

Importierte Hilflosigkeit? Suizidalität bei Zuwandererkindern

Renate Schepker
ZfP Südwesttemberg, PP-KJ Weissenau
Weissenau, 21.7.2010

Erklärung zum Interessenkonflikt

Südwestfalen-Lippe

Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender
Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Psychoanalytikerin DGPT

Sponsoring für Vorträge von diversen pharmazeutischen
Unternehmen, Universitäten, Ministerien, Freien
Verbänden

Keine Pharmastudien (Teilnahme i.V.), keine Aktien, keine
weiteren Interessen

Warum das Thema?

Depression bei Jugendlichen: häufigste aller genannten Störungen in Verbindung mit Suizidalität

Aber:

Raten an Depression bei Suizidalen schwanken zwischen Studien (30-96 %)

Bei Jugendlichen Suizidraten deutlich niedriger als bei Erwachsenen

Oft auch akute Belastungsreaktion/ situativer Bezug

Grundfrage

Jugendliche mit Migrationshintergrund
haben im Vergleich zu einheimischen

1. Ein höheres Risiko Suizidversuche zu begehen und / oder an Suizid zu sterben
2. Ein gleiches oder niedrigeres Risiko

2005: These 2 von uns favorisiert

- Keine Evidenz für erhöhte Rate von Suizidversuchen in Inanspruchnahmepopulation

Suizidalität 0-18 J

2001-2004 (Bado KJ ZfP)

Jahr	Gesamt- aufnahmen	Ausländer /Migranten	davon suizidal	Deutsche	davon suizidal
2001	304	16	2	284	69
2002	328	16	2	222	29
2003	289	17	3	272	42
2004	324	22	2	297	43
Gesamt*	1245	71 (5,7%)	9 (12,7%)	1075 (86,3%)	183 (17%)

(aus: Böge u. Schepker 2006)

*keine Daten bei 99 Fällen

Auch Einzelfallanalysen

- ergaben wenig strukturell andere Konflikt- oder Motivationslagen bei jugendlichen (Erstgenerations-) Migranten
- Bis auf ein deutlich gehäuftes Vorkommen von traumatischen Lebensereignissen und PTBS.

Fazit 2005

- Migration ist bei Jugendlichen kein expliziter Risikofaktor für Suizidalität an sich.
- Individuelle Erfahrungen, welche zur Migration geführt haben können störungsbedingt zu erhöhter Suizidalität führen (PTBS bei Traumata, Gewalt).
- Selten sind (sub-)kulturell verortete traditionelle Handlungsweisen ohne subjektiv verfügbare Alternative als suizidalitäts-auslösend anzusehen.

Isabel Böge, R.Schepker 2006

Seither...

Mehr Evidenz in der internationalen Literatur zu Suizidversuchen

- Jugendliche Latino-Migranten in die USA :
niedrigeres Risiko als einheimische (SAMSHA 2003, Peña et al 2008, Borges et al 2009)
- aber mehr lifetime-Suizidalität (Fortuna et al. 2007, Eaton et al 2006)
- Jugendliche Aussiedler in D : höheres Risiko (Kyotobungi et al 2008)
- Jugendliche türkeistämmige Migranten in NL:
höheres Risiko (van Bergen et al 2008)

- abhängig von Suizidraten in den Herkunftskulturen ?

Latinos, Italiener, Griechen: gering

Russen, Kasachen, Japaner: hoch

aber

Türkei: gering

Ukraine führt

Deutschland
Mittelfeld

Türkei zehntletzte

aus Warnke (2008)

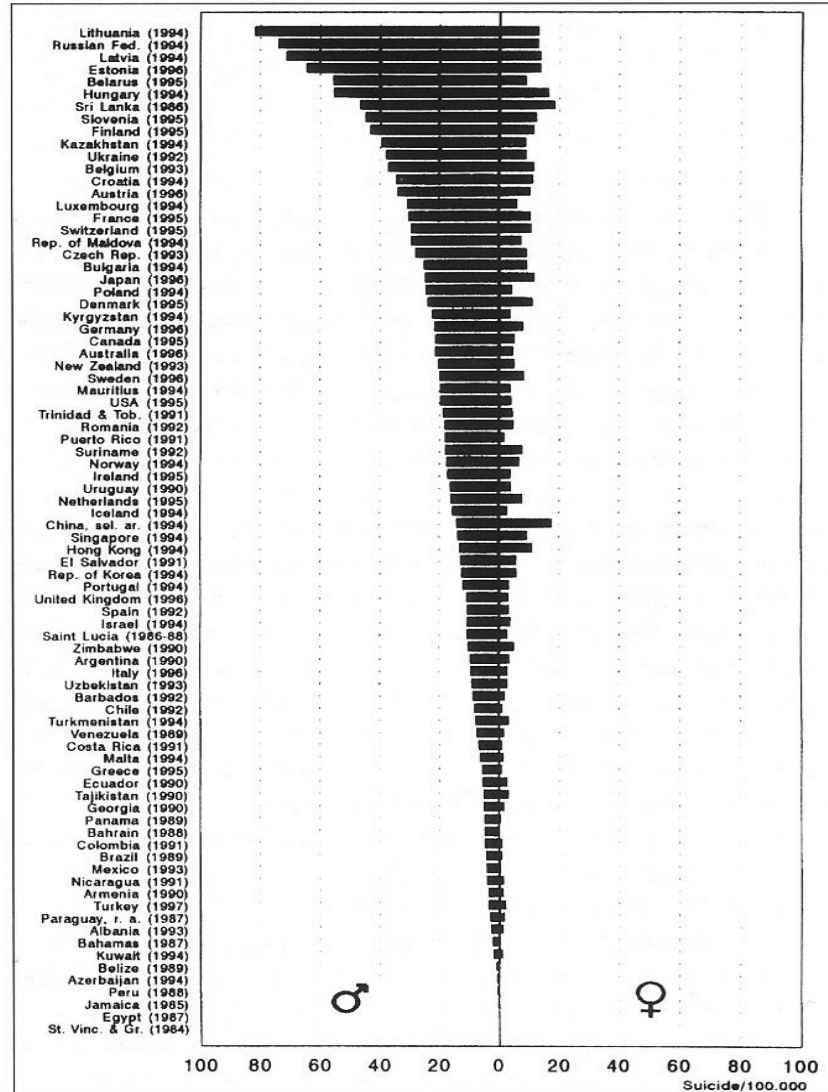


Abb. 5-64: Suizidraten 100000 Einwohner in den Staaten mit offiziellen Suizidstatistiken (WHO 1994–1996) (nach Bronisch 2002)

Suizidraten für Jugendliche 15-24 J



Südwürttemberg

WHO 2004, per 100.000,	m	f
Lettland	59,4	5,9
Russland	56,9	9,2
Bosnien-H.	24,7	4,2
Polen	19,3	2,4
Deutschland	12,4	2,7
Italien	6,7	1,6
Griechenland	3,8	1,0

Kulturelles Erbe?

Hypothese von Garssen et al. 2006

Bezogen auf Immigranten* in die NL:

- (Vollendete) Suizide steigen mit Suizidraten in der Herkunftskultur

* 1. und 2. Generation

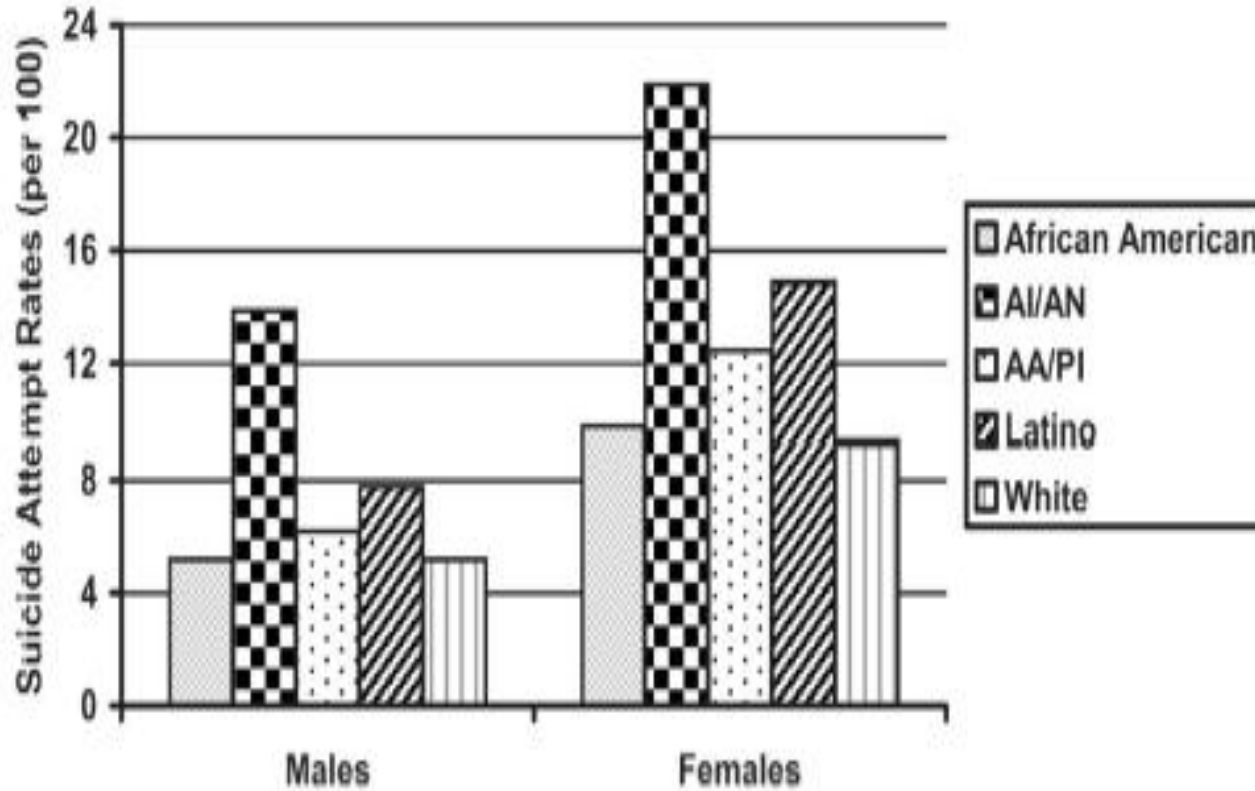
= importierte Suizidalität ist belegbar

Aber:

Latinos haben „nach Akkulturation“ in den USA
höhere Suizidversuchs-Raten (Peña et al 2009)
ältere Jugendliche mit Aussiedler-Hintergrund
haben in Deutschland geringere Suizidraten als
im Herkunftsland (Kyotobungi et al. 2006)

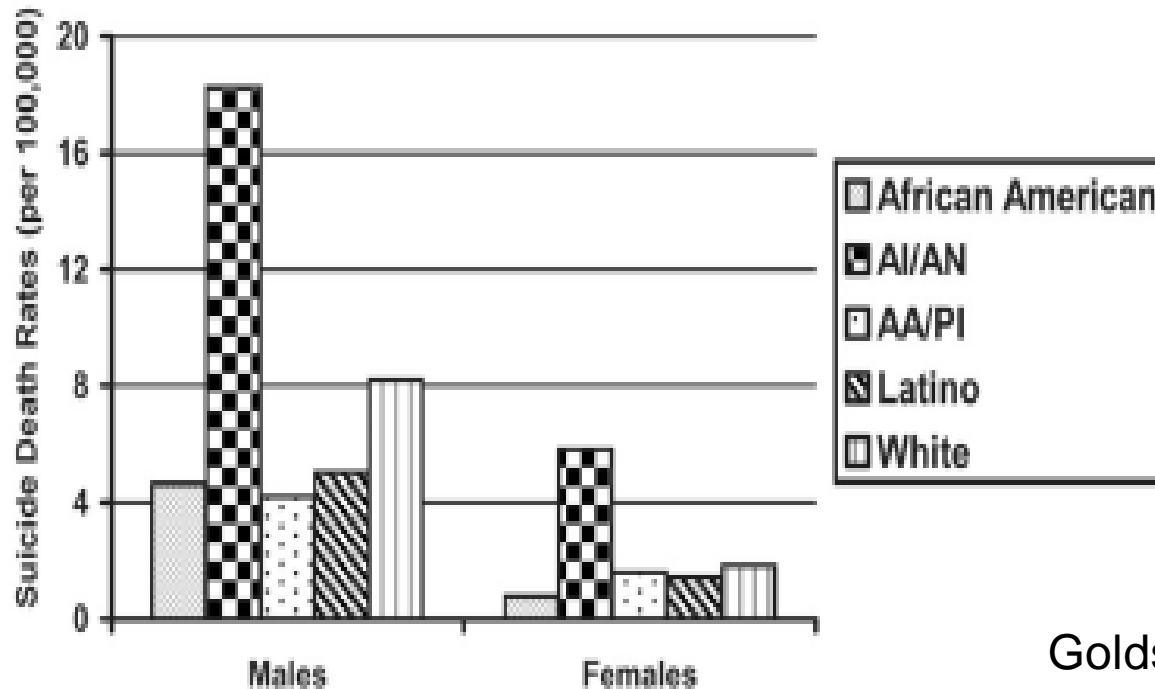
Indianer und Inuits in den USA jetzt besonders
hohe Suizid-+versuchsraten (Goldston et al
2009).

One-year rates of Youth Risk Behavior Surveillance self-reported suicide attempts^{a,b}



Goldston et al 2009

One-year rates of suicide deaths among 10–19 year olds (1999–2004)^a



Goldston et al 2009

Figure 1. Suicide Deaths Among Youths as a Function of Gender and Ethnicity

Notes. AI/AN = American Indian/Alaska Native; AA/PI = Asian American/ Pacific Islander. ^a Source: Centers for Disease Control and Prevention (2006a).

 Konvergenz auf die Raten der
Aufnahme-gesellschaft - oder mehr?

Zusätzliche Zeitfaktoren

Zweite Generation* durchgängig mehr betroffen von Suizidversuchen als erste Generation

- TRstämmige: van Bergen et al 2008
- Latinos: Fortuna et al 2007, Pena et al 2009, Borges et al 2009)

(*definiert als: mindestens 1 Elternteil im Ausland geboren)

Risiko vollendeten Suizids

- steigt 10 Jahre nach Migration (Hong Kong, Kwan u. Ip 2007)
- Wenn jünger als 12 J b. Migration (Pena et al. 2009)
- steigt mit der Zahl der Umzüge und zeitnah (Aussiedler in D 15-24 J., Ott et al. 2008)

Erklärungen:

- Distanz zu schützenden Werten der Herkunftskultur ist in der 2. Generation größer (Maharaaj u. Abdul 2005: muslimische Staaten haben legale und religiöse Sanktionen ggü Suizid; katholische Staaten: keine Beerdigung; Konfuzianismus: Illoyalität ggü Familie, Buddhismus/Taoismus relativ)
- Ent-täuschung über Möglichkeiten in der Aufnahmekultur, Hoffnungslosigkeit (Shek u.Lee 2005) aber: keine Zunahme an Depression (Pena 2008)
- Parallel: Delinquenzraten steigen ca. 5 J nach Migration (Pfeiffer u.Wetzels 1999)

Erklärungen 2

- Familienkohäsion lockert sich, weniger protektive Faktoren in Familie, höhere Scheidungsraten
- Geringere familiäre Kontrolle, z.B. ungehinderter Zugang zu Drogen, Exposition f. traumatische Situationen etc.
- Innerfamiliäre Kommunikationsprobleme durch z.T. unterschiedlichen Sprachgebrauch

Erklärungen 2

- Innere Überzeugungen und reaktive rigide Rollenbilder
 - Fähigkeit Hilfe zu suchen
 - Männlichkeits-Stereotypien (Pfeiffer et al. 2003)

Erklärungen 3: Evidenz

Wiederholter Gebrauch harter illegaler Drogen
korreliert mit höherem Suizidrisiko bei 2t- und
Mehrgenerationen-Latinos (nicht: Alkohol, nicht:
THC-Gebrauch)

...unabhängig von Bildung, Armut,
städt.Lebensumfeld (Pfadanalyse, Pena et al 2008)

Dto. Greenfield 2006 (CAN, alle jug. Immigranten)

Dto bei deutschen Schülern: Suizidgedanken
steigen mit THC-Gebrauch, Suizidversuche nicht
(Kirkcaldy et al 2005)

Erklärungen 4

- KJPP-Störungen

Depression als einziger Befund in 2. Latino-Generation höher als bei späteren Generationen – vermittelt Suizidalität ggfs. als Ausdruck intrafamiliärer Spannungen oder Überlastung v.a. der 2.Generation durch Rollenumkehr, Parentifizierung etc. (Pena 2008) ;

- Steigendes allg. Risiko durch steigenden Alkoholgebrauch der Eltern (Maharaaj u. Abdul 2005, Indische Hochrisikogruppe)
- Durch Unterschichtung (KIGGs-Studie D)

Langfristiges Risiko

- Ehemalige Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (n=2164, stationär und ambulant) haben später ein signifikant erhöhtes Risiko an Suizid zu versterben (häufigste Todesursache) unabhängig davon ob sie wegen Suizidalität behandelt wurden (Langzeituntersuchung 30J: Jämtland-Studie, Rydelius 2006)
Bei Migranten: Cave Inanspruchnahmebarriere !

Diagnostik 7 Faktoren

Risiko-Checkliste für suizidale Jugendliche mit Migrationshintergrund

1. Erst- oder Zweitgeneration?

2. Herkunftskultur

- Werte bzgl Suizid – Identifikation damit?
- Suizidraten im Herkunftsland

3. Psychiatrische Probleme

- Aggressivität // Depression // PTBS
- Emotionale Kontrolle

Diagnostik 2

4. Protektive Familienfaktoren ?

- Kohäsion und Adaptabilität
- Kommunikation (Erhalt Muttersprache und Offenheit zur Aufnahmekultur)
- Sicherheit, Rituale, flexible religiöse Praxis
- Positive sichere Bindung

5. Aversive Familienfaktoren ?

- Körperliche Bestrafungen
- Isolierung
- Suchterkrankungen in Familie

Diagnostik 3

6. Drogengebrauch ?

- insbes. Mehrfachkonsum harter Drogen

7. Reale Zukunftsoptionen (Schule, Beruf) ?

- Marginalisierung
- Grad der Hoffnungslosigkeit
- Grad des Vertrauens

Therapeutische Hinweise

Suizidale Jugendliche mit
Migrationshintergrund benötigen eine
„therapeutic re-culturation“ (Maharaaj u. Abdul
2005)

d.h. immer auch: Familientherapie

d.h. immer auch: Maßnahmen zur Teilhabe
am Leben der Aufnahmegesellschaft

R. Schepker | M. Toker

Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grundlagen und Praxis

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

... und zum Nachlesen
bezogen auf weitere
Diagnostik,
Familienfaktoren,
Therapie

DANKE fürs Zuhören