

Suizid und Familie

Jürgen Junglas

12. Rheinische Allgemeine
PSYCHOtherapietage
11.Nov.2006, Bonn

Aspekte

- Genetik des Suizids und des suizidalen Verhaltens (Parasuizids)
- Elterliches Verhalten und suizidales Verhalten der Kinder
- Familienaspekte und –dynamiken die suizidales Verhalten beeinflussen
- Verhalten der Kinder und suizidales Verhalten der Eltern
- Therapeutische Arbeit mit der Familie

Genetik

- Veränderungen im Serotonin-System sind konstitutionelle Risikofaktoren (Trait) für einen Suizid (Mann et al. 1992)
- biologische Elternschaft ist aufgrund von Adoptionsstudien ausschlaggebender für die suizidale Entwicklung als das Lebensmilieu (Warnke 2003)
- Maier (1996) fasst zusammen:
 - Der familiären Häufung liegt eine deutliche genetische Komponente zugrunde
 - Diese ist wahrscheinlich unabhängig von assoziierten psychiatrischen Störungen
 - Suizidales und aggressives Verhalten sind wahrscheinlich gemeinsam genetisch bedingt
 - Gene deren Produkte den Serotoninmetabolismus beeinflussen sind Kandidatengene

„Pathologie der Familie“

Klemann (1984) versucht die „Pathologie der Familie“ mit Suizidversuchen in Verbindung zu bringen. Aspekte seien

- 40 – 60 % aller Suizidanten kämen aus „broken home“-Familien (Fehlen eines Elternteils nach Zilboorg 1936)
- Familienbeziehung zeigen folgende Merkmale
 - Chaotisch
 - Unbefriedigend und instabil
 - Eltern drohen sich gegenseitig mit Trennung
 - Kinder werden offen abgelehnt (überflüssiges Kind)
- Relevante Bereiche
 - Verlusterlebnisse
 - Erlebnisse suizidalen Verhaltens
 - Suizidales Familienklima und Verlusttradition
 - Atmosphäre der Bedrohung (aggressive und feindselige Haltung der Umgebung des Suizidalen)
 - Gefühl der Lebensbedrohung
 - Der alltägliche Tod: Unglücksfälle, lebensbedrohende Krankheiten

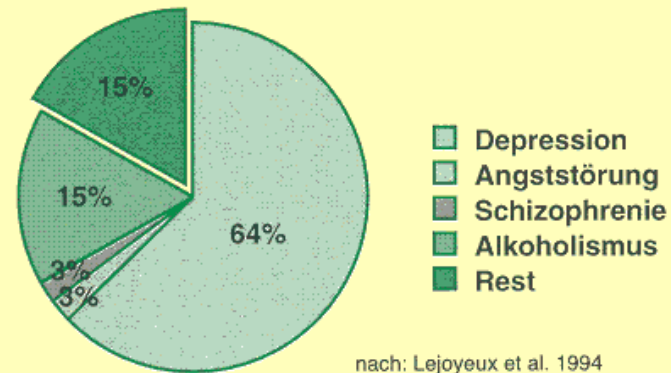
Familienaspekte

- Compton et al. (2005) fanden bei afrikanischstämmigen Amerikanern einen geringeren Grad an familiärer Adaptation und Kohäsion mit einem höheren Suizidrisiko assoziiert, wobei depressive Symptome sich als Mediatoren erwiesen.
- Jeglic et al. (2005) fanden negative Problemlöseorientierung in Familien mit Suizidenden.
- Brent et al. (2002) fanden sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte der Probanden und ihrer Nachkommen als wichtigen Transmissionsfaktor v.a. bei Nachkommen mit emotionalen Störungen und impulsiver Aggression.
- Vinas et al. (2002) fanden in einer spanischen Stichprobe 9jähriger Kinder eine verminderte familiäre Expressivität bei Kindern mit Suizidideen

Abb. 1: Patienten mit besonderem Suizidrisiko

- Patienten mit chronifizierter depressiver Störung oder Angststörung mit psychiatrischer Komplikation (Depression, Abhängigkeit) - häufig erst nach 4- bis 5-jähriger Erkrankungsdauer
- vorausgegangener Suizidversuch, vorhandener Suizidplan
- positive Familienanamnese für Suizid (-versuch)
- aktuelle Konflikte (wie Verlust des Arbeitsplatzes, Partnerschaftskonflikt, Umzug) oder Jahrestage von psychosozialen Belastungen
- Männer, u.a.
 - junge schizophrene Patienten mit gut erhaltener Persönlichkeit und Begleitdepression
 - allein stehende Rentner mit fehlendem sozialem Netz
- sozial isolierte Menschen, u.a. auch Teenager!

Grunderkrankungen bei Suizid



Paul Federn 1929:

- „Kaum jemals bringt jemand sich um, solange eine Person, die für den Gefährdeten maßgebend ist, mit dem sich sein Über-Ich identifiziert oder die sein Über-Ich gebildet hat, oder eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten will, und das unter allen Bedingungen.“
- In der Regel morde nur der sich, den ein anderer tot wünsche. Kind (1998) fügt folgende Ergänzung an: „ ... und der durch seinen eigenen Tod den Todeswunsch des anderen in einen Lebenswunsch umwandeln möchte.“

Mütter und Frauen

- Bei Frauen wird die Rücksicht auf die Familie und die Sorge um die Kinder als erstrangige Schutzfaktoren gegen eine Suizidneigung gesehen (Kelleher et al. 2000).
- Umgekehrt scheint sich die Suizidrate berufstätiger Frauen an die von Männern anzugleichen.

Blanck & Blanck (1991)

- empfehlen, „bei suizidaler Depression nicht immer die Angehörigen einzubeziehen“. In vielen Fällen sei gerade die familiäre Umwelt, die die verzweifelte Lage geschaffen habe und sie verewige, keine Hilfe für die Therapie

Kind (1998)

- ... führt die misslungene Triangulierung als familiendynamischen Aspekt der Suizidalität an. Die in der Therapie wahrgenommenen schwer zu ertragenden Drohungen, Verzweiflung, Angst, Rachegedanken und Hass seien nicht primär sondern ließen sich aus einem alten Drama ableiten. Ein Patient, der früher sich bedroht gefühlt haben mag drohe jetzt selbst, eine früher real zwischen Kind und Elter existierende verfolgend-manipulative Interaktion werde nun neu inszeniert, mit neuer Besetzung aber altem Text. Kind gibt eine Fallvignette an, in der ein Patient äußert, um von der Mutter los zu kommen müsse er schon Selbstmord begehen. Von Kindheit auf hatte dieser Patient nur einen sehr flüchtigen Kontakt zu seinem Vater.
- Bei erfolgreicher Triangulierung habe das Kind gleichzeitig zur Mutter und zum Vater eine Beziehung, die es als unterschiedlich erlebt ohne sie gegeneinander abzuwägen und ausspielen zu müssen. Erreicht man diese Position des „Sowohl-als-Auch“ nicht, verbleibt man auf dem „Entweder-Oder“ und ist somit in seinen Lösungsmöglichkeiten spezifisch eingeengt.

Warnke et al. (1996)

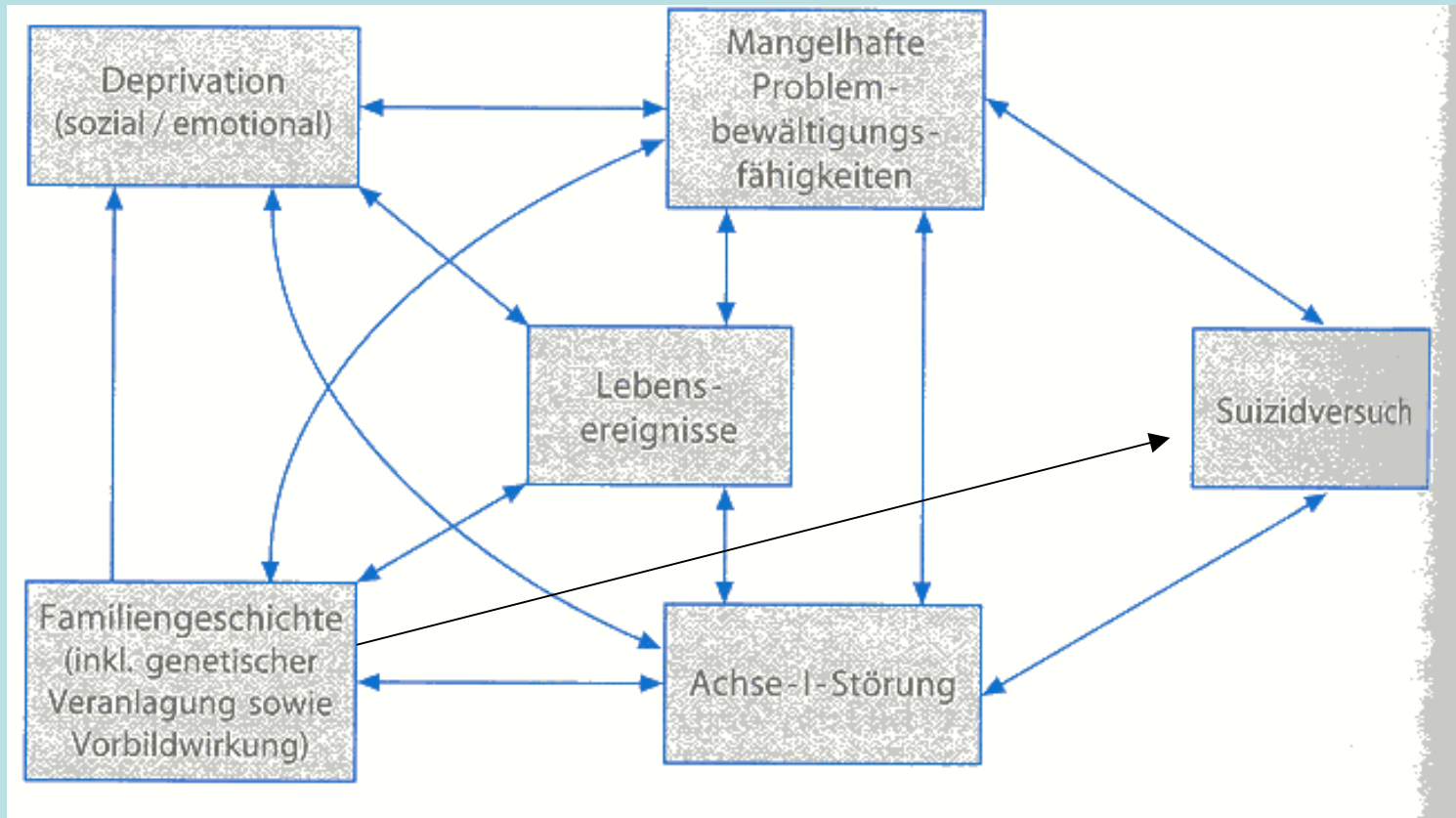
stationären Population suizidaler Patienten folgende psychosozialen Risikofaktoren gehäuft (Achse V des MAS)

- 20 % Abwesenheit eines oder beider Elternteile durch Trennung, Scheidung oder Tod
- 19 % psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern (z.B. Depressionen, Suchterkrankungen)
- 9 % Disharmonien in der intrafamiliären Kommunikation
- 8 % Mangel an emotionaler Wärme in intrafamiliären Beziehungen
- 6 % unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle

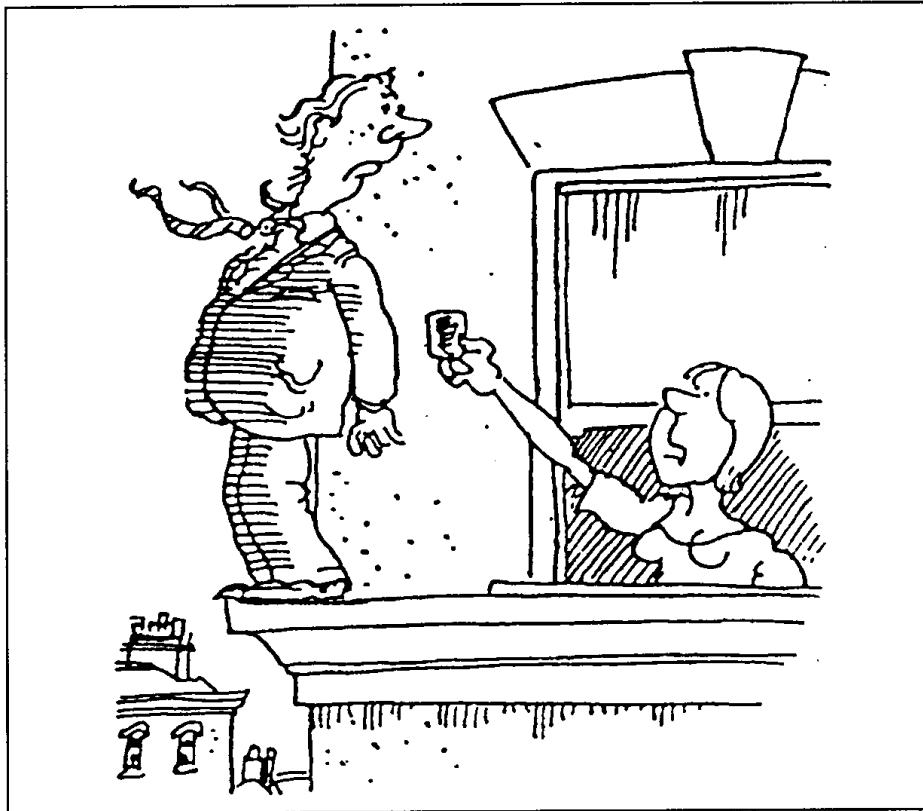
Eltern-/Ältern-Suizid

- Mütter nach Tod ihres Kindes (v.a. 1-6 J.) [mit nicht verbrauchten Medikamenten] (Brit med J. 2006, 332-647)
- Waern (2005) fand, dass Ältere ein höheres Suizidrisiko aufwiesen, wenn bei ihren Nachkommen ein Suizid vorgekommen war.
- Erlemeier (2002):
innerfamiliäre psychosoziale Krisen und Konflikte im Geflecht des Alterssuizids:
„es sind aber nicht die äußeren Merkmale der Kontaktdichte und –häufigkeit, die ausschlaggebend sind, sondern viel stärker Gefühle der Verlassenheit, des Ausgeschlossenenseins und konflikthafte Beziehungen...“

Suizid-Entwicklung (Kelleher 2000)



Egoist oder Altruist? (Klaas 1994)



**If your mind's really made up, take this kidney donor card
(Nierenspenderausweis)**

Beziehungstat!

- Distanz zu Bezugspersonen reduziert Suizidrate (Matakas)

familiäre Suizidfolgen

Kelleher et al. (2000)

Auswirkungen eines Suizids für den familiären Nahbereich:

- Empfindung eines aggressiven Angriffs
- Wut- und Schuldgefühle
- Suche nach der Ursache
- Gefühl subjektiver Verantwortung für den Suizid

familiäre Prävention

- Richman (1986)[\[1\]](#) hat einen systemischen Ansatz zur Behandlung suizidaler Jugendlicher entwickelt, bei dem er davon ausgeht, dass eine gestörte Familienstruktur und die Unfähigkeit, Veränderungen zu ertragen oder Krisen durchzustehen, den Anstoß zu suizidalem Ausagieren gibt.
- Mishara et al. (2005) konnten unter kanadischen Verhältnissen gute Erfolge für familienorientierte Präventionsprogramme finden.
- [\[1\]](#) Richman J (1986) Family therapy for suicidal people. Springer, New York;

Suizidversuch

- Selbstvorsteller / Vorstellung durch Angehörige
- Verhinderter Suizidversuch/-Drohung
- Verzögerte Vorstellung

Präsuizidales Syndrom

(Ringel 1981)

1. **Zunehmende Einengung**

Situative Einengung

Dynamische Einengung (einseitige Ausrichtung der Apperzeption, der Assoziationen, der Verhaltensmuster, der Affekte und Abwehrmechanismen)

Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen

Einengung der Wertwelt

2. **Aggressionsanstauung** und Wendung der Aggression gegen die eigene Person

3. **Selbstmordphantasien** (anfangs aktiv intendiert, später sich passiv aufdrängend)

Suizidmanagement Jugendliche

- Stationäre Aufnahme
(entlastend, distanzierend und sichernd)
- **Einschätzung und Stärkung der elterlichen Kompetenz**
- Unterstützung der Autonomieimpulse des Jugendlichen
- Ruhig-bestimmte Führung von Patient und Eltern mit Verständnis für emotionale Erpressungsversuche
- Einschätzung der Suizidalität durch mehrere geschulte Personen nach Standards

Situationsabhängige Suizidalität!

- Affektive Belastungssituation in der Klinik nur indirekt einzuschätzen
- Einschätzung der „Suizidneigung“ des familiären Systems
- „Sekundären Gewinn“ von Suizidagieren eingrenzen!
- Patient die emotionale Annahme der Klinikbehandlung ermöglichen

Phasen der Suiziddynamik

- Emotionale Einengung
- Entlastung durch Tat
- Hypomanische Phase mit Realitätsverleugnung
- Wiederanschluss an die emotionale Realität
- Beginnende Einengung

