13$ ) häufiger in der Gruppe der automutilierenden Jugendlichen ohne stationäre Parasuizide zu finden war.

### 3.6.3.6 Psychosoziale Probleme

Beim Vergleich der standardisiert erfassten psychosozialen Probleme ergab sich für „Inadäquate Kommunikation“ sowohl für den Zeitraum bis 6 Monate vor Aufnahme als auch für die Zeit davor trotz der geringen Fallzahl eine signifikante Häufung in der AMP- Gruppe.

**Tab.45 Psychosoziale Probleme**

	AMP		AOP	
	n	%	n	%
Inadäquate Komm. < 6 Mon.	13*	87	6	13
Inadäquate Komm. > 6 Mon.	13*	87	6	13

\*p < 0,05

Das Merkmal „Inadäquate Kommunikation“ zeigte sich bei den Jugendlichen der AMP - Gruppe signifikant häufiger als in der AOP - Gruppe (p = 0,02).

### 3.6.3.7 Substanzmissbrauch

Zwischen den Gruppen ergab sich bezüglich der Häufigkeit von Substanzmissbrauch kein Unterschied

### 3.6.3.8 Parasuizidmethode vor Aufnahme

**Tab.46 Parasuizidmethode vor Aufnahme**

	AMP		AOP	
	n	%	n	%
Tablettenintoxikation	4	27	3	20
Schneiden	6	40	3	20
Strangulation	1	7	-	-
Kombination weich		-	5*	33
Kombination hart	1	7	2	13

\* p < 0,05

Die Methodenwahl „Kombination weich“ bei stationärer Aufnahme war in der Gruppe der automutilierenden Jugendlichen ohne stationären Parasuizid signifikant häufiger (p = 0,02). Dieses Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass es sich bei zum Aufnahmezeitpunkt von einigen Patienten der AOP - Gruppe als früherer Parasuizid angegebenen Selbstverletzungen eher um Automutilationen gehandelt haben könnte, da es eher unwahrscheinlich ist, dass Methodenwechsel bzw. gleichzeitige Methodenkombination vor Aufnahme die Wahrscheinlichkeit von Parasuiziden während des Klinikaufenthaltes verringern sollte.

### 3.6.3.9 Affektive Störungen stationär

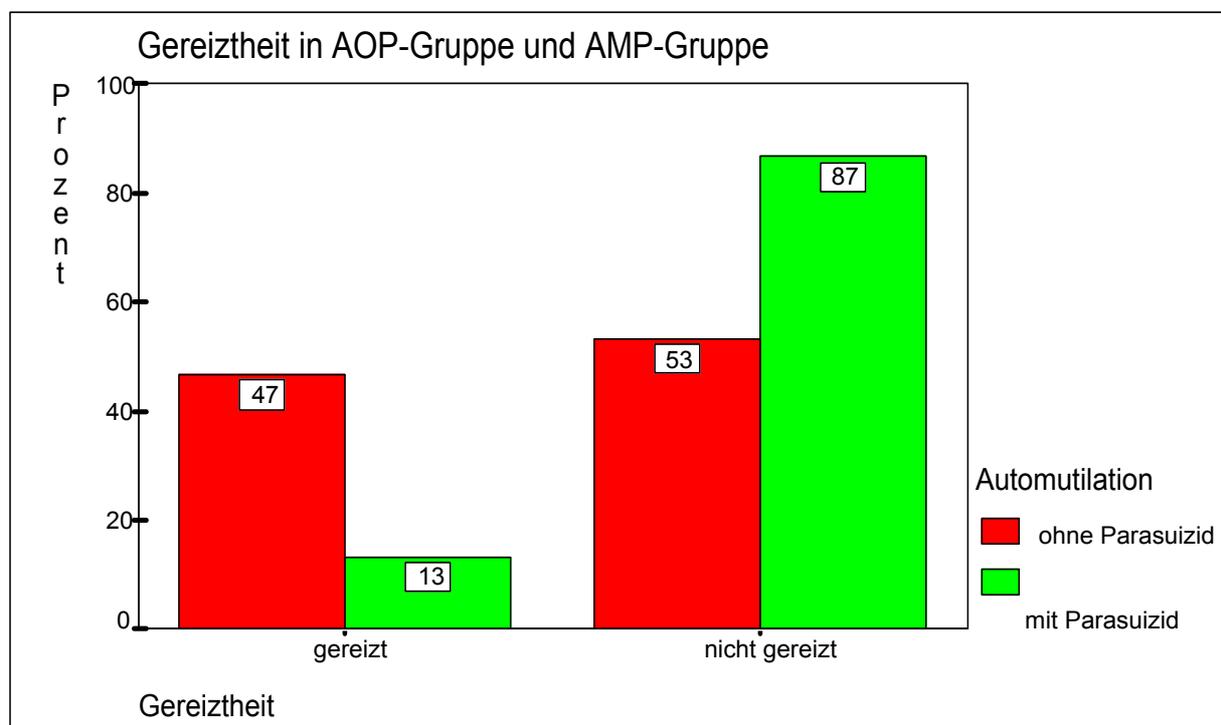
**Tab.46 Affektive Störungen stationär**

	AMP		AOP	
	n	%	n	%
affektive Störung gesamt	13	87	14	93
Scham	1	7	-	-
Rückzug	3	20	2	13
Ängstlichkeit	2	13	4	27
Affektlabilität	11	73	10	67
Gereiztheit	2	13	7*	47
depressive Verstimmung	4	27	4	27

\*  $p < 0,05$

Bei den affektiven Störungen fand sich in der AOP - Gruppe signifikant häufiger das Merkmal Gereiztheit ( $p = 0,04$ ).

**Abb.3**



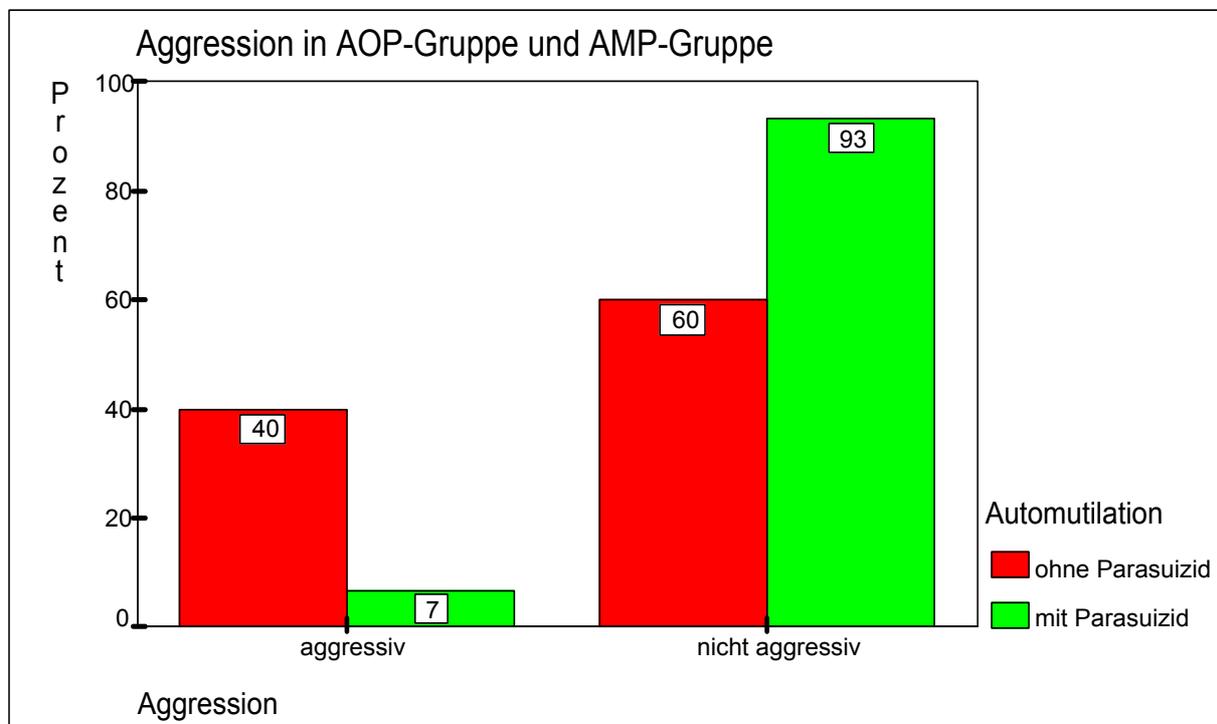
### 3.6.3.10 gestörte Interaktion stationär

**Tab.47 gestörte Interaktion stationär**

	AMP		AOP	
	n	%	n	%
Aggression	1	7	6*	40
Dissozialität	1	7	1	7
Weglaufen	3	20	4	27
Kontaktstörungen	2	13	1	7

\*  $p < 0,05$

**Abb. 4**



Aggression fand sich in der AOP - Gruppe signifikant häufiger ( $p = 0,04$ ). Diese Beobachtung und die schon im letzten Punkt erwähnte stärkere Gereiztheit bei stationär automutilierenden Jugendlichen ohne Parasuizid deuten darauf hin, dass diese Subgruppe trotz Selbstverletzungen noch eher in der Lage war, aggressive Impulse nach außen zu lenken, als die Jugendlichen, bei denen neben Automutilationen zusätzlich suizidale Handlungen auftraten.

### 3.6.3.11 Psychosomatische Störungen

In der AMP - Gruppe zeigten 47% (n = 7) der Jugendlichen psychosomatische Störungen gegenüber nur 27% (n = 4) in der AOP - Gruppe, das Ergebnis war jedoch nicht signifikant.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Suizidalität**

Suizidalität stellt bei Jugendlichen, die psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, ein häufiges Phänomen dar. Fast ein Drittel der von uns untersuchten stationär behandelten Patienten zeigte bei Aufnahme parasuizidale Symptome, davon wies die Hälfte im stationären Verlauf persistierende oder rezidivierende Suizidalität auf.

#### **4.1.1 Häufigkeit von Suizidalität im Jugendalter**

Suizidalität bei Jugendlichen ist auch in der Allgemeinbevölkerung eine nicht zu vernachlässigende Größe. In einer großangelegten Studie bei Schülern der 9.-12. Klasse in South Carolina (USA) gaben von 3764 Probanden 27,4% an, bereits ernsthafte parasuizidale Gedanken oder Pläne gehabt zu haben, 7,5% berichteten über einen Parasuizid in der Vorgeschichte (Garrison et. al. 1993). In der BRD fanden Bronisch et al. (1998) bei 14 - 21jährigen in einer Befragung bei 10,2% Suizidgedanken und bei 2,3% Parasuizide in der Biographie.

Bei psychiatrisch behandelten jugendlichen Patienten sind parasuizidale Verhaltensweisen noch viel häufiger, wobei stationär behandelte Patienten am häufigsten betroffen sind. In einer prospektiven Studie an ambulanten und stationären Patienten (Pfeffer et al. 1991) trat bei 59% der stationären Patienten Suizidalität auf, bei ambulanten Patienten traf dies nur in 24,8% der Fälle zu. In einer retrospektiven schwedischen Studie (Larsson et al. 1998) an psychiatrischen stationären Patienten (Alter:11-18 Jahre) gaben 50% der Patienten einen Parasuizid in der Vorgeschichte an, in 25% der Fälle ging ein solcher der Aufnahme unmittelbar voraus.

In unserer Untersuchung zeigten von 537 konsekutiven Aufnahmen 163 Patienten (30,3%) parasuizidale Symptome, bei der Hälfte handelte es sich um einen Parasuizid.

Während des stationären Verlaufes wurden bei 81 Patienten (49,6%) suizidale Symptome beschrieben, 30 Patienten verübten Parasuizide, 4 Patienten verstarben durch Suizid.

King et al. (1995) ermittelten an einer Patientenstichprobe, bei der bei Aufnahme 58% der Patienten parasuizidale Symptome aufgewiesen hatten, nur bei 7% stationäre Parasuizide, die außerdem als eher leicht - im Sinne einer parasuizidalen Geste - ausgelegt wurden, bei 31% kamen ausschließlich parasuizidale Gedanken vor.

Unsere Untersuchung unterstreicht eine weniger optimistische Sichtweise, insbesondere, da den 30 Patienten, die während ihres Aufenthaltes Parasuizide verübten, auch 4 durch Suizid

verstorbene Jugendliche gegenüberstehen. Patienten, die als Aufnahmesymptomatik bereits einen Parasuizid verübt hatten, zeigten auch während des stationären Aufenthaltes signifikant mehr Parasuizide als die Patienten, die mit isolierten parasuizidalen Gedanken aufgenommen worden waren, was wiederum die Rolle früherer Parasuizide als Prädiktor für spätere parasuizidale Handlungen auch in diesem Kontext unterstreicht.

#### **4.1.2 Geschlecht**

Während mehr als doppelt so viele männliche als weibliche Jugendliche durch Suizid versterben, verhält sich die Relation bei Parasuiziden im umgekehrten Verhältnis (Schmidtke et al. 1996). Andrews et al. (1992) fanden bei 1500 Schülern 10,1% Mädchen, die bereits einen Parasuizid verübt hatten, im Vergleich zu 3,8% Jungen.

Während sich in unserer Untersuchung in der Gesamtstichprobe eine nicht wesentlich differierende Geschlechtsverteilung von 236 männlichen (43,9%) zu 301 weiblichen (56,1%) Patienten ergab, zeigte sich in der Untersuchungsgruppe eine signifikante Überrepräsentation (65,0%) des weiblichen Geschlechts im Vergleich zur Reststichprobe. Bei der Begrenzung auf Parasuizide lag der Anteil der Mädchen sogar noch höher (Mädchen:71,1%, Jungen:28,9%). Während des stationären Verlaufes kam es im Bezug auf parasuizidale Symptome zu einer diskreten, jedoch nicht signifikanten Zunahme der Mädchenwendigkeit, 2 Mädchen, sowie 2 Jungen verstarben durch Suizid. Im Hinblick auf die Geschlechtsverteilung fand sich in unserer Studie kein von der Literatur divergierendes Ergebnis.

#### **4.1.3 Alter**

Während Suizide im Jugendalter seltener sind als bei Erwachsenen, handelt es sich bei Parasuiziden um Phänomene, die in der Adoleszenz häufiger sind als im Erwachsenenalter. Innerhalb der Gruppe der älteren Kinder und Jugendlichen ist es jedoch schwierig eine spezielle Altersgruppe zu identifizieren, bei der das Risiko für parasuizidales Verhalten besonders groß erscheint. Pfeffer et al. (1991) konnten in einer prospektiven Studie sowohl in einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe, als auch bei jugendpsychiatrischen Patienten keine signifikante Beziehung zwischen Alter und Parasuizidrate ermitteln.

In unserer Studie unterschieden sich parasuizidale Jugendliche bezüglich des Alters nicht wesentlich von der Reststichprobe, auch konnten wir innerhalb der Untersuchungsgruppe keine spezielle Altersgruppe mit erhöhtem Suizidalitäts - Risiko ermitteln. Für Mädchen ergab sich allerdings nach Medianhalbierung ein Trend, dass ältere Mädchen häufiger eine

parasuizidale Aufnahmesymptomatik zeigten. Altersvergleiche der verschiedenen Subgruppen, die während der Untersuchung gebildet wurden, erbrachten keine Unterschiede.

#### **4.1.4 Suizid- und Parasuizidmethoden**

Die Wahl der Suizidmethode hängt stark von deren Verfügbarkeit ab. So suizidieren sich in den USA Jugendliche vor allem mit Schusswaffen (Brent et al. 1991), in der BRD geben Schmidtke et al. (1996) in der Altersgruppe 15-19 Jahre für Jungen als häufigste Methode Erhängen (49%) an, gefolgt von Vergiftungen (18%) und Bahnsuiziden (14%). Bei Mädchen dominieren Vergiftungen (31%), gefolgt von Erhängen (25%) und Sturz aus großer Höhe (17%).

In der von uns untersuchten Stichprobe suizidierten sich 4 Patienten. Ein Mädchen starb an den Folgen eines Fenstersturzes, in den anderen Fällen handelte es sich um U - Bahn - Suizide, in einem Fall in Kombination mit einer Intoxikation.

Bei Parasuiziden sind Intoxikationen die am häufigsten gewählte Methode (Andrews et al. 1992, Beautrais et al. 1996, Schmidtke et al. 1996), wobei Mädchen in dieser Gruppe häufiger vertreten sind als Jungen. Eine weitere Differenzierung kann durch Unterteilung in „harte“ und „weiche“ Methoden und durch Abschätzung des Letalitätsgrades erfolgen, der wiederum vom Ausmaß der Intention abhängig zu sein scheint (Andrews et al. 1992).

Unsere Untersuchung erbrachte zunächst bei der Analyse der Parasuizidmethoden, die der Aufnahme vorausgingen, keine ungewöhnlichen Ergebnisse. Von den Jugendlichen der Untersuchungsgruppe nach Parasuizid wurden 46,7% nach einer Tablettenintoxikation aufgenommen, 18,5 % hatten sich Schnittverletzungen zugefügt, Methodenkombinationen lagen bei 26,1% vor (Kombination weich: 15,2%, Kombination hart: 10,9%), andere Methoden waren selten.

Während des stationären Aufenthaltes zeigte sich jedoch ein anderes Verteilungsmuster, Schnittverletzungen lagen mit 38,2% an der Spitze, Tablettenintoxikation lag mit 23,5% während des stationären Verlaufes auf Platz 2, in 17,6% der Fälle wurde eine „weiche“ kombinierte Methodenwahl angewandt, wobei es sich hierbei in der Regel um eine Kombination aus Schnitt und Intoxikation handelte.

Während des Aufenthalts war es also zu einer Veränderung der Methodenwahl gekommen. Erklärungsansätze für diese Entwicklung bietet die Unterteilung der Untersuchungsgruppe in Patienten mit und ohne suizidale Symptomatik im stationären Verlauf. Tablettenintoxikationen als Parasuizid - Methode vor der stationären Aufnahme fanden sich nämlich signifikant häufiger in der stationär von Suizidalität distanzierter Gruppe, während

Jugendliche, bei denen Suizidalität auch auf Station vorhanden war, zwar insgesamt trotzdem am häufigsten im Anschluss an eine parasuizidale Intoxikation aufgenommen wurden, diese Methode jedoch weitaus weniger dominierte. Die weitere Verlagerung in Richtung „Schnittverletzung“ während des stationären Aufenthaltes könnte auch daraus resultieren, dass Schnittwerkzeuge leichter verfügbar sind und Schnittverletzungen einen stärkeren Ausdruckscharakter haben können, was gerade in jugendlichen Gruppen nicht unwesentlich sein dürfte. Ferner könnten auch jugendliche Mitpatienten, die sich mittels Schnittverletzungen ohne parasuizidale Absicht selbst verletzten, als Modell für eine parasuizidale Ausgestaltung dieser Verhaltensweise fungieren.

#### **4.1.5 Psychiatrische Störungen und Psychopathologie**

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, stellen psychiatrische Störungen einen der wichtigsten Risikofaktoren für Suizide und Parasuizide dar, wobei im Jugendalter das Risiko für einzelne Störungsbilder kontroverser diskutiert wird als im Erwachsenenbereich. Auch scheinen die diagnostischen Kriterien im jugendpsychiatrischen Bereich oft uneinheitlicher verwendet zu werden, so dass man im Literaturvergleich sowohl in Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung als auch an psychiatrischen Stichproben oft sehr divergierende diagnostische Verteilungsmuster sieht. Insbesondere bezüglich der Diagnosestellung von affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen besteht deutliche Uneinigkeit, so dass es umso wichtiger erscheint, neben den psychiatrischen Diagnosen auch Vergleiche auf Syndrom- und Symptomebene anzustellen.

Für Suizide stellen neben Substanzmissbrauch vor allem affektive Störungen ein wesentliches Risiko dar (Shaffer et al. 1996, Brent et al. 1995, Marttunen et al. 1991), alle genannten Autoren fanden bei Suiziden in über 50% diagnostisch eine affektive Störung, Persönlichkeitsstörungen wurden in 20-30% der Fälle diagnostiziert. Shaffer et al. (1996) identifizierte einen hohen Anteil an Angststörungen (27%).

Auch bei parasuizidalem Verhalten spielen psychiatrische Diagnosen eine wesentliche Rolle. Rey et al. (1991) fanden in einer prospektiven Studie, dass affektive Störungen das Risiko für parasuizidales Verhalten verdoppeln, Pfeffer et al. (1991) fanden in einer Patientenstichprobe eine signifikante Korrelation von Suizidalität und Major Depression. Andere Studien unterstreichen eher Störungen des Sozialverhaltens als wesentliche Risikodiagnosen für suizidales Verhalten. Apter et al. (1995) fanden eine positive Korrelation zwischen einer Störung des Sozialverhaltens und Suizidalität, wobei auf Symptomebene Aggressivität mit Suizidalität korrelierte, nicht jedoch eine depressive Symptomatik.

Die Rolle von Essstörungen wird kontrovers diskutiert. Patton et al. (1988) führten in einer longitudinalen Studie an Patientinnen mit Essstörungen die erhöhte Mortalität hauptsächlich auf Suizide zurück, Apter et al. (1995) fanden parasuizidales Verhalten in einer jugendpsychiatrischen Patientenstichprobe am häufigsten bei der Diagnose Essstörung, Pfeffer et. al. (1988) fanden hingegen keine Korrelation von Suizidalität mit der Diagnose Anorexia nervosa.

Im deutschen Erfassungsgebiet der Multicentre Study on Parasuicide (Schmidtke et. al. 1996) wurde bei Jugendlichen (15 - 19 Jahre) nach Parasuizid in gut der Hälfte der Fälle die Diagnose Anpassungsstörung/ bzw. akute Belastungsreaktion gestellt.

In unserer Untersuchung waren folgende Diagnosen mit Suizidalität bei Aufnahme korreliert: Anpassungsstörung/Belastungsreaktion ( $p = 0,0000$ ), emotionale Störung des Kindesalters ( $p = 0,009$ ), Persönlichkeitsstörungen ( $p = 0,03$ ), affektive Störungen ( $p = 0,05$ ). Für Patienten mit Essstörungen hingegen ergab sich eine negative Korrelation mit Suizidalität.

Während des Krankenhausaufenthaltes zeigten Jugendliche mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik im Hinblick auf affektive Störungen während des stationären Aufenthaltes bezüglich Rückzugsverhalten, Ängstlichkeit, Gereiztheit und Depressivität keine Unterschiede im Vergleich mit der Kontrollgruppe, ein deutlicher Trend ( $p = 0,06$ ) ergab sich für ein häufigeres Auftreten von Affektlabilität. Bei der Unterteilung der Untersuchungsgruppe in Jugendliche mit Parasuizid vor Aufnahme und Jugendliche mit isolierten parasuizidalen Gedanken zeigte sich während des stationären Verlaufes trendmäßig häufiger das Merkmal Depressivität ( $p = 0,06$ ) in der Gruppe mit isolierten parasuizidalen Gedanken, bei männlichen Jugendlichen mit Parasuizid vor Aufnahme trat signifikant häufiger Affektlabilität im stationären Verlauf auf.

Bei Jugendlichen, bei denen während des stationären Verlaufes weiterhin Suizidalität aufgetreten war (S), zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe, sowie zu den Jugendlichen der Untersuchungsgruppe, bei denen stationär keine Suizidalität dokumentiert wurde (kS), insgesamt signifikant häufiger affektive Störungen. Scham und Ängstlichkeit traten nicht häufiger auf, hingegen traten Rückzugsverhalten, Gereiztheit, Affektlabilität und depressive Verstimmung bei stationär suizidalen Jugendlichen (S) häufiger auf als bei primär bei Aufnahme, nicht jedoch stationär suizidalen Patienten (kS). Weniger deutlich fielen die Vergleiche mit der Kontrollgruppe aus, hier fand sich nur das Merkmal Affektlabilität häufiger bei den stationär suizidalen Patienten.

Insbesondere letztere Beobachtung spricht für ein enges zeitgleiches Auftreten von Suizidalität und affektiver Symptomatik, da nach Wegfall von Suizidalität die Jugendlichen der Untersuchungsgruppe deutlich weniger affektive Symptome zeigten als die weiterhin suizidalen Jugendlichen. Diese Beobachtung fiel sogar weit deutlicher aus als der Vergleich mit der Kontrollgruppe, in der zu keinem Zeitpunkt vor und während des Aufenthaltes Suizidalität aufgetreten war. Beim Vergleich über die Gruppen hinweg zeigte das Symptom Affektlabilität eine besonders enge Korrelation zu stationärer Suizidalität.

Unsere Studie bestätigt die regelmäßig in der Literatur beschriebene enge Verbindung zwischen Suizidalität und affektiven Störungen. In der Untersuchungsgruppe wurden signifikant häufiger die Diagnosen affektive Störung sowie emotionale Störung des Kindesalters gestellt. Die hochsignifikant mit Suizidalität korrelierte Diagnose Belastungsreaktion/ Anpassungsstörung beschreibt ebenso einen vor allem affektive Symptome umfassenden Störungskomplex. Auch während des stationären Verlaufes fanden wir einen klaren Zusammenhang zwischen affektiver Symptomatik und Suizidalität.

Eine weniger enge Verbindung zu Suizidalität ergab sich für „gestörte Interaktion stationär“. Der Unterpunkt Kontaktstörung zeigte sogar eine signifikant negative Korrelation mit Suizidalität beim Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Kontrollgruppe. Bei weiblichen Jugendlichen korrelierte stationäre Aggression mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik, was die These von einer Verbindung zwischen Aggression und Suizidalität im Jugendalter (Garrison et al. 1993) unterstützt. Dissozialität und Weglaufen korrelierte beim Vergleich zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe nicht.

Jugendliche mit suizidaler Symptomatik im stationären Verlauf (S) zeigten im Vergleich zu den stationär nicht suizidalen Patienten (kS) und der Kontrollgruppe signifikant häufiger Weglauftendenzen und aggressives Verhalten.

Die Beobachtung, dass „conduct disorders“ im Jugendalter häufig mit Suizidalität verknüpft sind (Trautmann et al. 1991), wurde durch unsere Untersuchung teilweise verifiziert, wobei wir nicht bestätigen konnten, dass Störungen auf Verhaltensebene eine engere Verbindung mit Suizidalität aufweisen als affektive Störungen. Die herausragende Rolle als psychopathologischer Risikofaktor für jugendliche Suizidalität, die einige Autoren (Apter et al. 1995, Marttunen et al. 1994) den „conduct disorders“ zuschreiben, konnte unsere Untersuchung nicht bestätigen, da affektive Symptome deutlicher mit Suizidalität assoziiert waren.

Psychosomatische Störungen im stationären Verlauf fanden sich bei Jugendlichen mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik trendmäßig häufiger ( $p = 0,06$ ) als in der

Kontrollgruppe, Jugendliche mit stationär persistierender oder wiederauftretender Suizidalität (S) zeigten signifikant häufiger psychosomatische Beschwerden als die Jugendlichen der Untersuchungsgruppe, die stationär von Suizidalität distanziert waren (kS) und als Patienten der Kontrollgruppe.

Die Bedeutung psychosomatischer Beschwerden als „Vorwarnzeichen“ für Suizidgefährdung bei Jugendlichen wurde nach einer Studie an stationären Jugendlichen nach Parasuizid von Löchel (1983) betont, findet aber in der jüngeren Literatur wenig Beachtung, was damit zusammenhängen mag, dass psychosomatische Beschwerden als vegetative Begleiterscheinung affektiver Erkrankungen gewertet und somit nicht gesondert betrachtet werden. In einer neueren Übersichtsarbeit von Klosinski (2001) wird die Bedeutung psychosomatischer Äquivalente wieder aufgegriffen.

#### **4.1.6 Substanzmissbrauch**

Wie auch für Erwachsene stellt der Missbrauch von Alkohol und anderer psychotroper Substanzen einen der größten Risikofaktoren für Suizidalität bei Jugendlichen dar (Brent 1995). Diese Beobachtung ließ sich an psychiatrisch behandelten Jugendlichen in verschiedenen Untersuchungen nachvollziehen (Laurant et al. 1998, King et al. 1993).

Auch in unserer Studie fand sich bei Jugendlichen mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik signifikant häufiger ein Substanzmissbrauch, auch bei getrennter Aufschlüsselung in Alkoholkonsum und Drogenkonsum ergab sich für beide Untergruppen eine signifikante Korrelation mit Suizidalität.

In der Subgruppe der bei Aufnahme parasuizidalen Jugendlichen, die bereits früher wegen Suizidalität stationär psychiatrisch behandelt worden war (W), fand sich ebenso ein signifikant höherer Substanzmissbrauch als bei den stationär wegen Suizidalität erstbehandelten Jugendlichen der Untersuchungsgruppe (kW), was auf eine enge Verknüpfung von Suizidalität und Konsum psychotroper Substanzen nicht nur für einen spezifischen Zeitpunkt, sondern im Sinne von Risikopotenzierung über einen längeren Zeitraum hinweg, hindeutet.

Keine Unterschiede im Hinblick auf Substanzmissbrauch erbrachte der Vergleich zwischen stationär suizidalen (S) und stationär nicht suizidalen Jugendlichen (kS) der Untersuchungsgruppe, jedoch ergab sich ein deutlicher Trend (0,06), dass Jugendliche mit Parasuizid im stationären Verlauf häufiger Substanzmissbrauch zeigten, als Jugendliche mit stationären parasuizidalen Gedanken. Diese Beobachtung deutet darauf hin, dass Substanzmissbrauch parasuizidales Handeln noch mehr als isolierte parasuizidale Gedanken

im Sinne einer Verstärkung beeinflusst, was nicht verwundert, da Substanzmissbrauch mit Verminderung der Impulskontrolle, Enthemmung und Angstreduktion einhergehen kann.

#### 4.1.7 Psychosoziale Probleme

Suizidalität bei Jugendlichen wird in einem entscheidenden Maße durch aktuelle Lebensumstände und zurückliegende Erfahrungen beeinflusst, wobei sowohl familiären als auch externen Faktoren Bedeutung zukommt. In der Literatur herrscht jedoch wenig Übereinkunft bezüglich der Aussagekraft einzelner Belastungsfaktoren, wie bereits weiter oben ausgeführt wurde.

In psychiatrischen Stichproben finden sich zunächst unabhängig von parasuizidalem Verhalten sehr häufig psychosoziale Probleme. Welche Belastungen jedoch bei psychiatrisch behandelten Jugendlichen eng mit Suizidalität korrelieren, wird unterschiedlich beurteilt.

Ein oft im Zusammenhang mit erhöhter Suizidalität bei Jugendlichen diskutierter Faktor ist ein vorausgehender Suizid/Parasuizid eines Familienmitgliedes (Pfeffer et al. 1994, Brent et al. 1993). In unserer Studie ergab sich trotz einer leichten Häufung von Suiziden im familiären Umfeld in der Untersuchungsgruppe keine signifikante Korrelation zwischen jugendlicher Suizidalität und Suizid eines Familienmitgliedes.

Suizidalität im sozialen Umfeld, insbesondere in der „Peer-Group“, scheint eine Triggerfunktion für suizidales Verhalten in der Adoleszenz zu haben, wobei Parasuizide enger mit „Imitations“-Parasuiziden zu korrelieren scheinen als vollendete Suizide (Ho et. al. 2000).

In unserer Studie fand sich bei Jugendlichen mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik signifikant häufiger Suizidalität im sozialen Umfeld, wobei kritisch zu hinterfragen ist, ob in der Kontrollgruppe überhaupt Informationen zu dieser Fragestellung gesammelt worden waren.

Andere psychosoziale Belastungen hingegen wurden standardisiert erfasst (MAS-Achse 5), wobei nur der Unterpunkt „abnorme unmittelbare Umgebung während der letzten sechs Monate“ in der Untersuchungsgruppe signifikant häufiger zu finden war.

Weitere Aufschlüsse ergab die Untergruppenbildung während des stationären Verlaufes. Jugendliche mit fortbestehender Suizidalität während des Klinikaufenthaltes (S) zeigten trendmäßig ( $p = 0,08$ ) häufiger belastende Lebensereignisse im 6 - Monatsintervall vor Aufnahme, signifikant seltener jedoch abnorme Erziehungsbedingungen als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Auch inadäquate Kommunikation war bei stationär suizidalen Jugendlichen (S) signifikant seltener sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Gruppe der stationär nicht suizidalen Patienten (kS). Die letztangeführten Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von relativ akuten Stressoren in ihrer Triggerfunktion für jugendliche Suizidalität.

Hinter „abnorme unmittelbare Umgebung“ verbergen sich Belastungsfaktoren wie Heimaufenthalt, Abwesenheit eines Elternteils und Isolation, „akute belastende Lebensereignisse“ sind typischerweise Trennung, Scheidung, Wiederverheiratung der Eltern und sexueller Missbrauch außerhalb der Familie, wobei eine Korrelation zu Suizidalität für beide Rubriken nur für den 6 - Monatsintervall vor Aufnahme bestand. Eher langfristig einwirkende Faktoren wie abnorme Erziehungsbedingungen und inadäquate Kommunikation waren bei der stationär weiterhin suizidalen Subgruppe (S) sogar signifikant seltener anzutreffen als in der Kontrollgruppe. Aus diesen Ergebnissen könnte man ableiten, dass einschneidende, plötzlich auftretenden Lebensveränderungen eher mit Suizidalität einherzugehen scheinen als dauerhaft einwirkende Belastungen, die tendenziell von anderen psychopathologischen Symptomkomplexen begleitet werden.

Sexueller Missbrauch innerhalb der Familie wurde unter dem Item „abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ standardisiert erfasst und erbrachte keine Korrelation mit Suizidalität. Während körperlicher und sexueller Missbrauch von vielen Autoren als wesentlicher Risikofaktor für jugendliche Suizidalität gesehen wird (Beautrais et al. 1996, Lipschitz et al. 1997), wird diese These von anderen Autoren bestritten. Kendall - Tackett (1996) fand in einer Metaanalyse von 45 Studien keine spezifische Symptomkonstellation für sexuellen oder körperlichen Missbrauch, in einer jugendlichen Patientenstichprobe konnten Cohen et al. (1996) keine Korrelation zwischen Missbrauch und Suizidalität nachweisen, Unterschiede ergaben sich nur hinsichtlich negativer Bewältigungsstrategien im Allgemeinen. Dennoch belegen gerade auch Untersuchungen an erwachsenen Probanden mit parasuizidalem und selbstschädigenden Verhalten, dass sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit wesentliche Prädiktoren für spätere Parasuizide darstellen (Santa Mina et al. 1998, Dubo et al. 1997).

#### **4.1.8 Wiederholte Parasuizide**

Suizidalität in der Vorgeschichte, insbesondere frühere Parasuizide stellen einen der aussagekräftigsten Prädiktoren bezüglich weiterer Parasuizide oder späterer Suizide dar. Bei 67 jugendlichen Suizidopfern identifizierten Brent et al. (1993) im Vergleich zu einer repräsentativen Kontrollgruppe signifikant häufiger parasuizidales Verhalten zu einem früheren Lebenszeitpunkt, 25 % hatten bereits einen Parasuizid verübt. Andrews et al. (1992) fanden bei Jugendlichen nach Parasuizid 41% Wiederholer, Shaffer und Piacentini (1994) schätzen nach einer Metaanalyse wichtiger Studien das Wiederholungsrisiko nach Parasuizid im Jugendalter auf ungefähr 50%. Insbesondere das erste Jahr nach Parasuizid ist eine Phase mit hohem Risiko für wieder auftretende Suizidalität.

Aufgrund unzureichender Datenlage konnten bei den von uns untersuchten Patienten frühere Parasuizide oder parasuizidale Gedanken nicht ausreichend identifiziert werden, in 19 Fällen war es jedoch bereits früher zu einer stationären Aufnahme im Zusammenhang mit Suizidalität gekommen (W). Es kann angenommen werden, dass deutlich mehr Jugendliche schon früher parasuizidale Symptome entwickelt hatten, mit der Subgruppe der bereits stationär wegen Suizidalität behandelten Jugendliche stand uns jedoch eine Stichprobe zur Verfügung, in der frühere Suizidalität eindeutig von professioneller Seite dokumentiert worden war.

Beim Vergleich mit der restlichen Untersuchungsgruppe (kW) zeigten sich bezüglich Geschlechtsverteilung, Alter und Aufenthaltsdauer keine signifikanten Unterschiede, bei den Diagnosen fiel ein signifikant höherer Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf. Substanzmissbrauch (auch einzeln für Drogen- und Alkoholkonsum betrachtet) fand sich in der Gruppe der Wiederholer signifikant häufiger.

Während des stationären Verlaufs zeigte sich in der Wiederholer - Gruppe (W) kein Unterschied zur restlichen Untersuchungsgruppe (kW), wieder Erwarten trat keine deutlichere Ausprägung von parasuizidalem Verhalten auf, auch affektive Störungen und „gestörte Interaktion“ konnten nicht häufiger identifiziert werden. Dies steht im Gegensatz zu einer Untersuchung von Goldston et al. (1996), die bei wegen Parasuizid stationär behandelten Jugendlichen die Patienten mit erstmaligem Parasuizid von Wiederholern differenzierten und bei letzteren ausgeprägtere depressive Symptome, Angst und Gereiztheit identifizierten.

## **4.2 Automutilationen**

### **4.2.1 Häufigkeit**

Genauere Aussagen über die Prävalenz automutilativen Verhaltens in der Allgemeinbevölkerung zu treffen, gestaltet sich schwierig. Auch bei einer engeren Fokussierung auf mittelschwere, oberflächliche Selbstverletzungen zeigt sich eine erhebliche Streubreite der Häufigkeitsangaben in der Literatur, wobei zum einen die Abgrenzung zum Parasuizid anamnestisch oft schwierig zu treffen ist - insbesondere bei Auswertung von Angaben, die nicht direkt von den Betroffenen stammen - zum Anderen unterschiedliche Vorstellungen darüber existieren, wie offensichtlich und im Alltag hindernd selbstschädigendes Handeln sein sollten, um die „Eingangskriterien“ in eine Studie zu erfüllen. Gerade rasch und impulsiv ausgeführte Handlungen, wie beispielsweise das Schlagen oder Treten gegen Gegenstände können als gesellschaftlich weitgehende akzeptierte

Zornäquivalente auf der Handlungsebene eingeschätzt werden („auf den Tisch hauen“) ohne als Automutilation gewertet zu werden, obwohl es sicherlich rasch zu Verletzungen kommen kann.

Bei psychiatrisch behandelten Patienten ist selbstverletzendes Verhalten ein häufig auftretendes Symptom. Bei stationären psychiatrischen Patienten fanden Briere et al. (1998) eine Häufigkeit von 21%, Herpertz und Saß (1995) gaben die Häufigkeit von Automutilationen für den stationären Bereich mit 5 - 10% an.

In unserer Studie lag eine besondere Patientenselektion vor. Automutilationen wurden ausschließlich während des stationären Verlaufes bei Jugendlichen identifiziert, die ursprünglich wegen Suizidalität stationär aufgenommen worden waren.

In 30 Fällen (18,4%) kam es in der Untersuchungsgruppe stationär zu Automutilationen (A). Da Adoleszenz und Suizidalität in der Vorgeschichte zweifelsohne als Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten zu werten sind, erscheint der von uns identifizierte Anteil von automutilierenden Patienten von 18,4% als eher gering.

Die von Sachsse (1994) geschätzte Geschlechtsverteilung bezüglich selbstverletzenden Verhaltens von 4:1 zu Gunsten des weiblichen Geschlechtes wurde in unserer Studie noch übertroffen (93 % weiblich, 7 % männlich) bei allerdings schon initial höherem Mädchenanteil in der Untersuchungsgruppe. Dennoch war in der Automutilationsgruppe (A) der Mädchenanteil signifikant höher als in der restlichen Untersuchungsgruppe (kA) ( $p = 0,0007$ ) und als in der Kontrollgruppe ( $p = 0,0005$ ). Der Altersvergleich zwischen den Gruppen erbrachte keine Unterschiede.

#### **4.2.2 Psychiatrische Störungen**

Auch wenn Automutilationen als Begleitsymptomatik bei einem weiten Spektrum psychiatrischer Erkrankungen vorkommen, gibt es doch Störungen, die häufig mit selbstverletzendem Verhalten einhergehen. Insbesondere Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - und hierbei kommt vor allem der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung eine herausragende Rolle zu - zeigen Automutilation als ein wesentliches Symptom. Herpertz et al. (1995) fanden in einer stationär - psychiatrischen Stichprobe von Automutilations - Patienten einen Anteil von 78% mit Persönlichkeitsstörung. Essstörungen lagen bei 54%, Substanzmissbrauch wurde mit 33% angegeben. Briere et al. (1998) identifizierten neben Persönlichkeitsstörungen in einer klinischen Stichprobe von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten außerdem einen hohen Anteil an dissoziativen Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen.

Auch in unserer Untersuchung lagen die Persönlichkeitsstörungen mit 37% an der Spitze der Diagnosen in der Automutilationsgruppe (A) und waren damit auch signifikant häufiger als in der restlichen Untersuchungsgruppe (kA) ( $p = 0,001$ ) und in der Kontrollgruppe ( $p = 0,008$ ). Der dennoch im Vergleich zu anderen Untersuchungen geringere Anteil an Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Automutilationen mag zum einen an einer zurückhaltenderen Vergabe dieser Diagnose im Jugendalter liegen, zum anderen an der Tatsache, dass in unserer Untersuchung nur eine Hauptdiagnose erfasst wurde und somit eine Erfassung nach dem DSM - Achsensystem wahrscheinlich einen höheren Anteil von Persönlichkeitsstörungen erbracht hätte. Dennoch zeigte keine andere nach ICD - 10 vergebene Diagnose eine Korrelation mit Automutilationen. Auch bei weiteren Subgruppenunterteilung kam der Diagnose Persönlichkeitsstörung eine wesentliche Rolle zu. Stationär suizidale Patienten mit Automutilationen (SSMA) erhielten diese Diagnose häufiger ( $p = 0,004$ ) als stationär suizidale Patienten ohne Automutilationen (SSOA), die Unterteilung Automutilation mit (AMP) oder ohne (AOP) stationären Parasuizid erbrachte eine trendmäßige Häufung der Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe Automutilation ohne stationären Parasuizid. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass trotz der Korrelation der Diagnose Persönlichkeitsstörung mit Suizidalität in unserer Untersuchung, die Verknüpfung Persönlichkeitsstörung und Automutilation noch bedeutend enger ausfällt.

Ein wesentlicher weiterer diagnostischer Risikofaktor stellt Substanzmissbrauch dar, der von uns nicht als ICD - 10 - Diagnose, sondern als eigenständiges Item erfasst wurde. Gegenüber der Kontrollgruppe war in der Automutilationsgruppe (A) Substanzmissbrauch signifikant erhöht ( $p = 0,003$ ), auch für die einzelnen Unterpunkte Drogen- und Alkoholkonsum. Gegenüber der restlichen Untersuchungsgruppe (kA) war der Anteil von Patienten mit Substanzmissbrauch in der A - Gruppe erhöht, auf Grund der geringen Fallzahlen wurde jedoch kein Signifikanzniveau erreicht.

Beim Vergleich stationär suizidaler Patienten mit (SSMA) und ohne (SSOA) Automutilationen zeigte sich ein deutlicher Trend für Substanzmissbrauch in der Gruppe stationäre Suizidalität/Automutilation (SSMA). Drogenmissbrauch kam sogar signifikant häufiger ( $p = 0,04$ ) vor.

Beim Vergleich der Automutilationspatienten mit und ohne stationären Parasuizid (AMP - AOP) ergab sich hingegen kein Unterschied.

Patienten mit selbstverletzendem Verhalten zeigten während des stationären Aufenthaltes (A) häufiger affektive Störungen als Patienten der restlichen Untersuchungsgruppe (kA) und der

Kontrollgruppe, hochsignifant häufiger trat Affektlabilität auf. Bezüglich weiterer Verhaltensauffälligkeiten ergaben sich Unterschiede nur beim Punkt Kontaktstörungen, die allerdings bei Automutilationspatienten seltener auftraten.

Ein interessantes Ergebnis zeigte bezüglich der stationären Psychopathologie der Vergleich zwischen Automutilationspatienten mit und ohne stationären Parasuizid (AMP - AOP). Jugendliche, die stationär nur Automutilationen ohne parallel vorkommende Parasuizide vollführten (AMP), waren signifikant häufiger gereizt ( $p = 0,004$ ) und aggressiv ( $p = 0,004$ ). Weniger deutliche Unterschiede erbrachte der Vergleich der Jugendlichen mit Suizidalität im stationären Verlauf nach Aufteilung in eine automutilierende (SSMA) und nicht automutilierende (SSOA) Gruppe bezüglich affektiver Symptome und „gestörter Interaktion“. Hier trat nur das Item Affektlabilität signifikant häufiger in der Gruppe mit Suizidalität/Automutilation (SSMA) auf, depressive Verstimmung war sogar häufiger bei stationär suizidalen Jugendlichen ohne Automutilationen (SSOA). Dieses Ergebnis steht teilweise in Widerspruch zu den Beobachtungen von Stanley et al (2001), die bei persönlichkeitsgestörten Patienten mit Parasuiziden in Kombination mit Automutilationen im Vergleich zu Jugendlichen mit Parasuiziden ohne Automutilation zwar häufiger Aggression und Impulsivität, jedoch auch häufiger Depression, Angst und Hoffnungslosigkeit beobachteten. Unsere Untersuchung hingegen deutet im Überschneidungsfeld zwischen Suizidalität und Automutilation auf eine Assoziation von Automutilationen mit Aggression und Gereiztheit hin, während depressive Verstimmung mit Suizidalität assoziiert zu sein scheint und bei Jugendlichen mit Automutilation plus Suizidalität seltener zu finden ist.

#### **4.2.3 Psychosoziale Risikofaktoren**

Traumatisierende Erfahrungen, insbesondere in Kindheit und Jugend werden immer wieder im Zusammenhang mit Automutilationen genannt. Entscheidende Bedeutung haben dabei vor allem Missbrauchserfahrungen. Favazza (1998) fand in der Biographie von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten bei 62% körperliche Gewalt oder sexuellen Missbrauch. Resch et al. (1993) diskutieren als weitere Risiken Verlust eines Elternteiles, chronische Erkrankung, psychische Erkrankung eines Elternteiles und weitere psychosoziale Stressoren. Bei hospitalisierten Patienten mit Automutilationen fanden Nijman et al. (1999) gegenüber einer stationär behandelten Kontrollgruppe signifikant häufiger Traumata in der Kindheit.

In unserer Untersuchung zeigte sich in der Automutilationsgruppe kein Unterschied zur restlichen Untersuchungsgruppe und zur Kontrollgruppe bezüglich der standardisiert nach MAS-Achse 2 erfassten psychosozialen Probleme, nur bei der später vorgenommenen

Untergruppenbildung der A - Gruppe bezüglich zusätzlicher stationärer Parasuizide, zeigte sich das Merkmal inadäquate familiäre Kommunikation signifikant häufiger ( $p = 0,02$ ) bei den Patienten, bei denen es neben Automutilationen stationär zusätzlich zu Parasuiziden (AMP) gekommen war. Insgesamt überrascht die geringe Divergenz bezüglich der psychosozialen Probleme zwischen den einzelnen Gruppen, obwohl insgesamt sehr häufig in den Krankenakten psychosoziale Probleme dokumentiert worden waren. Es könnte sein, dass die erfassten Stressoren bezüglich des resultierenden Störungsbild im Jugendalter noch wenig spezifisch sind und in einem späteren Lebensabschnitt mehr Bedeutung gewinnen.

#### **4.2.4 Automutilation und Suizidalität**

##### ***4.2.4.1 Parasuizidale Aufnahmesymptomatik und Suizidalität in der Vorgeschichte***

Jugendliche mit stationären Automutilationen wurden im Vergleich zur restlichen Untersuchungsgruppe signifikant häufiger auf Grund von Parasuiziden ( $p = 0,003$ ) stationär aufgenommen als auf Grund von isolierten parasuizidalen Gedanken. Diese Beobachtung ließ sich auch bei der Untergruppenbildung in stationär suizidale Jugendliche mit (SSMA) und ohne (SSOA) Automutilationen reproduzieren, kein Unterschied fand sich allerdings zwischen automutilierenden Jugendlichen mit oder ohne stationärem Parasuizid. Auch Stanley et al. (2001) fanden bei der umgekehrten Beobachtung von stationären persönlichkeitsgestörten Patienten mit Parasuizid mit und ohne Automutilationen keinen Unterschied bezüglich des Auftretens von Parasuiziden in der Zeit vor Aufnahme, wobei sie Parasuizide während der gesamten Lebensspanne erfassten.

In unserer Untersuchung waren sowohl parasuizidale Gedanken als auch Parasuizide zu einem der Aufnahme um 6 Monate vorausgehendem Zeitraum signifikant bei Patienten mit Automutilationen (A) gegenüber der Kontrollgruppe erhöht. Jugendliche mit stationär persistierender Suizidalität unterschieden sich in diesem Zeitraum nach Aufteilung bezüglich des Vorkommens automutilierendem Verhaltens (SSMA - SSOA) jedoch nicht in der Häufigkeit von Parasuiziden. Parasuizidale Gedanken waren in der automutilierenden Subgruppe (SSMA) häufiger als in der Subgruppe ohne Automutilationen (SSOA)

##### ***4.2.4.2 Parasuizid - Methode***

Vor der stationären Aufnahme waren Schnittverletzungen in der Automutilationsgruppe die am häufigsten gewählte Parasuizidmethode, wobei Intoxikationen und kombinierte Methoden ähnlich häufig zu finden waren. Gegenüber der restlichen Untersuchungsgruppe (kA), in der

eindeutig die Intoxikationen dominierten, waren Schnittverletzungen (0,002) und kombinierte Methoden ( $p = 0,004$ ) bei automutilierenden Jugendlichen (A) signifikant erhöht.

In der bisher mehrmals zitierten Untersuchung von Stanley et al. (2001) war Schneiden in der Automutilationsgruppe doppelt so häufig als Parasuizidmethode angewandt worden als in der Gruppe ohne Automutilation (bei uns Erhöhung um den Faktor 5), allerdings waren auch bei Automutilations - Patienten Intoxikationen die eindeutig häufigste Parasuizidmethode. Wewetzer et al. (1997) fanden bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten bei 27% Parasuizide in der Vorgeschichte, die ausnahmslos durch Tablettenintoxikationen herbeigeführt worden seien. Auch wenn gerade letzteres Ergebnis auf Grund geringer Fallzahlen nicht unbedingt die Realität abbilden mag, erscheint der große Anteil von Schnittverletzungen in unserer Untersuchung sehr hoch. Eine naheliegende Erklärung könnte sein, dass selbstverletzendes Verhalten ohne parasuizidale Absicht bei Aufnahme dennoch als Parasuizid angegeben oder dokumentiert wurde. Gegen diese Erklärung spricht allerdings, dass auch während des stationären Verlaufes, innerhalb dessen klarer zwischen Automutilation und Parasuizid differenziert werden konnte, Schnittverletzungen in der Automutilationsgruppe auf dem selben Signifikanzniveau erhöht waren.

#### ***4.2.4.3 Suizidalität im stationären Verlauf***

Während bei den nicht automutilierenden Patienten der Untersuchungsgruppe (kA) bei über der Hälfte Suizidalität im weiteren stationären Verlauf keine Rolle mehr spielte, traten im Gegensatz dazu bei den stationär automutilierenden Jugendlichen (A) bei 77% parasuizidale Gedanken ( $p = 0,001$ ) auf, bei 50% kam es zu einem oder mehreren Parasuiziden ( $p = 0,0004$ ) im Behandlungszeitraum, ein Junge verstarb durch Suizid. Suizidalität trat bei Jugendlichen mit Automutilationen somit in einem erheblich höherem Maße auf als bei Patienten ohne stationäre Automutilationen, wobei hierbei aktiver Suizidalität in Form von Parasuiziden gegenüber isolierten Suizidgedanken eine wesentliche Rolle zukommt.

### ***4.3 Limitierung der Studie***

Auch wenn wir in unserer Studie mit relativ hohen Fallzahlen arbeiten konnten, indem die gesamten Aufnahmen der jugendpsychiatrischen Abteilung Rottmannshöhe in einem Zeitraum von 10 Jahren erfasst wurden (G) ( $n = 573$ ) und somit eine große Untersuchungsgruppe parasuizidaler Patienten (U) ( $n = 163$ ), eine nach Alter, Geschlecht und

Diagnose parallelisierte Kontrollgruppe (K) (n = 123) und eine Gruppe mit stationären Automutilationen (A) (n = 30) gebildet werden konnte, handelt es sich bei der Arbeit dennoch um eine retrospektive Studie, so dass das verwertete Datenmaterial aus den vorhandenen Krankengeschichten gewonnen werden musste und somit zum Teil vom Dokumentationsstil der einzelnen Behandler abhängig war. Allerdings wurden auch standardisiert erhobene Daten, z.B. psychosoziale Probleme (MAS - Achse 5) erfasst.

Suizidalität wurde zum Aufnahmezeitpunkt für den stationären Verlauf erfasst. Die Datenlage zu Suizidalität in der Vorgeschichte war lückenhaft, so dass frühere Parasuizide nur unvollständig identifiziert werden konnten. Um dennoch Aussagen zu wiederholten Parasuiziden treffen zu können, schränkten wir unsere statistischen Auswertungen auf die Patienten ein, die schon früher wegen Suizidalität stationär aufgenommen worden waren (W). Noch schwieriger gestaltete sich eine eindeutige Erfassung automutilativen Verhaltens. Da uns die Dokumentation zum Aufnahmezeitpunkt insbesondere in Abgrenzung zu Parasuiziden als nicht eindeutig genug erschien, beschränkte sich die Bildung der Automutilations - Gruppe auf den Zeitraum der stationären Behandlung.

Termini wie „oberflächliche Selbstverletzung“ in der Dokumentation machten retrospektiv eine genauere Aussage über die Automutilationsmethoden schwierig, so dass wir auf eine detailliertere Analyse verzichteten. Bei Parasuiziden gelang es uns zwar, die Methoden zu ermitteln, die Einschätzung der Letalität war jedoch nicht möglich, ebenso konnte keine Aussage über die Intensität von Suizidgedanken getroffen werden.

Die Erfassung der Diagnose blieb auf eine Hauptdiagnose beschränkt, da die Vergabe von Nebendiagnosen in den Akten nicht durchgängig erschien, was sich insbesondere auf die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen negativ ausgewirkt haben dürfte, bezüglich des schädlichen Gebrauchs psychotroper Substanzen hingegen spielte dieses Procedere keine Rolle, da Substanzmissbrauch als eigene Variable erfasst wurde. Bei der Beurteilung der Diagnosen muss ferner berücksichtigt werden, dass sie eventuell nur auf Grund parasuizidaler/bzw. selbstverletzender Handlungen vergeben wurden, somit als „kontaminierte“ Diagnosen bezeichnet werden können, was insbesondere für die „akute Belastungsreaktion“ zutreffen dürfte.

Die Beurteilung der Entwicklung der Psychopathologie, insbesondere die Erfassung von affektiven Symptomen und Störungen auf Verhaltensebene stützte sich insbesondere auf die Auswertung der Therapie- und Verlaufsbeschreibung in den Arztbriefen. Während der bei Aufnahme erhobene psychische Befund noch weitgehend in einheitlichem Stil die bestehende Psychopathologie abbildet, fällt die Beschreibung psychischer Symptome während der

Verlaufsbeurteilung inhaltlich und stilistisch deutlich subjektiver aus, was den erhobenen Daten zum stationären Verlauf an Aussagekraft nimmt.

Zu den Ergebnissen bei den Patienten mit Automutilationen ist außerdem anzuführen, dass es sich bei der untersuchten Gruppe aus den bereits genannten Abgrenzungsschwierigkeiten ausschließlich um Patienten handelte, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen worden waren. Auch wenn Automutilationen und Suizidalität sehr häufig vergesellschaftet sind, hätte eine klare Identifikation einer Automutilations - Gruppe ohne begleitende Suizidalität vielleicht mehr Aufschluss gerade im Hinblick auf Differenzen ergeben.

## 5 Zusammenfassung

Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten sind im Jugendalter gehäuft vorkommende Phänomene und gehen oftmals mit psychiatrischen Störungen einher.

Auf jugendpsychiatrischen Stationen komplizieren Parasuizide und Automutilationen häufig die stationäre Behandlung und stellen - ganz abgesehen von der Gefahr, an einer suizidalen Handlung zu versterben oder bleibende Schäden davonzutragen - eine wesentliche Gefährdung für den Erfolg einer Therapie dar.

In dieser Untersuchung versuchten wir die Entwicklung von Suizidalität und Automutilationen bei stationär behandelten jugendpsychiatrischen Patienten, die bei Aufnahme eine parasuizidale Aufnahmesymptomatik gezeigt hatten, insbesondere während des stationären Verlaufes zu beleuchten,

Zunächst wurden retrospektiv aus den über 10 Jahre erfolgten konsekutiven Aufnahmen (G) (n = 537) der jugendpsychiatrischen Abteilung Rottmannshöhe der Heckscher Klinik München die Jugendlichen mit parasuizidaler Aufnahmesymptomatik ermittelt (U) (n = 163) und mit den nicht - parasuizidalen Jugendlichen ( R ) (n = 374) bezüglich Alter, Geschlecht und Diagnose verglichen, sodann erfolgte die Bildung einer in eben diesen Variablen parallellisierten Kontrollgruppe (K) (n = 123). Es erfolgten Gruppenvergleiche, wobei vor allem auf Risikofaktoren und Entwicklung von Psychopathologie im stationären Verlauf fokussiert wurde.

Jugendliche, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen Suizidalität stationär behandelt worden waren (W) (n = 19), wurden als besondere Risikogruppe gesondert mit der restlichen Untersuchungsgruppe verglichen.

Ferner erfolgte ein Vergleich der Jugendlichen, die während des stationären Verlaufes suizidale Handlungen (Parasuizide/Suizide) ausführten mit stationär suizidalen Jugendlichen mit isolierten Suizidgedanken, wobei an dieser Stelle auf die Methodenwahl eingegangen wurde.

Die Jugendlichen, die auch während des stationären Verlaufes Suizidalität zeigten (S) (n = 81), wurden der Kontrollgruppe und der restlichen Untersuchungsgruppe (kS) (n = 82), in der Suizidalität während der Behandlung nicht auftrat, gegenübergestellt.

Patienten, die während des stationären Verlaufes selbstverletzendes Verhalten (ohne letale Intention) zeigten (A) (n = 30) wurden ebenso mit der Kontrollgruppe und der restlichen Untersuchungsgruppe (kA) (n = 133), in der keine Automutilationen auftraten, verglichen.

Um im engen Überschneidungsfeld zwischen Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten Unterschiede herauszuarbeiten, verglichen wir stationär suizidale Patienten mit Automutilationen (SSMA) (n = 24) mit stationär suizidalen Patienten ohne Automutilationen (SSOA) (n = 57).

Innerhalb der Automutilationsgruppe differenzierten wir noch zwischen Patienten mit stationären Parasuiziden (AMP) (n = 15) und ohne stationäre Parasuizide (AOP) (n = 15).

In der Gesamtstichprobe fand sich bei 30,3% der Patienten das Merkmal Suizidalität, bei 50,1% handelte es sich um Parasuizide, bei 49,9% lagen parasuizidale Gedanken vor.

Das Durchschnittsalter der parasuizidalen Patienten lag beim männlichen Geschlecht bei 16,6, beim weiblichen Geschlecht bei 16,3 Jahren. Suizidalität fand sich bei Mädchen (65%) deutlich häufiger als bei Jungen (35%), was einem in der Literatur beschriebenen Verteilungsmuster entspricht.

Eine statistisch signifikante positive Beziehung zu Suizidalität lag bei folgenden Diagnosen vor: Akute Belastungsreaktion/Anpassungsstörung, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und emotionale Störung des Kindesalters.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe fanden sich bei den parasuizidalen Patienten bezüglich psychosozialer Probleme häufiger „belastenden Lebensereignisse“ und „abnorme unmittelbare Umgebung“ im Halbjahresintervall vor der stationären Aufnahme. Auch Suizidalität im sozialen Umfeld konnte häufiger ermittelt werden.

Substanzmissbrauch korrelierte klar mit Suizidalität, auch bei separater Betrachtung für Alkohol- und Drogenkonsum für jedes einzelne Item.

Im stationären Verlauf fand sich in der Untersuchungsgruppe häufiger Affektlabilität, bei den Mädchen wurde mehr Aggressivität ermittelt, Kontaktstörungen waren jedoch bei suizidalen Patienten sogar seltener. Psychosomatische Störungen fanden sich in der Untersuchungsgruppe häufiger, was die etwas in Vergessenheit geratene Bedeutung vegetativer Beschwerden als Frühwarnzeichen für Suizidalität bei Jugendlichen unterstreicht.

In der Gruppe der Jugendlichen, die bereits zuvor einmal wegen Suizidalität stationär behandelt worden waren, fand sich häufiger eine Persönlichkeitsstörung. Ebenso korrelierten Substanzmissbrauch, Drogen- und Alkoholkonsum mit wiederholter Aufnahme wegen Suizidalität. Parasuizidale Gedanken als auch Parasuizide waren erwartungsgemäß in der „Wiederholer-Gruppe“ in einem über 6 Monate zurückliegenden Zeitraum vor Aufnahme häufiger.

Während des stationären Verlaufes wurde bei knapp der Hälfte der Untersuchungsgruppe erneut Suizidalität dokumentiert. Innerhalb dieser Gruppe lagen bei 58% isolierte parasuizidale Gedanken vor, bei 37,1% kam es zu Parasuiziden, 4 Jugendliche (4,9%) verstarben durch Suizid: Drei Jugendliche kamen durch Schienenfahrzeuge ums Leben (in einem Fall mit begleitender Intoxikation), ein Mädchen verstarb an den Folgen eines Fenstersturzes.

Nachdem noch bei den Parasuizidmethoden vor Aufnahme Tablettenintoxikationen an erster Stelle standen, waren als Parasuizidmethode im stationären Verlauf Schnittverletzungen (43,3%) am häufigsten, Tablettenintoxikationen fielen auf den zweiten Rang zurück (26,7%), relativ häufig waren noch „weiche Kombinationen“ (20,0%).

Bei den Patienten mit stationären Parasuiziden (im Vergleich zu Patienten mit stationären parasuizidalen Gedanken) fand sich bereits bei Aufnahme ein Parasuizid häufiger als isolierte parasuizidale Gedanken. Persönlichkeitsstörungen, sowie Substanzmissbrauch kamen auch in dieser Gruppe häufiger vor. Unterschiede bezüglich der sonstigen Psychopathologie im stationären Verlauf ergaben sich nicht.

Jugendliche mit Suizidalität im stationären Verlauf (S) wurden im Vergleich mit dem nicht stationär suizidalem Rest der Untersuchungsgruppe (kS) länger im Krankenhaus behandelt und im Vergleich zur kS - Gruppe und zur Kontrollgruppe häufiger auf eine geschlossene Abteilung verlegt.

Persönlichkeitsstörungen waren in der S - Gruppe häufiger vertreten als in der kS - Gruppe und als in der Kontrollgruppe. Substanzmissbrauch war im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht.

Parasuizidale Gedanken und Parasuizide waren in der S - Gruppe im Vergleich zur kS - Gruppe schon im Zeitraum, der der Aufnahme um 6 Monate vorausging, häufiger gewesen.

Affektive Störungen waren eng mit stationärer Suizidalität korreliert, häufiger waren Affektlabilität, depressive Verstimmung (Vergleich mit kS - Gruppe und Kontrollgruppe), Gereiztheit und Rückzugsverhalten (Vergleich mit kS - Gruppe).

Aggression und Weglaufen fanden sich bei stationär suizidalen Jugendlichen häufiger als in der kS - Gruppe und der Kontrollgruppe, das selbe galt für psychosomatische Beschwerden.

Selbstverletzendes Verhalten ohne suizidale Intention fand sich während des stationären Verlaufes bei 30 Patienten. 28 Mädchen standen nur 2 Jungen gegenüber.

Im Vergleich zu Patienten ohne Automutilation (kA) hatten Patienten mit Automutilationen (A) bei Aufnahme häufiger einen Parasuizid verübt, im Vergleich zur Kontrollgruppe erfolgte häufiger eine Verlegung auf eine geschlossenen Abteilung.

Bei 37% der Automutilationspatienten wurde die Diagnose Persönlichkeitsstörung gestellt und war damit signifikant im Kontrast zur kA - Gruppe und zur Kontrollgruppe erhöht. Keine Unterschiede ergaben sich bei der Analyse der psychosozialen Probleme. Suizidalität im sozialen Umfeld war gegenüber der Kontrollgruppe vermehrt aufgetreten, das selbe galt für Substanzmissbrauch, auch einzeln für die Items Drogen und Alkohol.

Gegenüber der kA - Gruppe zeigten Automutilationspatienten schon im Zeitintervall, der der Aufnahme um 6 Monate vorrausging, häufiger parasuizidale Gedanken und Parasuizide. Die Automutilationspatienten, die wegen Parasuiziden aufgenommen worden waren, hatten für den Parasuizid häufiger die Methode „Schneiden“ oder „kombinierte Methoden“ angewandt als Patienten der kA - Gruppe, was den Verdacht nahe legte, dass es sich zumindestens bei einem Teil dieser Selbstschädigungen nicht wirklich um Parasuizide, sondern um Automutilationen gehandelt hatte.

Auch im stationären Verlauf zeigte sich ein sehr enger Zusammenhang zwischen Automutilationen und Suizidalität. In der A - Gruppe waren gegenüber der kA - Gruppe sowohl parasuizidale Gedanken als auch Parasuizide hochsignifikant erhöht. Bezüglich der stationären Parasuizidmethoden dominierten bei den Automutilationspatienten Schnittverletzungen und kombinierte Methoden.

Affektlabilität war in der A - Gruppe häufiger als in der kA - Gruppe und der Kontrollgruppe, Kontaktstörungen waren hingegen seltener, kein Unterschied fand sich bei der Betrachtung psychosomatischer Beschwerden.

Zur weiteren Differenzierung zwischen Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten wurden stationär suizidale Patienten mit (n = 24) und ohne (n = 57) Automutilationen verglichen. In der Gruppe der stationär suizidalen Patienten mit gleichzeitiger Selbstverletzungstendenz war der Mädchen - Anteil gegenüber der Gruppe ohne Automutilationen erhöht, als parasuizidales Aufnahmesymptom dominierten Parasuizide über isolierte parasuizidale Gedanken, diagnostisch waren Persönlichkeitsstörungen häufiger. Drogenmissbrauch war ebenso erhöht. Bezüglich der Psychopathologie im stationären Verlauf ergaben sich keine Unterschiede.

Die Differenzierung der Patienten mit selbstverletzendem Verhalten im Hinblick auf das Vorliegen zusätzlicher stationärer Parasuizide erbrachte bezüglich der Diagnose eine Häufung von Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe ohne stationären Parasuizid.

Selbstverletzungen - Patienten mit Parasuizid hingegen zeigten im Bezug auf „psychosoziale Probleme“ häufiger inadäquate Kommunikation, hinsichtlich Substanzmissbrauch bestanden keine Divergenzen.

Während des stationären Verlaufes fanden sich in der Gruppe der Automutilations - Patienten ohne Parasuizid häufiger die Merkmale Gereiztheit und Aggression, was eher auf eine externalisierte Spannungsabfuhr hindeutet.

Da selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität entscheidende Faktoren für die Behandlung jugendpsychiatrischer Patienten darstellen, wurde in dieser Arbeit versucht, Risikofaktoren aufzuzeigen und Material zur Gewinnung eventueller Verlaufsprädiktoren zu analysieren.

Weitere Studien, insbesondere mit prospektivem Design, klaren Einschlusskriterien und hohen Fallzahlen sind allerdings nötig, um mit mehr Sicherheit parasuizidalen und sich selbst verletzenden Jugendlichen therapeutisch zu begegnen.

## 6 Literaturverzeichnis

- Andrews J.A., Lewinsohn P.M.: Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(4): 655-662.
- Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T.: Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(9): 1174-1182.
- Beautrais A.L.: Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:413-419
- Brent D., Perper J., Allmann C., Moritz G., Wartella M., Zelenak J.: The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *JAMA* 1991; 2989-2995.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Allmann C.J., Roth C., Schweers J., Balach L.: The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 118-122.
- Brent D.A., Perper J., A., Moritz G., Allmann C., Friend A., Roth C., Schweers J., Balach L., Baugher M.: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(3): 521-529.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Baugher M., Roth C., Balach L., Schweers J.: Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case-control study. *Suicide and Life-Threat Behav* 1993; 23(3): 179-187.
- Brent A.D.: Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life-Threat Behav* 1995; 25: 52-63.
- Brent D.A., Johnson B., Perper J., Connolly J., Bridge J., Bartle S., Rather C.: Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1994; 33(8): 1080-1086.
- Briere J., Gil E.: Self-mutilation in clinical population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998; 68(4): 609-620
- Bronisch T., Wunderlich U.: Psychische Störungen und Komorbidität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Suizidversuch. *Suizidprophylaxe* 1998; 3: 92-99.
- Cohen Y., Seifer R., Plummer B., Spirito A., Sterling C., Donaldson D., Avila R., Ferrer K.: Physical and sexual abuse and their relation to psychiatric disorder and suicidal behavior among adolescents who are psychiatrically hospitalized. *J Child Psychol Psychiat* 1996; 37(8): 989-993.

- Dobo E.D., Zanarini M.C., Lewis R., Williams A.A.: Childhood antecedents of self-destructiveness in Borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42:63-69.
- Dulit R.A., Fyer M.R., Leon A., Brodsky B.S., Frances A.J.: Clinical correlates of self-mutilation in Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1305-1311.
- Eckhardt A.: *Das Münchhausen-Syndrom* URS München 1989
- Favazza A.R., Rosenthal R.J.: Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44(2):134-140.
- Favazza A.R.: The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186:259-268
- Fombonne E.: Suicidal behaviours in vulnerable adolescents: Time trends and their correlates. *Brit J Psychiatry* 1998; 173: 154-159.
- Garber J., Little S., Hilsman R., Weaver K.R.: Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of Adolescence* 1998;21:445-457.
- Garrison C.Z., McKeown R.E., Valois R.F., Vincent M.L.: Aggression, substance use, and suicidal behavior in high school students. *Am J Pub Health* 1993; 83(2): 179-184.
- Gasquet I., Choquet M.: Gender role in adolescent suicidal behavior: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatr scand* 1993; 87: 59-65.
- Gex R.C., Narring F., Ferron C., Michaud P.: Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 28-33.
- Goldston D.B., Daniel S., Reboussin D.M., Kelley A., Ievers C., Brunstetter R.: First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(5): 631-639.
- Goldston D.B., Daniel S., Reboussin D.M., Frazier P.H., Kelley A.E. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 1999; 38(6): 660-671
- Gould M.S., Shaffer D., Fisher P., Garfinkel R.: Separation/divorce and child and adolescent completed suicide *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; 37(2):155-162
- Hänsli N.: *Automutilation* 1. Auflage Verlag Huber- Bern, 1996
- Häßler F., Hauk L., Göhre Ch.: Parasuizidale Handlungen im Kindes- und Jugendalter. *Hautnah päd* 1995; 7: 66-73.
- Herpertz S., Saß H.: Offene Selbstbeschädigung *Nervenarzt* 1994; 65:296-306
- Herpertz S.: Self-injurious behaviour *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 91:57-68
- Ho T., Leung P., Hung S.: The mental health of the peers of suicide completers and attempters. *J. Child Psychol. Psychiat.* 2000; 41(3):301-308.

- Kendall-Tackett K.A., Williams L.M., Finkelhor D.: Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113: 164-180.
- Kirkpatrick-Smith J., Rich A., Bonner R., Jans F.: Psychological vulnerability and substance abuse as predictors of suicide ideation among adolescents. *Omega* 1991; 24(1): 21-33.
- King C.A., Hill E.M., Naylor M., Evans T., Shain B.: Alcohol consumption in relation to predictors of suicidality among adolescent inpatient girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(1): 82-88.
- King C.A., Franzese R., Gargean S., McGovern L., Ghaziuddin N., Naylor M.W.: Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services* 1995; 46(9):915-918
- Klosinski G.: Suizidale Krisen bei Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendmedizin* 2001;1:40-43
- Kotila L.: The outcome of attempted suicide in Adolescence. *Soc Adolesc Med* 1992; 13: 415-417.
- Laurent A., Foussard N., David M., Boucharlat J., Bost M.: A 5-year follow-up study of suicide attempts among french adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1998; 22:424-430
- Larsson B., Ivarsson T.: Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 201-208.
- Lipschitz D.S., Winegar R.K., Nicolaou A., Hartnick E., Wolfson M., Southwick S.: Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:32-39.
- Löschel M.: Die präsuizidale Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen-ein Beitrag zur Früherkennung der Selbstmordgefährdung in Suizid bei Kindern und Jugendlichen (Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd.24) hrsg. von Jochmus I., Förster E. Stuttgart: Enke, 1983
- Man de A.F., Labreche-Gauthier L., Leduc C.P.: Parent-child relationship and suicidal ideation in french-canadian adolescents. *J Genet Psychol* 1992; 17-23.
- Marttunen M.J., Aro H.M., Henriksson M.M., Lönnqvist J.K.: Antisocial behavior in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 167-173.
- Marttunen M.J., Aro H.M., Lönnqvist J.K.: Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 1993; 2(1): 10-18.
- McClure G.M.G.: Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 469-474
- Mehlum L., Hytten K., Gjertsen F.: Epidemiological trends of youth suicide in Norway. *Archives of Suicide Research* 1999; 5: 193-205.

- Nijman H.L.I., Dautzenberg M., Merckelbach H., Jung P., Wessel I., Campo J.: Self-mutilating Behaviour of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 1999; 14:4-10
- Pearce C.M., Martin G.: Predicting suicide attempts among adolescents. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 90:324-328.
- Pfeffer C.R., Normandin L., Kakuma T.: Suicidal children grow up: Suicidal behavior and psychiatric disorder among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(8): 1087-1097.
- Pfeffer C.R., Normandin L., Kakuma T.: Suicidal children grow up: Relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior *J Nerv Ment Dis* 1998;186:269-275.
- Reed Lou: *Caroline says...* LP Transformer, Ariola BMG, 1972
- Reinherz H.Z., Giaconia R.M., Silverman A.B., Friedmann A., Pakiz B., Frost A.K., Cohen E.: Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(5): 599-611.
- Remschmidt H., Schmidt M. H.: *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO.* Verlag Hans Huber, Bern 3.Auflage 1994.
- Resch F.: Hilft Selbstverletzung dem verletzten Selbst? *AKJP* 1998 Heft 97: 71-85
- Resch F., Karwautz A., Schuch B., Lang E.: Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 1993; 21:253-259
- Sachsse U.: *Overt self-injury* *Psychother Psychosom* 1994; 62:82-90
- Sachsse U.: *Selbstverletztes Verhalten*, Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen 1999
- Santa Mina E.E., Gallop R.: Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review. *Can J Psychiatry* 1998;43:793-800.
- Scharfetter C., *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.* 3. Auflage, Stuttgart, Thieme 1991
- Schmidtke A., Weinacker B., Fricke S.: Suizid- und Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen in den alten Ländern der Bundesrepublik und in der ehemaligen DDR. *Der Kinderarzt* 1996; 27(2): 151-162.
- Schmidtke A., Weinacker B., Stack S., Lester D.: The impact of the reunification of Germany on the suicide rate. *Archives of Suicide Research* 1999; 5: 233-239.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D., Kerkhof A., Bjerke T., Crepet P., Harting C., Hawton K., Lönnqvist J., Michel K., Pommereau X., Querejeta I., Philippe I., Salander-Renberg E., Temesvara B., Wasserman D., Fricke S., Weinacker B., Sampaio-Faria J.G.: *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide*

- attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
- Shaffer S., Piacentini J.: Suicide and attempted suicide. In: Rutter M.: *Child Adolesc Psychiatry* 1994.
- Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., Trautman P., Moreau D., Kleinman M., Flory M.: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-348.
- Stanley B., Gameroff M.J., Michalsen V., Mann J.J.: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry* 2001;158:427-432.
- Taiminen T.J., Kallio-Soukainen K., Nokso-Koivisto H., Kaljonen A., Helenius H.: Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 1998 37(2): 211-217
- Tameling A., Sachsse U.: Symptomkomplex, Traumaprävalenz und Körperbild von psychisch Kranken mit selbstverletzendem Verhalten. *Psychother.Psychosom.med.Psychol.* 1996;46:61-67
- Wewetzer G., Friese H.-J., Warnke A.: Zur Problematik offenen selbstverletzenden Verhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 1997; 25: 95-105
- Walsh B.W., Rosen P.M.: *Selfmutilation: Theory, research and treatment.* New York: Guilford 1988
- Windle M., Miller-Tutzauer C., Domenico D.: Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents. *J Res Adolesc* 1992; 2(4): 317-330.
- Wolfersdorf M.: Erkennen und Beurteilen von Suizidalität. *Therapiewoche* 1989; 39: 2947-2958.

## LEBENS LAUF

### Persönliche Daten:

Name: Paggen  
Vorname: Ulrich  
Wohnort: Traubingerstr. 34  
82340 Feldafing  
Geburtsort: Starnberg  
Geburtsdatum: 6.7.1966  
Familienstand: verheiratet

### Ausbildung und berufliche Entwicklung

1972 - 1976 Grundschule in Starnberg / Percha  
1976 - 1985 Besuch des Gymnasium Starnberg  
1985 Abitur  
Jan. 1986 - Aug. 1987 Zivildienst: Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung,  
Caritas Weilheim  
ab Nov. 1987 Studium der Medizin, LMU München  
Sept. 1992 Geburt meiner Tochter Lena  
Aug. 1994 Geburt meiner Tochter Nuria  
Dez. 1995 3. Staatsexamen  
Juli 1996 Heirat  
Sept. 1996 Geburt meines Sohnes Lukian  
Okt.1996 - Juni 1997 AiP im Bereich **Allgemeinpsychiatrie**, Aufnahmeklinik,  
April 1998 - Dez. 1998 Bezirkskrankenhaus Haar  
Aug. 99 - Jan. 2001 **Assistenzarzt**, Psychiatrisches Krisenzentrum  
Atriumhaus:  
**Krisenstation**

**seit Jan. 2001**

**Assistenzarzt, Psychiatrisches Krisenzentrum  
Atriumhaus: Ambulanz**