



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Suizidalität im Jugendalter – Risikofaktoren,
Behandlungsmöglichkeiten und Suizidprävention“

Verfasserin

Martina Welechovszky

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Ass. Prof. Mag. Dr. Susanne Ohmann, MSc

Ich, Martina Welechovszky, erkläre hiermit,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe.

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

dass diese Arbeit mit der zur Begutachtung vorgelegten und beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mir bei der Erstellung dieser Diplomarbeit geholfen haben.

Mein spezieller Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. Susanne Ohmann, die mir zunächst bei der Themenfindung, und anschließend bei der Entstehung dieser Diplomarbeit stets geduldig mit Rat und Tat zur Seite stand. Ohne sie wäre eine Diplomarbeit in dem von mir gewählten Themengebiet vermutlich nicht möglich gewesen.

Des Weiteren danke ich meinem Freund David für die kostbare Zeit, die er mit dem Lesen dieser Arbeit in verschiedensten Stadien verbracht hat. Seine daraus resultierenden konstruktiven Anmerkungen und seine Unterstützung bei Fragen jeglicher Art waren mir eine große Hilfe. Speziell die Beistrichsetzung in der deutschen Sprache stellte sich dabei als eine ständige Quelle massiver Verwirrung heraus.

Auch meiner Familie gebührt Dank für ihre stetige Unterstützung und Motivation in allen Phasen meines bisherigen Lebens. Speziell meine Mutter erwies sich darüber hinaus als großartige Gesprächspartnerin, wenn es um das teilweise morbide anmutende Thema „Suizide und Suizidalität“ ging.

Und zu guter Letzt möchte ich mich noch bei meiner alten Freundin Mildred für ihre mittlerweile mehr als zehnjährige Freundschaft bedanken. Eine bessere als sie könnte es nicht geben.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	8
Abstract.....	9
1. Einleitung	10
2. Begriffsdefinitionen.....	12
2.1. Problem der Einheitlichkeit.....	12
2.2. Suizid und Suizidalität	13
2.2.1. Suizidrisiko	13
2.2.2. Selbstmordgedanken/Suizidgedanken.....	13
2.2.3. Suizidale Kommunikation & Suiziddrohungen.....	14
2.2.4. Suizidale Entwicklung nach Pöldinger	14
2.2.5. Selbstmordversuch/Suizidversuch	14
2.2.6. Suizidales Verhalten	15
2.2.7. Suizidabsicht & Suizidvorsatz	16
2.2.8. Suizidgesten.....	16
2.2.9. Präsuizidales Syndrom nach E. Ringel	16
2.3. Selbstschädigendes Verhalten und absichtliche Selbstschädigung.....	17
3. Epidemiologie von Suizidalität	19
3.1. Internationale Datenlage	19
3.1.1. Häufigkeit suizidaler Phänomene	19
3.1.2. Geografische Unterschiede	20
3.1.3. Geschlechtsunterschiede	21
3.1.4. Suizidalität im Jugendalter	22
3.1.4.1. Suizid	22
3.1.4.2. Andere suizidale Phänomene	23
3.2. Datenlage in Österreich	24
3.3. Suizid während stationärer Krankenhausbehandlungen.....	26
3.4. Suizidmethoden	26
3.4.1. Internationale Datenlage.....	26
3.4.2. Datenlage in Österreich	28
4. Risikofaktoren, Auslöser und Auftrittsformen von Suizid und Suizidalität.....	30
4.1. Pubertät	31
4.2. Sexuelle Orientierung und Sexualität	33
4.3. Geringes Selbstwertgefühl	34
4.4. Soziales Umfeld	35
4.4.1. Familie.....	35
4.4.1.1. Familiäre Prädisposition	35

4.4.1.2. Familiäre Bedingungen	36
4.4.2. Gleichaltrigenkontakte	38
4.4.3. Internet und andere Medien.....	39
4.5. Belastende Erfahrungen	39
4.5.1. Sexueller Missbrauch	40
4.5.2. Körperlicher Missbrauch & Misshandlungen	42
4.5.3. Mobbing	42
4.5.4. Migration	43
4.6. Suizidalität in der Vergangenheit.....	44
4.7. Impulsivität.....	46
4.8. Verfügbarkeit von Suizidhilfsmitteln.....	47
4.9. Psychische Erkrankungen.....	48
4.9.1. Affektive Störungen	50
4.9.1.1. Major Depression.....	52
4.9.1.2. Dysthyme Störung.....	53
4.9.1.3. Bipolare affektive Störung	53
4.9.2. Angststörungen	54
4.9.3. Essstörungen	55
4.9.4. Persönlichkeitsstörungen.....	56
4.9.4.1. Narzisstische Persönlichkeitsstörung	56
4.9.4.2. Borderline Persönlichkeitsstörung	57
4.9.5. Substanzabusus und –abhängigkeit (Alkohol und Drogen).....	57
4.9.6. Posttraumatische Belastungsstörung.....	59
4.10. Weitere Risikofaktoren	60
5. Erhebung und Erkennung von Suizidalität bei Jugendlichen	62
5.1. Anzeichen für Suizidalität bei Jugendlichen	67
5.2. Erhebungsmethoden und Sicherheitsvorkehrungen.....	67
5.3. Beispiele für Erhebungs- und Messinstrumente	68
5.3.1. Beck Hopelessness Scale (BHS).....	69
5.3.2. Beck Suicidal Intent Scale (SIS)	69
5.3.3. Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A).....	69
5.3.4. Children's Depression Inventory (CDI).....	69
5.3.5. Andere Erhebungsinstrumente	69
6. Behandlung(smöglichkeiten) suizidaler Jugendlicher	71
6.1. Compliance selbstmordgefährdeter Jugendlicher.....	74
6.2. Behandlungsmöglichkeiten	76
6.2.1. Pharmakotherapie	78

6.2.1.1. Antidepressiva	78
6.2.1.1.1. Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI).....	82
6.2.1.1.2. Trizyklische Antidepressiva (TCA)	83
6.2.1.1.3. Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer).....	83
6.2.1.1.4. Andere Antidepressiva.....	83
6.2.1.2. Andere Pharmazeutika.....	83
6.2.2 Nicht medikamentöse Behandlungsformen.....	83
6.2.3. Kombinationstherapien	84
6.3. Ambulante oder stationäre Behandlung	85
6.4. Besonderheiten bei der stationären Behandlung suizidaler Jugendlicher	85
6.5. Auswirkungen von Suizidalität auf Familienangehörige und Freunde	87
7. Professioneller Umgang mit suizidalen Jugendlichen	89
7.1. Familie und Angehörige	90
7.2. Pflegekräfte.....	92
8. Suizidprävention.....	96
8.1. Arten der Prävention	97
8.1.1. Primäre Prävention	97
8.1.2. Sekundäre Prävention	98
8.1.3. Tertiäre Prävention	98
8.2. Präventionsmaßnahmen	99
8.2.1. Screenings	99
8.2.2. Erleichterter Zugang zu psychiatrischer Versorgung.....	100
8.2.3. Einschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln.....	100
8.2.4. Die Rolle der Medien	101
8.2.5. Anlaufstellen für Jugendliche	103
8.2.6. Gate-Keeper Trainings	104
8.3. Prävention in verschiedenen Settings	105
8.3.1. Suizidprävention an Schulen	105
8.3.2. Suizidprävention durch Gesundheitsdienstleister.....	106
8.3.2.1. Kinder- und Hausärzte	106
8.3.2.2. Notdienste.....	107
9. Schlussfolgerungen und weiterer Ausblick	109
10. Literatur.....	113
11. Abbildungsverzeichnis	123
12. Lebenslauf	124

Zusammenfassung

Suizidalität im Jugendalter stellt weltweit ein erhebliches Public Health Problem dar. Dennoch sind Informationen zu diesem Thema spärlich. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden daher internationale wissenschaftliche Veröffentlichungen der letzten 10 Jahre recherchiert und aufbereitet. Dabei zeigte sich, dass international keine einheitlichen Definitionen von Suizidalität existieren. Diese Arbeit versucht, einen möglichst vielschichtigen Überblick über das Thema „Suizidalität im Jugendalter“ zu geben. Es werden sowohl internationale als auch Österreich spezifische epidemiologische Daten zu Suizid und Suizidalität präsentiert, verschiedenste in der Fachliteratur genannte Risikofaktoren für Suizidalität vorgestellt und mögliche Zusammenhänge näher erläutert. Allem voran sind hierbei psychische Erkrankungen und Suizidalität in der Vergangenheit zu nennen, die von vielen Autoren als die häufigsten und stärksten Risikofaktoren für Suizidalität angesehen werden. Der Großteil jugendlicher Suizidopfer erhält vor dem Tod keinerlei medizinische Behandlung. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung suizidaler Jugendlicher sind rechtzeitiges Erkennen, und Heranführen der Betroffenen an entsprechende Gesundheitseinrichtungen oder –dienstleister. Zur Erkennung von Suizidalität existieren verschiedenste Instrumente, von denen eine Auswahl in der vorliegenden Arbeit vorgestellt wird. Ebenso beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, was bei der Erhebung des Suizidrisikos einer Person zu beachten ist, sowie mit bestehenden Behandlungsmöglichkeiten suizidaler Jugendlicher. Da suizidale Jugendliche eine durchaus vulnerable Personengruppe darstellen, wird darüber hinaus aufgezeigt, wie Pflegekräfte, aber auch Familienmitglieder und Angehörige möglichst professionell mit Betroffenen umgehen können, um den Genesungsprozess bestmöglich zu fördern. Im letzten Teil setzt sich diese Arbeit mit Suizidprävention auseinander, wobei unterschiedliche Präventionsarten und -maßnahmen vorgestellt werden.

Abstract

Suicidality in young age is a considerable public health problem all over the world. Nevertheless information on this topic is sparse. Within the context of this thesis international scientific publications of the last 10 years have been investigated and processed. Thereby it became apparent that internationally there are no consistent definitions of suicidality. This thesis tries to eclectically outline the topic of “adolescent suicidality”. International and Austrian epidemiological data on suicide and suicidality as well as various risk factors for suicidality are presented and potential correlations are outlined in more detail. In this context especially mental illnesses and suicidality in the past should be mentioned, since those are considered the most frequent and strongest risk factors for suicidality by many authors. The majority of adolescent suicide victims don’t receive any medical treatment before their death. A successful treatment of suicidal adolescents requires an early enough recognition as well as introducing them to appropriate health care facilities or providers. There are several kinds of instruments for the recognition of suicidality, of which some are presented within the present thesis. Furthermore this thesis deals with the question of what has to be considered when assessing the suicide risk of a person and with currently available treatment options for suicidal adolescents. As suicidal young people are a quite vulnerable group of people, it is shown how nursing staff as well as family members can deal with them in a professional way in order to promote their healing process. Finally this thesis addresses the topic of suicide prevention whereby different ways and measures of prevention are introduced.

1. Einleitung

Jeden Tag nehmen sich in Österreich durchschnittlich 3 Personen das Leben (Statistik Austria, 2008). Während beispielsweise die Jahresbilanz an Verkehrstoten in Österreich meist medial publik gemacht wird, sind die Suizidzahlen nur selten Thema in der Öffentlichkeit. Dabei sind die Suizidzahlen eigentlich weit drastischer als die Zahl der jährlichen Verkehrstoten. 2010 gab es in Österreich 577 Verkehrstote. Dem gegenüber stehen im selben Jahr 1261 Tote durch Suizid (Statistik Austria, 2011).

Obwohl Selbstmorde in Österreich nur etwa 2 Prozent aller Todesfälle ausmachen, bewirken diese doch eine Verringerung der statistischen Lebenserwartung in Österreich, wobei dies besonders durch junge Menschen, die Selbstmord begehen, bedingt ist (Statistik Austria, 2008).

In der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen verstarben im Jahr 2010 insgesamt 221 Personen. Das entspricht 3 Promille (0,3%) aller österreichischen Todesfälle. Von diesen 221 Personen verstarben 40 Kinder und Jugendliche durch Suizid, 31 Burschen und 9 Mädchen (Statistik Austria, 2011). Suizid ist zwar eine der häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen, im Vergleich zu anderen Altersgruppen versterben aber relativ wenige Jugendliche durch Suizid (Vitiello & Pearson, 2008).

Suizide im Jugendalter stellen weltweit ein erhebliches Public Health Problem dar. Jeder, der mit Jugendlichen zu tun hat, kann mit Suizidalität konfrontiert werden. Die verfügbaren Informationen zu diesem Thema sind jedoch spärlich oder unübersichtlich. Ziel dieser Arbeit ist es daher, einen Überblick über das Thema Suizidalität im Jugendalter zu geben. Für diese Arbeit wurden wissenschaftliche Erkenntnisse und Veröffentlichungen hauptsächlich aus den letzten 10 Jahren recherchiert, ausgewertet und aufbereitet, um beispielsweise professionellen Pflegekräften, Angehörigen von suizidalen Jugendlichen, aber auch generell am Thema interessierten Personen einen möglichst vielschichtigen Einblick in dieses Themengebiet zu bieten.

In Kapitel 2 werden zunächst Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Suizid und Suizidalität erklärt und definiert, um den Leser mit diesen vertraut zu machen und eine Verständnisgrundlage für die nachfolgenden Kapitel zu schaffen. Kapitel 3 behandelt dann internationale und Österreich spezifische epidemiologische Zahlen und Fakten über Suizide und Suizidalität, um die momentane Situation abzubilden und so einen Eindruck der aktuellen Lage zu vermitteln. In Kapitel 4 wird versucht, ein möglichst umfassendes Bild von wissenschaftlich bestätigten Risikofaktoren und Auslösern für Suizidalität im Jugendalter zu zeichnen. Kapitel 5 befasst sich mit der Erhebung und Erkennung von Suizidalität bei

Jugendlichen, wobei unter anderem einige Messinstrumente zur Erhebung von Suizidalität vorgestellt werden. Kapitel 6 widmet sich der Behandlung von Suizidalität bei Jugendlichen. Hierbei wird ein Überblick über gängige Behandlungsmöglichkeiten gegeben und aufgezeigt, dass bei der Behandlung suizidaler Jugendlicher auch deren Angehörigen Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, da jugendliche Suizidalität erhebliche Auswirkungen auf das Umfeld der Betroffenen hat. Kapitel 7 stellt den professionellen Umgang mit suizidalen Jugendlichen in den Vordergrund. Kapitel 8 beschäftigt sich mit dem Thema Suizidprävention. Hier werden unter anderem verschiedene Arten der Prävention sowie Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Settings vorgestellt. Kapitel 9 letztendlich enthält abschließende persönliche Schlussfolgerungen sowie einen kurzen Ausblick mit Vorschlägen für mögliche zukünftige Fragestellungen der Suizidforschung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit der vorliegenden Diplomarbeit wird bei personenbezogenen Bezeichnungen auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen beziehen sich jedoch stets auf beide Geschlechter.

2. Begriffsdefinitionen

2.1. Problem der Einheitlichkeit

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass es keine allgemein akzeptierten, einheitlichen Definitionen für Verhaltensweisen und Phänomene gibt, die mit „Suizid“ in Zusammenhang stehen, weshalb auch in der Fachliteratur eine Vielzahl von Bezeichnungen und Definitionen verwendet wird (Csorba et al., 2009). Bereits 1985 machte McIntosh darauf aufmerksam, dass es für „Suizid und suizidales Verhalten“ international keine einheitlich anerkannten Definitionen gibt. Dies trifft immer noch zu (Silverman et al., 2007a).

Dadurch ist einerseits die Erforschung dieses Themenfeldes erschwert, andererseits die Kommunikation zwischen Forschern und Fachleuten aus verschiedenen Ländern und Institutionen. Daher ist es fast unmöglich, verschiedene Forschungsarbeiten zum Thema „Suizid und Suizidalität“ miteinander zu vergleichen oder zu verallgemeinern. Nicht nur für Forscher, auch für Außenstehende wird es dadurch schwer, die Übersicht zu behalten, wenn verschiedene Quellen dieselben Phänomene verschieden klassifizieren oder die gleiche Klassifikation für unterschiedliche Phänomene verwenden. Beispielsweise sind die Grenzen zwischen verschiedenen suizidalen Phänomenen manchmal fließend, und einzelne Begriffe schwer voneinander abzugrenzen (Silverman et al., 2007a).

Bevor Forscher und Fachleute sich nicht auf einheitliche Begriffsdefinitionen für Begriffe rund um „Suizid“ einigen, ist es demnach nicht möglich, verschiedene Forschungsarbeiten und Statistiken auf wissenschaftlicher Basis miteinander zu vergleichen oder abzugleichen (Silverman et al., 2007b). Silverman et al. (2007b) zufolge fehlt eine standardisierte Nomenklatur mit verbindlichen Definitionen und Maßstäben für suizidale Phänomene. O’Carroll et al. (1996) versuchten zwar eine Nomenklatur zu erstellen, indem sie suizidale Phänomene je nach Ausprägung der Todesabsicht sowie der jeweiligen Endzustände unterschieden, die Nomenklatur wurde jedoch nur von wenigen Forschern und klinischen Gesellschaften angenommen und erlangte keine allgemeine Akzeptanz in wissenschaftlichen Kreisen (Silverman et al., 2007a). Silverman et al. (2007b) bezweifeln deshalb, dass jemals weltweit anerkannte, einheitliche Begriffe für „suizidales Verhalten“ definiert werden können.

Nachfolgend werden verschiedene in der Literatur verwendete Begriffe und Definitionen für „suizidale Phänomene“ vorgestellt. Anschließend wird erläutert, welche Definitionen innerhalb dieser Arbeit verwendet werden und welche nicht, sowie die Gründe dafür.

2.2. Suizid und Suizidalität

„Suizid“ wird als jede Form eines selbst herbeigeführten Todes (Tapia et al., 2007), bzw. als absichtlich begangene Selbstschädigung, die zum Tod führt, und der die Absicht zu sterben zugrunde liegt (Posner et al., 2007), definiert. In der Literatur finden sich sowohl Definitionen, die jeden selbst herbeigeführten Todesfall als Suizid bezeichnen (McPherson, 2005) sowie solche mit der Annahme, dass dem Todesfall die Absicht zu sterben zugrunde lag (Cash & Bridge, 2009; Nock et al., 2008b). Silverman et al. (2007b) verweisen zudem darauf, dass Suizid meist als letzter möglicher Ausweg angesehen wird, und somit erst begangen wird, wenn eine Person glaubt, eine Situation nicht mehr anders bewältigen zu können.

In dieser Arbeit wird Suizid als Akt der Selbsttötung definiert, dem eine Tötungsabsicht zugrunde lag, wobei die Begriffe Suizid und Selbstmord gleichbedeutend verwendet werden.

Der Begriff „Suizidalität“ wird häufig verwendet, um die Gesamtheit suizidalen Verhaltens und suizidaler Gedanken zusammenzufassen. Suizidalität kann demzufolge durch Gedanken, verbale oder nonverbale Drohungen oder durch Verhalten ausgedrückt werden (Silverman et al., 2007a). Horowitz et al. (2009) definieren Suizidalität als jede Form von Taten oder Gedanken, die mit Selbstmord in Zusammenhang stehen, was sowohl passive als auch aktive Handlungen und Taten mit einschließt. Macgowan (2004) zufolge umfasst Suizidalität Selbstmordversuche, absichtliche Selbstschädigung, Suizidabsichten sowie Selbstmordgedanken. Bei Cash und Bridge (2009) schließt Suizidalität zusätzlich auch suizidale Botschaften und Suizid mit ein.

Im Rahmen dieser Arbeit wird „Suizidalität“ als Überbegriff für jede Art von Handlungen oder Gedanken verwendet, die eine suizidale Komponente aufweisen. Demensprechend fällt auch Selbstmord unter diesen Überbegriff.

2.2.1. Suizidrisiko

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff „Suizidrisiko“ verwendet, um das Risiko einer Person, Suizid zu begehen, begrifflich einstufen zu können. Suizidrisiko kann verschieden klassifiziert werden, beispielsweise als hoch, mittelhoch oder niedrig, als langfristig oder kurzfristig oder als akut drohend oder chronisch (Silverman et al., 2007a).

2.2.2. Selbstmordgedanken/Suizidgedanken

„Suizidgedanken“ sind passive Gedanken, tot sein zu wollen oder sich selbst zu töten, ohne dass es aktive Handlungen gibt, um diese Gedanken in die Tat umzusetzen (Posner et al., 2007), welche üblicherweise über einen längeren Zeitraum immer wieder auftreten (Park et al., 2010). Manche Forscher schließen außerdem auch Gedanken daran, sich selbst zu verletzen, in die Definition von Suizidgedanken mit ein (Cash & Bridge, 2009). Silverman et

al. (2007b) bezeichnen Suizidgedanken als eine Art der gedanklichen Abwägung bezüglich der vorhandenen Optionen einer Person.

2.2.3. Suizidale Kommunikation & Suiziddrohungen

„Suizidale Kommunikation“ kann verbal oder nonverbal erfolgen und ist jede Art der Mitteilung von Suizidgedanken, eines Suizidwunsches oder der Absicht, sich zu verletzen oder umzubringen. Suizidale Kommunikation alleine geht nicht mit einer körperlichen Schädigung einher (Silverman et al., 2007b).

„Suiziddrohungen“ sind eine Form von suizidaler Kommunikation, mit der eine Verhaltensänderung anderer Menschen bewirkt werden soll (Cash & Bridge, 2009). Suiziddrohungen sind verbale oder nonverbale, beobachtbare Gesten, die keine selbstschädigende Komponente aufweisen und von Außenstehenden als Hinweis für zukünftiges suizidales Verhalten gedeutet werden können. Selbstmorddrohungen sind laut Silverman et al. (2007b) außerdem Ausdruck einer Bewältigungsmethode, die dazu dient, in einer schweren Situation die Kontrolle wiederzuerlangen.

In dieser Arbeit werden die Begriffe suizidale Kommunikation und Suiziddrohungen nicht weiter verwendet, da beide Begriffe nicht eindeutig definiert werden. Stattdessen wird der Überbegriff Suizidalität verwendet.

2.2.4. Suizidale Entwicklung nach Pöldinger

Pöldinger (1968) zufolge lässt sich „suizidale Entwicklung“ in 3 Stadien einteilen. Zunächst durchlebt der Patient das sogenannte Erwägungsstadium, in dem er erstmals Suizidgedanken entwickelt, und Außenstehende erste Hinweise auf seine Suizidalität erhalten können. Das darauf folgende Ambivalenzstadium ist geprägt durch kurzzeitige Suizidimpulse, die jedoch immer wieder unterbrochen werden (Uhl, 2010). Die Betroffenen beginnen in diesem Stadium alle Anzeichen, die für einen Selbstmord sprechen gegen jene, die dagegen sprechen, abzuwägen (Tomandl et al., 2008). Auch in dieser Phase besteht für außen stehende Beobachter die Chance, Hinweise für eine Suizidgefahr wahrzunehmen. Das dritte Stadium, das Entschlusstadium, stellt jene Phase dar, in der der Entschluss zum Suizid gefasst ist, und Vorbereitungen für den eigenen Tod getroffen werden. Diese letzte Phase ist als besonders gefährlich anzusehen, nicht nur, weil ihr die Absicht, sich das Leben zu nehmen, zugrunde liegt, sondern auch, weil die Betroffenen eine gewisse Resignation entwickelt haben, in der keine äußerlichen Anzeichen für die akute Suizidalität vorhanden sind, und das Erkennen durch Außenstehende somit kaum möglich ist (Uhl, 2010).

2.2.5. Selbstmordversuch/Suizidversuch

Der Begriff „Selbstmordversuch“ kann auf verschiedene Arten definiert werden, wobei Patienten und Fachleute, aber auch Fachleute untereinander häufig sehr unterschiedliche

Auffassungen von einem Selbstmordversuch haben. Meehan et al. (1992) stellten beispielsweise fest, dass von 10 selbstberichteten Selbstmordversuchen nur etwa 1 eine Krankenhausaufnahme und weitere 2 medizinische Behandlung erfordern (Silverman et al., 2007a). In 7 von 10 Fällen empfinden die Betroffenen, einen Suizidversuch begangen zu haben, ohne dass die daraus resultierenden Folgen medizinisch relevant zu sein scheinen.

Die meisten Forscher sind sich jedoch einig, dass ein „Suizidversuch“ als absichtlich begangenes selbstschädigendes Verhalten betrachtet werden kann, dem ein mehr oder weniger starker Wunsch zu sterben zugrunde liegt, und dessen Ziel der eigene Tod ist (Cash & Bridge, 2009; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Silverman et al., 2007b). Bei einem Suizidversuch muss es jedoch nicht unbedingt zu körperlichen Verletzungen kommen (Posner et al., 2007; Silverman et al., 2007b).

Ein „Selbstmordversuch“ unterscheidet sich laut Dervic et al. (2007) von „absichtlicher Selbstschädigung“ dadurch, dass ein Selbstmordversuch in der Absicht begangen wird, sich das Leben zu nehmen. Absichtliche Selbstschädigung hingegen kann auch ohne Todeswunsch bzw. Todesabsicht begangen werden (Hawton et al., 2008).

Die Bezeichnung „Suizidversuch“ bzw. „Selbstmordversuch“ wird im Rahmen dieser Arbeit als absichtlich begangene, aktive Handlung verstanden, deren Ziel der eigene Tod ist, und die eine gewisse Bedrohung der Gesundheit darstellt, ohne jedoch zum Tod zu führen. Führt ein Suizidversuch/Selbstmordversuch doch zum Tod, handelt es sich um einen Suizid/Selbstmord.

2.2.6. Suizidales Verhalten

Unter dem Überbegriff „Suizidales Verhalten“ lassen sich viele Arten suizidaler Phänomene zusammenfassen. Laut Bursztein und Apter (2008) sind Selbstmordgedanken, Selbstmorddrohungen, Suizidgesten, Selbstverletzung, nur sehr unwahrscheinlich zum Tod führende Selbstmordversuche, beinahe tödliche Selbstmordversuche und Suizide allesamt als suizidale Verhaltensweisen anzusehen. Die meisten Autoren definieren Suizidgedanken wie Bursztein und Apter auch als Form suizidalen Verhaltens (Nock et al., 2008b; Tapia et al., 2007; Sun & Long, 2008), während beispielsweise Macgowan (2004) lediglich aktive Handlungen wie Suizid, Selbstmordversuche und absichtliche Selbstschädigung als suizidales Verhalten bezeichnet, und passive Selbstmordgedanken von suizidalem Verhalten ausklammert. Auch konkrete Suizidabsichten (Nock et al., 2008b) und Suizidvorbereitungen können als Formen suizidalen Verhaltens angesehen werden (Tapia et al., 2007).

Suizidales Verhalten kann je nach zugrunde liegender Absicht unterteilt werden (Silverman et al., 2007b; Sun & Long, 2008). Tapia et al. (2007) verweisen jedoch darauf, dass das Ziel suizidalen Verhaltens im Endeffekt immer der Selbstmord ist. Nichtsdestotrotz bleibt

anzumerken, dass auch suizidales Verhalten ohne jegliche Tötungsabsicht letztlich tödlich enden kann, und somit immer eine Gefahr für die Gesundheit darstellt (Vitiello & Pearson, 2008).

Im Rahmen dieser Arbeit ist „suizidales Verhalten“ mit „Suizidalität“ gleichgesetzt und steht somit für jede Art suizidaler Verhaltensweisen oder Gedanken.

2.2.7. Suizidabsicht und Suizidvorsatz

„Suizidabsichten“ können definiert werden als gedankliches Planen der Vorgangsweise für eine Handlung, die unter Umständen zu einer Selbstschädigung führt (Silverman et al., 2007b). Eine schwerwiegende Suizidabsicht zeichnet sich Greydanus et al. (2009) zufolge dadurch aus, dass der eigene Selbstmord im Voraus geplant wird, und die Betroffenen Vorbereitungen treffen, damit ihre Absicht nicht von Außenstehenden entdeckt wird. Außerdem spricht für eine ausgeprägte Suizidabsicht, wenn bewusst sehr gefährliche Suizid- oder Selbstschädigungsmethoden angewandt werden, und wenn die Betroffenen einen Schlusstrich ziehen, beispielsweise indem sie einen Abschiedsbrief verfassen.

Ein „Suizidvorsatz“ wird definiert als das willentliche und bewusste Erleben eines Sterbenswunsches, wobei sich die Betroffenen des potentiellen Risikos einer suizidalen Handlung bewusst sind. Der Wahl bestimmter Suizidhilfsmittel oder Suizidmethoden sind bereits Überlegungen vorangegangen. Die Betroffenen verfügen über ein gewisses Maß an Wissen über die Anwendung einer Suizidmethode oder eines Suizidhilfsmittels (Silverman et al., 2007a).

2.2.8. Suizidgesten

„Suizidgesten“ sind aktive, selbst durchgeführte Handlungen, die eine Person schädigen, welchen jedoch nur eine geringe Letalität bzw. eine geringe Todesabsicht zugrunde liegen (Silverman et al., 2007a).

Der Begriff „Suizidgeste“ wird in dieser Arbeit nicht weiter verwendet. Stattdessen wird der Begriff „selbstschädigendes Verhalten“ verwendet.

2.2.9. Präsuizidales Syndrom nach E. Ringel

Das „Präsuizidale Syndrom“ konzentriert sich auf die emotionale Situation des suizidalen Menschen. Laut Erwin Ringel (1953) veranschaulicht das präsuizidale Syndrom die charakteristische Entwicklung einer suizidalen Krise. Hauptmerkmal sind empfundene „Gefühle der Einengung“, wobei die Patienten einerseits ihre Handlungsmöglichkeiten als schwer eingeschränkt empfinden und andererseits auch eine stark eingeeengte Wahrnehmung aufweisen. Zusätzlich empfinden die Betroffenen „ausgeprägte Aggressionen gegen sich selbst“. Ein weiteres wichtiges Merkmal sind die sogenannten „Suizidphantasien“,

bei denen 2 Arten unterschieden werden können. Demnach gibt es „aktive Suizidphantasien“, welche von den Betroffenen absichtlich durchlebt werden und auch bewusst unterbrochen werden können, und „passive Suizidphantasien“, welche von den Betroffenen nicht kontrolliert werden können und deshalb oft als besonders qualvoll wahrgenommen werden (Etzersdorfer, 2010).

Das Präsuizidale Syndrom wird in der internationalen Fachliteratur kaum mehr verwendet, weshalb es auch innerhalb dieser Arbeit keine weitere Erwähnung finden soll.

2.3. Selbstschädigendes Verhalten und absichtliche Selbstschädigung

Die Bezeichnung „Absichtliche Selbstschädigung“ existiert bereits seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. 1928 bezeichnete Menninger absichtliche Selbstschädigung als Form des teilweisen Selbstmordes, um auf diese Art komplettem Suizid vorzubeugen (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009). 1938 konkretisierte Menninger seine Aussage und nannte absichtliche Selbstschädigung eine abartige Methode einer Person, den eigenen Selbstmord abzuwenden (Csorba et al., 2009).

Für „selbstschädigendes Verhalten“ existieren in der Literatur viele verschiedene Ausdrücke wie Selbstschädigung, Autoaggression, Parasuizid oder Selbstverstümmelung (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009). Für Hawton et al. (2008) bezeichnet selbstschädigendes Verhalten alle Verhaltensweisen, welche selbst begangen werden und schädliche Auswirkungen auf den eigenen Körper haben, unabhängig von den dem Verhalten zugrunde liegenden Motiven. Dementsprechend kann selbstschädigendes Verhalten in der Absicht begangen werden, sich selbst zu töten, mit belastenden Gefühlen umzugehen oder nach außen hin zu veranschaulichen, wie schlecht man sich innerlich fühlt.

Die Definition von Hawton et al. (2008) unterscheidet nicht zwischen suizidalem und nicht suizidalem selbstschädigenden Verhalten, was Autoren wie Nock et al. (2008b) als problematisch bezeichnen. Suizidale und nicht suizidale Selbstschädigung können sich der Fachliteratur zufolge zwar teilweise überlappen (McGirr et al., 2009), dennoch drängen einige Forscher auf die Unterscheidung zwischen suizidaler und nicht suizidaler Selbstschädigung (Nock et al., 2008b), während andere davon ausgehen, dass absichtlich zugefügter Selbstschädigung generell keinerlei (Resch et al., 2008) oder höchstwahrscheinlich keine Tötungsabsicht zugrunde liegt (Silverman et al., 2007b). Lofthouse und Yager-Schweller (2009) sehen den Unterschied zwischen suizidaler und nicht suizidaler Selbstschädigung in der dem Verhalten zugrunde liegenden Absicht. Während suizidale Selbstschädigung die eigene Existenzauflösung zum Ziel hat, liegt die Absicht bei nicht suizidaler Selbstschädigung darin, das eigene Bewusstsein so zu verändern, dass empfundenes Leid verringert wird, um auf diese Art ein Weiterleben zu ermöglichen. Des

Weiteren ist auch in Fachkreisen noch nicht geklärt, ob suizidale Selbstschädigung als eine Vorform von Suizidalität angesehen werden sollte, oder ob sie eine eigenständige Psychopathologie abseits von Suizidalität darstellt.

Unabhängig davon, ob Selbstschädigung suizidal oder nicht suizidal ist, kann sie zu ernsthaften Verletzungen, Wundinfektionen, Tod sowie einem erhöhten Suizidrisiko führen (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009), da auch ungeplante absichtliche Selbstschädigung ohne jegliche Tötungsabsicht tödlich enden kann (Vitiello & Pearson, 2008).

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe „absichtliche Selbstschädigung“ und „selbstschädigendes Verhalten“ synonym verwendet und beziehen sich auf die Definition von Hawton et al. (2008).

3. Epidemiologie von Suizidalität

3.1. Internationale Datenlage

3.1.1. Häufigkeit suizidaler Phänomene

Suizid stellt in Gesundheitssystemen weltweit ein großes Problem dar (Johnson & Coyne-Beasley, 2009) und ist international für eine große Zahl von Todesfällen verantwortlich (Nock et al., 2008b). Beispielsweise verstarben 2002 weltweit geschätzte 877000 Menschen durch Suizid (Isaac et al., 2009), aktuellere Schätzungen gehen jährlich von etwa 1 Million Suizidtoten weltweit aus (Nock et al., 2008b).

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) passieren etwa 16,7 Suizide pro 100000 Personen pro Jahr. Suizid ist demnach die 14-häufigste Todesursache weltweit und für circa 1,5% aller Todesfälle verantwortlich (Nock et al., 2008b). Lewinsohn et al. (2001) zufolge begehen 3% bis 15% aller Menschen im Laufe ihres Lebens mindestens einen Suizidversuch (Hacker et al., 2006).

Nock et al. (2008a) zufolge entwickeln 9,2% aller Menschen irgendwann im Laufe ihres Lebens Selbstmordgedanken und 3,1% Selbstmordabsichten. 2,7% der Weltbevölkerung begehen zeitlebens einen Selbstmordversuch. Andere Studien sprechen davon, dass zwischen 3,4% und 52,9% aller Menschen irgendwann Suizidgedanken aufweisen (Tapia et al., 2007). Etwa 29% aller Personen mit Suizidgedanken begehen auch einen Suizidversuch (Nock et al., 2008b). 7% bis 12% aller Personen, die einen Suizidversuch begehen, versterben innerhalb der nächsten 10 Jahre durch Suizid (Lynch et al., 2008). Von allen Personen, die einen Suizidversuch unternehmen, versterben letztendlich etwa 15% auch durch Suizid, während etwa 30% bis 40% aller Suizidtoten davor bereits mindestens einen Suizidversuch begangen haben (Gradus et al., 2010).

Absichtliche Selbstschädigung ist weltweit ein weit häufigeres Phänomen als Suizid (Hawton & Harriss, 2008). Über die genaue Prävalenz¹ kann jedoch nur spekuliert werden, da es fast nur Studien in klinischen Settings gibt. Weil aber viele Betroffene keinerlei medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, werden diese Personen in klinischen Studien nicht erfasst, weshalb davon auszugehen ist, dass die Häufigkeit von absichtlicher Selbstschädigung in der vorhandenen Forschung nicht korrekt erfasst wird (Starling et al., 2004).

¹ Prävalenz: „Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode“ (Psyhyrembel, 2004)

Es ist schwer, die zukünftige Entwicklung der Suizidzahlen vorherzusagen, die WHO geht jedoch davon aus, dass die Anzahl der Suizidtode weltweit bis zum Jahr 2030 um bis zu 50% gegenüber dem Jahr 2002 ansteigen wird (Nock et al., 2008b).

3.1.2.Geografische Unterschiede

Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden sowie fehlender Daten liegen nicht aus allen Ländern der Welt vergleichbare Suizidzahlen vor (Nock et al., 2008b). Zudem sind vorhandene Suizidstatistiken verschiedener Länder nicht unbedingt vergleichbar, da unterschiedliche Erhebungsstandards angewandt werden, oder Begrifflichkeiten verschieden definiert werden (Silverman et al., 2007a). Auch die Schätzung von Suizidzahlen gestaltet sich schwierig, da in vielen Ländern Suizide nicht immer korrekt als solche identifiziert werden (Starling et al., 2004). Dieses Problem ist in Österreich kaum vorhanden, da die Suiziddaten aus der Österreichischen Todesursachenstatistik der Statistik Austria hochgradig reliabel und valide sind (Kapusta, 2011).

Suizidraten variieren international stark und sind Nock et al. (2008b) zufolge in Osteuropa am höchsten und in Zentral- und Südamerika am niedrigsten.

In einer Publikation der Statistik Austria von 2008 wies innerhalb Europas Litauen die höchsten Selbstmordraten bei Männern auf. Hier passierten 2,5 Mal so viele Selbstmorde unter Männern wie im europäischen Durchschnitt, gefolgt von Russland. Südeuropäische Länder hingegen wiesen innereuropäisch die niedrigsten Selbstmordzahlen unter Männern auf, allen voran Albanien, Griechenland sowie Zypern. Bei Frauen waren die Selbstmordzahlen innerhalb Europas in Litauen und Ungarn am höchsten und am niedrigsten in Zypern, Griechenland, Albanien sowie Portugal. Speziell bei Männern war bei den Selbstmordzahlen ein Ost-West Gefälle mit weit höheren Selbstmordraten in Osteuropa als in Westeuropa zu beobachten (Statistik Austria, 2008). Inwieweit diese Angaben zu Selbstmordraten auch in Zeiten der Wirtschaftskrise (speziell im Fall Griechenland) noch zutreffen, kann aufgrund fehlender aktueller Zahlen nicht beurteilt werden, es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass diese Zahlen mittlerweile nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entsprechen.

Prinzipiell sind Suizidraten in einem Land oder einer Region umso höher, je schwerer der Zugang zur Gesundheitsversorgung und speziell zur psychiatrischen Versorgung ist (Campo, 2009). In Ländern mit niedrigem oder mittlerem Pro-Kopf Einkommen scheinen das Geschlecht und psychische Erkrankungen keine so große Rolle in Bezug auf Suizidalität zu spielen wie in Ländern mit hohem Pro-Kopf Einkommen (Nock et al., 2008a).

3.1.3. Geschlechtsunterschiede

Weltweit versterben mehr Männer durch Suizid als Frauen, während Frauen weit häufiger Suizidversuche begehen als Männer (Oquendo et al., 2007; Nock et al., 2008b; Wunderlich et al., 2001). Männer begehen somit 2 bis 7,5 Mal so häufig Selbstmord wie Frauen (Wunderlich et al., 2001; Nock et al., 2008b), während Frauen 3 bis 9 Mal so oft Suizidversuche unternehmen wie Männer (Nock et al., 2008b). Man spricht bei diesem Phänomen vom „Geschlechtsparadoxon suizidalen Verhaltens“ (Lindqvist et al., 2007). Die einzigen diesbezüglichen Ausnahmen stellen China und Indien dar, wo Männer und Frauen in etwa gleich häufig Selbstmord begehen. Die Gründe hierfür sind nicht bekannt, manche Forscher gehen jedoch davon aus, dass der niedrige Status von Frauen in diesen Ländern sowie die dort gängigen lebensbedrohlicheren Suizidmethoden dafür verantwortlich sein könnten – in Indien beispielsweise ist Selbstverbrennung eine häufige Suizidmethode, während in China orale Pestizidvergiftung eine sehr verbreitete Methode darstellt (Nock et al., 2008b).

Mögliche Erklärungen für die höheren Suizidraten bei Männern könnten sein, dass Männer häufig gefährlichere oder gewaltsamere Suizidmethoden anwenden als Frauen, was die Wahrscheinlichkeit für einen tödlichen Ausgang erhöht (von Borczyskowski et al., 2010; Wunderlich et al., 2001), sowie dass Männer, die einen Suizidversuch unternehmen, häufiger die Absicht zu sterben verfolgen, als Frauen (Nock et al., 2008b). Außerdem tendieren Frauen viel eher dazu, sich bei psychischen Problemen oder Suizidalität professionelle Hilfe zu suchen als Männer (King et al., 2009; Sourander et al., 2009). Das legt den Schluss nahe, dass suizidale Frauen aufgrund der eher in Anspruch genommenen medizinischen Hilfe weniger häufig durch Suizid versterben.

Auch die häufigsten Auslöser für einen Suizidversuch variieren zwischen Männern und Frauen. Während Frauen am häufigsten Beziehungsprobleme als Auslöser für einen Suizidversuch nennen, sind es bei Männern eher zwischenmenschliche Konflikte, hauptsächlich im Berufsleben. Suizidale Mädchen und Frauen weisen zudem häufiger psychische Erkrankungen auf als Männer, während bei suizidalen Männern Suchtmittelmissbrauch viel öfter vorkommt als bei Frauen (Wunderlich et al., 2001). Im Gegensatz zu Frauen leidet nur jeder zweite Mann, der Suizid begeht, auch an Depressionen (King et al., 2009).

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen werfen die Frage auf, ob diese biologisch oder aber durch die Gesellschaft und den kulturellen Kontext bedingt sind. Diese Frage konnte bislang nicht einwandfrei geklärt werden (Tapia et al., 2007).

3.1.4. Suizidalität im Jugendalter

3.1.4.1. Suizid

Auch bei Jugendlichen stellen Suizide weltweit ein großes Public Health Problem dar (Macgowan, 2004; Park et al., 2010; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Wunderlich et al., 2001). Die WHO geht davon aus, dass weltweit jährlich etwa 4 Millionen Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren Selbstmordversuche begehen, und mindestens 90000 durch Selbstmord versterben (Greydanus et al., 2009).

Suizidalität ist bei Jugendlichen in allen sozialen Schichten zu beobachten und tritt nicht wie bei Erwachsenen häufiger in sozioökonomisch niedrigen Schichten auf (Hawton et al., 2008b; Shain & Committee on Adolescence, 2007). Suizide vor Beginn der Pubertät sind sehr selten, die Suizidraten steigen erst ab dem 12. Lebensjahr drastisch an. Forscher führen diese Entwicklung darauf zurück, dass Erkrankungen wie Depressionen und Suchtmittelmissbrauch, die das Auftreten von Suizidalität begünstigen, meist auch erst ab Beginn der Pubertät ausbrechen (Dervic et al., 2008).

Auch bei Jugendlichen variieren die Zahlen verübter Selbstmorde stark von Land zu Land, zwischen verschiedenen Kulturen sowie zwischen Ethnien (Nock, 2009). In Russland sterben beispielsweise etwa 3 Mal so viele Jugendliche durch Selbstmord wie in den USA, während in Portugal nur etwa ein Drittel so viele Selbstmorde wie in den USA geschehen (Ash, 2008).

Wie bei Erwachsenen versterben auch im Jugendalter mehr Burschen durch Suizid als Mädchen, während die Zahl verübter Suizidversuche bei Mädchen höher ist (Ash, 2008; Cash & Bridge, 2009; Hawton et al., 2008b; Leiker & Level, 2004; Sourander et al., 2009). Es gibt jedoch auch in dieser Altersgruppe Länder, die Ausnahmen darstellen. Beispielsweise ist in Norwegen und Slowenien, aber auch in Teilen Südamerikas sowie in China die Zahl Suizidtoter unter 14 Jahren bei Mädchen höher als bei Burschen (Dervic et al., 2008). In China versterben sogar generell mehr weibliche Jugendliche als männliche durch Suizid (Dervic et al., 2007).

Laut „WHO Mortality Data“ von 2003 hat Sri Lanka weltweit die höchste Suizidrate in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen mit 46,5 Suizidtoten pro 100000 Einwohner, während Länder wie Georgien oder Ägypten eine Suizidrate von unter 1,0 pro 100000 Einwohner in dieser Altersgruppe aufweisen (Dervic et al., 2007). Nach den politischen Umstürzen in Ägypten und anderen arabischen Ländern im Jahr 2011 muss hier angemerkt werden, dass diese Zahlen mittlerweile möglicherweise nicht mehr zutreffend sind. Es liegen bis dato jedoch noch keine aktuelleren Daten hierzu vor, um diese Frage zu beantworten.

Innerhalb Europas weisen 13 osteuropäische Länder die höchsten Suizidraten bei unter 15-jährigen Kindern und Jugendlichen auf. Die Gründe hierfür sind nicht eindeutig geklärt. Es wäre jedoch möglich, dass Faktoren wie Armut, Gewalt und erschwerter Zugang zu Gesundheitseinrichtungen in osteuropäischen Ländern zu dieser Entwicklung beigetragen haben bzw. beitragen (Dervic et al., 2008).

International sind verschiedene Trends bei der Entwicklung der Suizidzahlen zu beobachten. Während beispielsweise in den USA und Kanada die Suizidraten bei männlichen Jugendlichen ansteigen, sind sie in Großbritannien und Australien für beide Geschlechter konstant. In Österreich andererseits nahm die Suizidrate bei den unter 15-Jährigen beiden Geschlechts in den letzten Jahren sogar ab (Dervic et al., 2008).

Die weltweit höchsten Suizidraten bei unter 15-Jährigen weist Kasachstan auf, während in dieser Altersgruppe in afrikanischen und östlichen Mittelmeerländern die niedrigsten Suizidraten beobachtet werden können (Dervic et al., 2008).

3.1.4.2. Andere suizidale Phänomene

Verschiedene Studien belegen, dass die Prävalenz von Depressionen und Selbstmordgedanken bei jungen Menschen innerhalb der letzten Jahrzehnte angestiegen ist (Starling et al., 2004). Auch absichtliche Selbstschädigung kommt bei Jugendlichen vergleichsweise recht häufig vor (Miotto & Preti, 2007). Auf jeden Suizidtoten in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen kommen laut Hawton & Harriss (2008) durchschnittlich 200 Fälle von absichtlicher Selbstschädigung, die eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich machen. Hierbei gibt es jedoch starke Geschlechtsunterschiede. Auf jeden weiblichen Suizidtoten zwischen 10 und 19 Jahren kommen mindestens 600 Fälle von absichtlicher Selbstschädigung in dieser Altersgruppe. Bei Burschen zwischen 10 und 19 Jahren hingegen kommen auf jeden Suizidtoten etwa 60 Fälle absichtlicher Selbstschädigung. Shain & Committee on Adolescence (2007) berichten zudem von etwa 50 bis 100 Selbstmordversuchen unter Jugendlichen pro Suizid in dieser Altersgruppe. Insgesamt kommt absichtliche Selbstschädigung laut Resch et al. (2008) bei circa 6% bis 15% aller Jugendlichen vor. Absichtliche Selbstschädigung tritt dabei gehäuft im Alter zwischen 13 und 14 Jahren erstmals auf, während die Häufigkeit von Selbstmordgedanken ab einem Alter von 16 Jahren und jene von Suizidversuchen ab 14 Jahren stark zunimmt (Tuisku et al., 2006).

Im Jahr 2000 wiesen laut Horowitz et al. 12% aller Kinder zwischen 6 und 12 Jahren und 53% aller Jugendlichen zwischen 13 und 19 Jahren Suizidgedanken auf (Shtayermman, 2008). In den USA ziehen Bhatia und Bhatia (2007) zufolge 20% aller Teenager irgendwann

im Laufe ihrer Pubertät Selbstmord ernsthaft in Erwägung, während 8% auch einen Suizidversuch begehen.

Laut Sourander et al. (2009) liegt Suizidversuchen und Suiziden bei Burschen häufiger ein Todeswunsch zugrunde, während bei Mädchen Suizidversuche und Suizide eher als Ausdruck von Verzweiflung, Leid und Kummer oder als Mittel zum Zweck, um das Verhalten Anderer zu ändern, angesehen werden.

3.2. Datenlage in Österreich

Seit 1986, als 2139 Personen in Österreich Suizid begingen – das entspricht einer Suizidrate von über 28 pro 100000 Einwohner (Katschnig et al., 2001) – sinken die Suizidzahlen kontinuierlich (Kapusta, 2011; Statistik Austria, 2008). Seit Ende der 1970er Jahre konnte bei den Suizidraten in Österreich ein Rückgang von 34% beobachtet werden, seit Ende der 1980er Jahre ein Rückgang um 21% (Statistik Austria, 2008). 2010 begingen in Österreich beispielsweise 1261 Personen, 968 männliche und 293 weibliche, Suizid. Das entspricht bei Männern einer Suizidrate von 23,9 pro 100000 Einwohner und bei Frauen von 6,8 pro 100000 Einwohner (Kapusta, 2011). Unter den 1261 Suizidtoten von 2010 waren österreichweit 3 Personen unter 15 Jahren, 1 Mädchen und 2 Burschen. Suizid ist für ungefähr 2% aller Todesfälle in Österreich verantwortlich. Demgegenüber stehen 2010 österreichweit 45 Tote durch Mord (Statistik Austria, 2011), sowie 577 Verkehrstote (Kapusta, 2011).

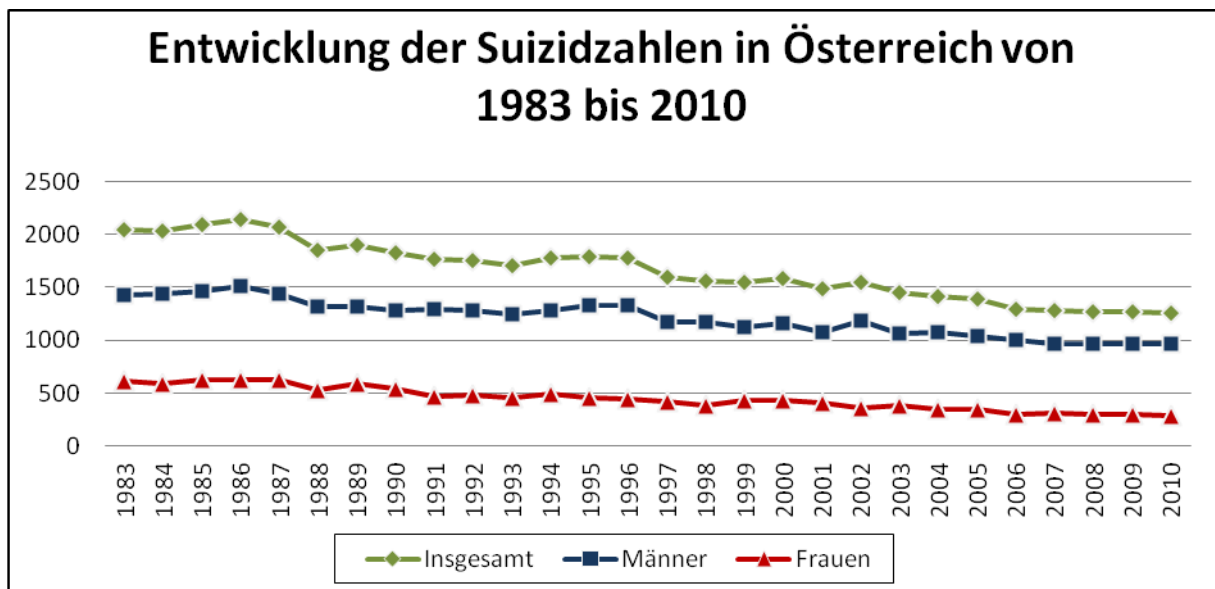


Abbildung 1 „Entwicklung der Suizidzahlen in Österreich seit 1983 (Statistik Austria, 2011)“

Wie in den meisten anderen Ländern auch, sterben in Österreich mehr Männer durch Suizid als Frauen. Während die Statistik Austria (2008) von dreimal so vielen Suiziden bei Männern wie bei Frauen berichtet, sprechen Katschnig et al. (2001) lediglich von circa doppelt so vielen Suiziden unter Männern wie unter Frauen, wobei das Suizidrisiko mit dem Alter ansteigt und im höheren Alter etwa viermal so viele Männer wie Frauen durch Suizid sterben.

In der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen in Österreich ist Suizid bei Burschen nach Unfällen die zweithäufigste und bei Mädchen nach Unfällen und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache. 2006 lag die durchschnittliche Suizidrate der 15- bis 19-Jährigen bei 8,1 pro 100000, wobei die der Burschen 12,7 pro 100000 und jene der Mädchen 3,3 pro 100000 betrug (Dervic et al., 2007). 2008 verstarben in Österreich von insgesamt 285 Toten in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen 34, 26 männliche und 8 weibliche, Kinder und Jugendliche durch Suizid (Statistik Austria, 2009). 2010 verstarben in Österreich 221 10- bis 19-Jährige Kinder und Jugendliche, 40 davon durch Selbstmord, wobei 31 Suizidtote männlich und 9 weiblich waren (Statistik Austria, 2011).

Im Bundesländervergleich weisen die Steiermark und Kärnten die höchsten, und das Burgenland, Wien sowie Vorarlberg die niedrigsten Suizidraten auf, wobei speziell Wien und das Wiener Umland, das nördliche Burgenland sowie Osttirol signifikant niedrigere Suizidraten als der österreichische Durchschnitt aufweisen (Kapusta, 2011; Statistik Austria, 2008). Während früher lange Zeit das Bundesland Kärnten in allen Altersgruppen die höchste Suizidrate Österreichs aufwies (Dervic et al., 2008), hat mittlerweile die Steiermark österreichweit die höchste Suizidrate mit 19 Suiziden pro 100000 Einwohner (Kapusta, 2011).

Dervic et al. (2006a) untersuchten alle Suizide von unter 15-Jährigen im Zeitraum von 1970 bis 2001 und berichteten von insgesamt 275 Suizidtoten unter 15 Jahren in dieser Zeitspanne. Davon waren 212 Tote Burschen und 63 Mädchen. In den 31 untersuchten Jahren begingen überdies auch 7 Kinder unter 10 Jahren Suizid, 5 Buben und 2 Mädchen. Während viele andere Länder steigende oder konstante Jugendsuizidraten registrieren, sind die Suizidzahlen der unter 15-Jährigen (Dervic et al., 2006a; Dervic et al., 2008) sowie der 15- bis 19-Jährigen in Österreich seit Beginn der 1980er Jahre rückläufig (Dervic et al., 2007).

Der konstante Rückgang der Suizidzahlen in allen Altersgruppen in Österreich könnte laut Etzersdorfer et al. (1996) auf den sogenannten Kohorteneffekt zurückzuführen sein. Dieser besagt, dass positive Veränderungen innerhalb der Gesellschaft die Anzahl begangener Suizide vermindern, und zwar zu allererst bei den jüngsten Generationen. Jedoch wird nicht

weiter ausgeführt, welche gesellschaftlichen Veränderungen diesen Kohorteneffekt bedingen (Dervic et al., 2007).

Anders als die Zahl der Suizide kann die Zahl der in Österreich begangenen Suizidversuche nur geschätzt werden. Forscher gehen von zwischen 25000 und 30000 Suizidversuchen jährlich aus, wobei auch über die am häufigsten angewandten Methoden keine offiziellen Daten vorliegen (Katschnig et al., 2001).

3.3. Suizid während stationärer Krankenhausbehandlungen

Prinzipiell passieren recht wenige Suizide während stationärer Aufenthalte, weshalb die Erforschung von stationären Suiziden nicht einfach ist (Hermes et al., 2009). Nichtsdestotrotz sind auf psychiatrischen Stationen Suizide die häufigste Todesursache unter Patienten. In den USA gehen Forscher davon aus, dass von 30000 Suiziden jährlich etwa 5% bis 6% während stationärer Krankenhausaufenthalte passieren (Lynch et al., 2008). In Großbritannien passieren bis zu 12% aller Selbstmorde während stationärer Aufenthalte auf psychiatrischen Stationen (McPherson, 2005). Diese Angaben beziehen sich auf das Erwachsenenalter, weil zu stationären Suiziden unter Kindern und Jugendlichen weder internationale noch nationale Daten existieren.

Wie viele Suizide in Österreich während stationärer Aufenthalte begangen werden, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht recherchiert werden, da keine Daten hierzu vorliegen.

3.4. Suizidmethoden

3.4.1. Internationale Datenlage

Die häufigsten Suizidmethoden variieren von Land zu Land und hängen hauptsächlich von soziokulturellen Faktoren bzw. der Verfügbarkeit von Suizidhilfsmitteln ab. Interessanterweise scheinen Jugendliche sich bei der Wahl der Suizidmethode an den bei Erwachsenen populärsten Methoden in ihrem Land zu orientieren (Dervic et al., 2007). Nichtsdestotrotz verweist die Fachliteratur auf eine Vielzahl von Möglichkeiten sich das Leben zu nehmen: Erhängen, Ersticken, Sprünge aus großer Höhe, Stromschläge, Selbstverbrennung, Erschießen und Überdosis sind nur einige Möglichkeiten, Suizid zu begehen (Hawton et al., 2008).

In der Literatur wird außerdem nach sogenannten harten und weichen Suizidmethoden unterschieden, wobei Burschen eher harte Methoden wie Erhängen oder Erschießen zu präferieren scheinen, während Mädchen weiche Methoden wie eine Überdosis oder andere Vergiftungen vorziehen (Dervic et al., 2007; Sourander et al., 2009). Verschiedene Forscher schließen daraus, dass die geschlechtsspezifischen Präferenzen bezüglich der Suizidmethoden dafür mitverantwortlich sind, dass Männer häufiger durch Suizid versterben

als Frauen, weil die Wahrscheinlichkeit, dass eine harte Suizidmethode zum Tod führt, höher ist als bei weichen Suizidmethoden (Nock et al., 2008b; Oquendo et al., 2007; Wunderlich et al., 2001).

Hawton et al. (2008) geben an, dass eine Medikamentenüberdosierung die weltweit häufigste Suizidmethode ist, wobei meist Schmerzmedikamente, aber auch Psychopharmaka wie Antidepressiva oder Beruhigungsmittel, verwendet werden. Auch unter Jugendlichen ist nach Shain & Committee on Adolescence (2007) eine Tablettenüberdosierung die am häufigsten angewandte Methode bei Suizidversuchen, wobei Burns et al. (2008) neben Tabletten- auch Drogenüberdosierungen als häufigste Suizidmethoden unter Jugendlichen nennen. In 75% aller untersuchten Fälle versuchten Jugendliche sich mittels Überdosis das Leben zu nehmen.

Johnson und Coyne-Beasley (2009) geben zudem an, dass über ein Drittel aller Suizide weltweit durch Erhängen begangen werden. Auch bei Jugendlichen unter 15 Jahren ist insgesamt das Erhängen die häufigste Suizidmethode (Dervic et al., 2008). In den USA werden die meisten Suizide von Jugendlichen mithilfe von Schusswaffen verübt (Cash & Bridge, 2009). 2009 waren Schusswaffen für 800 der 1934 Suizide unter Jugendlichen verantwortlich (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Studien zeigen, dass das bloße Vorhandensein einer Waffe in einem Haushalt mit großer Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass ein Selbstmordversuch in diesem Haushalt mittels der vorhandenen Waffe begangen wird (Cash & Bridge, 2009). Hierzu ist anzumerken, dass Suizidversuche mittels Schusswaffen im Vergleich zu anderen Suizidmethoden häufig zum Tod führen, da die Chancen auf Rettung bei dieser Methode sehr gering sind (Shain & Committee on Adolescence, 2007).

Kinder im Vorschulalter hingegen laufen vor Autos, springen aus großer Höhe oder werfen sich Treppen hinunter, um Suizid zu begehen (Dervic et al., 2008). International werden auch viele Suizide mittels Pestizidvergiftung begangen. Johnson und Coyne-Beasley (2009) zufolge waren 2002 30% aller Suizide weltweit auf eine absichtliche Vergiftung mit Pestiziden zurückzuführen.

McPherson (2005) untersuchte Selbstmorde während stationärer Krankenhausaufenthalte und stellte fest, dass die am häufigsten angewandte Methode hierbei das Erhängen mithilfe eines Gürtels an der Vorhangstange ist.

Bei absichtlicher Selbstschädigung sind Ritzen und Schneiden die am häufigsten angewandten Methoden, wobei diese meist an den Unterarmen und Handgelenken praktiziert werden (Csorba et al., 2009).

3.4.2. Datenlage in Österreich

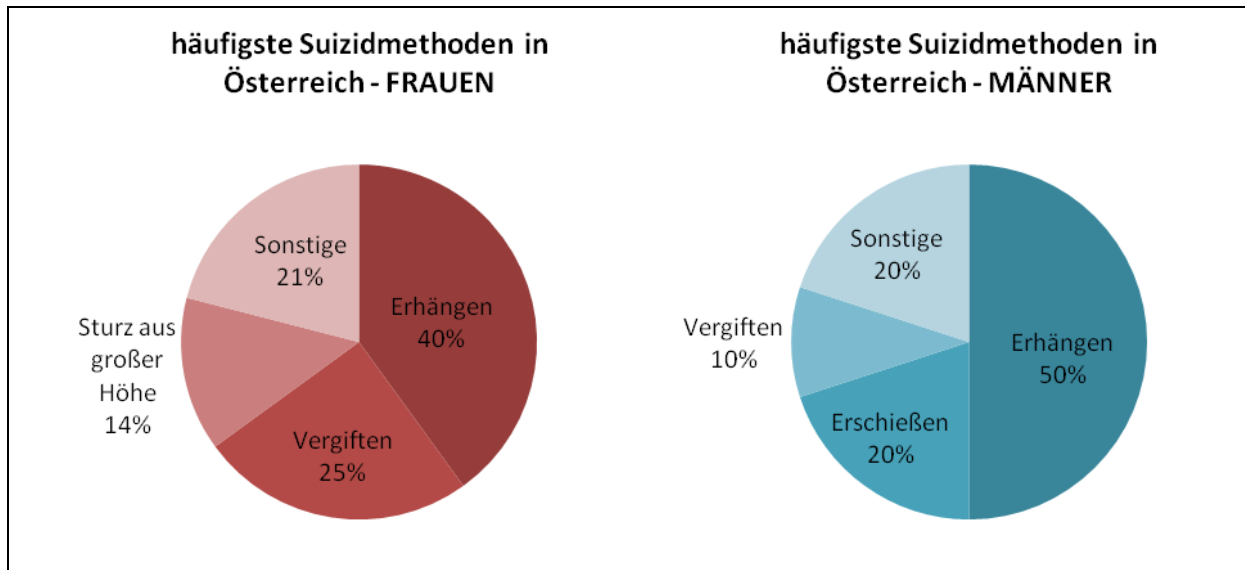


Abbildung 2 „Häufigste Suizidmethoden in Österreich bei Frauen und Männern (Katschnig et al., 2001)“

Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist bei beiden Geschlechtern das Erhängen. 40% aller weiblichen Suizidopfer sterben durch Erhängen, 25% durch Vergiftungen und 14% durch Sturz aus großer Höhe. Bei männlichen Suizidopfern ist Erhängen bei fast 50% die Methode der Wahl, gefolgt von Erschießen (20%) und Vergiftungen (10%) (Katschnig et al., 2001). Erhängen ist zudem auch in allen Bundesländern die häufigste Suizidmethode, wobei in großen Städten, allen voran in Wien, Sturz aus großer Höhe ebenfalls sehr häufig ist (Dervic et al., 2006a). Im speziellen Fall von Wien ist Sturz aus großer Höhe seit 1976 für die meisten Suizide verantwortlich (Dervic et al., 2007). Aktuell begehen auch Jugendliche in Wien am häufigsten Suizid durch Sturz aus großer Höhe (Dervic, 2010).

Bei österreichischen Mädchen ist die am häufigsten angewandte Suizidmethode Sturz aus großer Höhe, bei Burschen Erhängen (Dervic, 2010). Innerhalb des letzten Jahrzehnts stieg in Österreich die Zahl der Jugendsuizide durch Erschießen (Dervic et al., 2007). Seit 1996 hat sich die Zahl der jugendlichen Suizidtoten durch Erschießen bei Burschen demnach verdoppelt, und jene durch Sturz aus großer Höhe bei Mädchen sogar verdreifacht. Bei den unter 15-Jährigen ist Erhängen für zwei Drittel aller Suizide verantwortlich (Dervic, 2010). Hierbei ist anzumerken, dass die Schusswaffensuizidrate in einem Bundesland umso höher ist, je höher die Dichte von Personen mit Waffenscheinen in diesem Bundesland ist (Kapusta, 2011).

Bei nicht tödlich verlaufenden Suizidversuchen sind die am häufigsten angewandten Methoden Vergiftungen, Alkohol- und Medikamentenüberdosierungen (Katschnig et al., 2001).

4. Risikofaktoren, Auslöser und Auftrittsformen von Suizid und Suizidalität

Suizide können nicht vorhergesehen werden. Es ist lediglich möglich, Personen mit erhöhtem Risiko zu identifizieren (Shain & Committee on Adolescence, 2007; Vitiello & Pearson, 2008). Das Wissen über Risikofaktoren kann beim Erkennen von Jugendlichen mit erhöhtem Suizidrisiko helfen (Shain & Committee on Adolescence, 2007). Nock et al. (2008b) untersuchten Suizide in 17 europäischen, amerikanischen, asiatischen und afrikanischen Ländern mit einer Stichprobe von insgesamt über 84000 Personen und kamen zu dem Schluss, dass Risikofaktoren für Suizid und Suizidalität weltweit größtenteils konsistent sind (Nock et al., 2008a; 2008b). Nach Bursztein und Apter (2008) sind die häufigsten Auslöser für Suizidalität im Jugendalter international verschieden. Die in internationalen Studien am häufigsten genannten Gründe für Suizid sind der Wunsch, einer unerträglichen Situation zu entfliehen und sich so von ihr zu befreien sowie der Wunsch, überwältigenden psychischen oder emotionalen Schmerz zu beenden (Silverman et al., 2007a).

Hierbei ist jedoch stets zu beachten, dass das bloße Vorhandensein von Risikofaktoren für Suizidalität nicht unbedingt bedeutet, dass Suizidalität vorliegen muss. Das Vorliegen von Risikofaktoren ist nämlich weit häufiger als das Auftreten von Suiziden und Suizidalität. Andererseits können aber auch Jugendliche suizidal sein, ohne dass diese bestimmte, als typisch angesehene, Risikofaktoren aufweisen (Shain & Committee on Adolescence, 2007). Busch et al. (2003) unterscheiden zwischen akuten und chronischen Risikofaktoren für Suizid. Chronische Risikofaktoren liegen oftmals über Jahre hinweg vor, während bei akuten Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass die Betroffenen innerhalb eines Jahres Suizid begehen. Zu den akuten Risikofaktoren gehören unter anderem schwere Angstzustände, Panikattacken und Alkoholmissbrauch (Lynch et al., 2008).

Das Vorhandensein eines einzelnen Risikofaktors für Suizidalität muss nicht immer das Suizidrisiko einer Person erhöhen (Vitiello & Pearson, 2008), kann aber auch Ausdruck eines signifikant erhöhten Suizidrisikos sein. Ein Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren und das generelle Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren sind zudem mit einer exponentiellen Steigerung des Suizidrisikos verbunden. Dementsprechend kann das gleichzeitige Vorhandensein zweier Risikofaktoren mit einer bis zu 20-fachen Erhöhung des Suizidrisikos einhergehen (Hacker et al., 2006). Da Personen in den meisten Fällen mehr als einen Risikofaktor für Suizidalität aufweisen, ist es normalerweise nicht zielführend, sich bei der Verhinderung von Selbstmorden lediglich auf einen Risikofaktor zu konzentrieren, und zu versuchen, diesen auszuschalten oder abzumildern (Melhem et al., 2007).

Forscher wie Gutierrez (2006) gehen davon aus, dass das jeweilige individuelle Zusammenspiel von Risikofaktoren und schützenden Faktoren, die auf einen Patienten einwirken, das potentielle Suizidrisiko einer Person bestimmen. Mit der Frage, welche Faktoren Suizidalität entgegenwirken, haben sich bisher weit weniger Forscher befasst als mit der Untersuchung von Suizidrisikofaktoren. Bei manchen Risikofaktoren wie psychischen Erkrankungen (mehr dazu siehe Kapitel 4.9.) oder familiären Problemen kann davon ausgegangen werden, dass das jeweilige Gegenteil des Risikofaktors, also psychische Gesundheit oder eine intakte Familie, vor Suizidalität schützen oder diese abmildern können. Dies ist jedoch nicht auf alle Risikofaktoren anwendbar. Finanzielle Sorgen innerhalb der eigenen Familie beispielsweise sind ein Risikofaktor für Suizidalität, materieller Reichtum aber scheint keineswegs ein vor Suizidalität schützender Faktor zu sein (Evans et al., 2004).

Verschiedene Forscher weisen zudem darauf hin, dass das Suizidrisiko einer Person stets von mehreren Faktoren abhängt. Demnach wird Suizidalität durch das Zusammenspiel von psychologischen und biologischen Faktoren, sowie von der Kultur und Umwelt, aber auch vom sozialen Umfeld einer Person beeinflusst oder ausgelöst (Dervic et al., 2007; Gibbons et al., 2006; Park et al., 2010).

Es folgt nun eine Darstellung verschiedener Risikofaktoren und Auslöser für Suizidalität, wobei diese aufgrund der großen Anzahl an Risikofaktoren für Suizidalität keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

4.1. Pubertät

Die Pubertät ist eine Zeit voller Veränderungen sowohl körperlich als auch das Verhalten betreffend (Paus et al., 2008), in der Jugendliche große Entwicklungsschritte durchmachen (Tapia et al., 2007). Vor Beginn der Pubertät ist suizidales Verhalten äußerst selten (Resch et al., 2008). 2008 beispielsweise verstarben in Österreich keine Kinder unter 10 Jahren durch Selbstmord (Statistik Austria, 2009). Auch generell passieren weltweit wenige Suizide bei unter 10-Jährigen (Andersen & Teichler, 2008). Forscher in den USA gehen davon aus, dass Kinder unter 10 Jahren noch nicht in der Lage sind, den Tod als Ende des Lebens wirklich begreifen zu können, und daher kaum Selbstmordversuche begehen (Nock et al., 2008b). In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen verhundertfacht sich die Suizidinzidenz² hingegen (Andersen & Teichler, 2008), wobei eine Untersuchung von Shaffer et al. (1974) zeigt, dass Suizidtote unter 15 Jahren oftmals einen überdurchschnittlichen Intelligenzquotienten aufweisen. Die Forscher schließen daraus, dass besonders intelligente

² Inzidenz: „Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes; epidemiologisches Maß zur Charakterisierung des Krankheitsgeschehens in einer bestimmten Population“ (Pschyrembel, 2004)

Jugendliche in diesem Alter möglicherweise besser dazu in der Lage sind, einen Selbstmord zu planen und durchzuführen als andere Gleichaltrige. Diese Theorie konnte jedoch in anderen Studien zu diesem Thema nicht bestätigt werden (Dervic et al., 2008). In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen schließlich verzehnfacht sich die Suizidinzidenz nochmals (Andersen & Teichler, 2008).

Dieser Anstieg des Suizidrisikos in der Pubertät ist weltweit zu beobachten (Nock et al., 2008b) und beginnt Dervic et al. (2008) zufolge bereits mit dem Eintritt in die Pubertät. Das erhöhte Suizidrisiko während der Pubertät umfasst hierbei alle Formen von Suizidalität (Tuisku et al., 2006). Ein zusätzlicher Faktor, der das Risiko für Suizidalität erhöhen kann, ist die häufige Verringerung des emotionalen Wohlbefindens in der Pubertät, die sich bei Jugendlichen unter anderem auch durch erhöhte Risikobereitschaft, Narzissmus³ oder soziale Isolation ausdrücken kann (Tapia et al., 2007). Auch Zorn ist eine in der Pubertät häufig empfundene Emotion, die aufgrund der schlechteren Impulskontrolle während der Pubertät in weiterer Folge zu suizidalem Verhalten führen kann (Park et al., 2010).

Paus et al. (2008) gingen in ihrer Forschung der Frage nach, ob die neurobiologischen Veränderungen während der Pubertät dafür verantwortlich sind, dass in dieser Zeitspanne viele psychische Erkrankungen erstmals auftreten. Neurowissenschaftlich betrachtet ist die Pubertät durch bedeutende Veränderungen des Neuronalen Systems, beispielsweise in Bezug auf das logische Denken und auf zwischenmenschliche Beziehungen, gekennzeichnet. Genau diese neuronalen Veränderungen wiederum erhöhen, wenn sie zu einer ungünstigen Zeit oder in einem ungünstigen Ausmaß auftreten, das Risiko für das Auftreten von psychischen Erkrankungen, was, wie in Kapitel 4.9. näher erläutert wird, von verschiedenen Forschern als einer der Hauptrisikofaktoren für Suizidalität und speziell Suizid angesehen wird (u.a. Cash & Bridge, 2009; Hacker et al., 2006; Vitiello & Pearson, 2008). Die neurobiologischen Veränderungen während der Pubertät sind aber prinzipiell als notwendig und sinnvoll anzusehen, da sie dazu dienen, das Gehirn optimal für den weiteren Lebensweg auszurüsten (Paus et al., 2008).

Auch die hormonellen Veränderungen während der Pubertät sind Paus et al. (2008) zufolge für das erhöhte Risiko, eine psychische Krankheit zu entwickeln, verantwortlich. Während vor der Pubertät psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen etwa gleich häufig bei Burschen und Mädchen auftreten, sind gegen Ende der Pubertät circa doppelt so viele Mädchen wie Burschen betroffen. Letztgenannte Autoren führen das vor allem auf die unterschiedliche Entwicklung der Sexualhormone zurück. Thompson et al.

³ Narzissmus: „Psychoanalytische Bezeichnung für eine Psychoneurose, bei der die Störung des Selbstgefühls im Vordergrund steht und realistische innerseelische Bilder der Bezugspersonen sowie eine mangelnde interpersonale Konfliktfähigkeit bestehen“ (Pschyrembel, 2004)

(2009) merken hierzu an, dass Suizidalität in der Pubertät meist schon im frühen oder mittleren Jugendalter beginnt, während Personen im späten Jugendalter weit seltener Suizidalität entwickeln. Dementsprechend verweisen Paus et al. (2008) auf Untersuchungen, die belegen, dass psychische Erkrankungen am häufigsten um das 14. Lebensjahr herum ausbrechen.

Eine Untersuchung von Thompson et al. (2009) zeigte zudem, dass das Suizidrisiko im Verlauf vom Jugendalter zum Erwachsenenalter häufig sinkt, dass also Jugendliche, bei denen ein hohes Suizidrisiko diagnostiziert wurde, nach Eintritt ins junge Erwachsenenalter ein weniger hohes beziehungsweise sogar stark reduziertes Suizidrisiko aufweisen. Ein Anstieg des Suizidrisikos im jungen Erwachsenenalter hingegen stellte sich als äußerst selten heraus. Suizidalität im Jugendalter kann überdies langfristige Folgen haben, da sie beispielsweise das Risiko erhöht, im Erwachsenenalter psychische Erkrankungen zu entwickeln (Cash & Bridge, 2009).

4.2. Sexuelle Orientierung und Sexualität

Auch die sexuelle Orientierung und Sexualität von Jugendlichen kann sich auf deren Suizidrisiko auswirken. So gehen beispielsweise sowohl Homosexualität als auch Bisexualität mit einem erhöhten Suizidrisiko einher und gelten deshalb als Risikofaktoren für Suizidalität (Cash & Bridge, 2009; Greydanus et al., 2009; Hawton et al., 2008; Lofthouse & Yager-Schweller, 2009; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Silenzio et al., 2007). Die internationale Forschungsliteratur verweist laut Hawton et al. (2008) auf ein erhöhtes Suizidrisiko sowohl bei Homosexuellen beider Geschlechter als auch bei bisexuellen Frauen. Demnach gehen Studien von einem bis zu 4-fach erhöhten Suizidrisiko gegenüber heterosexuellen Jugendlichen aus. Negative Begleiterscheinungen von Homosexualität, wie beispielsweise feindseliges Verhalten Anderer, können dieses Risiko noch weiter erhöhen. Laut Silenzio et al. (2007) hingegen weisen homosexuelle und bisexuelle Jugendliche generell ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Zusätzlicher Alkoholmissbrauch oder Depressionen steigern das Suizidrisiko in dieser Gruppe noch weiter. Greydanus et al. (2009) zufolge begehen in den USA 42% aller homosexuellen Männer einen Suizidversuch, wobei dieser am häufigsten im Alter zwischen 15 und 17 Jahren begangen wird. Shain & Committee on Adolescence (2007) verweisen ebenfalls auf die USA, wo mindestens jeder fünfte homosexuelle Jugendliche einen Suizidversuch begeht. Vitiello und Pearson (2008) zufolge stellen Probleme mit der geschlechtlichen Identität generell einen Risikofaktor für Suizidalität dar.

Auch die Reaktion der Familie auf das „Coming Out“ wirkt sich laut Cash und Bridge (2008) auf das Suizidrisiko homosexueller Jugendlicher aus. Reagieren die Angehörigen negativ auf die Homosexualität eines Jugendlichen, so ist den Autoren zufolge die Suizidwahrscheinlichkeit 8 Mal größer als bei Jugendlichen, deren Familien nicht, oder nur geringfügig negativ beziehungsweise abstoßend reagieren.

Eine Studie an Jugendlichen zu Beginn der Pubertät zeigte, dass auch frühzeitiger sexueller Verkehr das Risiko suizidalen Verhaltens signifikant erhöht. Es zeigte sich, dass die mit dem Geschlechtsverkehr einhergehenden Belastungen scheinbar direkt mit dem Auftreten von Suizidalität in Zusammenhang stehen, wobei Hawton et al. (2008) darauf hinweisen, dass bisher keine anderen Studien diese Ergebnisse bestätigen konnten. Da die Autoren die mit sexueller Aktivität einhergehenden Belastungen nicht näher definieren, kann vermutet werden, dass beispielsweise die Schwangerschaftsverhütung, Probleme bei der Sexualität (z.B. Erektionsprobleme), sexuelles Risikoverhalten oder Angst vor sexuell übertragbaren Krankheiten solche Belastungen darstellen könnten.

4.3. Geringes Selbstwertgefühl

Mangelndes Selbstwertgefühl konnte in mehreren Studien mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten in Zusammenhang gebracht werden (Hawton et al., 2008; Tapia et al., 2007). Demnach weisen viele suizidale Jugendliche ein geringes Selbstwertgefühl auf. Ein geringer Selbstwert kann allerdings auch ein Symptom vorhandener Depressionen sein, oder die Entstehung von Depressionen begünstigen (Hawton et al., 2008). Zudem bilden Depressionen und ein geringes Selbstwertgefühl bei Jugendlichen einen Teufelskreis, da Depressionen meist umso schlimmer sind, je niedriger das Selbstwertgefühl ist, und das Selbstwertgefühl wiederum umso geringer, je ausgeprägter die Depressionen sind (Tapia et al., 2007). Auch andere im Rahmen dieser Arbeit erwähnte Risikofaktoren für Suizidalität wie beispielsweise sexueller Missbrauch wirken sich negativ auf das Selbstwertgefühl aus. Ein geringes Selbstwertgefühl könnte daher möglicherweise kein eigenständiger Risikofaktor, sondern eine Konsequenz anderer Risikofaktoren für Suizidalität sein (Evans et al., 2005).

Ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl ist ein wichtiger Faktor für die Entwicklung einer starken und stabilen Persönlichkeit. Geringes Selbstwertgefühl kann in sozialer Isolation und passiver Lebensführung gipfeln, während ein hohes Selbstwertgefühl mit einer aktiveren Lebensführung, einer geringeren Anfälligkeit für Angstsymptome und der Fähigkeit, besser mit Stress umzugehen, in Verbindung gebracht wird (Tapia et al., 2007).

4.4. Soziales Umfeld

Jugendliche werden durch die Einstellung zu Suizid von ihrem gesellschaftlichen Umfeld mit beeinflusst und übernehmen diese häufig. Sieht ein Jugendlicher Suizid als mögliche Lösung vorhandener Probleme, kann das daher auch an der Einstellung der Gesellschaft oder seines Umfelds bezüglich Suizid liegen (Dervic et al., 2007; 2010).

4.4.1. Familie

Das familiäre Umfeld kann verschiedene Auswirkungen auf die Suizidalität von Kindern und Jugendlichen haben. Hierbei sind vor allem familiäre Prädisposition und familiäre Bedingungen zu nennen.

4.4.1.1. Familiäre Prädisposition

Suizidalität hat auch eine familiäre Komponente, was bedeutet, dass diese gehäuft in Familien vorkommt, in deren Familiengeschichte es bereits suizidales Verhalten gab (Dervic et al., 2007; Evans et al., 2004; Hawton et al., 2008; McGirr et al., 2009; Melhem et al., 2007; Vitiello & Pearson, 2008). In verschiedenen Studien konnte die familiäre Neigung zu Suizidalität und Depressionen nachgewiesen werden (McGirr et al., 2009). Suizidalität und speziell Suizide in der Familiengeschichte sind daher als signifikante Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei Jugendlichen anzusehen (Bursztein & Apter, 2008; Cash & Bridge, 2009; Dervic et al., 2008; Lynch et al., 2008; Nock et al., 2008b; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Vitiello & Pearson, 2008). Dabei ist bisher nicht geklärt, ob diese familiäre Häufung auf erbliche Faktoren zurückzuführen ist, oder ob Suizidalität in vorbelasteten Familien von Kindern quasi erlernt wird, also auf das familiäre Umfeld zurückzuführen ist (Goldstein et al., 2005; Melhem et al., 2007).

Die Neigung zu suizidalem Verhalten wird hierbei unabhängig von eventuellen psychischen Erkrankungen von Eltern auf ihre Kinder weitergegeben. In einer Studie, die suizidales Verhalten bei Kindern von Eltern mit Gemütsstörungen untersuchte, zeigte sich, dass, ungeachtet der psychischen Störung der Eltern, die Gefahr für Selbstmordversuche bei jenen Kindern weit höher war, deren Eltern ebenfalls bereits Suizidversuche unternommen hatten (Cash & Bridge, 2009; Nock et al., 2008b). McGirr et al. (2009) sprechen von einem 5-fach erhöhten Suizidrisiko bei Personen, in deren Familiengeschichte es bereits suizidales Verhalten gab, während Thompson et al. (2009) von einem 2- bis 6-fach erhöhten Suizidrisiko bei Personen mit Suiziden in der Familiengeschichte ausgehen. Melhem et al. (2007) verweisen auf eine Studie von Lieb et al. (2005), die zeigt, dass Selbstmordversuche

von Müttern das Risiko für Suizidgedanken bei deren Kindern um das 5-fache und das Risiko für Selbstmordversuche sogar um das 9-fache erhöhen, wobei jedoch nicht ersichtlich ist, wodurch dieser Zusammenhang begründet ist. Von Borcyskowski et al. (2010) weisen zudem darauf hin, dass der Suizid eines Elternteils das Suizidrisiko eines Kindes verdoppelt. Die familiäre Häufung von Suizidalität scheint allerdings bei Mädchen und Frauen eine stärkere Wirkung zu haben als bei Burschen und Männern, auch wenn die Gründe hierfür bislang nicht klar sind.

Forscher gehen davon aus, dass bei etwa 10% aller Suizide von unter 15-Jährigen Suizide in der Familiengeschichte anzutreffen sind, wobei Dervic et al. (2008) zudem darauf hinweisen, dass suizidales Verhalten bei Kindern umso früher ausbricht, je stärker die Familie suizidal vorbelastet ist. Nock et al. (2008b) berichten, dass Suizidalität in der Familiengeschichte ebenfalls dazu führen kann, dass Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen in jüngerem Alter ausbricht. In internationalen Studien konnte zudem ein starker Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Aggressivität sowie Impulsivität nachgewiesen werden. Es wird daher angenommen, dass bestehende Aggressionen andere Suizidrisikofaktoren noch verschlimmern und generell das Risiko für Suizidalität drastisch steigern. Bursztein und Apter (2008) gehen hierbei davon aus, dass suizidales Verhalten in Form impulsiver Aggressionen von Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden könnte. Vitiello und Pearson (2008) bezeichnen impulsive Aggressionen als eigenständigen Risikofaktor für Suizidalität. Kinder und Jugendliche mit impulsiven Aggressionen wiederum begehen häufiger in jüngerem Alter Suizidversuche als Gleichaltrige ohne familiäre Vorbelastung (McGirr et al., 2009).

Hawton et al. (2008) geben allerdings zu bedenken, dass Suizide von Familienmitgliedern auch eine präventive Wirkung auf Jugendliche haben können. Den Jugendlichen werden die negativen Konsequenzen eines Suizids für andere Menschen deutlich, und sie können so abgeschreckt werden, ebenfalls Selbstmord zu begehen.

4.4.1.2. Familiäre Bedingungen

Innerhalb der Familie wirken sich Streit und Konflikte förderlich auf die Entwicklung suizidalen Verhaltens aus (Au et al., 2009; Hacker et al., 2006; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Vitiello & Pearson, 2008), während familiäre Harmonie und Zusammenhalt das Risiko für Suizidalität verringern, wobei beide Zusammenhänge bei Mädchen stärker zu beobachten sind als bei Burschen (Au et al., 2009; Hawton et al., 2008). Dervic et al. (2008) zufolge erhöhen Konflikte zwischen Eltern und Kind das Suizidrisiko der Kinder umso mehr, je jünger diese sind, vor allem, weil junge Jugendliche am stärksten dazu

tendieren, familiäre Probleme zu verinnerlichen und als Folge Schuldgefühle oder Suizidgedanken entwickeln.

Jugendliche, die sich absichtlich selbst schädigen, erleben Studien zufolge weniger soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld als Gleichaltrige, die keine selbstschädigenden Tendenzen zeigen. Hierbei ist jedoch nicht klar, ob der Mangel an sozialer Unterstützung das Auftreten suizidalen Verhaltens fördert, oder ob suizidale Jugendliche eventuell vorhandene soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld nicht wahrnehmen können (Hawton et al., 2008).

Psychische Erkrankungen bei einem oder beiden Elternteilen sind ebenfalls Risikofaktoren für suizidales Verhalten und speziell für Suizid bei Jugendlichen anzusehen (Chen et al., 2010), wobei von Borcyskowski et al. (2010) zufolge auch hier Mädchen stärker betroffen zu sein scheinen als Burschen. Eine psychische Erkrankung der Eltern kann außerdem auch die Fähigkeit eben dieser, Kinder angemessen großzuziehen und zu erziehen, beeinträchtigen. So kann es Eltern aufgrund ihrer eigenen psychischen Probleme beispielsweise nicht mehr möglich sein, sich in ausreichendem Maß um ihre Kinder zu kümmern, was im schlimmsten Fall in Kindesmissbrauch oder Vernachlässigung gipfeln kann (Chen et al., 2010). Wie in Kapitel 4.5.1. und 4.5.2. ausführlicher erläutert wird, sind Missbrauchserfahrungen, aber auch Vernachlässigung durch die Eltern im Jugendalter Risikofaktoren für Suizidalität (Nrugham et al., 2010; Vitiello & Pearson, 2008).

Einer dänischen Studie zufolge wirken sich psychische Erkrankungen der Eltern von Geburt an bis ins junge Erwachsenenalter förderlich auf das Sterberisiko des Nachwuchses aus, wobei festgestellt wurde, dass das Risiko während der Jahre, in denen die Kinder die Schule besuchen, geringer ist als zu jeder anderen Zeit des Heranwachsens (Chen et al., 2010). Hieraus lässt sich schließen, dass der Besuch einer Schule für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern deren Suizidrisiko senken kann, was speziell für die Suizidprävention bei nicht Schulpflichtigen von Bedeutung sein könnte. Letztgenannte Autoren liefern jedoch keine Erklärungsversuche für diese Beobachtung. Mögliche Gründe könnten allerdings sein, dass betroffene Kinder und Jugendliche, die eine Schule besuchen, jeden Tag eine bestimmte Zeitspanne nicht in Gesellschaft ihrer kranken Eltern verbringen, sondern stattdessen Kontakt mit anderen, vermutlich gesunden Gleichaltrigen haben.

Kriminelles Verhalten von Familienmitgliedern ist ein weiterer Risikofaktor für Suizidalität bei Jugendlichen (Resch et al., 2008), ebenso wie elterlicher Drogenmissbrauch, der das Suizidrisiko des Nachwuchses sogar verdoppelt (Resch et al., 2008; von Borcyskowski et al., 2010), sowie das Getrenntleben von beiden Elternteilen, wobei dieser Zusammenhang jedoch überraschenderweise nicht zu bestehen scheint, wenn die Elternteile durch Ableben

verloren wurden. Die Gründe hierfür sind allerdings nicht bekannt (Evans et al., 2004). Die Erziehungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu einer familiären Bindung kann zudem bei Eltern, die in der Vergangenheit Opfer sexuellen Missbrauchs waren, verringert sein, wodurch ebenfalls das Suizidrisiko des Nachwuchses erhöht ist (Melhem et al., 2007).

Wie sich in Forschungsarbeiten zeigte, wirkt sich beispielsweise die Behandlung von psychischen Erkrankungen und allem voran von Depressionen bei Müttern förderlich auf die Psyche und Entwicklung von deren Kindern aus (Melhem et al., 2007). Evans et al. (2004) stellten außerdem fest, dass Jugendliche, deren Familienmitglieder gesundheitliche Probleme haben, signifikant seltener suizidales Verhalten entwickeln. Ein gutes familiäres Klima sowie das Gefühl geliebt zu werden sind Faktoren, die suizidalem Verhalten bei Mädchen und Burschen vorbeugen beziehungsweise diesem entgegenwirken (Au et al., 2009; Evans et al., 2004; Vitiello & Pearson, 2008), selbst wenn zeitgleich auch andere Risikofaktoren gegeben sind (Dervic et al., 2008). Evans et al. (2004) nehmen sogar an, dass ein gutes und harmonisches Familienklima das Risiko für suizidales Verhalten bei Jugendlichen stärker senkt, als ein schlechtes Familienklima das Risiko erhöht.

4.4.2. Gleichaltrigenkontakte

Auch die Qualität der Beziehungen zu Gleichaltrigen kann Auswirkungen auf das Suizidrisiko von Jugendlichen haben. Haben Jugendliche nur wenige oder eher unbefriedigende Beziehungen zu Altersgenossen, erhöht das das Risiko für Suizidgedanken und Suizidalität (Evans et al., 2004; Hawton et al., 2008). Wenn gleichaltrige Freunde selbstschädigendes Verhalten zeigen, erhöht das das Risiko, dass Jugendliche selbst derartiges Verhalten entwickeln, um das 4- bis 7-fache, wobei speziell das Sich-Schneiden bei Mädchen eine regelrecht „ansteckende Wirkung“ zu haben scheint (Hawton et al., 2008). Generell erhöhen auch negative und Stress auslösende Lebensereignisse wie beispielsweise Beziehungsprobleme und familiäre Konflikte das Suizidrisiko (Hacker et al., 2006; King et al., 2009; Nock et al., 2008b; Nruham et al., 2010). Fehlende soziale Kontakte und soziale Isolation sind ebenfalls Risikofaktoren für Suizidalität (Shain & Committee on Adolescence, 2007; Vitiello & Pearson, 2008). Nichtsdestotrotz kann der Suizid eines nahen Freundes das Suizidrisiko von Jugendlichen aber auch verringern, indem die erlebten Konsequenzen einer solchen Tat eigenen Suizidabsichten entgegenwirken (Hawton et al., 2008).

Qualitativ hochwertige Beziehungen zu Gleichaltrigen verringern Evans et al. (2004) zufolge jedoch nicht automatisch das Suizidrisiko. Vitiello und Pearson (2008) sowie Au et al. (2009) hingegen bezeichnen gute soziale Beziehungen und das Gefühl, in die Gesellschaft integriert zu sein, sowie kulturelle und spirituelle Werte als Faktoren, welche die Anfälligkeit

Jugendlicher, Suizidalität zu entwickeln, verringern können. Untersuchungen von von Borczyskowski et al. (2010) zeigen bezüglich kultureller Faktoren, die das Suizidrisiko beeinflussen, dass das Suizidrisiko in der Bevölkerung umso höher zu sein scheint, je traditioneller die Geschlechterrollen in einem Kulturkreis definiert sind.

4.4.3. Internet und andere Medien

Berichte über Suizide und suizidales Verhalten in Fernsehen, Printmedien oder Internet können das Risiko für Suizidalität erhöhen (Evans et al., 2004; Hawton et al., 2008; Vitiello & Pearson, 2008). Mediale Berichterstattung über Suizid kann verschiedenen internationalen Untersuchungen zufolge nämlich zu Nachahmungshandlungen führen (Sun & Long, 2008; Tomandl et al., 2008). Hawton et al. (2008) verweisen diesbezüglich beispielsweise auf das Phänomen der Identifikation. Darunter ist nachahmendes Verhalten zu verstehen, das Personen zeigen, wenn sie sich einem anderen Menschen verbunden fühlen. Ein Anstieg der Suizidzahlen nach dem Suizidtod von Prominenten ist ein Beispiel für dieses Phänomen. Generell zeigen internationale Untersuchungen, dass sich die mediale Berichterstattung über Suizid auf die Selbstmordzahlen auswirken kann, und sogar bestimmte in den Medien gezeigte Suizidmethoden durch die Berichterstattung häufiger angewandt werden (Hawton et al., 2008). Der Einfluss von Medien scheint bei Jugendlichen zudem erheblich größer zu sein als bei Erwachsenen, sodass Jugendliche weit häufiger dazu neigen, suizidales Verhalten, über das in den Medien berichtet wird, zu imitieren (Hawton et al., 2008; Shain & Committee on Adolescence, 2007). Speziell das Internet bietet eine enorme Anzahl an Seiten, die sich mit dem Thema „Suizid“ befassen, wobei manche Seiten Betroffenen und Interessierten sinnvolle Informationen vermitteln, um Suiziden entgegenzuwirken oder diese zu vermeiden, während andere Internetseiten sich eher der Förderung von Suizidalität widmen und als potentielle Gefahr speziell für Jugendliche anzusehen sind (Cash & Bridge, 2009; Dervic et al., 2006a; Sun & Long, 2008).

In Österreich gibt es daher seit 1987 die sogenannten „Medienleitfäden für die Berichterstattung über Suizid in Österreich“, deren präventive Wirksamkeit in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen werden konnte (Dervic et al., 2007). Die Richtlinien für mediale Berichterstattung über Suizid werden in Kapitel 8.2.4. näher erläutert.

4.5. Belastende Erfahrungen

Im Jugendalter können junge Menschen verschiedenste belastende Erfahrungen machen. In diesem Abschnitt wird nun eine Auswahl belastender Erfahrungen beschrieben, die erwiesenermaßen Suizidalität begünstigen können.

Internationale Untersuchungen konnten beispielsweise einen starken Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und körperlichem sowie sexuellem Missbrauch bei Jugendlichen nachweisen (Andersen & Teichler, 2008; Cash & Bridge, 2009; Dervic et al., 2008; Horesh et al., 2009; Lynch et al., 2008; Resch et al., 2008; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Vitiello & Pearson, 2008; Wunderlich et al., 2001). Missbrauchserfahrungen im Jugendalter sind Risikofaktoren für Suizidalität (Nrugham et al., 2010). Cash und Bridge (2009) kommen zu dem Schluss, dass sich sowohl körperlicher als auch sexueller Missbrauch negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken, wobei es scheint, dass sexueller Missbrauch einen schädlicheren Effekt auf die Psyche von jungen Menschen hat als körperlicher Missbrauch. Auch Wunderlich et al. (2001) verweisen auf einen starken Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen im Jugendalter und psychischen Schäden. Zudem treten posttraumatische Belastungsstörungen (Posttraumatische Belastungsstörung als Suizidrisikofaktor siehe Punkt 4.9.6.) gehäuft bei Personen auf, die im Jugendalter Opfer sexuellen oder körperlichen Missbrauchs wurden.

Evans et al. (2005) geben nach Durchsicht internationaler Studien jedoch zu bedenken, dass Forscher meist keine einheitlichen Definitionen für suizidale Phänomene und Missbrauch verwenden, wodurch Studien unterschiedlicher Autoren kaum vergleichbar sind.

4.5.1. Sexueller Missbrauch

Verschiedene Studien belegen den direkten Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und suizidalem Verhalten, wobei sich die Forschung zu diesem Thema oftmals auf Mädchen konzentrierte (Evans et al., 2004; Hacker et al., 2006; Hawton et al., 2008; King et al., 2009). In einer Untersuchung von Bensley et al. (1999) an über 4700 Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren gaben 14,7% der Befragten an, sexuelle Missbrauchserfahrungen gemacht zu haben. Die Opfer sexuellen Missbrauchs hatten in 8,1% der Fälle bereits einen ernsthaften Suizidversuch hinter sich, während es bei den Befragten, die niemals Opfer sexuellen Missbrauchs waren, lediglich 0,3% waren (Evans et al., 2005). Dabei ist das Suizidrisiko der Betroffenen nochmals drastisch höher, wenn sexueller Missbrauch durch enge Familienmitglieder verübt wird und/oder wiederholt auftritt (Cash & Bridge, 2009). Mit dem Schweregrad des sexuellen Missbrauchs steigt auch die Prävalenz von Suizidalität. Opfer sexuellen Missbrauchs, bei denen es auch zu Geschlechtsverkehr kam, weisen demnach die höchste Prävalenz für suizidales Verhalten auf (Evans et al., 2005).

Hawton et al. (2008) stellten in ihrer Schulstudie fest, dass sexueller Missbrauch bei Burschen teilweise noch gravierendere Auswirkungen auf die Entwicklung von Suizidalität

hat als bei Mädchen. Choquet et al. (1997), die eine Stichprobe in Frankreich auswerteten, kamen zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der untersuchten Burschen, die in der Vergangenheit vergewaltigt worden waren, auch einen Suizidversuch unternommen hatten. Bei den Mädchen unternahmen hingegen nur etwas mehr als 20% einen Suizidversuch (Hawton et al., 2008; Evans et al., 2004).

Schätzungen zufolge wird jedes dritte Mädchen und jeder sechste Bursch im Laufe seiner Kindheit in irgendeiner Form Opfer sexuellen Missbrauchs (Evans et al., 2005). Wunderlich et al. (2001) verweisen auf Silverman et al. (1996), die davon ausgehen, dass Frauen ein 11 Mal höheres Risiko haben, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden, als Männer, sowie auf Baumann, der bereits 1983 darauf verwies, dass Mädchen gefährdeter sind, Opfer von Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch zu werden. Des Weiteren werden Baumann (1983) zufolge sexuell missbrauchte Burschen seltener mit Gewalt konfrontiert und tragen weniger Schaden davon als sexuell missbrauchte Mädchen (Wunderlich et al., 2001).

Auch Bebbington et al. (2009) verweisen auf Studien, die belegen, dass sexueller Missbrauch speziell bei Frauen ein häufiger Auslöser für Suizidversuche und Selbstmordabsichten ist. Eine Studie aus Großbritannien an über 8000 Personen zwischen 16 und 74 Jahren zeigte, dass Frauen mehr als doppelt so oft Opfer sexuellen Missbrauchs werden wie Männer. Opfer sexuellen Missbrauchs, egal welchen Geschlechts, wiesen außerdem eine stark überdurchschnittliche Zahl an Selbstmordversuchen auf. Ist Suizidalität auf sexuellen Missbrauch zurückzuführen, ist den Autoren zufolge eine spezielle, darauf fokussierte Therapie von Nöten.

Sexueller Missbrauch in der Kindheit und Jugend kann weitreichende Folgen bis ins Erwachsenenalter haben, da viele Opfer auch noch als Erwachsene suizidales Verhalten zeigen. Sexueller Missbrauch in jungen Jahren kann sich zudem nachweislich sehr negativ auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen auswirken. Dadurch kann wiederum das Risiko für Suizidalität vergrößert werden, da ein geringes Selbstwertgefühl, wie bereits in Kapitel 4.3. beschrieben, einen weiteren Risikofaktor für Suizidalität darstellt (Evans et al., 2005).

In Bezug auf sexuellen Missbrauch liefert die Fachliteratur sehr widersprüchliche Ergebnisse, speziell in Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei den psychischen Folgen von sexuellem Missbrauch. Dies könnte darauf hindeuten, dass es speziell in Bezug auf sexuellen Missbrauch von Burschen und Männern einen großen Bedarf an weiterer, vertiefender Forschung gibt. Nichtsdestotrotz muss vermutlich davon ausgegangen werden, dass sexueller Missbrauch bei Burschen und Mädchen gleichermaßen negative körperliche und vor allem psychische Folgen hat.

4.5.2. Körperlicher Missbrauch & Misshandlungen

In einer groß angelegte Schulstudie in England von Hawton et al. (2008) berichteten Jugendliche, die Opfer körperlicher Misshandlungen waren, bis zu viermal öfter von suizidalem Verhalten als nicht misshandelte Gleichaltrige. Studien aus Südafrika zeigten jedoch, dass körperlich misshandelte Jugendliche nicht häufiger Selbstmordgedanken hatten als nicht betroffene Gleichaltrige. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass körperliche Misshandlungen bei Jugendlichen möglicherweise zwar nicht das Risiko für Selbstmordgedanken, sehr wohl jedoch das für aktive suizidale Handlungen wie Selbstverletzung und Suizidversuche erhöhen. Hierbei scheint Evans et al. (2005) zufolge der Zusammenhang zwischen körperlichem Missbrauch und Suizidalität bei Mädchen und Burschen in etwa gleich stark ausgeprägt zu sein.

Je nach Häufigkeit und Schwere der Misshandlungen konnten in Untersuchungen zudem Unterschiede in der Prävalenz von Suizidalität nachgewiesen werden. Jugendliche, die selten oder nur gelegentlich geschlagen wurden, entwickelten demnach häufiger Suizidgedanken und Selbstmordabsichten als Jugendliche, die nie geschlagen wurden. (Evans et al., 2005).

Speziell bei jungen Menschen, die innerhalb ihrer Familie Misshandlungen ausgesetzt sind, gehen Dervic et al. (2008) davon aus, dass Betroffenen suizidale Verhaltensweisen und speziell Suizidversuche als die einzige Möglichkeit erscheinen können, ihrem Martyrium zu entkommen. Körperliche Misshandlungen während der Jugend können außerdem langwierige Folgen wie beispielsweise Suizidgedanken im Erwachsenenalter haben (Evans et al., 2005). Studien gehen davon aus, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Selbstmordversuche von Personen begangen werden, die in ihrer Kindheit am eigenen Leib oder innerhalb der Familie von Missbrauch betroffen waren. Daraus lässt sich schließen, dass ein Erfolg in der Prävention von Kindesmissbrauch zu einer Verringerung der Suizidraten beider Geschlechter führen könnte (Cash & Bridge, 2009).

4.5.3. Mobbing

Mobbingerfahrungen speziell in der Schule erhöhen das Suizidrisiko bei Jugendlichen (Bursztein & Apter, 2008; Cash & Bridge, 2009; Dervic et al., 2008; Hacker et al., 2006; Nock, 2009; Nruham et al., 2010; Vitiello & Pearson, 2008). Bond et al. (2001) bezeichnen Mobbing an Schulen heutzutage als ganz normale Erfahrung, welche die Betroffenen starkem körperlichen wie auch psychischen Stress aussetzt (Hawton et al., 2008). Diese Erhöhung des Suizidrisikos trifft Bursztein und Apter (2008) zufolge sowohl auf die Täter als auch auf die Opfer zu und am stärksten auf Jugendliche, die sowohl aktiv andere

Jugendliche mobben als auch selbst gemobbt werden. Cash und Bridge (2009) verweisen hingegen auf eine Studie von Klomek et al. (2009), die zeigte, dass die stärkste Erhöhung des Suizidrisikos bei sowohl Täter- als auch Opfererfahrungen lediglich bei Burschen zu beobachten war. Bei Mädchen zeigte sich hingegen, dass vor allem jene, die ausschließlich Mobbingopfer, aber keine Täter waren, die höchste Gefahr aufwiesen, Suizidalität zu entwickeln. Besonders absichtliche Selbstschädigung konnte bei jugendlichen Mobbingopfern beider Geschlechter signifikant häufiger beobachtet werden (Cash & Bridge, 2009). Hawton et al. (2008) stellten in ihrer Studie bezüglich Mobbing fest, dass das Risiko für suizidales Verhalten sich durch Mobbing-Erfahrungen bei Mädchen verdoppelt und bei Burschen sogar verdreifacht. Auch Depressionen kommen bei Jugendlichen, die Mobbingopfer oder -täter sind, häufiger vor, als bei Jugendlichen, die niemals Erfahrungen mit Mobbing machen (Hacker et al., 2006).

Auch das sogenannte Cybermobbing gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Hierbei werden Opfer über soziale Netzwerke wie Facebook oder Twitter, aber auch über E-Mails gemobbt und tyrannisiert. Bisher gibt es jedoch kaum wissenschaftliche Publikationen zu diesem Phänomen (Cash & Bridge, 2009).

4.5.4. Migration

Das Suizidrisiko wird, wie bereits weiter oben erwähnt, auch durch genetische Faktoren beeinflusst, was auch anhand von Studien an Migranten belegt werden konnte. Die Suizidraten von Migranten sind nämlich jenen ihrer Herkunftsländer ähnlich. Mehrere Studien fanden moderate bis starke Zusammenhänge zwischen Suizidraten von Migranten aus einem bestimmten Land und Suizidraten eben dieses Landes. Dieser Zusammenhang findet sich nicht nur bei den ursprünglichen Migranten, sondern konnte sogar noch in der 2. Generation nachgewiesen werden. Voracek et al. (2009) konnten diese Ähnlichkeiten der Suizidraten von Migrantengruppen und deren Herkunftsländern auch bei österreichischen Migranten nachweisen. Die Autoren sehen darin den Beweis, dass das Suizidrisiko stark von genetischen Faktoren beeinflusst wird.

Migration und die damit einhergehenden Prozesse haben ebenfalls Einfluss auf das Suizidrisiko von Jugendlichen. Die genauen Zusammenhänge zwischen Suizidalität bei Jugendlichen und Migration sind bisher kaum erforscht. Die Forschung zu Migration und Suizidalität brachte bis dato sehr widersprüchliche Ergebnisse. Forscher gehen aber davon aus, dass der Stress der Akkulturation, also der Anpassung an eine neue Kultur und Gesellschaft, Suizidalität auslösen kann. Migration wird von Betroffenen sehr individuell wahrgenommen, ist aber immer mit Stress verbunden. Migranten stehen zwischen zwei

Kulturen und je nach Migrationsgrund wirken zusätzlich auch noch andere Stressfaktoren auf die Betroffenen ein. Bei jugendlichen Migranten kommen zur Stressbelastung der Akkulturation auch noch pubertäre Stressfaktoren hinzu. Da jeder Migrant sein eigenes Tempo bei der Anpassung an seine Situation hat, besteht diesbezüglich viel Potential für familiäre Konflikte (Bursztein et al., 2010).

Studien belegen, dass der Stress der Akkulturation sowohl das psychische als auch das physische Wohlbefinden von Migranten beeinträchtigen kann, je nachdem welche Ressourcen einer Person zur Bewältigung der Situation zur Verfügung stehen. Hierbei kommt noch hinzu, dass Migranten weit weniger psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen als Inländer, was von Wissenschaftlern häufig auf die kulturellen und sprachlichen Barrieren zurückgeführt wird. Internationale Untersuchungen zeigen jedoch, dass keine generellen Aussagen über den Einfluss von Migration auf suizidales Verhalten gemacht werden können, da dieser von der Ethnizität sowie vom Zielland der Migration abhängt (Bursztein et al., 2010). Hawton et al. (2008) verweisen zudem darauf, dass das Risiko für Suizidalität bestimmter ethnischer Gruppen stark mit der Bevölkerungsdichte und –zusammensetzung korreliert. Demnach ist Suizidalität bei einer ethnischen Gruppe häufiger, wenn diese Gruppe in einem Gebiet die ethnische Minderheit darstellt.

Auch Binnenmigration, also der Wohnsitzwechsel innerhalb eines Landes, kann sich auf die Suizidrate auswirken, indem Binnenmigration das Suizidrisiko erhöht. Cash und Bridge (2009) verweisen auf Studien, die belegen, dass das Suizidrisiko umso höher ist, je öfter Kinder unter 17 Jahren umziehen bzw. ihren Wohnsitz wechseln. Jugendliche, die bereits öfter als 3 Mal in ihrem Leben umgezogen sind, weisen demzufolge ein mehr als doppelt so hohes Risiko für einen Selbstmordversuch auf, als Jugendliche, die noch nie umgezogen sind.

Das Thema suizidalen Verhaltens bei jugendlichen Migranten erfordert dringend weitere Forschung, da aktuell noch zu wenige Daten zur Verfügung stehen, um daraus zielgerichtete Maßnahmen abzuleiten und Suizidalität unter jungen Migranten entgegenzuwirken (Bursztein et al., 2010).

4.6. Suizidalität in der Vergangenheit

Jede Form von Suizidalität in der Vergangenheit stellt einen der Hauptrisikofaktoren für Suizid und Suizidalität in der Zukunft dar (Cash & Bridge, 2009; Gutierrez, 2006; Hawton et al., 2008; King et al., 2009; Miotto & Preti, 2007 ; Nock et al., 2008b ; Oquendo et al., 2007 ; Sourander et al., 2009 ; Vitiello & Pearson, 2008). Dies gilt auch bei Jugendlichen (Melhem

et al., 2007). Suizidales Verhalten ist zudem häufig periodisch wiederkehrend, und somit meist eine langfristige Erkrankung (Melhem et al., 2007). In einer Studie von King et al. (2009) wiesen 98% aller positiv auf erhöhtes Suizidrisiko gescreenten Jugendlichen entweder einen Selbstmordversuch in der Vergangenheit oder aktuelle Suizidgedanken auf. (Für nähere Informationen zum Thema Screenings siehe Kapitel 8.2.1.). Die Studienautoren schließen daraus, dass Selbstmordversuche und Suizidgedanken zuverlässige Anzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko sind (King et al., 2009).

Passive Suizidgedanken können hierbei ein Vorzeichen für drastischeres, suizidales Verhalten wie Suizidversuche und Suizid sein (Miotto & Preti, 2007; Park et al., 2010; Posner et al., 2007; Resch et al., 2008). Je früher Suizidgedanken bei Jugendlichen auftreten, desto stärker erhöht sich das Suizidrisiko (Nock et al., 2008a). Dessen ungeachtet treten Suizidgedanken aber oftmals schon in jungem Alter auf, wobei stets die Gefahr besteht, dass Betroffene innerhalb kurzer Zeiträume auch aktives suizidales Verhalten entwickeln (Nock et al., 2008b). 60% aller Patienten mit Suizidgedanken begehen innerhalb eines Jahres nach dem ersten Auftreten eben dieser auch einen Suizidversuch (Melhem et al., 2007; Nock et al., 2008a). Unter Personen mit Suizidgedanken ist das Suizidrisiko besonders hoch, wenn zudem Suchterkrankungen (siehe Kapitel 4.9.5.) oder Impulskontrollstörungen⁴ vorliegen, da diese Krankheiten scheinbar am ehesten dazu führen, dass Suizidgedanken auch in die Tat umgesetzt werden (Nock et al., 2008a). King et al. (2009) zufolge sind Suizidgedanken bei männlichen Jugendlichen jedoch keine zuverlässigen Anzeichen für einen bevorstehenden Selbstmordversuch.

Speziell bereits begangene Suizidversuche sind signifikante Risikofaktoren für weiteres suizidales Verhalten (Silverman et al., 2007a; Wunderlich et al., 2001). Hierbei gilt, dass das Suizidrisiko umso höher ist, je stärker die Tötungsabsicht bei früheren Suizidversuchen war (Vitiello & Pearson, 2008). Bis zu 80% aller Suizidtoten hatten davor zumindest einen Suizidversuch unternommen. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die bereits einen Suizidversuch hinter sich hat, durch Suizid verstirbt, um bis zu 40 Mal höher als bei Personen, die niemals einen Suizidversuch unternommen haben (Thompson et al., 2009). Bei Frauen zeigte sich zudem, dass das Suizidrisiko sich jeweils um 26% erhöht, wenn ein Suizidversuch lebensbedrohlicher ist als die vorangegangenen (Oquendo et al., 2007). Burns et al. (2008) kamen nach einer Literaturrecherche zu dem Schluss, dass Jugendliche, die einen Selbstmordversuch hinter sich haben, mit einer Wahrscheinlichkeit von 6% bis 50% einen weiteren begehen. Andere Quellen sprechen nach einem begangenen Suizidversuch von einem 15-fach erhöhten Risiko für weitere Suizidversuche (Greydanus et al., 2009). Bei

⁴ Impulskontrollstörungen: „Sammelbezeichnung für Störungen der Impulskontrolle, die über Impulsivität und spontane Handlungen hinausgehen und durch unbeherrschbare, wiederkehrende Handlungen charakterisiert sind“ (Pschyrembel, 2004)

Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternehmen, ist bei 30% der Fälle davon auszugehen, dass sie innerhalb eines Jahres danach einen weiteren Versuch unternehmen (Vitiello & Pearson, 2008). Dementsprechend werden Suizidversuche als zuverlässigstes Vorzeichen für Suizid angesehen (Thompson et al., 2009). Nichtsdestotrotz verstirbt ein Großteil aller Jugendlichen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, nicht durch Suizid. Die meisten Jugendlichen, die durch Selbstmord versterben, haben davor niemals einen Selbstmordversuch begangen (Vitiello & Pearson, 2008).

Auch absichtliche Selbstschädigung, besonders, wenn sie regelmäßig erfolgt, kann zu einer Desensibilisierung in Bezug auf das Schmerzempfinden führen, was wiederum die Gefahr erhöht, letztendlich an den selbst zugefügten Verletzungen zu versterben (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009). Überdies belegen verschiedene Studien, dass die konkrete Absicht zu sterben das Risiko für einen Selbstmord stark erhöht (McPherson, 2005; Nock et al., 2008b). Auch Suiziddrohungen und Suizidpläne sind häufig Vorzeichen für schwerwiegendere suizidale Handlungen, weshalb bereits diese Phänomene einen guten Ansatzpunkt für Interventionen darstellen, um Suizidalität entgegenzuwirken (Hawton et al., 2008).

4.7. Impulsivität

Viele Forscher sind sich einig, dass Impulsivität speziell im Jugendalter einen Suizid-Risikofaktor darstellt (Bursztein & Apter, 2008; King et al., 2009; Nock et al., 2008b; Silverman et al., 2007a). Dennoch verweisen manche Autoren darauf, dass Impulsivität als Risikofaktor für Suizidalität in der Fachliteratur nicht eindeutig anerkannt, und daher umstritten ist (Uhl, 2010). Suizidalität bei Jugendlichen kann sowohl mittels impulsiver als auch lange geplanter Taten zum Ausdruck kommen (Csorba et al., 2009).

Suizidversuche und Suizide können nach dem Grad der vorausgegangenen Planung derselben unterschieden werden. Ungeplante Suizidversuche und Suizide geschehen impulsiv und werden kaum vorbereitet oder davor überdacht (Schilling et al., 2009). Forscher gehen davon aus, dass zwischen 25% (Thompson et al., 2009) und 50% aller Suizide im Jugendalter impulsiv, also ohne vorherige Planung, begangen werden (Schilling et al., 2009). Csorba et al. (2009) sprechen hingegen davon, dass bis zu zwei Drittel aller suizidalen Handlungen im Jugendalter impulsiv begangen werden, wobei weniger als 30 Minuten zwischen der ersten Idee und der Ausführung einer suizidalen Handlung verstreichen. Im anderen Drittel der Fälle beträgt die Inkubationszeit zwischen dem ersten Gedanken an eine suizidale Handlung und der tatsächlichen Ausführung zwischen 30 Minuten und mehreren Wochen. Andere Quellen sprechen sogar von vielen Fällen, in denen nicht mehr als 5 bis 10

Minuten zwischen dem ersten Gedanken an eine suizidale Tat und der tatsächlichen Ausführung des Vorhabens liegen (Johnson & Coyne-Beasley, 2009; Schilling et al., 2009). Simon et al. (2001) zeigten in einer Studie, dass in 24% aller fast tödlichen Selbstmordversuche weniger als 5 Minuten zwischen dem Entschluss, einen Selbstmordversuch zu begehen, und der eigentlichen Tat lagen (Silverman et al., 2007a).

Eine Untersuchung von Hawton et. al (1982) an Jugendlichen, die absichtlich eine Überdosis genommen hatten, brachte zu Tage, dass zwei Drittel der Befragten erst eine Stunde oder noch kürzer vor der Einnahme der Überdosis erstmals an die Tat gedacht hatten. Hawton et al. (2008) stellten zudem fest, dass die Überlegungszeit vor selbstverletzenden Handlungen oftmals noch kürzer ist als die vor einer Überdosis, da Instrumente oder Hilfsmittel, mit denen man sich selbst verletzen kann, schneller zur Hand sind, und eine Überdosis ein größeres Maß an Vorkehrungen erfordert. Dennoch gehen die Autoren davon aus, dass Selbstmordabsichten möglicherweise umso ernster sind, je mehr Zeit die Betroffenen in die Vorbereitung und Planung eines Selbstmordversuchs investieren.

Vorausgeplante Suizidversuche scheinen zwar mit höherer Wahrscheinlichkeit tödlich auszugehen, aber auch ungeplantes suizidales Verhalten kann zu schweren Verletzungen führen (Schilling et al., 2009) oder sogar tödlich enden (Vitiello & Pearson, 2008). Impulsive Suizidversuche kommen häufiger bei jungen Jugendlichen sowie bei Burschen und aggressiven Jugendlichen vor (Schilling et al., 2009).

Speziell bei Jugendlichen unter 15 Jahren spielt altersbedingte Impulsivität gepaart mit fehlender emotionaler Reife eine wichtige Rolle bei Suizidalität in dieser Altersgruppe. Suizidale junge Menschen sind häufig nicht in der Lage, die Realität korrekt einzuschätzen und Probleme zu lösen. Untersuchungen der Todesumstände von unter 15-jährigen Suizidtoten deuten darauf hin, dass Jugendliche in diesem Alter Stresssituationen und Krisen oftmals falsch interpretierten und falsche Konsequenzen daraus zogen (Dervic et al., 2008). Schwere Lebenskrisen, aus denen Jugendliche keinen Ausweg sehen, könnten demnach dazu führen, dass Suizid die einzig mögliche Lösung zu sein scheint, um den gegenwärtigen Problemen zu entkommen (Greydanus et al., 2009).

4.8. Verfügbarkeit von Suizidhilfsmitteln

Das Vorhandensein und die Verfügbarkeit von Gegenständen oder Methoden, die für die Ausführung eines Suizids zu Hilfe genommen werden können, sind als Risikofaktoren für das Auftreten von Suizidalität zu sehen und haben Auswirkungen auf die jeweiligen Suizidraten (Cash & Bridge, 2009; Greydanus et al., 2009; Johnson & Coyne-Beasley, 2009; Shain &

Committee on Adolescence, 2007). Suizidhilfsmittel können beispielsweise Schusswaffen oder größere Mengen an Medikamenten sein (Nock et al., 2008b). Bei Schusswaffen ist es dabei unerheblich, ob diese sicher verwahrt oder stets ungeladen sind, da alleine das Vorhandensein einer Schusswaffe in einem Haushalt das Suizidrisiko bei Jugendlichen erhöht, und eine sichere Verwahrung ebendieser den Anstieg des Suizidrisikos lediglich mildert (Shain & Committee on Adolescence, 2007). Auf die Verfügbarkeit von Suizidhilfsmitteln und deren Einschränkung zur Suizidprävention wird in Kapitel 8.2.3. ausführlicher eingegangen.

4.9. Psychische Erkrankungen

Psychische Krankheiten gelten international als einer der größten (Cash & Bridge, 2009; Hacker et al., 2006; Vitiello & Pearson, 2008) beziehungsweise sogar als größter Risikofaktor für das Auftreten von Suizidalität (Nock et al., 2008b; Uhl, 2010), nachdem mehrere internationale Untersuchungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischen Erkrankungen nachweisen konnten (Evans et al., 2004). Laut McGirr et al. (2009) kommen Suizide fast ausschließlich bei Personen mit psychischen Erkrankungen vor. Verschiedene Forscher gehen sogar davon aus, dass 90% bis 95% aller Suizidtoten – sowohl im Erwachsenen- als auch im Jugendalter – zum Zeitpunkt ihres Todes an mindestens einer diagnostizierbaren psychischen Erkrankung litten (Campo, 2009; Dervic et al., 2007; Dervic, 2010; Nock et al., 2008b; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Thompson et al., 2009; Vitiello & Pearson, 2008), wobei das Suizidrisiko umso höher ist, je schwerer oder chronischer diese Erkrankung ist (Campo, 2009). Dieser hohe Prozentsatz scheint jedoch nur für westliche Industriestaaten zu gelten, in Entwicklungsländern sowie im asiatischen Raum leiden nur etwa 60% aller Personen, die durch Suizid versterben, auch an einer psychischen Erkrankung (Burns et al., 2008; Bursztein & Apter, 2008; Nock et al., 2008a). Zudem hat es den Anschein, dass der Zusammenhang zwischen einer oder mehreren psychischen Erkrankungen und Suizidalität bei Mädchen und Frauen deutlich stärker ist als bei Burschen und Männern (Wunderlich et al., 2001).

Wichtig ist hierbei jedoch die Tatsache, dass psychische Erkrankungen bei unter 15-jährigen Selbstmördern noch weit seltener sind. In dieser Altersgruppe gehen Forscher davon aus, dass nur etwa die Hälfte aller durch Suizid Verstorbenen eine diagnostizierbare psychische Erkrankung aufwies. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Suizidtoten im Jugendalter nimmt also mit steigendem Alter zu. Bei Jugendlichen bis 19 Jahren weisen dann schon 90% aller jugendlichen Selbstmörder psychische Erkrankungen auf (Dervic et al., 2008). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass viele psychische Erkrankungen erstmals

in der Pubertät auftreten. Zusätzlich wird ein Ausbruch psychischer Erkrankungen während des Jugendalters mit einem schwerwiegenderen Krankheitsverlauf und erhöhter Beeinträchtigung im täglichen Leben in Verbindung gebracht. Zudem scheinen psychische Erkrankungen, die im Jugendalter ausbrechen, oftmals erst in einem späteren Stadium diagnostiziert zu werden und häufiger mit Begleiterkrankungen aufzutreten. Eine möglichst frühzeitige Erkennung von psychischen Erkrankungen bei jungen Menschen sowie deren rasche Behandlung sind daher von zentraler Bedeutung (Paus et al., 2008).

Wie stark der Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischen Erkrankungen ist, zeigt beispielsweise eine kubanische Studie, in der festgestellt wurde, dass im psychiatrischen Krankenhaus in Cienfuegos die Hälfte aller wegen psychischer Erkrankungen eingewiesenen Patienten aufgrund eines Suizidversuchs im Krankenhaus vorstellig wurde (Romeu et al., 2010).

Dabei ist das Suizidrisiko umso höher, je mehr psychische Erkrankungen beziehungsweise Probleme ein Jugendlicher aufweist (Campo, 2009; Lindqvist et al., 2007; Nock et al., 2008b; Oquendo et al., 2007), was möglicherweise daran liegt, dass auch die empfundene Lebensqualität umso geringer ist, je schwerer die psychische Erkrankung eines Jugendlichen ist (Resch et al., 2008), speziell wenn sie nicht erkannt oder nicht behandelt wird (Horowitz et al., 2009).

Ein wichtiger Faktor, der das Suizidrisiko psychisch kranker Jugendlicher beeinflusst, ist das Krankheitsbewusstsein der Betroffenen. Sowohl das Krankheitsbewusstsein als auch die Krankheitseinsicht wirken sich in hohem Maß auf das Suizidrisiko von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen aus. Studien belegen, dass die Wahrscheinlichkeit für Depressionen und Suizidalität umso größer ist, je mehr den Jugendlichen ihre Krankheit und die Notwendigkeit einer Behandlung bewusst sind. Dennoch gibt es zu diesem Thema, speziell was Jugendliche angeht, erst wenig internationale Forschung (Bursztein & Apter, 2008).

Nachfolgend werden lediglich einige psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit Suizidalität behandelt. Eine vollständige Liste aller psychischen Krankheiten, die im Jugendalter auftreten können und das Suizidrisiko erhöhen, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, allein schon aufgrund der großen Zahl psychischer Krankheiten. Nichtsdestotrotz sei angemerkt, dass noch eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen im Jugendalter das Suizidrisiko signifikant erhöht, hier aus Platzgründen jedoch keine weitere Erwähnung finden kann. Dies trifft beispielsweise auf Schizophrenie zu. Schizophrenie ist eine ernstzunehmende psychische Erkrankung, die bei etwa 23% bis 55% der Betroffenen zu mindestens einem Suizidversuch führt (Meerwijk et al., 2010).

4.9.1. Affektive Störungen

Depressionen bei Jugendlichen erhöhen signifikant das Risiko, suizidales Verhalten zu entwickeln (Evans et al., 2004; King et al., 2009; March & Vitiello, 2009; Park et al., 2010; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Tuisku et al., 2006; US Preventive Services Task Force, 2009; Vitiello & Pearson, 2008; Wunderlich et al., 2001) und sind somit häufig Vorläufer oder Auslöser von suizidalem Verhalten (Miotto & Preti, 2007; Treatment for Adolescents with Depression Study Team, 2009). Laut Dervic (2010) sind Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sogar als Hauptrisikofaktor für Suizidalität anzusehen.

Die WHO (1993) definiert eine depressive Störung als anhaltende depressive Stimmung, die häufig mit dem Verlust des Interesses an verschiedensten Aktivitäten, Energieverlust, starken Veränderungen im Aussehen und/oder Körpergewicht, erhöhter Reizbarkeit, gestörtem Schlafverhalten, Trägheit, sozialer Isolation, Konzentrationsschwierigkeiten und wiederkehrenden Gedanken an den Tod und Suizid einhergeht, und die über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen besteht (Hawton et al., 2008; US Preventive Services Task Force, 2009). Depressionen können sich allerdings in jeder Altersgruppe durch unterschiedliche Symptome zeigen. Häufige Symptome bei Teenagern sind plötzliche Verschlechterungen der schulischen Leistungen, eine verminderte Teilnahme an Freizeitaktivitäten, ein veränderter Freundeskreis, verstärkte Reizbarkeit, Veränderungen im Ess- und Schlafverhalten, Mattigkeit und Erschöpfung, Suizidgedanken und Gefühle der Wert- oder Hoffnungslosigkeit (Reisman Greenberg, 2009). Zudem fallen depressive Jugendliche häufig auch durch risikofreudiges oder antisoziales Verhalten auf (Garzon et al., 2009). Wie sich eine Depression symptomatisch äußert, und inwieweit eine Person bereit ist, sich professionelle Hilfe zu suchen, wird außerdem auch stark von gesellschaftlichen und sozialen Faktoren beeinflusst (Reisman Greenberg, 2009).

Schätzungsweise 5% aller Jugendlichen leiden unter Depressionen (Treatment for Adolescents with Depression Study Team, 2009), wobei Paus et al. (2008) zufolge hormonelle sowie kognitive Veränderungen während der Jugend eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Depressionen zu spielen scheinen. March und Vitiello (2009) zufolge kommt es bei bis zu 50% aller Jugendlichen mit Depressionen zu suizidalen Ereignissen. Shaffer (1988) zufolge liegen etwa 50% aller Suizide bei Burschen und Männern Depressionen zugrunde (King et al., 2009), bei Mädchen und Frauen ist der Anteil sogar noch höher (Tapia et al., 2007; von Borczyskowski et al., 2010), da in allen Altersgruppen etwa doppelt so viele weibliche Personen an Depressionen erkranken wie männliche (Andersen & Teichler, 2008). Campo (2009) geht davon aus, dass die Mehrheit aller jugendlichen Suizidopfer zum Zeitpunkt ihres Todes oder kurze Zeit davor unter Depressionen leidet oder litt. Diefenbach

et al. (2009) sprechen von einer 23-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für Suizidalität bei depressiven Personen im Vergleich zu nicht depressiven.

Die häufigste depressive Erkrankung im Jugendalter ist hierbei die Major Depression (siehe Punkt 4.9.1.1.) (Burns et al., 2008). Studien belegen, dass etwa 60% aller Jugendlichen, welche durch Suizid versterben, zum Zeitpunkt ihres Todes an einer depressiven Störung leiden. Andere Studien gehen sogar davon aus, dass bis zu 80% aller jugendlichen Selbstmörder zum Zeitpunkt ihres Todes die diagnostischen Kriterien einer Depression erfüllen (Cash & Bridge, 2009; Horowitz et al., 2009). Klinischen Studien zufolge entwickeln etwa 85% aller an Depressionen Erkrankten Suizidgedanken, etwa ein Drittel der Betroffenen begeht im Jugendalter einen Suizidversuch, und 20% versuchen wiederholt, sich das Leben zu nehmen (Cash & Bridge, 2009). Depressionen bei Jugendlichen treten zusätzlich oftmals zusammen mit Begleiterkrankungen auf (Tuisku et al., 2006). Man spricht hierbei von Komorbidität (King et al., 2009). Angststörungen sind in diesem Fall die häufigsten komorbiden Erkrankungen, die bei Jugendlichen mit Depressionen auftreten. Etwa 75% aller depressiven Jugendlichen weisen Angststörungen auf. Auch Suchterkrankungen als Begleiterkrankung erhöhen das Suizidrisiko zusätzlich enorm (Tuisku et al., 2006). Genauso wie Depressionen einen Suizidrisikofaktor darstellen, gibt es bestimmte Risikofaktoren für den Ausbruch von Depressionen im Jugendalter. Zu ihnen gehören Missbrauchserfahrungen sowie Vernachlässigung in der Kindheit, andere chronische Krankheiten, Depressionen in der Familiengeschichte und auch Tabakkonsum (Bhatia & Bhatia, 2007).

Eine depressive Episode im Jugendalter dauert in der Regel 7 bis 9 Monate (Reisman Greenberg, 2009), wobei die meisten Jugendlichen, die eine depressive Episode erleben, sich innerhalb von 1 bis 2 Jahren davon erholen. 50% der Erkrankten erleiden allerdings später wieder einen Rückfall (March & Vitiello, 2009; Treatment for Adolescents with Depression Study Team, 2009). Andere Quellen sprechen Reisman Greenberg (2009) zufolge sogar von einer Rückfallrate von bis zu 70% innerhalb von 2 Jahren. Ohne eine konsequente Behandlung sind Depressionen eine wechselhafte Erkrankung, die sich zyklisch immer wieder bessert und wieder verschlimmert (March & Vitiello, 2009). Werden Depressionen nach verübten Suizidversuchen nicht behandelt, erhöht dies drastisch das Risiko für weitere Selbstmordversuche (Vitiello & Pearson, 2008). Speziell bei männlichen Jugendlichen werden depressive Symptome von Eltern, Lehrern und medizinischem Fachpersonal häufig nicht bemerkt bzw. nicht richtig gedeutet, was ein großes Problem darstellt (Starling et al., 2004). Garzon et al. (2009) gehen sogar davon aus, dass in zwei Drittel der Fälle Depressionen bei Jugendlichen entweder gar nicht bemerkt oder falsch behandelt werden. Reisman Greenberg (2009) geht in seiner Annahme noch weiter und

schätzt, dass 70% aller depressiven Jugendlichen keinerlei Behandlung erfahren. Speziell wenn Jugendliche nicht gewillt sind zu kooperieren, ist die Diagnosestellung von Depressionen bei jungen Menschen nur erschwert möglich.

Die höhere Zahl an weiblichen Personen mit Depressionen wird von manchen Forschern darauf zurückgeführt, dass es innerhalb der Gesellschaft Frauen eher erlaubt ist, positive oder negative Gefühle zu zeigen, während dies bei Männern als Zeichen von Schwäche gesehen wird (Tapia et al., 2007). Das Auftreten von Depressionen im Jugendalter kann zudem während der gesamten Lebenszeit negative Folgen haben (Jorm et al., 2006), wobei eine frühest mögliche Intervention gegen Depressionen bei Jugendlichen die Langzeitfolgen erheblich verbessern kann (Bhatia & Bhatia, 2007). Personen, bei denen die Erstmanifestation von Depressionen im Jugendalter liegt, weisen zudem ein weitaus höheres Suizidrisiko auf als Menschen, die erst im Erwachsenenalter an Depressionen erkranken. Des Weiteren verlaufen bereits während der Jugend ausgebrochene Depressionen häufig massiver und tendieren eher dazu, chronisch zu werden (Andersen & Teichler, 2008).

Menschen können genetisch veranlagt sein, Depressionen zu entwickeln. Zur Auslösung von Depressionen kommen jedoch auch nichtgenetische Faktoren hinzu. Wird eine Depression behandelt, können genetische Faktoren beeinflussen, wie ein Patient auf die Behandlung anspricht (Reisman Greenberg, 2009). Zudem müssen Depressionen nicht unbedingt psychische Ursachen haben. Auch neurologische, infektiöse oder hormonelle Störungen und Erkrankungen können Depressionen auslösen, wobei diese anders therapiert werden müssen, als psychisch bedingte Depressionen (Garzon et al., 2009). Andersen und Teichler (2008) vermuten auf Grundlage epidemiologischer Studien zudem, dass Angsterkrankungen und Depressionen möglicherweise auf die gleichen genetischen Faktoren zurückzuführen sind.

4.9.1.1. Major Depression

Eine recht weit verbreitete und ernstzunehmende psychische Erkrankung im Jugendalter ist die Major Depression, die den affektiven Störungen zugeordnet wird (Andersen & Teichler, 2008). Von allen „Gemütsstörungen“ wird die Major Depression als die schwerwiegendste angesehen (Bhatia & Bhatia, 2007) - sie geht mit einer hohen Morbidität⁵ und Mortalität⁶ einher (US Preventive Services Task Force, 2009). Während die Prävalenz bei Kindern unter 12 Jahren noch bei nur etwa einem Prozent liegt, steigt sie bis zum Ende des Jugendalters auf bis zu 25% (Andersen & Teichler, 2008). Laut Reisman Greenberg (2009) leiden etwa 4% bis 8% aller Jugendlichen an einer Major Depression, die US Preventive Services Task

⁵ Morbidität: „Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population, die in bestimmten Größen (z. B. Inzidenz, Prävalenz) ausgedrückt wird“ (Pschyrembel, 2004)

⁶ Mortalität: „Sterblichkeit“; Mortalitätsziffer: „das Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle zum Durchschnittsbestand der Population“ (Pschyrembel, 2004)

Force (2009) gibt die Prävalenz der Major Depression bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren mit 5,6% an. Major Depression tritt oftmals mit Komorbiditäten auf. Forscher gehen davon aus, dass etwa zwei Drittel aller Jugendlichen mit einer Major Depression zusätzlich an einer weiteren psychischen Krankheit leiden (Bhatia & Bhatia, 2007).

Personen, die an einer Major Depression leiden, haben Lynch et al. (2008) zufolge ein 20-fach höheres Suizidrisiko als Personen, die keine Depressionen aufweisen. Generell wird diese Krankheit bei Jugendlichen mit einem hohen Suizidrisiko in Verbindung gebracht (US Preventive Services Task Force, 2009). Die Major Depression gilt Bhatia und Bhatia (2007) zufolge als Hauptursache für suizidales Verhalten und Suizid im Jugendalter. Eine frühest mögliche Erkennung und Behandlung von Major Depression könnte sich somit positiv auf die Suizidzahlen bei Jugendlichen auswirken (Cash & Bridge, 2009). Außerdem erhöht sich bei Personen, die im Jugendalter eine Major Depression entwickeln, die Wahrscheinlichkeit, auch im jungen Erwachsenenalter an einer Major Depression zu leiden (US Preventive Services Task Force, 2009).

Major Depression ist bei Jugendlichen eine Erkrankung, welche die Betroffenen oft stark in ihrem Alltag behindert und einschränkt. Es existieren viele Risikofaktoren, die eine Major Depression auslösen oder begünstigen können. Die meisten Erkrankten weisen mehrere dieser Risikofaktoren auf. Nichtsdestotrotz wird eine Major Depression, wie auch andere Formen der Depression, bei Jugendlichen häufig nicht entdeckt oder behandelt (US Preventive Services Task Force, 2009).

4.9.1.2. Dysthyme Störung

Die Dysthyme Störung ist eine chronische, mildere Form der Depression (Bhatia & Bhatia, 2007). Man spricht von einer Dysthymen Störung, wenn eine Depression innerhalb von mindestens einem Jahr an den meisten Tagen auftritt (Garzon et al., 2009). Reisman Greenberg (2008) geht davon aus, dass etwa 1,6% bis 8% aller Jugendlichen an einer Dysthymen Störung leiden. Zudem entwickeln fast 70% aller an einer dysthymen Störung erkrankten Kinder und Jugendlichen im weiteren Verlauf auch eine Major Depression (Bhatia & Bhatia, 2007).

4.9.1.3. Bipolare affektive Störung

Die bipolare Störung beinhaltet Depressionen wie bei der Major Depression, nur dass diese depressiven Episoden durch Phasen der Manie⁷ unterbrochen werden. Depressive und manische Stimmungslagen wechseln einander hierbei ab. Manische Phasen sind demnach das einzige Merkmal, das eine Major Depression von einer Bipolaren Störung unterscheidet

⁷ Manie: „Form der affektiven Psychose mit inadäquat gehobener (heiterer oder gereizter) Stimmung, Antriebssteigerung, Steigerung der Wahrnehmungsintensität, Denkstörungen, Störungen vegetativer Funktionen und oft erheblichen Einschränkungen der sozialen bzw. beruflichen Leistungsfähigkeit“ (Pschyrembel, 2004)

(Garzon et al., 2009). Die bipolare Störung ist zwar weniger weit verbreitet als die unipolare Depression, beginnt jedoch bei 40% aller Kinder und Jugendlichen mit einer Episode einer Major Depression (Bhatia & Bhatia, 2007), was die Differenzierung zwischen den beiden Krankheitsbildern vermutlich zusätzlich erschwert.

Eine bipolare Störung bei Jugendlichen geht mit einer besonders starken Erhöhung des Suizidrisikos einher. Dabei ist das Risiko für suizidales Verhalten umso höher, je früher eine bipolare Störung ausbricht. Fast ein Drittel aller Patienten mit bipolarer Störung begehen irgendwann einen Suizidversuch. Ebenso scheint Suizidalität bei Patienten mit bipolarer Störung besonders häufig innerfamiliär weitergegeben zu werden. Goldstein et al. (2005) konnten in einer Untersuchung 4 signifikante Risikofaktoren für Suizidversuche bei Patienten mit bipolarer Störung identifizieren: suizidales Verhalten in der Vergangenheit, frühere psychiatrische Krankenhausaufenthalte, dysphorische Manien⁸ im Krankheitsverlauf sowie Psychosen.

4.9.2. Angststörungen

Internationale Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Angstsymptomen, Angsterkrankungen und Suizidalität. Speziell bei Jugendlichen, die aufgrund suizidalen Verhaltens ins Krankenhaus kommen, sind Angststörungen weit verbreitet, und es gilt als erwiesen, dass Angststörungen das Suizidrisiko junger Menschen erhöhen (Hawton et al., 2008). Dervic et al. (2008) verweisen zudem darauf, dass Angst zusammen mit Depressionen bei Jugendlichen unter 16 Jahren den größten Risikofaktor für Suizidalität darstellen. Studien aus den 1990er Jahren zufolge konnte bei Angsterkrankungen zwar ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche, nicht jedoch für Suizidgedanken nachgewiesen werden (Evans et al., 2004). Gleichzeitig existieren auch Studien, die Angsterkrankungen nicht als Risikofaktor für Suizidalität ausweisen, diese bilden jedoch eher die Ausnahme (Tuisku et al., 2006).

Wichtig ist hierbei stets die Unterscheidung zwischen Angstsymptomen und Angststörungen bzw. Angsterkrankungen. Angstsymptome sind beispielsweise Ängstlichkeit, Furcht und Panik und müssen nicht auf eine zugrundeliegende Angsterkrankung hinweisen. Eine diagnostizierbare Angststörung hingegen erfüllt die diagnostischen Kriterien einer psychiatrischen Angsterkrankung (Diefenbach et al., 2009). Wie bereits erwähnt sind sowohl Angstsymptome als auch Angsterkrankungen Risikofaktoren für Suizidalität bei Jugendlichen (Hawton et al., 2008; Tuisku et al., 2006).

⁸ Dysphorische Manie: Kombination oder rascher Wechsel von manischen und depressiven Symptomen (ICD-10-GM-2012)

Angstsymptome treten oftmals auch bei Personen auf, bei denen keine Angsterkrankung diagnostizierbar ist. Das bedeutet, dass auch Angstsymptome ohne Vorhandensein einer Angststörung das Suizidrisiko erhöhen können. Selbst berichtete Gefühle der Unruhe, Ängstlichkeit und/oder Erregbarkeit sind demnach starke Vorzeichen für suizidales Verhalten in der Zukunft, wobei speziell bei Jugendlichen Angstgefühle ein von anderen Faktoren unabhängiges Vorzeichen für Suizidalität sein können (Diefenbach et al., 2009).

Wie bei Depressionen scheinen auch bei Angsterkrankungen im Jugendalter hormonelle und emotionale Veränderungen während der Jugend eine wichtige Rolle zu spielen (Paus et al., 2008).

In einer Studie von Diefenbach et al. (2009) zeigte sich, dass Suizidalität 3 Mal häufiger bei Personen mit Angstsymptomen auftritt, wobei hier Frauen doppelt so oft wie Männer betroffen sind. Der Zusammenhang zwischen Angstsymptomen und Suizidalität scheint sogar größer als zwischen Angsterkrankungen und Suizidalität. Eine Untersuchung stationär aufgenommener psychiatrischer Patienten von Busch et al. (2003) zeigte, dass 79% der Patienten, die entweder im Spital oder kurze Zeit nach ihrer Entlassung Selbstmord begingen, in der Woche vor der Tat gesteigerte Erregbarkeit oder enorme Angstgefühle aufwiesen. Angstsymptome bei stationär aufgenommenen Jugendlichen scheinen Ghaziuddin et al. (2000) zufolge ein unabhängiges Vorzeichen für Suizidalität zu sein, weshalb die Erhebung von Angstsymptomen bei jugendlichen Patienten auf psychiatrischen Stationen sinnvoll scheint (Diefenbach et al., 2009).

4.9.3. Essstörungen

Gestörtes Essverhalten ist bei Jugendlichen, allem voran Mädchen, weit verbreitet (Bursztein & Apter, 2008; Miotto & Preti, 2007). Verschiedene Studien konnten eine signifikante Verbindung zwischen Essstörungen und Suizidalität bei beiden Geschlechtern bzw. zumindest bei Mädchen und Frauen nachweisen (Bursztein & Apter, 2008; Evans et al., 2004; Hawton et al., 2008). Gestörtes Essverhalten erhöht somit das Suizidrisiko (Miotto & Preti, 2007).

Verschiedene Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass die gestörte körperliche Selbstwahrnehmung von Jugendlichen zu Suizidalität führen kann, wenn junge Menschen ihr Gewicht als nicht angemessen empfinden. Studien, die einen möglichen Zusammenhang zwischen Gewicht und Suizidrisiko von Jugendlichen untersuchten, kamen bisher allerdings zu unterschiedlichen Ergebnissen. Da Fettleibigkeit bei Jugendlichen weltweit immer mehr zunimmt, ist es besonders wichtig, in Erfahrung zu bringen, ob, und wenn ja in welchem Ausmaß, Adipositas⁹ sich auf das Suizidrisiko von Jugendlichen auswirkt. Eine

⁹ Adipositas: „Krankhaftes Übergewicht, das zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führt“ (Psyhyrembel, 2004)

Untersuchung von Crow et al. (2008) zu diesem Thema zeigte, dass ungesundes Gewichtskontrollverhalten wie Fasten, Erbrechen, Auslassen von Mahlzeiten sowie Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sich stark förderlich auf die Entwicklung von Suizidgedanken und das Risiko für Suizidversuche auswirken. Wichtig hierbei ist, dass nicht das eigentliche Gewicht eines Jugendlichen sein Suizidrisiko erhöht, sondern ausschließlich die subjektive negative Wahrnehmung des eigenen Körpers. Daraus lässt sich schließen, dass Maßnahmen, welche die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes verbessern, sowohl das Suizidrisiko bei Jugendlichen senken, als auch weltweit das Wohlbefinden der Menschen steigern könnten.

Bei Jugendlichen scheinen jedoch nicht die Essstörungen an sich Suizidalität hervorzurufen. Vielmehr lösen die durch gestörtes Essverhalten ausgelösten Veränderungen im Serotonin-Haushalt bei Personen mit Essstörungen häufig gesteigerte Impulsivität, Aggressionen oder Depressionen aus. Auch negative Auswirkungen von Essstörungen auf das soziale Leben der Betroffenen begünstigen die Entstehung von Depressionen und Aggressionen. Zudem weisen die meisten Jugendlichen mit Essstörungen, die einen Suizidversuch unternehmen, auch andere psychische Erkrankungen auf, die ihrerseits ebenfalls das Suizidrisiko erhöhen. Diese Folgeerscheinungen können dann wiederum Suizidalität auszulösen (Bursztein & Apter, 2008; Miotto & Preti, 2007). Miotto und Preti (2007) bezeichnen daher Depressionen und Aggressionen als Mediatoren zwischen Suizidalität und gestörtem Essverhalten.

Bei Patienten mit Essstörungen entwickeln Mädchen und Frauen häufiger Suizidgedanken als Burschen und Männer. Bei Patienten mit Anorexia Nervosa¹⁰, die ein 23-mal höheres Suizidrisiko aufweisen als die Allgemeinbevölkerung, ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen (Miotto & Preti, 2007). Auch Bulimie¹¹ im Jugendalter erhöht markant das Suizidrisiko (Hawton et al., 2008).

4.9.4. Persönlichkeitsstörungen

4.9.4.1. Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung¹² gehört neben der Borderline Persönlichkeitsstörung (siehe 4.9.4.2.), zu den sogenannten Cluster B Persönlichkeitsstörungen. Anders als bei Patienten anderer Persönlichkeitsstörungen dieses Clusters kann suizidales Verhalten bei narzisstischen Patienten auch ohne depressive Verstimmung auftreten, beispielsweise während emotionaler Krisen, oder in dem Glauben,

¹⁰ Anorexia nervosa: „Magersucht; psychogene Essstörung mit beabsichtigtem, selbst herbeigeführtem Gewichtsverlust“ (Pschyrembel, 2004)

¹¹ Bulimia nervosa: „psychogene Essstörung, bei der exzessive, meist hochkalorische Nahrungsmengen in kurzer Zeit zugeführt und anschließend Maßnahmen ergriffen werden, um das Körpergewicht in einem (sub)normalen Rahmen zu halten“ (Pschyrembel, 2004)

¹² Narzisstische Persönlichkeitsstörung: u.a. „Störung der gesunden Selbstliebe und der Fähigkeit der Selbstwertregulation in kränkenden Situationen“ (Pschyrembel, 2004)

Selbstmord wäre ein Sieg über den Tod. Narzisstische Patienten zeigen des Weiteren weniger Impulsivität bei Suizidversuchen und zeichnen sich meist durch wohlüberlegte und genau geplante Selbstmordversuche aus, weshalb die Zahl der vollendeten Selbstmorde in dieser Patientengruppe besonders hoch ist. Die Erhebung und Einschätzung von Suizidalität bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung stellt daher im Vergleich zu anderen Patienten eine große Herausforderung dar. Suizidalität bei narzisstischen Patienten ist ein international bisher kaum erforschter Sachverhalt, auch wenn Suizidalität für eine hohe Anzahl an Todesfällen von Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung verantwortlich ist (Blasco-Fontecilla et al., 2009).

Häufige Symptome einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung sind gesteigerte Vulnerabilität und Empfindlichkeit, die speziell bei depressiven Männern einen Risikofaktor für Suizidalität darstellen (Oquendo et al., 2007).

4.9.4.2. Borderline Persönlichkeitsstörung

Die Borderline Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein gestörtes Selbstbild sowie Instabilität in der Impulskontrolle und in zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Forscher gehen von einer Prävalenz von circa 2% der Allgemeinbevölkerung aus, wobei etwa drei Viertel der Betroffenen Frauen sind, und die Krankheit häufig in der Jugend erstmals ausbricht. Hinzu kommt, dass auch bei der Borderline Persönlichkeitsstörung absichtliche Selbstschädigung meist umso häufiger und lang anhaltender vorkommt, je jünger die Betroffenen sind, wenn sie erstmals selbstschädigendes Verhalten zeigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn absichtliche Selbstschädigung bereits vor Beginn der Pubertät praktiziert wird (Munz, 2008).

Laut Frances et al. (1989) begehen 5% bis 10% der Erkrankten Suizid, und bis zu 80% der Betroffenen zeigen selbstschädigendes Verhalten. Bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung liegen oftmals auch andere Risikofaktoren für Suizidalität, wie sexueller Missbrauch, Impulsivität oder Substanzabusus, sowie weitere psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen, vor, was das Suizidrisiko weiter erhöht (Munz, 2008).

4.9.5. Substanzabusus und –abhängigkeit (Alkohol und Drogen)

Alkohol- und Drogenkonsum sowie der Missbrauch dieser Substanzen werden in der internationalen Literatur immer wieder mit suizidalem Verhalten bei Jugendlichen in Zusammenhang gebracht und gelten somit als starker Risikofaktor für Suizidalität (Bursztein

& Apter, 2008; Cash & Bridge, 2009; Hacker et al., 2006; King et al., 2009; Schilling et al., 2009; Sourander et al., 2009; Vitiello & Pearson, 2008; Wunderlich et al., 2001). Hierzu merken Dervic et al. (2008) an, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen unter 15 Jahren noch selten auftreten und erst mit steigendem Alter einen häufigen Risikofaktor für Suizidalität darstellen. Nock (2009) hingegen verweist darauf, dass das Suizidrisiko bei Alkoholmissbrauch mit steigendem Alter stetig sinkt und am höchsten bei Jugendlichen bis 13 Jahren ist.

Suchtmittelmissbrauch beginnt typischerweise im Teenageralter (Paus et al., 2008) beziehungsweise in der Pubertät, was als einer der Gründe dafür gesehen werden kann, dass in diesem Alter das Suizidrisiko rapide ansteigt (Dervic et al., 2008). Wunderlich et al. (2001) zufolge ist Drogenmissbrauch bei Burschen doppelt so häufig zu beobachten wie bei Mädchen. In einer Studie von Hawton et al. (2008) war das Risiko für suizidales Verhalten sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen, die angaben, illegale Drogen zu konsumieren, erhöht. Internationale Studien lassen zudem darauf schließen, dass dieser Zusammenhang bei sogenannten härteren Drogen wie Heroin und Kokain ausgeprägter ist als bei weicheren Drogen wie Marihuana. Unter Personen mit Suizidgedanken ist das Suizidrisiko besonders hoch, wenn sie gleichzeitig auch Suchterkrankungen aufweisen, da Suchtmittelmissbrauch das Risiko stark erhöht, Suizidgedanken in die Tat umzusetzen (Nock et al., 2008a).

Gründe für den häufigeren Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Burschen im Vergleich zu Mädchen könnten sein, dass speziell Alkoholkonsum immer wieder als Ausdruck von Männlichkeit angesehen wird. Darüber hinaus werden Burschen eher dazu erzogen, ihre Gefühle zu unterdrücken als Mädchen. Hier können Alkohol oder Drogen helfen, negative Emotionen zu unterdrücken. Dass Burschen weniger häufig an Depressionen leiden als Mädchen, könnte außerdem darauf zurückzuführen sein, dass Suchtmittelmissbrauch verhindert, dass Depressionen sich äußerlich zeigen. Anstatt der Depression tritt der Suchtmittelmissbrauch in den Vordergrund und wird daher eher wahrgenommen (Wunderlich et al., 2001). Verwenden Jugendliche Alkohol als Mittel, um mit Depressionen umzugehen, stellt Alkohol eine große Gefahr für junge Menschen dar, die schlimmstenfalls zum Suizid der Betroffenen führen kann (Schilling et al., 2009).

Sowohl Alkohol- als auch Suchtmittelmissbrauch können zudem die Impulsivität bei Jugendlichen erhöhen, die, wie bereits weiter oben erwähnt, ebenfalls ein starker Risikofaktor für Suizidalität ist (siehe Kapitel 4.7.) (Vitiello & Pearson, 2008).

Lynch et al. (2008) zufolge erhöht Alkoholmissbrauch das Suizidrisiko einer Person um das Sechsfache. Andere Autoren geben allerdings an, dass das Risiko für einen Suizidversuch umso höher ist, je exzessiver der Alkoholkonsum betrieben wird, beziehungsweise, je

hochprozentiger der zu sich genommene Alkohol ist (Evans et al., 2004; Hawton et al., 2008). Dies trifft nach Evans et al. (2004) sowohl auf Burschen als auch auf Mädchen zu. Vor allem auch das in den letzten Jahren häufiger zu beobachtende sogenannte „Heavy episodic drinking“, kurz HED, unter Schülern und Studenten konnte in mehreren Studien als signifikanter Risikofaktor für suizidales Verhalten nachgewiesen werden (Bursztein & Apter, 2008; Nock, 2009; Schilling et al., 2009). Aseltine et al. (2009) fanden beispielsweise heraus, dass Jugendliche unter 13 Jahren, die HED praktizieren, ein fast dreimal so hohes Risiko für einen Suizidversuch aufweisen, wie gleichaltrige Antialkoholiker. Bei über 18-Jährigen, die regelmäßig große Mengen Alkohol konsumieren, ist das Suizidrisiko hingegen nur gering erhöht (Cash & Bridge, 2009). HED könnte Nock (2009) zufolge möglicherweise nicht der direkte Auslöser von Suizidalität sein. Früher Alkoholmissbrauch könnte auch das Ergebnis oder eine Begleiterscheinung anderer Faktoren wie emotionaler Frühreife sein, die ihrerseits Suizidalität begünstigen.

Zudem weisen Jugendliche, die auf Probleme und schlechte Stimmung mit Alkoholkonsum reagieren, ein drei Mal höheres Suizidrisiko auf (Cash & Bridge, 2009). In einer Untersuchung von Schilling et al. (2001) hatten 18% aller Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol konsumierten, wenn sie sich schlecht fühlten, innerhalb der letzten 12 Monate auch einen Suizidversuch verübt. Bei Jugendlichen, die keinen Alkohol konsumierten, waren es hingegen nur 3,1%. Alkoholkonsum bei Problemen erhöht bei Jugendlichen demnach das Risiko für einen Suizidversuch um 75%.

Übermäßiger Alkoholkonsum kann Schilling et al. (2009) zufolge speziell bei ungeplanten Selbstmorden eine wichtige Rolle spielen, da Alkohol enthemmend wirkt, Aggressionen und negative Stimmungslagen verschlimmert, sowie, wie bereits erwähnt, Impulsivität fördert und oftmals das Bewusstsein und die Sicht für andere Problembewältigungsstrategien einengt.

4.9.6. Posttraumatische Belastungsstörung

Auch Posttraumatische Belastungsstörungen brechen häufig während der Jugend erstmals aus (Paus et al., 2008). Die Patienten haben ein mehr als 5-fach erhöhtes Suizidrisiko, verglichen mit gesunden Kontrollgruppen. Liegt zudem eine Depression vor, ist das Suizidrisiko noch stärker erhöht (Gradus et al., 2010), wobei generell das Vorhandensein einer dieser beiden Erkrankungen das Risiko erhöht, auch an der anderen zu erkranken (Nrugham et al., 2010).

Generell tritt eine posttraumatische Belastungsstörung nach dem Erleben traumatischer Ereignisse wie beispielsweise sexuellen Übergriffen oder dem Überleben von Naturkatastrophen auf. Zur Diagnosestellung müssen die Patienten 3 charakteristische Symptome aufweisen: die durchgemachte Situation wird in Alpträumen oder Flashbacks

immer wieder neu durchlebt; Situationen, die an das Trauma erinnern, werden vermieden, und die Betroffenen weisen starke Erregungszustände auf und leiden beispielsweise an Schlafstörungen oder extremer Wachsamkeit (Gradus et al., 2010).

4.10. Weitere Risikofaktoren

In der Literatur finden sich viele weitere Risikofaktoren für Suizidalität, wobei davon auszugehen ist, dass weitere Forschung stets neue Risikofaktoren zu Tage bringen wird.

Bei Erwachsenen konnten Oquendo et al. (2007) nachweisen, dass regelmäßiger Zigarettenkonsum einer der stärksten Prädiktoren¹³ für zukünftiges suizidales Verhalten ist, wobei nicht untersucht wurde, ob dies auch bei Jugendlichen zutrifft. Zudem scheinen Untersuchungen zufolge auch Aggressionen und Impulsivität, die ebenfalls Suizidrisikofaktoren sind, bei Rauchern häufiger zu sein als bei Nichtrauchern.

Jugendliche Patienten mit chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Krebs, einer HIV-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung weisen ebenfalls ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko auf (Keiser et al., 2010; Lynch et al., 2008; Nock et al., 2008b).

Unterdrückter Zorn kann ebenfalls das Suizidrisiko erhöhen. Lehnert et al. (1994) untersuchten Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und stellten fest, dass jene Jugendliche, die ihren Ärger unterdrückten, eher an Depressionen und Gefühlen der Hoffungslosigkeit litten als Jugendliche, die ihrem Ärger auch Ausdruck verliehen. Unterdrückter Zorn kann obendrein dazu führen, dass man sich eingesperrt oder in die Enge gedrängt fühlt. Diese Gefühle wiederum sind häufige Auslöser für Selbstmordversuche. Laut Park et al. (2010) ist es im asiatischen Kulturkreis gängiger als in anderen Kulturen, dass Jugendliche Gefühle wie Ärger oder Zorn unterdrücken, weshalb anzunehmen ist, dass im asiatischen Raum unterdrückte Wutgefühle als Suizidrisikofaktor weit verbreiteter sind als beispielsweise in Europa.

Untersuchungen zeigen, dass Kopfschmerzen bei Jugendlichen recht häufig sind. Häufige Kopfschmerzen und Migräne erhöhen drastisch die Wahrscheinlichkeit für Suizidalität. Speziell wenn Kopfschmerzen Jugendliche im täglichen Leben stark behindern, entwickeln über 40% der Betroffenen Selbstmordgedanken (Hershey, 2009). Wang et al. (2009) zufolge weisen Jugendliche, die unter Migräne leiden, dreimal häufiger Suizidgedanken auf als gesunde Jugendliche, speziell wenn die Kopfschmerzen sehr häufig auftreten, und die Betroffenen dadurch stark in ihrem Alltag beeinträchtigt werden. Der Zusammenhang zwischen Migräne und Suizidalität besteht dabei unabhängig von möglichen Depressionen.

¹³Prädiktor: zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variable (Duden, 2012)

Ferner können Stress erzeugende oder negative Lebensereignisse sowie traumatische Ereignisse das Suizidrisiko erhöhen (Horesh et al., 2009), wobei es Nruham et al. (2010) zufolge von den individuellen Bewältigungsfähigkeiten und Problemlösefertigkeiten einer Person abhängt, ob jemand mit suizidalem Verhalten auf traumatische Ereignisse reagiert oder nicht. Laut Horesh et al. (2009) weisen suizidale Jugendliche etwa viermal mehr negative Lebensereignisse auf als nicht suizidale Jugendliche.

Eine norwegische Studie von Nruham et al. (2010) zeigte, dass Jugendliche, die einen Suizidversuch unternahmen, signifikant weniger psychisch belastbar und widerstandsfähig und weitaus häufiger depressiv waren als nicht suizidale Jugendliche. Je belastbarer und widerstandsfähiger die Untersuchten waren, desto weniger anfällig waren sie für Selbstmordversuche. Die Forscher schließen daraus, dass eine höhere Belastbarkeit und Widerstandsfähigkeit (engl. „resilience“) selbst bei gleichzeitigem Vorhandensein von Depressionen oder Gewalterfahrungen Jugendliche vor Selbstmordversuchen schützt. Belastbarkeit und Widerstandsfähigkeit könnten demnach als Mediatoren zwischen Depressionen und Suizidversuchen fungieren. Auch Park et al. (2010) bestätigen, dass das Suizidrisiko von Jugendlichen umso höher ist, je weniger belastbar bzw. widerstandsfähig sie sind. Desgleichen sind Gefühle der Hoffungslosigkeit ein wichtiger Risikofaktor für Suizidalität (Thompson et al., 2009). Hierbei besteht vielleicht die Möglichkeit, dass Jugendliche, die eine hohe Belastbarkeit aufweisen, weniger anfällig für etwaige Hoffungslosigkeit sind.

Bei weiblichen Jugendlichen erhöht auch das Aufwachsen in einer Großstadt¹⁴ nachgewiesenermaßen das Suizidrisiko, wobei der Anstieg des Suizidrisikos umso größer ist, je größer die Stadt ist, in der die Mädchen aufwachsen. Laut von Borcyskowski (2010) sind die Gründe für diesen Zusammenhang bisher nicht bekannt.

¹⁴ Stadt mit mehr als 100000 Einwohnern (Internationale Statistikkonferenz, 1887)

5. Erhebung und Erkennung von Suizidalität bei Jugendlichen

Die Mehrheit jugendlicher Suizidopfer erhielt nie medizinische Behandlung (Nock et al., 2008b), was möglicherweise auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass Suizidalität im Jugendalter viel zu oft unentdeckt bleibt (Horowitz et al., 2009). Da das Vorhandensein einzelner Risikofaktoren nicht automatisch auf vorliegende Suizidalität schließen lässt (Vitiello & Pearson, 2008), und somit kein verlässliches Anzeichen dafür ist, dass ein Jugendlicher wirklich suizidales Verhalten zeigen wird (Ash, 2008), stellt sich die Frage, wie suizidgefährdete Jugendliche möglichst frühzeitig erkannt werden können. Die Anzahl der Faktoren, die als Auslöser für Suizidalität fungieren können, ist, wie bereits in Kapitel 4 veranschaulicht, groß. Auch wenn es eine Vielzahl an Instrumenten gibt, um Suizidalität zu messen, so fehlen doch akkurate Mittel, um Suizidalität bei Jugendlichen objektiv bewerten und einschätzen zu können. Ebenso wie es an einheitlichen Begriffsdefinitionen für suizidale Phänomene (siehe Kapitel 2.1.) mangelt, fehlen auch standardisierte Maßstäbe zur Bewertung und Einteilung von Suizidalität bei Jugendlichen (Bursztein & Apter, 2008). Selbst wenn standardisierte Messinstrumente existieren, ist deren Reliabilität und Validität Mitchell und Dennis (2006) zufolge oftmals nicht bewiesen (Lynch et al., 2008), weshalb beispielsweise Posner et al. (2007) sowie McPherson (2005) explizit auf die Notwendigkeit hinweisen, standardisierte Instrumente für die Erhebung von Suizidalität zu entwickeln, zu hinterfragen und stets weiter zu erforschen.

Die meisten Instrumente zur Erhebung des Suizidrisikos eruieren das jeweilige Risiko einer Person anhand vorhandener Kriterien wie Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, früherem suizidalem Verhalten oder Suizidgedanken. Hermes et al. (2009) geben jedoch zu bedenken, dass auf diese Weise nur Personen mit chronischem Suizidrisiko erkannt werden, und Personen, bei denen akut ein Suizid droht, häufig nicht diese Merkmale aufweisen, was bedeutet, dass diese nicht erkannt werden. Laut McAuliffe und Perry (2007) existiert nämlich bisher kein Erhebungsinstrument, mit dem Suizidalität absolut zuverlässig erkannt werden kann. Dabei wäre es aber speziell im stationären Bereich extrem wichtig, auch Patienten mit akutem, drohenden Suizidrisiko identifizieren zu können (Hermes et al., 2009). Bei der Erkennung und Erfassung von Suizidalität kommt zudem erschwerend hinzu, dass Erhebungsinstrumente immer nur die momentane Situation einer Person widerspiegeln. Das bedeutet, dass Instrumente suizidale Personen erkennen, wenn sie zum Zeitpunkt der Erhebung Suizidalität aufweisen, nicht aber, wenn Personen zum Zeitpunkt der Erhebung keine Suizidalität aufweisen (Lynch et al., 2008). Die Absicht zu sterben und akute Suizidalität können jedoch kurzfristig und ohne vorherige Anzeichen auftreten (Silverman et al., 2007a), weshalb auch bei der Erhebung und Einschätzung von Suizidalität bei Jugendlichen Impulsivität als wichtiger Faktor mit einkalkuliert werden muss (Ash, 2008).

Daraus lässt sich ableiten, dass ein Jugendlicher, der laut eines Suizidalität-Erhebungsinstruments nicht suizidal ist, dies innerhalb kurzer Zeit plötzlich sein kann (und umgekehrt), ohne dass dies bei einer früheren Erhebung des Suizidrisikos ersichtlich gewesen wäre. Verschiedene Forscher weisen deshalb darauf hin, dass eine regelmäßige Neubewertung und somit neuerliche Erhebung des Suizidrisikos bei Jugendlichen unerlässlich ist, um suizidale Personen zu identifizieren und nicht zu übersehen (Lynch et al., 2008), da für die korrekte Erkennung von Suizidalität bei Jugendlichen möglicherweise nur wenig Zeit verbleibt, um schlimmen Konsequenzen, bis hin zum Tod der Betroffenen, vorzubeugen (Ash, 2008).

Generell ist davon auszugehen, dass zur Erhebung von Suizidalität im Jugendalter möglichst alle bekannten Risikofaktoren abgefragt werden sollten (Evans et al., 2005), was voraussetzt, dass jene Personen, die Suizidalität erheben, über ein umfassendes Wissen über Risikofaktoren für Suizidalität bei Jugendlichen verfügen (Shain & Committee on Adolescence, 2007). Meerwijk et al. (2010) zufolge sollten zudem auch Fragen zur empfundenen Lebensqualität gestellt werden. Dabei ist damit zu rechnen, dass eine solche Evaluation ein großes Maß an Zeit erfordern kann, und stets auch Gespräche mit den Jugendlichen sowie deren Eltern oder Erziehungsberechtigten enthalten sollte (Garzon et al., 2009). Sobald ersichtlich wird, dass ein Jugendlicher suizidal ist, sind dann weitere, nochmals vertiefende Erhebungen notwendig, um das genaue Ausmaß des Suizidrisikos zu eruieren, um die Behandlung entsprechend auf den jeweiligen Jugendlichen zuschneiden zu können (Meerwijk et al., 2010).

Ein großes Problem bei der Erkennung und Erhebung von Suizidalität bei Jugendlichen ist außerdem, dass verschiedene Erhebungsinstrumente häufig voraussetzen, dass die untersuchten Personen bereits die Definitionen der verwendeten Begriffe kennen, und Forscher, sowie die erhebenden Personen fälschlicherweise davon ausgehen, dass diese Definitionen mit den von ihnen verwendeten übereinstimmen (Silverman et al., 2007a). Zudem wurde laut Oquendo und Mann (2003) bisher erst wenig Forschung über Einschätzungsinstrumente für Suizidalität betrieben (McPherson, 2005).

In einer Studie von King et al. (2009) in medizinischen Notdiensten wurden doppelt so viele weibliche Jugendliche positiv auf erhöhtes Suizidrisiko getestet wie männliche. Dies deckt sich einerseits mit den Ergebnissen anderer Studien, die besagen, dass Suizidgedanken und Suizidversuche bei Mädchen und Frauen häufiger sind als bei Burschen und Männern. Andererseits zeigen diese Ergebnisse aber auch auf, dass die Erkennung suizidgefährdeter männlicher Personen, unter denen die Zahlen vollendeter Suizide ja, wie bereits weiter oben erwähnt, weit höher sind als unter weiblichen Personen, große Schwierigkeiten zu bereiten und teilweise nicht einwandfrei zu funktionieren scheint.

Speziell bei der Erhebung von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen gilt es zu bedenken, dass Messinstrumente, die Suizidalität bei Erwachsenen nachweislich gut erfassen, bei jungen Menschen möglicherweise nicht einsetzbar sind (Gutierrez, 2006). Harrington (2001) geht zur Erhebung von Suizidalität bei Jugendlichen davon aus, dass junge Menschen ab etwa 13 Jahren in der Lage sind, Gespräche wie Erwachsene zu führen. Die Erhebung von Suizidalität bei Jugendlichen kann ab diesem Alter auf verbaler Basis also ganz wie bei Erwachsenen vonstattengehen (Hawton et al., 2008). Nichtsdestotrotz bleibt Suizidalität bei Jugendlichen viel zu oft unentdeckt und somit auch unbehandelt (Horowitz et al., 2009; Nock et al., 2008b). Dabei wäre eine möglichst frühzeitige Erkennung von suizidalen Jugendlichen und diesbezüglichen Risikofaktoren vermutlich der wichtigste Faktor, um einem tödlichen Ausgang vorzubeugen und die Betroffenen rechtzeitig einer Behandlung zuzuführen (Hacker et al., 2006; Horowitz et al., 2009; Miotto & Preti, 2007; Paus et al., 2008).

Besonders bei Jugendlichen unter 15 Jahren besteht zudem stets das Risiko, dass Symptome für Suizidalität oder psychische Erkrankungen unter Umständen als für dieses Alter normale entwicklungsbedingte Charakterzüge missinterpretiert werden können, was die korrekte Erkennung von Suizidalität in dieser Altersgruppe zusätzlich erschwert (Dervic et al., 2008). Aber auch generell bleibt suizidales Verhalten bei Jugendlichen von Eltern, Lehrern und Gesundheitsdienstleistern viel zu oft unentdeckt. Studien zufolge wird vorhandene Suizidalität in bis zu 83% der Fälle von Mitarbeitern des Gesundheitssystems nicht korrekt erkannt (Horowitz et al., 2009), was häufig zur Folge hat, dass suizidale Jugendliche keinerlei medizinische Hilfe erhalten (Nock et al., 2008b).

Prinzipiell gehen Shain & Committee on Adolescence (2007) davon aus, dass Jugendliche durchaus direkt gefragt werden dürfen, ob sie Selbstmordgedanken oder -absichten haben oder jemals hatten. Wird diese Frage bejaht, sollten dann mehr Details erfragt werden wie beispielsweise, wie, wann und in welchem Ausmaß diese Phänomene vorkommen oder vorkamen, und ob andere Personen darüber Bescheid wissen oder wussten. Die Autoren verweisen diesbezüglich explizit darauf, dass es keinerlei fundierte Anzeichen dafür gibt, dass eine solche Befragung Suizidalität bei Jugendlichen erst auslösen oder aber verschlimmern könnte. Meerwijk et al. (2010) sowie Hermes et al. (2009) merken zudem an, dass Suizidalität stets besser in einem fließenden Gespräch als in einzelnen, unzusammenhängenden Fragen aus einem Erhebungsinstrument erhoben werden sollte. Wichtig ist hierbei auch, dass die erhebenden Personen, wie beispielsweise Pflegefachkräfte, Fragen über Suizidalität stets mit ihren eigenen Worten und in ihrem eigenen Redestil stellen, da diese Natürlichkeit positiv auf die Befragten wirkt - die Einschätzung des Suizidrisikos sollte immer angepasst an die jeweilige Situation des Patienten erfolgen (Meerwijk et al., 2010). Erheben Pflegefachkräfte das Suizidrisiko

jugendlicher Patienten, so ist die Einschätzung des Suizidrisikos weit einfacher, wenn Pflegekräfte eine respektvolle therapeutische Beziehung zu ihren Patienten pflegen (Hermes et al., 2009; Lynch et al., 2008). Um Suizidalität bei Jugendlichen zu erkennen, gilt es, besonders auch auf nonverbale Hinweise zu achten, da Jugendliche häufig dazu neigen, Selbstmordabsichten nicht verbal auszudrücken (Hermes et al., 2009).

Laut Hawton et al. (2008) sollten zur Erhebung von Suizidalität bei Jugendlichen, die selbstschädigendes oder suizidales Verhalten zeigen, stets mehrere (folgende) wichtige Bereiche in die Diagnostik mit einbezogen werden:

- **Ereignisse und Probleme, die Selbstschädigung vorangegangen sind**

Zur Erhebung von Suizidalität sollte den letzten paar Tagen vor der suizidalen Handlung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da der Auslöser der Handlung möglicherweise hier zu finden sein kann. Demnach können beispielsweise soziale Konflikte, körperliche oder sexuelle Misshandlungen, traumatische Ereignisse oder andere Einflüsse der Grund für suizidales Verhalten sein.

- **Selbstmordabsicht und andere Motive für Selbstschädigung**

Absichtliche Selbstschädigung kann in der Absicht zu sterben begangen werden, oder aber dazu dienen, das Verhalten anderer Menschen zu beeinflussen oder sich emotionale Erleichterung zu verschaffen. Je nachdem, ob, und wenn ja in welchem Ausmaß, selbstschädigendem Verhalten ein Todeswunsch zugrunde liegt, lässt sich das Suizidrisiko einer Person einschätzen. Dabei gilt, dass das Suizidrisiko umso größer ist, je stärker suizidalem Verhalten die Absicht zu sterben zugrunde liegt.

- **Psychische Symptome, die auf eine Erkrankung hinweisen könnten**

Jugendliche, die suizidales Verhalten zeigen, leiden wie bereits weiter oben erwähnt, häufig unter psychischen Erkrankungen, was das Suizidrisiko der Betroffenen erhöht. Dabei gilt es, den Unterschied zwischen Symptomen, die Teil der normalen Entwicklung während der Pubertät sind, und Symptomen, die auf eine psychische Erkrankung hinweisen, zu unterscheiden.

- **Familiengeschichte und Suiziderfahrungen im Umfeld der Jugendlichen**

Früheres suizidales Verhalten von engen Familienmitgliedern erhöht, wie bereits weiter oben beschrieben, das Suizidrisiko von Jugendlichen. Die familiären Hintergründe eines Jugendlichen sollten daher ebenfalls erhoben werden, um das Suizidrisiko der Patienten zu ermitteln.

- **Alkohol- und Drogenmissbrauch**

Auch die Konsumgewohnheiten von Alkohol und/oder Drogen können einen wichtigen Beitrag zur Erhebung von Suizidalität bei Jugendlichen leisten.

- **Vorhandene Bewältigungsressourcen der Patienten**

Da mangelhafte Problemlösefertigkeiten sowie fehlende soziale Unterstützung die Suizidgefahr erhöhen, sollte stets erhoben werden, welche Bewältigungsressourcen einem Jugendlichen zur Verfügung stehen, um mit Problemen fertig zu werden.

- **Risiko für erneute Selbstschädigung sowie Suizidrisiko**

Da selbstschädigendes Verhalten oftmals wiederholt auftritt, ist es wichtig, abzuschätzen, wie hoch das Risiko ist, dass suizidales Verhalten sich bei einem Jugendlichen wiederholt. Hierfür sollten möglichst alle Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit für zukünftiges suizidales Verhalten erhöhen, abgefragt werden.

Ash (2008) verweist auf 4 Hauptpunkte nach Kingsbury (1993), die bei suizidalen Jugendlichen nach Selbstmordversuchen genauer hinterfragt werden sollten. Zunächst gilt es herauszufinden, welche Absichten der Jugendliche mit seinem Selbstmordversuch genau verfolgt hat, das heißt, ob dem Suizidversuch die Absicht zu sterben zugrunde lag oder nicht, und ob eine der jeweiligen Absicht angemessene Methode verwendet wurde. Diese Informationen, getroffene Suizid-Vorbereitungen und eventuelle Vorkehrungen, um das Unterfangen zu verschleiern oder zu verbergen, sowie alles, was der Jugendliche vielleicht direkt oder indirekt anderen Menschen kommuniziert hat, können Aufschluss über die zugrunde liegenden Motive eines Jugendlichen für seinen Todeswunsch geben, was für die weitere Behandlung ausschlaggebend ist. Vitiello und Pearson (2008) zufolge sind bei der Erhebung des Suizidrisikos bei Jugendlichen insbesondere Suizidgedanken, früheres suizidales Verhalten und Risikofaktoren sowie vor Suizidalität schützende Faktoren zu erheben. Shain & Committee on Adolescence (2007) zufolge sollten bei der Einschätzung des Suizidrisikos von Jugendlichen auch emotionale Schwierigkeiten, mögliche Defizite im Entwicklungsfortschritt und persönliche Notlagen abgefragt werden, sowie beurteilt werden, inwiefern die Jugendlichen ein Risiko für sich selbst oder für andere darstellen. McPherson (2005) weist zudem darauf hin, dass bei der Einschätzung des Suizidrisikos auch die räumliche Umgebung mit in die Untersuchung einbezogen werden sollte.

Die Erhebung von Angstsymptomen, um suizidale Jugendliche zu identifizieren, kann in klinischen Settings besonders bedeutsam sein: einerseits aufgrund des starken

Zusammenhangs zwischen Suizidalität und Angstsymptomatik und der Häufigkeit in dieser Altersgruppe, andererseits deshalb, weil Diefenbach et al. (2009) zufolge Angstsymptome sehr einfach zu erheben sind.

5.1. Anzeichen für Suizidalität bei Jugendlichen

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass das Vorliegen eines oder mehrerer der in Kapitel 4 behandelten Risikofaktoren ein Anzeichen für vorhandene Suizidalität sein kann. Uhl (2010) zufolge geben bis zu 90% aller suizidgefährdeten Menschen gewisse direkte oder indirekte Suizidhinweise. Laut Bostwick und Rackley (2007) stellt auch gesteigerte Erregbarkeit ein häufiges Anzeichen für akute Suizidalität dar (Hermes et al., 2009). In einer Untersuchung von Busch et al. (2003) konnten bei 79% aller Untersuchten, welche während eines stationären Klinikaufenthalts Selbstmord verübt hatten, schwerwiegende Angstsymptome oder eine stark gesteigerte Erregbarkeit nachgewiesen werden (Lynch et al., 2008). Um eine möglichst zuverlässige Identifikation suizidaler Patienten zu erreichen, scheint es daher ratsam, neben der Erhebung sämtlicher vorhandenen Risikofaktoren für Suizidalität zusätzlich auch Anzeichen für Angstsymptome und gesteigerte Erregbarkeit zu erheben. Nichtsdestotrotz lassen Angstsymptome und gesteigerte Erregbarkeit nicht automatisch auf vorhandene Suizidalität schließen (Diefenbach et al., 2009; Hermes et al., 2009; Lynch et al., 2008). Bei psychiatrischen Patienten sind schwere Angstzustände mit Panikattacken und gesteigerter Erregbarkeit gepaart mit Depressionen besonders starke Selbstmordrisikofaktoren, weshalb speziell auch die Erhebung von Angstsymptomen bei der Einschätzung des Suizidrisikos von Patienten eine wichtige Rolle spielt (Diefenbach et al., 2009).

5.2. Erhebungsmethoden und Sicherheitsvorkehrungen

Zur Einschätzung des Suizidrisikos von Jugendlichen ist vor allem die Selbsteinschätzung der jungen Menschen von Bedeutung, da Symptome von Außenstehenden eher übersehen werden als von den Betroffenen selbst (Starling et al., 2004). Laut Shain & Committee on Adolescence (2007) sind Selbstbeurteilungsfragebögen oder direkte Befragungen am besten dazu geeignet, Suizidgedanken und Suizidalität zu erheben, wobei verschiedene Forscher davon ausgehen, dass Selbstbeurteilungsfragebögen direkten Befragungen vorzuziehen seien, weil Jugendliche in Selbstbewertungsinstrumenten möglicherweise Informationen mitteilen, die sie im direkten Gespräch verschweigen oder abstreiten würden (Gutierrez, 2006; McPherson, 2005; Resch et al., 2008; Shain & Committee on Adolescence, 2007). Resch et al. (2008) verweisen diesbezüglich darauf, dass Jugendliche in anonymen Fragebögen mehr als 4 Mal eher von suizidalem Verhalten berichten als in direkten Interviews. Auch andere Forscher weisen darauf hin, dass Fragebögen geeigneter zur Einschätzung und Erhebung des Suizidrisikos sein können als verbale Interviews, da

Fragebögen Jugendlichen ein höheres Maß an Anonymität gewährleisten. Speziell bei einem heiklen und persönlichen Thema wie Suizidalität kann mittels möglichst anonymisierter Fragebögen die Wahrscheinlichkeit verringert werden, dass vulnerable Jugendliche dazu tendieren, jene Antworten zu geben oder anzukreuzen, die ihrer Meinung nach am ehesten sozial erwünscht sind oder erwartet werden (Gutierrez, 2006; Hawton et al., 2008).

Eine von Forschern häufig genannte Methode zur Identifikation von suizidalen Jugendlichen sind sogenannte Screenings (Horowitz et al., 2009; Park et al., 2010; US Preventive Services Task Force, 2009; Zuckerbrot et al., 2007). Auf Screenings als Methode zur Erhebung und Prävention von Suizidalität bei Jugendlichen wird in Kapitel 8.2.1. ausführlicher eingegangen.

Bei der Erhebung von Suizidalität und damit zusammenhängenden Sachverhalten ist stets zu bedenken, dass die untersuchten Personen möglicherweise erst durch die Konfrontation mit Fragen zu vorhandener Suizidalität und suizidalem Verhalten wahrnehmen, dass sie dahingehende Probleme haben, was eine extreme Stresssituation darstellen kann. Es ist daher wichtig, dass sich Personen, welche das Suizidrisiko einer Person erheben, stets darüber im Klaren sind, dass den untersuchten Personen bei Bedarf angemessene Hilfestellung geboten wird, um mit einer derartigen Stresssituation bestmöglich umgehen zu können (Hawton et al., 2008).

Um zuverlässige Ergebnisse zu erhalten, ist es außerdem sehr wichtig, dass jene Personen, die andere auf vorhandene Suizidalität hin untersuchen, stets objektiv und vorurteilsfrei vorgehen, da der Erheber das Ergebnis maßgeblich beeinflussen und somit verfälschen kann. Zudem ist die Qualität sämtlicher Erhebungsinstrumente für Suizidalität entscheidend vom Wissen und den Fähigkeiten der jeweiligen Person abhängig, welche die Erhebung durchführt, wobei beispielsweise eine objektive Vorgehensweise erlernt und weiter trainiert werden kann (McPherson, 2005).

Unabhängig davon, welche Erhebungsmethode angewandt wird, um das Suizidrisiko eines Jugendlichen einzuschätzen, ist darauf zu achten, dass die untersuchten Jugendlichen nicht das Gefühl haben, mit zu aufdringlichen Fragen konfrontiert zu werden. Dies könnte nämlich zur Folge haben, dass Jugendliche sich verschließen und weniger Informationen über sich preisgeben (Shain & Committee on Adolescence, 2007).

5.3. Beispiele für Erhebungs- und Messinstrumente

Wie bereits erwähnt, scheint es bisher kein ideales Instrument zur Einschätzung von Suizidalität zu geben (Bursztein & Apter, 2008; McPherson, 2005), dennoch seien hier einige

in der Literatur genannte Messinstrumente zur Erhebung von Suizidalität und bestimmter Suizidrisikofaktoren genannt:

5.3.1. Beck Hopelessness Scale (BHS)

Die „Beck Hopelessness Scale“ besteht aus 20 Items, die jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Das Instrument kann vom Jugendlichen selbst ausgefüllt werden und misst, in welchem Ausmaß Gefühle der Hoffungslosigkeit vorhanden sind. Forscher gehen davon aus, dass Jugendliche ein umso höheres Suizidrisiko aufweisen, je weniger Hoffnung sie auf eine positive Zukunft haben (King et al., 2009; Lynch et al., 2008; McPherson, 2005).

5.3.2. Beck Suicidal Intent Scale (SIS)

Die „Beck Suicidal Intent Scale“ wurde 1974 entwickelt und besteht aus 2 Abschnitten mit insgesamt 15 Fragen/Items. Der erste Abschnitt mit 8 Fragen widmet sich den Umständen der suizidalen Handlung. Im zweiten Abschnitt werden dann in 7 Fragen die Gefühle des Befragten gegenüber Suizidalität hinterfragt, wobei jeweils 3 Antwortmöglichkeiten zur Wahl stehen. In verschiedenen Untersuchungen konnte empirisch bewiesen werden, dass hohe Werte auf der Skala mit erhöhtem Suizidrisiko verbunden sind, speziell im ersten Jahr nach einer suizidalen Handlung (Blasco-Fontecilla et al., 2009; Hawton et al., 2008; Lynch et al., 2008; McPherson, 2005). Dennoch ist die Beck Suicidal Intent Scale Hawton et al. (2008) zufolge nur bedingt dazu geeignet, das Suizidrisiko einer Person vorherzusagen.

5.3.3. Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A)

Das Erhebungsinstrument „Reasons for Living Inventory“ geht davon aus, dass das Risiko für suizidales Verhalten umso geringer ist, je mehr Gründe zu leben eine Person nennen kann. Zudem vertreten verschiedene Forscher die Meinung, dass eine Aufzählung aller Gründe, für die es sich zu leben lohnt, suizidalen Menschen hilft, neuen Lebensmut zu sammeln, wobei beides bei Mädchen und Frauen stärker zutreffen soll als bei Burschen und Männern (Gutierrez, 2006; McPherson, 2005; Oquendo et al., 2007).

5.3.4. Children's Depression Inventory (CDI)

Zur Erhebung von Depressionen eignet sich das „Children's Depression Inventory“, welches bei Buben und Mädchen von 7-17 Jahren angewandt werden kann (Bhatia & Bhatia, 2007). Das CDI ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung von Depressionen bei Jugendlichen, bei dem 0 bis 54 Punkte erreicht werden können, wobei ab einer Punktzahl von 19 von einer klinisch signifikanten Depression gesprochen werden kann (Callan et al., 2009).

5.3.5. Andere Erhebungsinstrumente

In der Fachliteratur wird auf unzählige weitere Messinstrumente verwiesen, mit denen Suizidalität und andere Suizidrisikofaktoren bei Jugendlichen erhoben werden können. An dieser Stelle seien nur einige wenige weitere Beispiele genannt, auf die in der Literatur

hingewiesen wird. Der Fragebogen „Suicidal Ideation Questionnaire-Junior“ (SIQ-JR) beispielsweise ist ein aus 15 Items bestehendes Selbsteinschätzungsinstrument, um Suizidgedanken bei Jugendlichen zu erkennen; der „Alcohol Use Disorders Identifications Test“ (AUDIT-3), der nur aus 3 Items besteht, ein kurzes Instrument zur Einschätzung von Alkoholmissbrauch (King et al., 2009). Das „Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment“ (C-CASA) ist ein standardisiertes Suizidalität-Bewertungssystem, das zur Analyse des Suizidrisikos bei Einnahme von Antidepressiva angewandt werden kann (Bursztein & Apter, 2008); die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) zur Erkennung von Angstsymptomen und Depressionen bei Patienten (Hawton et al., 2008). Um vorhandene Impulsivität zu eruieren, eignet sich etwa die „Barratt Impulsiveness Scale“ (BIS-11), die aus 30 Items besteht (Blasco-Fontecilla et al., 2009; King et al., 2009), zur Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen der „International Personality Disorder Examination-Screening Questionnaire“ (IPDE-SQ), der laut Blasco-Fontecilla (2009) einfach angewandt werden kann, oder zur Feststellung von psychischen Erkrankungen das „Mini International Neuropsychiatric Interview“ (M.I.N.I. Plus) (Csorba et al., 2009).

6. Behandlung(smöglichkeiten) suizidaler Jugendlicher

Wie bereits erwähnt, erhält ein Großteil aller suizidgefährdeten Jugendlichen nur unzureichende oder gar keine Behandlung (Campo, 2009; Hawton et al., 2008; Horowitz et al., 2009; Nock et al., 2008b). So erhalten geschätzte 70% aller Jugendlichen mit Depressionen, die, wie bereits in Kapitel 4.9.1.1. erwähnt, einen Hauptrisikofaktor für Suizidalität darstellen, keinerlei Behandlung (Reisman Greenberg, 2009). Untersuchungen nach vollendeten Selbstmorden zeigten, dass nicht einmal jeder fünfte Suizidtote im Monat vor seinem Tod Kontakt zu einer Gesundheitseinrichtung hatte, und dass nur wenige jugendliche Selbstmörder zum Zeitpunkt ihres Todes Antidepressiva einnahmen (Campo, 2009). Die Behandlung von Jugendlichen kann sich zudem äußerst schwierig gestalten, da junge Menschen in der Pubertät oftmals versuchen, sich von jeglicher Form von Autorität zu befreien, und somit möglicherweise nicht gewillt sind, sich behandeln zu lassen (Reisman Greenberg, 2009). Dies gilt besonders für Jugendliche, die selbstschädigendes Verhalten praktizieren, da etwa ein Drittel aller Jugendlichen, die sich absichtlich selbst verletzen, dies als tröstlich und/oder beruhigend empfindet. Csorba et al. (2009) zufolge weisen demnach sogar 10% bis 20% aller Jugendlichen, die absichtliche Selbstschädigung betreiben, diesbezüglich Anzeichen für eine Abhängigkeit auf. Die Betroffenen sind sich dann zwar bewusst, dass ihr Verhalten negative Auswirkungen auf ihren Körper und ihre Psyche hat, sind aber dennoch nicht in der Lage, ihre Selbstschädigung einzustellen. Auch ohne direkte Abhängigkeit tritt suizidales Verhalten häufig wiederholt auf, weshalb es wichtig ist, abschätzen zu können, wie hoch das Wiederholungsrisiko für suizidale Taten eines Patienten ist. Das Wiederholungsrisiko wird Hawton et al. (2008) zufolge bei Jugendlichen von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst.

Eine Untersuchung von Starling et al. (2004) zeigte, dass Jugendliche mit depressiven oder suizidalen Symptomen zunehmend jünger sind, wenn sie erstmals einer Behandlung zugeführt werden. Die Forscher schließen daraus, dass Eltern verstärkt ein Bewusstsein für psychische Störungen und Symptome bei ihren Kindern entwickeln und daher früher medizinische Behandlung für ihren Nachwuchs suchen. Dies könnte möglicherweise als positiver Trend angesehen werden, es fehlen hierfür jedoch bislang wissenschaftliche Belege.

Ein wichtiger Therapieschritt, auf den verschiedene Forscher explizit hinweisen, ist der Aufbau einer funktionalen und tragfähigen Beziehung zwischen den behandelnden Personen, insbesondere zwischen den jeweiligen Therapeuten und den Patienten, da eine solche das Risiko verringert, dass Jugendliche die Therapie frühzeitig beenden oder abbrechen (Burns et al., 2008; Uhl, 2010). Man spricht hierbei von einer therapeutischen

Allianz (Lynch et al., 2008). Während der Behandlung suizidaler Jugendlicher gilt es für die am Behandlungsprozess beteiligten Personen stets eine möglichst objektive, vorurteilsfreie Haltung einzunehmen (McPherson, 2005) und niemals wertend gegenüber dem Empfinden und Erleben der Patienten zu agieren (Uhl, 2010). Die behandelnden Personen sollten ferner versuchen, Jugendlichen das Gefühl zu nehmen, sich in einer ausweglosen Situation zu befinden. Der Wunsch, der eigenen momentanen Situation zu entfliehen, aber keine Möglichkeit hierzu zu sehen, kann Park et al. (2010) zufolge ein zentraler Aspekt von Suiziden sein. Je mehr Personen oder medizinische Fachkräfte an der Behandlung suizidaler Jugendlicher beteiligt sind, desto wichtiger sind eine gute Kommunikation und stetiger Informationsaustausch zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten (Vitiello & Pearson, 2008).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer Jugendlicher nach einem Suizidversuch beträgt zwischen 6 und 18 Monaten (Burns et al., 2008). Die Behandlung von suizidalen Jugendlichen muss stets auf die jeweilige Situation und die vorhandenen Krankheitssymptome der Betroffenen zugeschnitten sein, und sollte darauf abzielen, veränderbare Risikofaktoren zu reduzieren (Vitiello & Pearson, 2008). Dabei ist es Dervic et al. (2008) zufolge wichtig, nicht nur negativ wirkende, Suizidalität begünstigende, Faktoren abzuschwächen, sondern auch Suizidalität hemmende zu fördern. Liegt der Suizidalität von Jugendlichen eine psychische Erkrankung zugrunde, ist eine kontinuierliche Behandlung dieser Erkrankung unbedingt erforderlich, um einer Verschlimmerung der Suizidalität vorzubeugen (Shain & Committee on Adolescence, 2007; Vitiello & Pearson, 2008). Hierbei gilt, dass eine möglichst frühzeitige und fachgerechte Behandlung psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen erwiesenermaßen dazu beiträgt, dass psychische Krankheiten weniger chronisch und dauerhaft verlaufen (Kaye et al., 2009).

Eine in Entwicklungsländern durchgeführte Studie an über 1800 Personen, die bereits einen Selbstmordversuch hinter sich hatten, zeigte, dass eine Behandlung in Form von kurzen psychologischen Schulungen und systematischen Nachsorgekontaktaufnahmen (auch per Telefon) signifikant bessere Ergebnisse in Bezug auf die Verhinderung weiterer Selbstmordversuche erzielte, als die routinemäßige Standardversorgung und Behandlung dieser Patientengruppe. Diese Studie zeigt, dass auch wenig kostspielige Vorgehensweisen Suizidode vermeiden können (Campo, 2009).

Ein wichtiger Faktor dafür, ob eine Behandlung erfolgreich verläuft, ist die Dauer der Behandlung. Ein Beispiel hierfür ist die Behandlung von Jugendlichen mit Suizidalität, der Depressionen zugrunde liegen. Untersuchungen deuten nämlich darauf hin, dass Depressionen ohne Behandlung oder aber bei zu kurzer Behandlungsdauer eine sehr wankelmütige Krankheit sind, die sich in regelmäßigen Abständen verschlimmert und wieder

bessert. Zur Reduktion von depressiven Symptomen und damit auch zur Behandlung von Suizidalität braucht es daher eher langfristige Therapieansätze. Studien zeigen, dass es bei kurzfristiger Behandlung oft zu klinischen Verschlechterungen kommt, sobald die Behandlung eingestellt oder unterbrochen wird, während eine längerfristige, durchgehende Behandlung von Depressionen zu einer dauerhaften Besserung führt, die auch nach Beendigung der Therapie anhält. Daraus schließen die Studienautoren, dass Maßnahmen zur Langzeitbehandlung von depressiven Jugendlichen die Mittel der Wahl darstellen sollten. Dem Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2009) zufolge sollte die Behandlung von jugendlichen Patienten mit Depressionen daher mindestens 6 bis 9 Monate lang dauern, um die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall zu minimieren (March & Vitiello, 2009). Brechen Patienten ihre Behandlung hingegen ab, so ist die Wahrscheinlichkeit für einen baldigen Rückfall umso höher, je früher die Behandlung abgebrochen wurde. Aber auch bei Patienten, deren Depressionen behandelt wurden, erleiden 25% bis 50% innerhalb von 6 Monaten bis 2 Jahren nach offiziellem Behandlungsende einen Rückfall, wobei das Rückfallrisiko – auch nach Beendigung der Therapie – umso geringer ist, je länger die Behandlung gedauert hat (Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team, 2009).

Macgowan (2004) hingegen verweist darauf, dass auch die kurzfristige ambulante Behandlung von Jugendlichen nach einem Suizidversuch die Wahrscheinlichkeit für weitere Selbstmordversuche sowie suizidales Verhalten wirkungsvoll reduzieren kann. In den USA erhält jedoch nur etwa jeder dritte oder vierte Jugendliche mit Depressionen eine medizinische Behandlung, obwohl sämtliche notwendige Mittel für eine Behandlung verfügbar wären (Zuckerbrot et al., 2007). Dabei gehen beispielsweise March und Vitiello (2009) davon aus, dass sich allein schon die Behandlung von depressiven Jugendlichen positiv auf die Volksgesundheit (Public Health) auswirkt.

Ash (2008) verweist bei der Behandlung von suizidalen Jugendlichen auf 4 Kernpunkte: den Schutz des Patienten, die regelmäßige Erhebung des Suizidrisikos, die stetige Verringerung von Risikofaktoren sowie die Vergrößerung von Schutzfaktoren. Zum Schutz des Patienten sollten beispielsweise mögliche Suizidhilfsmittel im Haushalt außer Reichweite der suizidalen Jugendlichen aufbewahrt oder ganz verbannt werden. Dies gilt speziell für nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Schusswaffen (Vitiello & Pearson, 2008). Sun und Long (2008) verweisen zudem darauf, dass starke familiäre Unterstützung den Heilungsprozess suizidaler Jugendlicher fördert.

Zur Behandlung suizidaler Jugendlicher ist es darüber hinaus wichtig, die Motive, welche suizidalem Verhalten zugrunde liegen, zu kennen. Diese liefern wichtige Informationen, die bei der Behandlung der Betroffenen mit berücksichtigt werden müssen. So zeigte

beispielsweise die Untersuchung von Hawton et al. (2008), dass nur knapp die Hälfte aller untersuchten Jugendlichen mit suizidalem Verhalten dies mit der Absicht zu sterben tat. Ein weitaus häufiger genanntes Motiv war der Versuch, mittels suizidaler Handlungen Erleichterung von einem belastenden seelischen Zustand zu erlangen. Eine möglichst genaue Rekonstruktion jener Ereignisse, die bei einem Jugendlichen zu einem Suizidversuch geführt haben, kann außerdem dabei helfen, die der Handlung zugrunde liegende Dynamik zu verstehen und die weitere Behandlung darauf abzustimmen, um so suizidalem Verhalten in der Zukunft vorzubeugen (Vitiello & Pearson, 2008).

Aufgrund der hohen Zahl an suizidalen Jugendlichen, die keinerlei professionelle Hilfe erhalten, wäre es wichtig, die Gründe dafür zu erheben. Hawton et al. (2008) verweisen auf Studien, die belegen, dass sich suizidale Jugendliche oftmals nicht darüber im Klaren sind, dass sie Hilfe benötigen. Die Autoren zitieren hier unter anderem Hill (1995), der davon ausgeht, dass junge Menschen häufig nicht in der Lage sind, ihre Probleme und Gefühle angemessen in Worte zu fassen, und deshalb nicht die Hilfe bekommen können, die sie bräuchten. Dementsprechend zeigen andere internationale Studien, dass ein Mangel an Kommunikation über bestehende Probleme die Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten erhöht. Es handelt sich hierbei also um einen Teufelskreis. Hawton et al. (2008) schlussfolgern daraus, dass Jugendliche Hilfe dabei brauchen könnten, vorhandene Probleme zu erkennen und das Ausmaß ihrer Probleme besser einzuschätzen.

Es wird deshalb darauf hingewiesen, dass eine regelmäßige Neubewertung des Suizidrisikos während aller Behandlungsphasen unter Einbeziehung sämtlicher am Behandlungsprozess Beteiligten zur Verbesserung der Erkennung von selbstmordgefährdeten Patienten empfehlenswert ist (Lynch et al., 2008).

6.1. Compliance selbstmordgefährdeter Jugendlicher

Suizidalität kommt bei Jugendlichen zwar generell häufiger vor als bei Erwachsenen, dennoch ist die Bereitschaft Jugendlicher, über ihre Suizidalität zu sprechen oftmals sehr gering (Ash, 2008). Nach einem verübten Selbstmordversuch liegt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Jugendlicher ein weiteres Mal versucht Suizid zu begehen, zwischen 6% und 50% (Burns et al., 2008). Die Compliance von suizidalen Jugendlichen gilt generell als eher gering (Burns et al., 2008; Macgowan, 2004; Vitiello & Pearson, 2008), speziell bei weiblichen Jugendlichen mit Depressionen (Oquendo et al., 2007), wobei nur etwa ein Drittel aller Jugendlichen nach einem verübten Selbstmordversuch alle psychiatrischen Behandlungstermine wahrnimmt, und ein Viertel zu keinem einzigen Nachbehandlungstermin erscheint (Burns et al., 2008). Ein weiteres Problem ist, dass viele Patienten Termine für Therapien nicht mehr einhalten oder aus der Therapie aussteigen,

sobald die akute Phase ihrer Erkrankung überwunden ist, was laut Forschern auf die relativ schlechte Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen oder familiäre Probleme zurückzuführen ist, die wiederum die Compliance der Patienten negativ beeinflussen (Vitiello & Pearson, 2008). Simon und Savarino (2007) zufolge bricht beispielsweise ein Drittel aller Patienten, die sich aufgrund von Depressionen in medizinische Behandlung begeben, die Behandlung bereits innerhalb der ersten paar Wochen wieder ab. Dabei scheint Macgowan (2004) zufolge gerade eine durchgehende Behandlung das beste Mittel zu sein, um die Compliance von Jugendlichen nachhaltig zu erhöhen.

Die Compliance von selbstmordgefährdeten Patienten ist Gibbons et al. (2006) zufolge aber auch umso geringer, je schlimmer deren psychiatrischen Symptome und deren Gefühle der Hoffungslosigkeit sind. Die oftmals niedrige Compliance suizidaler Jugendlicher kann zur Folge haben, dass Jugendliche verschriebene Medikamente nicht wie verordnet einnehmen, was die erfolgreiche Behandlung von Suizidalität zusätzlich erschwert. Außerdem verweisen mehrere Forscher darauf, dass sich ein Großteil jugendlicher Selbstmörder zum Zeitpunkt ihres Todes nicht an die korrekte verschriebene Dosis Psychopharmaka gehalten hat (Burns et al., 2008; Gibbons et al., 2006). Burns et al. (2008) berichten, dass im Verlauf des 2-jährigen Erhebungszeitraums ihrer Studie mehr als die Hälfte der suizidalen Jugendlichen mindestens einmal bei der individuellen Psychotherapie und knapp über 40% bei der medikamentösen Behandlung nicht compliant waren. Außerdem wiesen Jugendliche, bei denen affektive Störungen oder Angsterkrankungen diagnostiziert wurden, eine höhere Rate an Non-Compliance bezüglich der medikamentösen Behandlung auf. Alkohol- oder Marihuana-Abhängigkeit bei Jugendlichen hingegen wirkten sich nicht auf die Compliance aus. Die Autoren stellten darüber hinaus in einer weiteren Untersuchung fest, dass man vom Ausmaß der Compliance bei der Behandlung Jugendlicher nicht auf die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Selbstmordversuche schließen kann.

Familiäre Faktoren haben großen Einfluss auf die Compliance selbstmordgefährdeter Jugendlicher. Burns et al. (2008) stellten fest, dass das Risiko für Non-Compliance vonseiten der Jugendlichen bei individueller Psychotherapie umso geringer ist, je positiver die Eltern der Jugendlichen der Therapie gegenüber eingestellt waren, was sich mit den Ergebnisse anderer Forscher deckt. Demnach führen negative Erwartungen in Bezug auf die Behandlung vonseiten der Eltern häufig zu späterer Non-Compliance vonseiten der Jugendlichen. Behandlungsansätze, welche die Familien der suizidalen Jugendlichen involvieren und mit einbeziehen, wirken sich hingegen förderlich auf die Compliance der Jugendlichen aus (Macgowan, 2004). Es ist daher vorteilhaft, wenn sich sowohl die Patienten selbst als auch deren Familien ausdrücklich zur Einhaltung des Behandlungsplans bekennen (Vitiello & Pearson, 2008). Diese Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass es

für die erfolgreiche Behandlung suizidaler Jugendlicher ausschlaggebend sein kann, dass deren Eltern an die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der Behandlung glauben. Dies scheint allein schon deshalb zielführend, da Jugendliche ohne elterliche Unterstützung kaum eine Chance auf eine zweckmäßige Behandlung haben könnten. Schließlich ist anzunehmen, dass die Therapie und Behandlung von suizidalen Jugendlichen größtenteils durch deren Eltern finanziert werden muss, und zumindest in ländlicheren Gebieten auch die Eltern als „Transportmittel“ eine wichtige Rolle spielen können. Fehlt der Wille oder die Überzeugung der Eltern, ist fraglich, ob Jugendliche selbst in der Lage wären, ihre Behandlung finanziell und auch organisatorisch sicherzustellen. Dass Eltern maßgeblich die Compliance von suizidalen Jugendlichen beeinflussen, ist somit für die Behandlung von äußerster Wichtigkeit.

6.2. Behandlungsmöglichkeiten

Macgowan (2004) verweist darauf, dass bis zum Jahr 2004 nur sehr wenig Forschung darüber betrieben wurde, wie Suizidalität bei Jugendlichen zu behandeln ist. Dabei verwies bereits 1989 die Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration darauf, dass zum damaligen Zeitpunkt keine Behandlungsmethode gefunden werden konnte, die signifikant bessere Ergebnisse als alle beliebigen anderen Behandlungsansätze oder überhaupt gar keine Behandlung erzielte. Macgowan (2004) untersuchte verschiedene Behandlungsansätze für suizidale Jugendliche auf ihre Wirksamkeit. Er analysierte dabei die Ergebnisse 10 größerer Studien und bewertete die jeweiligen Behandlungsmethoden. Dem Autor zufolge konnte keine der 10 von ihm zitierten Studien als wissenschaftlich fundiert angesehen werden. Lediglich 2 Studien enthielten seiner Ansicht nach möglicherweise erfolgversprechende Behandlungsansätze. Ein wichtiger Grund für dieses negative Resümee war, dass die meisten Studien über die Behandlung von Suizidalität bei Jugendlichen eine viel zu geringe Teilnehmerzahl aufweisen, und es so nicht möglich ist, allgemeine Schlüsse über die Outcomes der jeweiligen Behandlungsmethoden zu ziehen. Zudem existieren kaum Studien zur Behandlung von Suizidalität bei Jugendlichen, in denen die Ergebnisse eines bestimmten Behandlungsansatzes mit denen einer suizidalen Kontrollgruppe verglichen wurden, die keinerlei Behandlung erhalten hatten. Der Grund hierfür ist, dass es ethisch nicht vertretbar wäre, für medizinische Studien bestimmten suizidalen Individuen eine Behandlung zu versagen.

Zur Behandlung von Depressionen sollten einerseits psychotherapeutische Maßnahmen, gegebenenfalls aber auch medikamentöse Therapieformen in Betracht gezogen werden. Untersuchungen zeigen Garzon et al. (2009) zufolge, dass eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung weit bessere Erfolge bei depressiven

Jugendlichen erzielt als eine Monotherapie, was auch andere Forscher, wie March und Vitiello (2009), bestätigen.

Eine interessante Maßnahme zur Verhinderung weiteren suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen ist die Entwicklung eines sogenannten Notfallplans. Vitiello und Pearson (2008) zufolge kann ein individueller Notfallplan ambulant behandelten Patienten in Stresssituationen helfen, indem darin die genaue weitere Vorgehens- und Verhaltensweise festgelegt wird, um suizidales Verhalten zu vermeiden. Dabei wird versucht, den Jugendlichen Wege aufzuzeigen, aufgebaute Spannungen so abzubauen, dass es nicht zu suizidalem Verhalten kommt, und stattdessen alternative Bewältigungsmethoden, genauso wie im Notfallplan vorgesehen, anzuwenden.

Da suizidales Verhalten oftmals eine Bewältigungsfunktion hat, empfehlen auch Lofthouse und Yager-Schweller (2009), Betroffenen weniger gefährliche Bewältigungsstrategien zu lehren, um so deren Suizidrisiko zu verringern. Hawton et al. (2008) gehen davon aus, dass suizidale Jugendliche möglicherweise nicht die richtigen Bewältigungsstrategien anwenden, wenn sie vor Problemen stehen. Die Forscher nehmen ferner an, dass Jugendliche, die selbstschädigendes Verhalten zeigen, eher dazu neigen, bei Problemen emotionsorientierte statt problemorientierte Bewältigungsstrategien anzuwenden. Das bedeutet, dass sie bemüht sind, ihre gefühlsmäßigen Reaktionen auf einen Stressor zu kontrollieren, anstatt zu versuchen, ihre Probleme aktiv zu lösen, indem sie direkt bei ihrem Problem ansetzen und sich bemühen, dieses aus der Welt zu schaffen oder es so zu modifizieren, dass es leichter zu bewältigen ist. In der von Hawton et al. (2008) durchgeführten Schulstudie untersuchten die Forscher auch die von Jugendlichen bei Problemen angewandten Bewältigungsstrategien. Jugendliche, die selbstschädigendes Verhalten zeigten, wandten scheinbar häufiger emotionsorientierte Bewältigungsstrategien an als Gleichaltrige ohne selbstschädigendes Verhalten. Bei der Behandlung von suizidalen Jugendlichen sollte also vermutlich auch versucht werden, das Problemlöseverhalten der Jugendlichen zu schulen und zu verbessern.

Die „Treatment for Adolescents with Depression Study“ (2004 & 2007) untersuchte depressive Jugendliche mit Suizidalität. Zu Beginn der Studie wies etwa ein Drittel aller Teilnehmer signifikante Suizidgedanken auf, wobei Jugendliche mit extremer Suizidgefahr aus der Studie ausgeschlossen wurden. 12 Wochen nach Studienbeginn waren die Suizidgedanken der Teilnehmer weniger geworden, unabhängig davon, welche Behandlungsform sie erhalten hatten. Den stärksten Rückgang an Suizidgedanken wiesen jene Studienteilnehmer auf, die mit dem Wirkstoff Fluoxetin und kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden. Nach 36 Wochen war bei 10% der Jugendlichen mindestens einmal suizidales Verhalten aufgetreten, wobei jene Jugendlichen, die nur

medikamentös mit Fluoxetin behandelt wurden, häufiger betroffen waren als Jugendliche, die eine Kombinationstherapie oder nur kognitive Verhaltenstherapie erhalten hatten. Bei näherer Untersuchung der Begleitumstände aller im Laufe der Studie aufgetretenen suizidalen Vorkommnisse zeigte sich, dass diese meist in Zusammenhang mit lang anhaltender depressiver Stimmung auftraten, und kein Zusammenhang zwischen der Einnahme von Psychopharmaka und dem suizidalen Verhalten nachgewiesen werden konnte (Campo, 2009).

6.2.1. Pharmakotherapie

Zur medikamentösen Behandlung von Suizidalität werden hauptsächlich Antidepressiva, Antipsychotika, Aufputzmittel oder Mittel gegen Parkinson eingesetzt (Burns et al., 2008). Bei Suizidalität ist Pharmakotherapie, speziell wenn der Suizidalität Depressionen zugrunde liegen, oftmals ein wichtiger Teil der Behandlung (Ash, 2008). Nichtsdestotrotz nehmen Morgan et al. (2008) zufolge etwa 30% bis 60% aller depressiven Patienten ihre Medikamente nicht wie verschrieben ein, etwa aus Angst vor einer möglichen Abhängigkeit oder wegen des Auftretens von Nebenwirkungen. Eine erfolgreiche pharmakologische Behandlung suizidaler Jugendlichen kann zusätzlich erschwert werden, wenn die Patienten nicht ausreichend compliant sind (Gibbons et al., 2006).

Laut Bursztein und Apter (2008) konnte ein Suizid entgegenwirkender Effekt lediglich bei einem einzigen Medikament, nämlich bei Lithium, nachgewiesen werden. Demnach soll Lithium Suizidgedanken vorbeugen. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass es zu diesem Thema keine weiteren wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu geben scheint. In den USA sind vonseiten der Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde zur Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen nur 2 Wirkstoffe zugelassen, Fluoxetin und Escitalopram (Callan et al., 2009).

6.2.1.1. Antidepressiva

Die Frage, ob eine Behandlung von suizidalen Jugendlichen mit Antidepressiva empfehlenswert ist, wird in wissenschaftlichen Kreisen äußerst kontrovers beantwortet. Antidepressiva können nämlich einerseits eine Behandlungsmöglichkeit bei Suizidalität darstellen, andererseits aber auch als Suizidhilfsmittel dienen (Morgan et al., 2008).

Obwohl die Wirksamkeit und Sicherheit von Antidepressiva beispielsweise bei depressiven Erwachsenen als wissenschaftlich erwiesen anzusehen ist, sind sich Forscher uneinig, ob dies auch für Kinder und Jugendliche der Fall ist (Jorm et al., 2006; Posner et al., 2007). Die US-amerikanische Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde FDA führte im März 2004 sogar Warnhinweise auf Antidepressivaverpackungen ein, nachdem sie Hinweise erhalten hatte, dass neuere Antidepressiva bei Jugendlichen die Gefahr für suizidale Ereignisse bei dieser

Patientengruppe erhöhen (Simon et al., 2006). Shain & Committee on Adolescence (2007) zufolge hat die Behandlung mit Antidepressiva sowohl Vor- als auch Nachteile. Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick über die gegenwärtigen Meinungen in Fachkreisen zur Behandlung von Suizidalität bei Jugendlichen mittels Antidepressiva geben.

Während manche Forscher darauf hinweisen, dass Antidepressiva speziell bei jungen Patienten das Suizidrisiko erhöhen können und daher nicht angewandt werden sollten (Bhatia & Bhatia, 2007; Turnipseed & Magid, 2008; US Preventive Services Task Force, 2009), verweisen andere Autoren auf Untersuchungen, die keinerlei Erhöhung des Suizidrisikos bei jugendlichen Patienten feststellten, oder sogar zu dem Schluss kamen, dass Antidepressiva, zumindest auf längere Sicht, das Suizidrisiko senken, und dementsprechend auch bei Jugendlichen angewandt werden dürften (Campo, 2009; Gibbons et al., 2006; 2007; Macgowan, 2004; Morgan et al., 2008; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Simon et al., 2006; Simon & Savarino, 2007; Vitiello & Pearson, 2008). Simon et al. (2006) merken zudem an, dass nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass Antidepressiva bei anfälligen Personen zu vermehrten Suizidgedanken oder Selbstmordversuchen führen. Falls dem so ist, handelt es sich den Autoren zufolge jedoch um ein so selten auftretendes Phänomen, dass es in Stichproben nicht richtig erfasst werden kann.

Untersuchungen von jugendlichen Suizidopfern zeigten, dass ein Großteil der Suizidopfer zum Zeitpunkt seines Todes keine Antidepressiva einnahm (Gibbons et al., 2007; Simon & Savarino, 2007). Hierzu stellt sich die Frage, wie diese Erkenntnis zu deuten ist. Einerseits könnte dies bedeuten, dass Jugendliche, die Antidepressiva einnehmen, seltener durch Suizid versterben als Jugendliche, die mit Antidepressiva behandelt werden. Andererseits wäre auch die Schlussfolgerung möglich, dass suizidale Jugendliche viel zu selten mit Antidepressiva behandelt werden, oder aber, dass die Bereitschaft suizidaler Jugendlicher, Antidepressiva wie verschrieben einzunehmen, gering ist.

Verschiedene Forscher untersuchten die Verschreibungszahlen von Antidepressiva in bestimmten Gebieten und die dortigen Suizidzahlen sowohl bei der Allgemeinbevölkerung als auch bei Jugendlichen. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass die Suizidzahlen einer Region umso niedriger waren, je höher die Antidepressiva-Verschreibungsrate in ebendieser Region war (Campo, 2009; Gibbons et al., 2006; Gibbons et al., 2007; Macgowan, 2004; March & Vitiello, 2009; Morgan et al., 2008; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Simon & Savarino, 2007; Turnipseed & Magid, 2008; Vitiello & Pearson, 2008). Dies gilt jedoch nur für neuere Antidepressiva wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und beispielsweise nicht für Trizyklische Antidepressiva. Des Weiteren scheint die suizidatenverringende Wirkung umso stärker, je älter die Jugendlichen sind. Umgekehrt

zeigte eine Untersuchung in den USA und den Niederlanden, dass bei einer Verringerung der Antidepressiva-Verschreibungsrate um über 20% signifikant steigende Suizidraten bei Jugendlichen beobachtet werden konnten (Campo, 2009).

Jick et al. (2004) untersuchten das Suizidrisiko von Patienten, die eine Behandlung mit Antidepressiva begannen, und kamen zu dem Schluss, dass das Suizidrisiko in den ersten 9 Tagen der Behandlung viermal so hoch war wie in den darauffolgenden 80 Tagen (Simon et al., 2006). Dies mag den Schluss nahe legen, dass Patienten zu Beginn der Behandlung mit Antidepressiva ein stark erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, jedoch gilt es zu bedenken, dass die oben genannten Autoren nicht untersuchten, wie hoch das Suizidrisiko der Patienten vor Beginn der Therapie war. Es wäre daher auch möglich, dass Patienten vor Beginn der Behandlung mit Antidepressiva ein noch weit höheres Suizidrisiko aufwiesen. Die Ergebnisse von Jick et al. (2004) nahmen Simon und Savarino (2007) zum Anlass für eine eigene Studie. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Inzidenz suizidaler Ereignisse vor Beginn der Behandlung mit Antidepressiva am höchsten ist, und im Verlauf der regelmäßigen Medikamenteneinnahme stetig abnimmt. So zeigte auch eine Studie von Valuck et al. (2004), dass die Wahrscheinlichkeit für einen Selbstmordversuch bei Jugendlichen, die bereits 6 Monate oder länger mit Antidepressiva behandelt wurden, signifikant niedriger war als bei Jugendlichen, die erst seit maximal 2 Monaten Antidepressiva einnahmen (Campo, 2009). Daraus lässt sich schließen, dass der Erfolg einer Therapie mit Antidepressiva gegen Suizidalität bei Jugendlichen scheinbar mit der Zeitspanne der Behandlung wächst. Simon und Savarino (2007) kommen daher zu dem Schluss, dass Antidepressiva das Suizidrisiko senken, da normalerweise sowohl suizidales Verhalten als auch depressive Symptome nach Behandlungsbeginn mit Antidepressiva signifikant abnehmen, selbst wenn die zugrunde liegenden Depressionen bestehen bleiben.

Garzon et al. (2009) liefern mögliche Erklärungen für höhere Suizidraten und häufigere Suizidgedanken nach Behandlungsbeginn mit Antidepressiva. Die Medikamente an sich wirken nämlich erst nach einigen Wochen, eventuelle Nebenwirkungen können jedoch schon ab Behandlungsbeginn auftreten. Das könnte dazu führen, dass Patienten gesteigerte Gefühle der Hoffnungslosigkeit aufweisen, und dadurch Suizidgedanken verstärkt werden oder erstmals auftreten. Des Weiteren könnten Patienten, denen bislang die Energie zur Verwirklichung eines Suizidversuchs fehlte, durch die medikamentöse Behandlung energiegeladener werden und deshalb schon lange gehegte Selbstmordabsichten ebendann in die Tat umsetzen (Friedman & Leon, 2007; Garzon et al., 2009; Vitiello & Pearson, 2008).

Brent (2009) sowie Vitiello und Pearson (2008) verweisen auf eine Untersuchung an über 4000 Jugendlichen, die zeigte, dass durch die Einnahme von Antidepressiva zwar die Zahl der suizidalen Vorkommnisse stieg, nicht jedoch die Zahl der Suizidtoten. So konnten bei

den Untersuchungsteilnehmern zwar häufiger Suizidgedanken und Selbstmordversuche beobachtet werden, jedoch wirkte sich dies nicht auf die Zahl durch Suizid verursachter Todesfälle aus.

Da Suizidalität auch ein Symptom von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen sein kann, ist es schwer zu bestimmen, ob suizidales Verhalten während der Einnahme von Antidepressiva durch die Medikamente selbst, oder aber durch die zugrunde liegende psychische Erkrankung ausgelöst wird (Friedman & Leon, 2007; Turnipseed & Magid, 2008). Da davon auszugehen ist, dass Jugendliche, die mit Antidepressiva behandelt werden, krank sind (Turnipseed & Magid, 2008), und Patienten meist dann eine Behandlung beginnen, wenn es ihnen gerade sehr schlecht geht (Simon & Savarino, 2007), erschwert das die Zuordnung der Auslöser für Suizidalität zusätzlich, da ebendann Phänomene wie Suizidgedanken oder suizidales Verhalten sowohl auf den aktuellen Gesundheitszustand als auch auf die eingenommenen Medikamente zurückgeführt werden könnten. Eine Untersuchung der US-amerikanischen Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde FDA an fast 100000 Patienten zeigte aber beispielsweise, dass suizidales Verhalten bei Personen, die Antidepressiva aus anderen Gründen als einer psychischen Erkrankung einnahmen, weitaus seltener war als bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Das legt die Schlussfolgerung nahe, dass eher psychische Erkrankungen für Suizidalität verantwortlich sind als die Einnahme von Antidepressiva (Friedman & Leon, 2007).

Friedman und Leon (2007) sowie Turnipseed und Magid (2008) vertreten die Meinung, dass ein möglicher Anstieg des Suizidrisikos durch die Einnahme von Antidepressiva trotzdem weit weniger gefährlich ist, als der Anstieg der Suizidwahrscheinlichkeit bei depressiven Jugendlichen, die keinerlei Behandlung erhalten. Schätzungen zufolge begehen nämlich zwischen 2% und 15% aller Menschen, die an Depressionen leiden, im Laufe ihres Lebens mindestens einen Suizidversuch (Friedman & Leon, 2007). Campo (2009) gibt zudem zu bedenken, dass möglicherweise die kurzzeitige Erhöhung des Suizidrisikos einzelner Jugendlicher bei Einnahme von Antidepressiva zugunsten des allgemeinen langfristigen Nutzens in Kauf zu nehmen sei.

Nichtsdestotrotz scheinen sich die meisten Forscher darin einig zu sein, dass Patienten, die mit Antidepressiva behandelt werden, stets genau medizinisch überwacht werden sollten, speziell in den ersten Wochen der Behandlung, nach Dosisänderungen, oder beim Wechsel von stationärer auf ambulante Behandlung, um so eventuell auftretende Suizidalität erkennen zu können (Reisman Greenberg, 2009; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Simon et al., 2006; Turnipseed & Magid, 2008; Vitiello & Pearson, 2008). Bei der Behandlung mit Antidepressiva ist zudem stets zu bedenken, dass die Medikamente keinesfalls spontan abgesetzt werden sollten, da sonst verstärkt Nebenwirkungen auftreten

können (Shain & Committee on Adolescence, 2007). Morgan et al. (2008) geben zudem an, dass 29% bis 46% aller depressiven Patienten nur bedingt oder gar nicht auf eine Behandlung mit Antidepressiva ansprechen, wodurch vorliegende Suizidalität unverändert fortbestehen kann. Generell sollten Patienten stets darüber informiert werden, dass sich die Wirksamkeit von Antidepressiva normalerweise erst nach einer bestimmten Zeit einstellt, und in der Zeit bis dahin eine zusätzliche Verschlimmerung der Symptome nicht ausgeschlossen werden kann (Turnipseed & Magid, 2008).

Nachfolgend werden Forschungsergebnisse zur Anwendung von einigen Antidepressiva-Arten bei Jugendlichen kurz vorgestellt. Diese Aufzählung enthält nicht alle Arten von Antidepressiva, die zur Behandlung von Suizidalität verwendet werden können, und erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

6.2.1.1.1. Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Wie bereits weiter oben erwähnt, konnte sowohl in Europa als auch in den USA ein Zusammenhang zwischen höheren Verschreibungszahlen von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und niedrigeren Suizidzahlen nachgewiesen werden. Umgekehrt zeigte sich zudem, dass die Rückgänge in den Verschreibungszahlen von SSRI nach der von der US-amerikanischen Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde FDA initiierten Black Box Warnung¹⁵ zu einer merklichen Erhöhung der Suizidzahlen bei Jugendlichen führten (Gibbons et al., 2006; Gibbons et al., 2007). Nichtsdestotrotz raten manche Autoren wie beispielsweise Healy (2009) prinzipiell und auch speziell bei Jugendlichen von der Verschreibung von Serotonin Wiederaufnahmehemmern ab, da ihrer Meinung nach die mit der Einnahme dieser Medikamente verbundene Erhöhung des Suizidrisikos nicht medizinisch vertretbar sei.

Statistisch gesehen sind die SSRI-Wirkstoffe Fluoxetin und Citalopram jene, auf die die meisten Jugendlichen ansprechen (US Preventive Services Task Force, 2009), wobei für den Nutzen von Fluoxetin mehr wissenschaftliche Beweise vorliegen (Hawton et al., 2008; US Preventive Services Task Force, 2009). Um einer möglichen Erhöhung des Suizidrisikos Rechnung zu tragen, empfiehlt sich auf jeden Fall eine genaue Beobachtung jugendlicher Patienten während der Einnahme von SSRIs, speziell in den ersten 4 Wochen der Behandlung (Ash, 2008).

¹⁵ Black Box Warnung: in den USA können Pharmakonzerne von der FDA aufgefordert werden, einen schwarz umrandeten Warnhinweis auf Medikamenten-Beipackzetteln anzubringen, um vor schwerwiegenden Nebenwirkungen von verschreibungspflichtigen Medikamenten zu warnen. Dies geschieht, wenn medizinische Studien auf schwere oder lebensbedrohliche Nebenwirkungen von Medikamenten schließen lassen. Im Fall von Antidepressiva wies die Black Box Warnung auf ein erhöhtes Risiko für suizidale Tendenzen bei Kindern und Jugendlichen hin (http://en.wikipedia.org/wiki/Boxed_warning, abgerufen am 26.08.2012).

Laut Greydanus et al. (2009) können die Risiken, welche durch die Verschreibung von SSRIs möglicherweise bestehen, durch den gleichzeitigen Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie minimiert werden.

6.2.1.1.2. Trizyklische Antidepressiva (TCA)

Die Einnahme von trizyklischen Antidepressiva erhöht Turnipseed und Magid (2008) zufolge das Suizidrisiko. Zudem treten meist gravierende Nebenwirkungen auf (Garzon et al., 2009). Verschiedene Forscher weisen darauf hin, dass trizyklische Antidepressiva bei Jugendlichen nicht empfehlenswert sind (Garzon et al., 2009; Hawton et al., 2008; Reisman Greenberg, 2009), unter anderem auch deshalb, weil trizyklische Antidepressiva sehr viel giftiger als andere Psychopharmaka sind, wenn sie überdosiert werden (Garzon et al., 2009; Hawton et al., 2008; Turnipseed & Magid, 2008). Manche Forscher vertreten sogar die Meinung, dass eine verstärkte Verschreibung von trizyklischen Antidepressiva ein Hinweis auf unzureichenden Zugang zu guter psychiatrischer Gesundheitsversorgung in dieser Region darstellen könnte (Campo, 2009; Turnipseed & Magid, 2008).

6.2.1.1.3. Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer)

MAO-Hemmer sollten bei Jugendlichen nicht angewandt werden, da ihre Zweckmäßigkeit als nicht sicher gilt. Zudem haben MAOs oft dramatische Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und bestimmten Lebensmitteln. Sie dürfen daher nur eingenommen werden, wenn gleichzeitig eine spezielle Ernährungsumstellung erfolgt. Überdosierungen sowie Wechselwirkungen können gegebenenfalls sogar tödlich verlaufen (Garzon et al., 2009).

6.2.1.1.4. Andere Antidepressiva

Andere Antidepressiva zur Behandlung von Suizidalität sind beispielsweise Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (SNRI). Diese und andere Arten von Antidepressiva werden im Rahmen dieser Arbeit nicht näher behandelt.

6.2.1.2. Andere Pharmazeutika

Zur Behandlung von Suizidalität können auch andere Medikamente wie beispielsweise Benzodiazepine und andere Tranquilizer, aber auch Medikamente mit einem gänzlich anderen Wirkungsspektrum eingesetzt werden. Diese Arten von Medikamenten werden im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht näher behandelt.

6.2.2 Nicht medikamentöse Behandlungsformen

Ash (2008) zufolge sollten suizidale Jugendliche nie ausschließlich medikamentös behandelt werden. Die am häufigsten angewandte Therapieform bei suizidalen Jugendlichen ist Burns

et al. (2008) zufolge die individuelle Psychotherapie, eng gefolgt von der Pharmakotherapie. Dennoch hat die Mehrheit jugendlicher Suizidopfer nie eine psychiatrische Behandlung erhalten (King et al., 2009).

Studien belegen, dass suizidale Jugendliche oftmals Probleme haben, Entscheidungen zu treffen. Forscher schließen daraus, dass eine Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit bei Jugendlichen dazu beitragen könnte, suizidales Verhalten zu reduzieren oder zu verhindern (Bursztein & Apter, 2008). Dementsprechend wäre es möglicherweise sinnvoll, in der Therapie von suizidalen Jugendlichen auch deren Entscheidungsfindungsfähigkeit zu verbessern und zu stärken, um so Suizidalität entgegenzuwirken.

Auch kognitive Verhaltenstherapie kann das Suizidrisiko entscheidend reduzieren (Macgowan, 2004). Kognitive Verhaltenstherapie geht von der Grundannahme aus, dass sowohl die Stimmung als auch das Verhalten einer Person dadurch beeinflusst werden, wie diese Ereignisse und Erfahrungen interpretiert. Jede Person hat demnach bestimmte Denkmuster, die durch psychische Erkrankungen wie Ängste oder Depressionen verändert werden können, was wiederum die Krankheiten verstärken kann. Durch verzerrtes Denken aufgrund von psychischen Erkrankungen kann das Bewältigungsverhalten dieser Personen gestört werden, was Suizidalität auslösen kann (Hawton et al., 2008). Bei der kognitiven Verhaltenstherapie hilft der Therapeut dem Patienten daher, die Art und Weise, wie der Patient Ereignisse und Erfahrungen interpretiert, zu ändern, indem negative Gedankenmuster erkannt und verändert werden. Die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie konnte Garzon et. al (2009) zufolge bereits in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen werden, während hingegen Campo (2009) darauf verweist, dass der Erfolg von kognitiver Verhaltenstherapie zur Reduktion von Suizidalität Tarrier et al. (2008) zufolge bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte.

Laut Hawton et al. (2008) fördert kognitive Verhaltenstherapie positives Denken über die Zukunft und verringert so unter anderem Depressionen. Ein weiteres Ziel kognitiver Verhaltenstherapie ist, die Betroffenen so weit zu bringen, dass sie wieder am sozialen Leben teilnehmen können (Garzon et al., 2009).

March und Vitiello (2009) zufolge kann kognitive Verhaltenstherapie auch entscheidend zur Suizidprävention bei depressiven Patienten beitragen, indem sie das Risiko verringert, dass Selbstmordgedanken in die Tat umgesetzt werden, da die Patienten lernen, mit Stresssituationen besser umzugehen und deren Problemlösefertigkeiten geschult werden.

6.2.3. Kombinationstherapien

Eine Studie untersuchte die Wirkungen von Pharmakotherapie mittels Fluoxetin, kognitiver Verhaltenstherapie und einer Kombination dieser beiden Behandlungsansätze. Die besten

Ergebnisse zeigten sich bei der Kombinationstherapie nach 18 Wochen. Mit einzelnen Therapieansätzen konnten ähnlich gute Ergebnisse erst nach mehreren Monaten erreicht werden. Außerdem kann durch eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung bei Depressionen die Wahrscheinlichkeit für Suizidalität verringert werden (Treatment for Adolescents with Depression Study Team, 2009).

6.3. Ambulante oder stationäre Behandlung

Bei der Behandlung von suizidalen Jugendlichen stellt oftmals die Frage, ob eine stationäre Aufnahme der Betroffenen notwendig ist oder nicht, einen zentralen Punkt dar. Speziell bei schweren Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen sowie bei hohem Suizidrisiko ist eine stationäre Aufnahme meist die beste und für die Patienten sicherste Lösung. Nichtsdestotrotz reicht Hawton et al. (2008) zufolge bei einer Vielzahl von suizidalen Patienten im Jugendalter eine ambulante Behandlung. Eine Studie von Greenfield et al. (2002) kam zu dem Schluss, dass ambulante Behandlung bei suizidalen Patienten eine sinnvolle Alternative zu stationärer Behandlung darstellt (Macgowan, 2004). Stellt sich bei einer ambulanten Behandlung jedoch kein Erfolg ein, ist möglicherweise eine stationäre Behandlung die beste Alternative. Da Jugendliche unter der Obhut von Erziehungsberechtigten stehen, müssen einer stationären Aufnahme nur die Erziehungsberechtigten, nicht aber die Jugendlichen selbst zustimmen (Ash, 2008). Dabei besteht möglicherweise die Gefahr, dass Jugendliche, die sich nicht freiwillig in stationäre Behandlung begeben, weniger gewillt sind, sich einer Behandlung zu unterziehen und dabei aktiv mitzuarbeiten, unter anderem deshalb, weil ihnen vielleicht noch die Krankheitseinsicht fehlt.

Eine Studie von Harrington et al. (1990) kam zu keinen aussagekräftigen Ergebnissen, ob die Behandlung suizidaler Jugendlicher besser zu Hause, ambulant oder stationär erfolgen sollte. Die Forscher untersuchten Jugendliche, die versucht hatten, sich mittels einer Überdosis umzubringen, und stellten keine Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von Suizidgedanken und Selbstmordversuchen zwischen jenen Jugendlichen fest, die zu Hause behandelt wurden, und jenen, die sich einer ambulanten oder stationären klinischen Behandlung unterzogen (Campo, 2009).

6.4. Besonderheiten bei der stationären Behandlung suizidaler Jugendlicher

Die bloße stationäre Aufnahme von suizidgefährdeten Jugendlichen hilft jedoch nicht, Suizide zu verhindern, solange nicht auch die der Suizidalität zugrunde liegenden Probleme erkannt und gelöst werden (Greydanus et al., 2009). Neu aufgenommene Patienten auf psychiatrischen Stationen sollten stets gründlich auf ihr Suizidrisiko hin untersucht werden,

indem möglichst alle Anzeichen für vorhandene Suizidalität evaluiert werden. Suizidrisiko-Assessments¹⁶ sollten aber auch während des gesamten weiteren Krankenhausaufenthalts regelmäßig durchgeführt werden, da das Suizidrisiko einer Person sich, wie bereits weiter oben erwähnt, kurzfristig ändern kann (Hermes et al., 2009; Lynch et al., 2008). Dafür ist es unerlässlich, dass die behandelnden Personen über die dafür notwendigen Erhebungsinstrumente verfügen (Hermes et al., 2009), und dass sämtliche durchgeführte Risiko-Assessments genauestens dokumentiert werden (Lynch et al., 2008). Bei der Einschätzung des Suizidrisikos sollten außerdem nach Möglichkeit auch Familienmitglieder und enge Freunde hinzugezogen werden, da auch sie wichtige Informationen liefern können (Lynch et al., 2008; Shain & Committee on Adolescence, 2007). Lynch et al. (2008) zufolge ist es zudem wichtig, dass alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen gewillt sind, zusammenzuarbeiten und effektiv miteinander zu kommunizieren, um Selbstmorden während stationärer Aufenthalte vorzubeugen.

Mehrere Faktoren in einem Krankenhaus können beeinflussen, ob Suizide im stationären Bereich passieren. Mangelhafte Suizidrisiko-Assessments oder nicht ausreichende Ausbildung des Krankenhauspersonals begünstigen beispielsweise Suizide in Krankenanstalten. Auch die Einweisung von Patienten auf Stationen, die nicht auf die vorliegende Symptomatik eines Patienten spezialisiert sind, erhöht die Wahrscheinlichkeit für stationäre Selbstmorde von Patienten (Lynch et al., 2008). Carter et al. (2006) zufolge ist die Behandlung suizidaler Patienten zwar durchaus kostenintensiv, sollte aber dennoch in psychiatrischen Kliniken stattfinden, da die Behandlung von Suizidalität dort weitaus erfolgversprechender als in allgemeinmedizinischen Abteilungen ist, weil Suizidalität und mögliche psychische Erkrankungen in psychiatrischen Einrichtungen wesentlich gezielter behandelt werden können. Laut Shain & Committee on Adolescence (2007) hingegen existieren keine fundierten wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass die psychiatrische Einweisung von suizidalen Jugendlichen Leben rettet. Den Autoren zufolge kann jedoch davon ausgegangen werden, dass eine stationäre Aufnahme auf einer psychiatrischen Station ein guter Weg ist, die Betroffenen in einer möglichst sicheren Umgebung unterzubringen, indem sowohl deren medizinischer als auch psychischer Zustand stetig untersucht und überwacht werden kann. Dabei gilt Qin und Nordentoft (2005) zufolge, dass das Suizidrisiko bei stationär aufgenommenen Patienten in den ersten 7 Tagen nach der Aufnahme am höchsten ist (Lynch et al., 2008).

Auch die Beschaffenheit der Umgebung, das heißt, die Ausstattung und Einrichtung einer Station, spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Ausführung von Suiziden während stationärer Krankenhausaufenthalte. Die häufigste Suizidmethode während stationärer

¹⁶ Assessment: engl. für „Einschätzung“ bzw. „Beurteilung“ (www.dict.cc)

Aufenthalte ist das Erhängen (Lynch et al., 2008), das laut Moore (2001) in 68% der Fälle die angewandte Methode darstellt (McPherson, 2005). Zusätzlich passieren etwa 75% aller Suizide während Klinikaufenthalten in Badezimmern, Toiletten oder Wandschränken (Lynch et al., 2008). In Großbritannien zeigte eine Untersuchung von Appleby et al. (2001), dass das Erhängen mit einem Gürtel an einer Vorhangstange die im Rahmen stationärer Suizide am häufigsten angewandte Methode ist (McPherson, 2005). Eine angepasste Umgebung und Einrichtung von psychiatrischen Stationen kann daher entscheidend zur Suizidprävention im Krankenhaus beitragen, beispielsweise indem darauf geachtet wird, Patienten gar keine Möglichkeit zu bieten, sich zu erhängen oder auf sonst eine Art Suizid zu begehen (McPherson, 2005; Vitiello & Pearson, 2008).

Wenn der Zustand eines stationär aufgenommenen, suizidalen Jugendlichen aus medizinischer Sicht stabilisiert ist, muss vor der Entlassung unbedingt nochmals der Gesundheitszustand des Patienten erhoben werden. Wird ein selbstmordgefährdeter Jugendlicher schließlich entlassen, sollte zuvor unbedingt auch ein genauer ambulanter Behandlungsplan aufgestellt werden. Dies dient dazu, sicherzustellen, dass die weitere Behandlung gewährleistet und eingehalten wird, da die Compliance bei ambulanten Patienten häufig gering ist, beispielsweise weil Patienten ihre Nachsorgetermine nicht wahrnehmen (Shain & Committee on Adolescence, 2007). All diese Vorsichtsmaßnahmen sind angebracht, da das Suizidrisiko von psychisch kranken Personen nach der Entlassung aus stationärer Pflege besonders erhöht ist (Meerwijk et al., 2010).

6.5. Auswirkungen von Suizidalität auf Familienangehörige und Freunde

Suizidale Verhaltensweisen bei Jugendlichen beeinflussen auch deren Familienmitglieder und Freunde, was bei der Behandlung von suizidalen Jugendlichen beachtet werden sollte. Studien zufolge ist beispielsweise das Risiko für Depressionen bei Müttern und Geschwistern von durch Suizid verstorbenen Jugendlichen stark erhöht. Auch das Suizidrisiko von Eltern, die ein Kind durch Selbstmord verloren haben, ist erhöht (Hawton et al., 2008). Aber auch Suizidalität oder Depressionen bei Jugendlichen können eine Belastung für die gesamte Familie der Betroffenen darstellen (Treatment for Adolescents with Depression Study Team, 2009).

Der Selbstmord eines Jugendlichen stellt für Familienmitglieder ein traumatisches Erlebnis dar und kann beispielsweise Schuldgefühle, Scham, Wut oder Frust auslösen (Lynch et al., 2008; McPherson, 2005). Da Jugendliche noch unter der Obhut ihrer Eltern oder Erziehungsberechtigten stehen, kann ein Suizid in dieser Altersgruppe bei den Angehörigen auch extreme Schuldgefühle und Kummer auslösen, weil sie das Gefühl haben, ihre Aufsichtspflicht nicht ausreichend wahrgenommen zu haben (Ash, 2008). Dies legt den

Schluss nahe, dass bei der Behandlung suizidaler Jugendlicher stets auch berücksichtigt werden sollte, in welchem Ausmaß deren Angehörige mit der Situation umgehen können, um gegebenenfalls auch ihnen Hilfe zukommen zu lassen.

Verstirbt ein Angehöriger durch Suizid, reagieren Familienmitglieder außerdem häufig mit sehr komplexen Trauerreaktionen (Lynch et al., 2008), die möglicherweise auch eine Behandlung der Hinterbliebenen notwendig machen können. Untersuchungen zu den gefühlsmäßigen Reaktionen von Angehörigen auf Suizidversuche von Jugendlichen zeigten zudem, dass die am häufigsten berichteten Gefühle Angst, Mitgefühl und Traurigkeit, aber auch Feindseligkeit waren. Bei wiederholten Suizidversuchen sank das empfundene Mitgefühl, während die Angehörigen in umso geringerem Maße Feindseligkeit empfanden, je lebensbedrohlicher ein Suizidversuch war (Hawton et al., 2008).

Angehörige von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, empfinden den Umgang mit ebendiesen suizidalen Familienmitgliedern häufig als schwierig (Sun & Long, 2008). Hier könnte es möglicherweise hilfreich sein, wenn auch die Angehörigen in die Behandlung mit einbezogen werden, und sie gegebenenfalls ebenfalls Hilfe beim Umgang mit ihrer Situation erhalten.

Da vor allem Freunde eine häufige Anlaufstelle suizidaler Jugendlicher für ihre Probleme sind, ist zu bedenken, dass Jugendliche, die als Anlaufstelle für ihre selbstmordgefährdeten Freunde fungieren, dadurch selbst einer großen Belastung ausgesetzt sind. Es wäre daher wichtig, dass auch sie in angemessenem Ausmaß Hilfe erhalten, um mit dieser Situation fertig zu werden und umzugehen (Hawton et al., 2008). Wenn Jugendliche Mitwisser von der Suizidalität eines Freundes sind, stellt sich zudem die Frage, inwieweit Jugendliche in der Lage sind, einschätzen zu können, bis zu welchem Maß Vertraulichkeit aufrechterhalten werden kann, und wann es besser ist, ihren Freunden zu helfen, indem sie Außenstehende um Hilfe bitten (Dervic, 2010).

7. Professioneller Umgang mit suizidalen Jugendlichen

Da suizidale Jugendliche, wie bereits weiter oben erwähnt, eine sehr vulnerable Patientengruppe darstellen, sind bei der Behandlung und professionellen Betreuung von suizidalen jungen Menschen bestimmte Punkte zu bedenken, die den Umgang mit dieser Patientengruppe erleichtern und sich eventuell förderlich auf deren Genesungsprozess auswirken können. Nachfolgend werden daher internationale Forschungsergebnisse und daraus resultierende Ratschläge für einen professionellen Umgang mit suizidalen Jugendlichen vorgestellt.

Der korrekte Umgang mit suizidalen Jugendlichen hängt Shain & Committee on Adolescence (2007) zufolge vom jeweiligen Zustand und speziell von der Akutheit des Suizidrisikos des Patienten ab. Zudem sollte immer abgewogen werden, ob es notwendig ist, professionelle Hilfe hinzuzuziehen (Leiker & Level, 2004).

Verschiedene Autoren geben Ratschläge für den Umgang mit suizidalen Jugendlichen. Laut Leiker und Level (2004) ist es wichtig, Jugendlichen aktiv zuzuhören, keine wertenden Kommentare abzugeben und die jeweilige Wahrnehmung der Jugendlichen nicht zu verharmlosen oder abzuwerten. Menschen im Umfeld von suizidalen Jugendlichen sollten außerdem keine Angst davor haben, das Wort „Suizid“ auszusprechen. Ferner gilt es, eine für die Betroffenen sichere Umgebung zu schaffen, in der beispielsweise gefährliche Gegenstände entfernt oder zumindest möglichst außer Reichweite der suizidalen Jugendlichen aufbewahrt werden (Bhatia & Bhatia, 2007; Leiker & Level, 2004; Meerwijk et al., 2010; Sun & Long, 2008). Jegliche Art suizidaler Äußerungen wie verbale Hinweise oder Gesten sollte stets ernst genommen und niemals übergangen werden (Shain & Committee on Adolescence, 2007; Sun & Long, 2008), wobei speziell die Häufigkeit und der Inhalt von Suizidgedanken hinterfragt werden sollten (Turnipseed & Magid, 2008). Leiker und Level (2004) sprechen sich außerdem dafür aus, suizidalen Personen zu versichern, dass ihre Probleme auch ohne Suizid gelöst werden können. Turnipseed und Magid (2008) treten darüber hinaus dafür ein, dass suizidalen Patienten, die medikamentös behandelt werden, nie mehr Tabletten ausgehändigt werden sollten, als deren Wochendosis an Medikamenten beträgt, um so sicherzustellen, dass die Patienten keinen Zugriff auf eine möglicherweise gesundheitsgefährdende Medikamentendosis haben.

Speziell im asiatischen Raum ist Suizid mit einem enormen Stigma verbunden und wird generell oft als unmoralisch angesehen. Dementsprechend fühlen sich Patienten und auch deren Angehörige nach einem Suizidversuch häufig stigmatisiert (Sun & Long, 2008). Daraus folgt, dass speziell im Umgang mit suizidalen Jugendlichen, die aus einem asiatischen Kulturkreis kommen oder asiatische Verwandte haben, diese mögliche

Stigmatisierung beim Umgang mit dieser Patientengruppe mit einkalkuliert werden sollte. Leiker und Level (2004) zufolge sind auch psychische Erkrankungen häufig mit einer Stigmatisierung der Betroffenen verbunden, der am besten durch aktive Aufklärung und Weiterbildung vorgebeugt oder entgegengewirkt werden kann.

Im Folgenden werden nun Hinweise zum Umgang mit suizidalen Jugendlichen für bestimmte Personengruppen vorgestellt. Hierbei ist anzumerken, dass vermutlich bestimmte Hinweise, die hier für eine Personengruppe genannt werden, durchaus auch für andere Personengruppen sinnvoll sein könnten. Die Zuordnung der Hinweise in dieser Arbeit erfolgt danach, in welchem Zusammenhang die Hinweise in der Ursprungsliteratur genannt wurden. Nichtsdestotrotz sind bestimmte Tipps zum Umgang mit suizidalen Jugendlichen sicher auch universal für alle Personen gültig, die mit suizidalen Jugendlichen in Kontakt kommen bzw. stehen.

7.1. Familie und Angehörige

Das familiäre Umfeld suizidaler Jugendlichen ist bei deren Behandlung von großer Bedeutung. Eine gute Zusammenarbeit von Familie und allen am Behandlungsprozess Beteiligten ist bei der Behandlung von selbstmordgefährdeten Jugendlichen stark von Vorteil. Speziell bei ambulanter Behandlung selbstmordgefährdeter Jugendlichen gilt es zu erheben, inwieweit die jeweiligen Familienmitglieder in der Lage sind, die Jugendlichen so zu beobachten, dass kleine Veränderungen von ihnen wahrgenommen werden, und bei den Jugendlichen ein angemessenes Ausmaß an Geborgenheit und Schutz gewährleistet ist.. Außerdem können Eltern und Angehörige für die Behandlung wichtige Informationen beisteuern (Ash, 2008). Durch die jeweiligen Reaktionen der Eltern auf suizidales Verhalten und Suizidgedanken ihres Nachwuchses lässt sich laut Hawton et al. (2008) erkennen, ob Eltern in der Lage sind, ihren Kindern bei ihren Problemen zu helfen.

Eltern oder Erziehungsberechtigte von suizidalen Jugendlichen sollten darauf achten, Waffen und giftige Stoffe, wie beispielsweise Medikamente, aus ihrem Haushalt zu entfernen oder zumindest außerhalb der Reichweite der suizidalen Jugendlichen aufzubewahren (Bhatia & Bhatia, 2007; Sun & Long, 2008). International sprechen nämlich immer mehr Forscher davon, dass eine Reduktion der Verfügbarkeit von Suizid-Hilfsmitteln ein wichtiger Schritt zur Vorbeugung von Jugendsuiziden ist (Johnson & Coyne-Beasley, 2009). Nähere Informationen zur Suizidprävention, unter anderem durch Einschränkung des Zugangs zu Suizidhilfsmitteln, siehe Kapitel 8. Zudem ist es vorteilhaft, wenn auch die Familienmitglieder eines suizidalen Jugendlichen stets überwachen, ob sich Depressionen verschlimmern oder neues suizidales Verhalten auftritt, um so rechtzeitig handeln zu können, beispielsweise indem in der medizinischen Behandlung auf diese Verschlimmerung reagiert wird (Reisman

Greenberg, 2009). Eltern von suizidalen Jugendlichen sollten außerdem darauf achten, stets über alle Behandlungsoptionen und Behandlungsschritte sowie deren jeweilige Vor- und Nachteile aufgeklärt zu werden, insbesondere auch dann, wenn über eine medikamentöse Behandlung nachgedacht wird. Hierfür ist es von Vorteil, wenn die Eltern mit den am Behandlungsprozess beteiligten Personen eng zusammenarbeiten, auch was die medizinische Überwachung der Jugendlichen angeht (Vitiello & Pearson, 2008). Dabei ist davon auszugehen, dass die Familie einen suizidalen Jugendlichen am besten unterstützen kann, wenn sie stets ausreichend über die aktuelle Behandlung und deren mögliche Auswirkungen informiert ist.

Studien zeigen, dass die Qualität der Kommunikation innerhalb der Familie und speziell Verständnis, welches Familienangehörige füreinander und für die Probleme anderer haben, das Risiko für Suizidalität senkt. Soziale Unterstützung, speziell auch innerhalb der Familie, ist daher ein erstrebenswertes Ziel bei der Behandlung suizidaler Jugendlicher, da wissenschaftliche Theorien besagen, dass soziale Unterstützung eventuell vorhandene suizidalitätsfördernde Faktoren mindern beziehungsweise abschwächen kann. Besonders bei depressiven Personen oder Personen mit geringem Selbstwertgefühl kann es für die Betroffenen jedoch schwierig sein, in dem Ausmaß soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten und zu pflegen, wie sie für gute Kommunikation notwendig wären, was wiederum das Auftreten oder die Verschlimmerung von Suizidalität bewirken kann (Hawton et al., 2008).

Angehörige spielen eine wichtige Rolle bei der Pflege suizidgefährdeter Jugendlicher, die aus stationärer Pflege entlassen werden. Dabei erhalten Familien von suizidalen Patienten zumeist keine ausreichende Schulung in Bezug auf Suizidpräventionsmaßnahmen, wenn ihre suizidalen Angehörigen aus dem Spital entlassen und in häusliche Pflege übergeben werden. Eine Untersuchung von Sun und Long (2008) in Taiwan zeigte beispielsweise, dass Angehörige von suizidalen Menschen ohne Schulung zum Umgang mit ihren selbstmordgefährdeten Verwandten häufig dazu neigen, die Patienten möglichst rund um die Uhr zu überwachen, deren Tagesablauf minutiös vor auszuplanen und die Einhaltung dieses Plans anschließend sicherzustellen sowie zu versuchen, eine möglichst gesunde Umgebung für sie zu schaffen. Diese Maßnahmen, und speziell die möglichst ausgiebige Überwachung der suizidalen Angehörigen, legen den Schluss nahe, dass diese Art des Umgangs mit suizidalen Personen äußerst kräfteaufwendend ist, und somit eine große psychische und physische Belastung für die Angehörigen darstellt. Diese könnte unter Umständen aber nicht auf Dauer ausgeführt werden, weil die Angehörigen dabei im Laufe der Zeit an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit stoßen, was sich wiederum negativ auf den Genesungsprozess der Jugendlichen auswirken könnte.

7.2. Pflegekräfte

Pflegefachkräfte nehmen eine wichtige Rolle in der Versorgung psychisch kranker und suizidaler Patienten ein (Kaye et al., 2009), und sollten stets ausführlich über Suizidrisikofaktoren, Risiko-Assessments und Suizidprävention informiert sein. Pflegekräfte müssen auch in der Lage sein, Hinweise im Verhalten von Patienten zu erkennen, die auf einen drohenden Suizid hinweisen (Hermes et al., 2009; Lynch et al., 2008). Speziell rasche und für Außenstehende nicht nachvollziehbare Wechsel der Gefühlslage, welche für Jugendliche mit psychischen Problemen typisch sind, können Pflegekräfte aber vor große Probleme stellen (Foster, 2009). Dabei sollten Personen, die mit suizidalen Jugendlichen arbeiten, sich fortwährend darüber im Klaren sein, dass das Suizidrisiko von Patienten zwar verringert, ein Suizid aber nie vollkommen ausgeschlossen werden kann (Shain & Committee on Adolescence, 2007).

In der psychiatrischen Pflege sind zwischenmenschliche Beziehungen zwischen Patienten und Pflegekräften von entscheidender Wichtigkeit. Studien zufolge wirkt sich die Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Pflegenden entscheidend auf die Therapieoutcomes der Patienten aus (Dziopa & Ahern, 2009). Laut Kaye et al. (2009) ist bei der Behandlung psychisch kranker Jugendlicher der Aufbau einer professionellen, aber teilweise auch freundschaftlichen Beziehung zum Patienten einer der wichtigsten Faktoren. Dabei ist zu bedenken, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung schwerer wird, wenn Patienten gegen ihren Willen stationär aufgenommen wurden, was bei Jugendlichen immer wieder der Fall sein kann. Um eine qualitative therapeutische Beziehung zu einem Patienten aufzubauen, müssen Pflegekräfte bestimmte Fertigkeiten mitbringen (Dziopa & Ahern, 2009). So sind beispielsweise kommunikative Fertigkeiten unerlässlich, um das Suizidrisiko eines Patienten einschätzen zu können (Merwijk, 2010).

Speziell in der Pflege psychisch kranker Personen werden Pflegekräfte regelmäßig mit unerwarteten Erfahrungen konfrontiert (Dziopa & Ahern, 2009). Daher ist es wichtig, dass Pflegekräfte möglichst umfassend darin geschult sind, auf alle anfallenden Belange im Zusammenhang mit psychisch kranken Patienten richtig reagieren zu können (Kaye et al., 2009). Im Umgang mit suizidalen Patienten müssen Angehörige von Gesundheitsberufen außerdem darauf achten, ihre eigenen Reaktionen zu kontrollieren. Eine übertrieben hilfsbereite Einstellung kann nämlich beispielsweise zur Konsequenz haben, dass suizidale Jugendliche sich in ihrem Verhalten bestätigt oder gar ermutigt fühlen, mit ihrem Verhalten fortzufahren. Medizinischem Fachpersonal wird daher eine objektive Haltung gepaart mit gemäßigter Empathie gegenüber suizidalen Patienten empfohlen (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009).

Unter medizinischem Fachpersonal existiert manchmal die Annahme, dass das Ansprechen des Themas Suizidalität suizidales Verhalten verschlimmern könnte. Laut Meerwijk et al. (2010) existieren jedoch keinerlei wissenschaftliche Daten, die diese Annahme stützen. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Möglichkeit, über ihre Gefühle und Gedanken bezüglich Suizidalität zu sprechen, den Patienten Erleichterung verschafft, weil sie sich dadurch verstanden und wahrgenommen fühlen. Pflegekräfte sollten daher unbedingt über diesen Sachverhalt aufgeklärt werden, um im Umgang mit suizidalen Jugendlichen nicht davor zurückzuschrecken, Suizidalität aktiv anzusprechen. In Untersuchungen hatten Pflegekräfte angegeben, nicht von selbst auf das Thema Suizidalität zu sprechen zu kommen, wenn sie bei Patienten keine Anzeichen für vorhandene Suizidalität bemerkten. Als Konsequenz daraus ließe sich schließen, dass das Ansprechen des Themas Suizidalität vonseiten der Pflegekräfte davon abhängt, wie gut diese in der Lage sind, Suizidalität bei Patienten wirklich zu erkennen. Eine Studie von Talseth et al. (1999) zeigte sogar, dass Pflegekräfte das Thema Selbstmord häufig übergehen, selbst wenn suizidale Patienten zum Ausdruck bringen, dass sie darüber sprechen möchten. Wird das Thema Suizid aber übergangen, kann das dazu führen, dass Patienten mit ihren quälenden Gedanken alleingelassen werden und sich dadurch isoliert fühlen. McLaughlin (1999) schlussfolgert deshalb, dass Pflegekräfte unbedingt besser in verbaler Kommunikation geschult werden sollten, um das Thema Suizidalität mit ihren Patienten kompetent behandeln zu können (Meerwijk et al., 2010).

Laut Dziopa und Ahern (2009) sind 9 grundlegende, sich teilweise überschneidende, Faktoren, vonseiten der Pflegefachkräfte wichtig zum Aufbau einer qualitativen therapeutischen Beziehung zwischen Pflegekräften und Patienten:

- **Verständnis und Empathie**

Das Gefühl des Verstandenwerdens ist speziell für psychisch kranke Menschen besonders wichtig, da sie oftmals aufgrund ihrer Krankheit von der Gesellschaft stigmatisiert werden. Verständnis vonseiten der Pflegekräfte kann daher entscheidend dazu beitragen, dass Patienten sich geschätzt fühlen und aktiv an ihrer Therapie mitarbeiten, wobei speziell aktives Zuhören und das Halten von Augenkontakt von sehr großer Bedeutung sind. Verständnis drückt sich auch dadurch aus, dass Pflegekräfte ihre Patienten ausreichend gut kennen, um sowohl ihr Verhalten als auch die dem Verhalten zugrunde liegenden Beweggründe verstehen zu können. Dabei gilt es vonseiten der Pflegenden, Werturteile und jede Form von Herabsetzung zu vermeiden, selbst bei absonderlichen Taten oder Äußerungen.

Empathie bedeutet unter anderem das Verstehen von Patienten, selbst wenn diese nicht in der Lage sind, ihr Befinden oder Anliegen angemessen in Worte zu fassen.

- **Individualität und Eigenständigkeit**

Psychiatrische Pflegefachkräfte sollten Patienten stets als ganzheitliche Wesen mit individuellen Wesenszügen sehen. Diese ganzheitliche Wahrnehmung bewirkt, dass Patienten sich geschätzt und respektiert fühlen. Jede Form von Stereotypisierung der Patienten ist unbedingt zu vermeiden, da sie zu Diskriminierung der Kranken führt. Das bedeutet auch, dass Pflegekräfte ihre eigenen privaten Werte und Anschauungen nicht auf Patienten übertragen dürfen.

- **Unterstützung anbieten**

Psychisch kranke Patienten sollten sich sicher und geborgen fühlen, um eine therapeutische Beziehung mit ihren Pflegern eingehen zu können. Dies geschieht durch das aktive Zutun ihrer Umwelt, beispielsweise durch das Vermitteln von Hoffnung und Sicherheit.

Unterstützung kann auch physisch vermittelt werden, indem Berührungen, wie beispielsweise eine Umarmung oder das Halten der Hand, eine Verbindung zwischen Patienten und Pflegekräften herstellen. Das Ausführen therapeutischer Berührungen erfordert jedoch spezielle Fertigkeiten, und kann nicht beliebig eingesetzt werden.

- **Verfügbar sein**

Untersuchungen zeigen, dass sowohl Patienten als auch Pflegekräfte es als wichtig erachten, dass Patienten ausreichend Zeit gewidmet wird. Dabei ist jedoch wichtig, wie diese Zeit verbracht wird. Die alleinige Kontrolle von Patienten zeigt nicht die gleiche positive Wirkung, wie beispielsweise ein therapeutisches Gespräch. Dabei schätzen Patienten unter anderem jene Zeit sehr, die Pflegekräfte dafür aufwenden, ihnen zuzuhören. Aber auch die bloße Verfügbarkeit und Anwesenheit einer Pflegeperson kann sich positiv auf die Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson auswirken, indem der Patient erfährt, dass er nicht alleine ist. Umgekehrt kann mangelnde Verfügbarkeit von Pflegekräften die therapeutische Beziehung nachhaltig schädigen.

- **Authentizität**

Authentizität der betreuenden Pflegepersonen ist ein weiterer wichtiger Faktor zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung. Pflegekräfte sollten in ihrem Umgang mit den Patienten stets glaubwürdig sein, unter anderem dadurch, dass sowohl ihre verbalen als auch ihre non-verbalen Botschaften übereinstimmen. Für eine dauerhafte therapeutische Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonen ist es außerdem notwendig, dass auch Pflegekräfte gewisse Erfahrungen und Informationen

aus ihrem Leben mit den Patienten teilen, da eine zu einseitige Beziehung, in der nur der Patient sich öffnet, das therapeutische Verhältnis der Beteiligten mindert.

- **Gleichheit fördern bzw. unterstützen**

In der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten ist prinzipiell die Pflegeperson in einer Machtposition, da sie der Hilfebereitsteller ist. Diese Machtposition kann konstruktiv genutzt werden, indem dadurch die Sicherheit des Patienten gewährleistet wird. Jegliche Macht kann jedoch missbraucht werden, im Falle der Patienten-Pflegekraft Beziehung etwa dadurch, dass Hilfestellung verweigert oder Regeln zulasten des Patienten missbraucht werden. Für eine positive therapeutische Beziehung ist es daher wichtig, dass Pflegefachkräfte bemüht sind, keine hierarchische Beziehung, sondern eine möglichst demokratische Haltung gegenüber dem Patienten herzustellen. Im Grunde genommen ist eine gute therapeutische Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient nämlich für beide förderlich. Der Patient wird bei der Genesung unterstützt, und die Pflegekraft kann durch die Beziehung Fertigkeiten und Erfahrungen für ihre weitere Arbeitspraxis sammeln.

- **Respekt zeigen**

Es ist die Aufgabe von Pflegekräften, sicherzustellen, dass Patienten sich respektiert und bedeutend fühlen. Eine Pflegeperson kann einem Patienten außerdem Respekt zeigen, indem sie diesen mitsamt vorhandener Fehler und Probleme akzeptiert und ihm zeigt, dass er als Mensch wertvoll ist.

- **Grenzen aufzeigen und aufrecht erhalten**

Gewisse Grenzen sind notwendig, um die Sicherheit von Pflegekräften und Patienten zu gewährleisten und eine funktionierende therapeutische Beziehung zu ermöglichen. Wichtig ist dabei stets ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Verständnis und Beistand sowie dem Durchsetzen gewisser Grenzen. Auch das Aufrechterhalten von Grenzen erfordert wesentliche, spezialisierte Fertigkeiten vonseiten der Pflegekräfte.

- **Selbstbewusstsein**

Während all ihrer Tätigkeiten im Rahmen der Pflege psychisch kranker Menschen ist es von enormer Wichtigkeit, dass Pflegekräfte selbstbewusst sind, und dies in ihre Arbeit einfließen lassen.

8. Suizidprävention

Während die vorangegangenen Kapitel sich mit Maßnahmen bei bereits vorhandener Suizidalität beschäftigten, befasst sich dieses Kapitel mit Ideen, Ansatzpunkten und Möglichkeiten, um Suizidalität, und speziell Selbstmorden im Jugendalter vorzubeugen. Eine erfolgreiche Suizidprävention zielt demnach darauf ab, die Anzahl suizidaler Jugendlicher zu senken, indem Neuerkrankungen verhindert werden.

Die international generell eher stabilen Selbstmordraten lassen Nock et al. (2008b) zufolge darauf schließen, dass Suizidprävention mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, um Suizidraten weltweit zu senken (Nock et al., 2008b). In Österreich sprechen die rückläufigen Suizidraten dafür, dass die bisherigen Präventionsmaßnahmen wirksam sind und fortgesetzt werden sollten (Dervic et al., 2007). International gibt es immer wieder Maßnahmen zur Suizidprävention. Dennoch gibt es nur wenig Forschung über Möglichkeiten, Suizidalität bei Jugendlichen vorzubeugen oder diese zu verhindern (Bursztein & Apter, 2008). Wie bereits in Kapitel 4 veranschaulicht, gibt es eine Vielzahl von Auslösern und Gründen für Suizidalität. Gradus et al. (2010) zufolge darf sich Suizidprävention daher nicht zu sehr auf einzelne Risikofaktoren und deren Vorbeugung oder Verringerung konzentrieren, da die Konzentration auf einzelne Faktoren lediglich einen geringfügigen Effekt zur Prävention von Suiziden bei Jugendlichen hätte. Forscher gehen überdies davon aus, dass Präventionsmaßnahmen umso erfolgreicher sind, je großflächiger sie umgesetzt werden. Zudem gilt es zur Suizidprävention zu bedenken, dass viele Präventionsstrategien nicht auf Dauer wirken, da die gesetzten Maßnahmen mit der Zeit verblassen, selbst wenn sie kurzfristig gute Erfolge in der Suizidprävention bei Jugendlichen erzielen (Isaac et al., 2009).

Ein wichtiger Faktor, der bei der Prävention von jugendlichen Selbstmorden unbedingt zu beachten ist, ist die bereits in Kapitel 4.7. näher erläuterte Impulsivität in dieser Altersgruppe. Da, wie bereits erwähnt, Jugendliche oftmals sehr kurzfristig die Entscheidung für einen Selbstmordversuch treffen, gilt es zu beachten, dass zur Prävention eines Suizids manchmal nur ein sehr enges Zeitfenster zur Verfügung steht (Ash, 2008). Eine große Herausforderung für die Suizidprävention stellen außerdem Jugendliche dar, die vor einem Selbstmordversuch keinerlei Selbstmordgedanken aufweisen, da viele Instrumente zur Erkennung von Suizidalität typischerweise Selbstmordgedanken und früheres suizidales Verhalten abfragen (vgl. Kapitel 5) (Schilling et al., 2009).

Eine wichtige Voraussetzung zur Prävention von Jugendsuiziden und speziell für die Planung von Präventionsmaßnahmen sind ausreichend epidemiologische Daten über Suizide bei Jugendlichen (Nock et al., 2008b). Als erster Schritt zur Verhinderung von Suiziden bei jungen Menschen gilt es Risikoassessments vorzunehmen (Diefenbach et al.,

2009), suizidale Jugendliche frühestmöglich zu erkennen und diese rechtzeitig an qualifizierte Stellen zur Behandlung weiterzuleiten (Dervic et al., 2008; Hacker et al., 2006). Erhalten suizidale Jugendliche nämlich rasch die richtige Behandlung, sollte dies die Zahl der verübten Selbstmordversuche reduzieren und zudem die Selbstmordraten senken (Gutierrez, 2006).

Zur Prävention von Jugendsuiziden stellt sich die Frage, ab welchem Alter präventive Maßnahmen sinnvoll sind. Wie bereits weiter oben erwähnt, sind Suizide vor der Pubertät sehr selten (Dervic et al., 2008), stellen aber dennoch bei Jugendlichen ein großes Public Health Problem dar (Macgowan, 2004; Park et al., 2010; Shain & Committee on Adolescence, 2007; Wunderlich et al., 2001). Eine finnische Langzeitstudie von Sourander et al. (2009) an einer Geburtskohorte von 1981 mit 5302 Personen ergab, dass zukünftige Suizidalität, zumindest bei Burschen, möglicherweise schon im Alter von 8 Jahren bemerkt werden kann. Dementsprechend schließen die Autoren aus ihren Studienergebnissen, dass die Neigung zu Suizidalität, zumindest bei Burschen und Männern, während des gesamten Lebens beständig, wenn auch unterschwellig, vorhanden ist. Bei Mädchen hingegen konnten im Alter von 8 Jahren keine Vorzeichen für spätere Suizidalität beobachtet werden. Die Forscher führen das darauf zurück, dass viele psychische Erkrankungen bei Mädchen erst in der Pubertät erstmals ausbrechen, und Suizidalität daher bei Mädchen vor Beginn der Pubertät nicht vorhersagbar ist. Diese Ergebnisse sprächen dafür, dass Suizidprävention, zumindest bei Burschen, bereits sehr früh, also noch in der Kindheit, ansetzen sollte. Thompson et al. (2009) hingegen schließen aus ihren Untersuchungen, dass suizidpräventive Maßnahmen am besten bei jüngeren Jugendlichen ansetzen sollten, während Lofthouse und Yager-Schweller (2009) ab einem Alter von 10 Jahren zu ersten Untersuchungen zur Erkennung von Suizidalität mittels einfacher Fragestellungen raten.

8.1. Arten der Prävention

Suizidpräventionsmaßnahmen können in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterteilt werden. Je nach Präventionsart werden verschiedene Personengruppen angesprochen und andere Ziele verfolgt.

8.1.1. Primäre Prävention

In der primären Prävention liegt das Hauptaugenmerk darauf, das Auftreten von Suizidalität bei Jugendlichen zu verhindern (Greydanus et al., 2009), indem man versucht, Jugendliche weniger anfällig für Suizidalität zu machen. Dies kann beispielsweise dadurch bewerkstelligt werden, dass Suizidalität auslösenden Faktoren entgegengewirkt wird (Hawton et al., 2008). Im Rahmen von primären Präventionsmaßnahmen ist es außerdem wichtig, Risikofaktoren für Suizidalität im Jugendalter (siehe Kapitel 4) abzuschwächen oder möglichst zu verhindern

(Greydanus et al., 2009; Sourander et al., 2009). Ein Beispiel für primäre Präventionsmaßnahmen sind Vorträge, um das Bewusstsein für die Thematik Suizidalität bei Jugendlichen zu erhöhen. Ziel ist es, Jugendlichen aufzuzeigen, wann sie sich Hilfe suchen sollten, wo sie diese bekommen können, welche Anzeichen bei anderen auf Suizidalität hinweisen können, und wie sie verantwortungsvoll auf Suizidalität bei Gleichaltrigen reagieren können (Hawton et al., 2008). Zur primären Prävention von Jugendsuiziden gilt es außerdem die Krisenbewältigungsfähigkeiten von Jugendlichen zu verbessern und innerhalb der gesamten Gesellschaft das Bewusstsein für Suizid bei Jugendlichen zu erhöhen (Greydanus et al., 2009; Hawton et al., 2008), sowie den Zugang zu Hilfsmitteln, mit denen ein Selbstmord verübt werden kann, einzuschränken (siehe Kapitel 8.2.3. Einschränkung des Zugangs zu Suizidhilfsmitteln) (Greydanus et al., 2009).

8.1.2. Sekundäre Prävention

Sekundäre Prävention unterscheidet sich von primärer Prävention dadurch, dass sie sich mit Maßnahmen nur an jene Jugendlichen richtet, die bereits ein erhöhtes Risiko aufweisen, Suizidalität zu entwickeln. So soll eine weitere Verschlechterung der Risikosituation dieser Jugendlichen verhindert werden (Hawton et al., 2008). Hierfür gilt es zunächst einmal Jugendliche mit erhöhtem Suizidrisiko möglichst frühzeitig zu identifizieren (Greydanus et al., 2009), was auf verschiedene Arten möglich ist (vergleiche Kapitel 5. Erhebung und Erkennung von Suizidalität bei Jugendlichen). Sobald gefährdete Jugendliche identifiziert sind, gilt es, diese davon abzuhalten, einen Selbstmordversuch zu unternehmen (Evans et al., 2004) und die Betroffenen nach Möglichkeit davon zu überzeugen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Sourander et al., 2009), unter anderem dadurch, dass man sie einer Behandlung zuführt und ihnen zeigt, dass es stets Alternativen zu einem Selbstmord gibt (Greydanus et al., 2009).

8.1.3. Tertiäre Prävention

Tertiäre Prävention letztendlich legt das Augenmerk auf das Handeln nach einem bereits erfolgten Suizid oder Suizidversuch. Ist ein Jugendlicher durch Suizid verstorben oder hat einen Suizidversuch unternommen, gilt es, die „ansteckende“ Wirkung von Jugendsuiziden auf Gleichaltrige zu beachten, und mögliche weitere Suizide bzw. Selbstmordversuche bei Jugendlichen im Umfeld des Jugendlichen zu verhindern. Gleichzeitig fällt es auch unter tertiäre Präventionsmaßnahmen, Hinterbliebenen und Freunden von Suizidopfern Unterstützung bei der Trauerbewältigung zu leisten, sowie Jugendliche, die möglicherweise ebenfalls suizidal sind, rechtzeitig zu identifizieren und an professionelle Hilfe weiterzuleiten (Hawton et al., 2008).

8.2. Präventionsmaßnahmen

8.2.1. Screenings

Dass Screenings in der Literatur häufig als gutes Mittel zur Identifikation von suizidalen Jugendlichen empfohlen werden, wurde bereits in Kapitel 5.2. beschrieben. Screenings können dabei einen entscheidenden Beitrag zur Suizidprävention bei Jugendlichen leisten. Screenings können, richtig angewandt, hilfreich sein, um suizidale Jugendliche zu identifizieren, wobei gute Screeninginstrumente sich Horowitz et al. (2009) zufolge dadurch auszeichnen, dass sie kurz und einfach anzuwenden sind und erwiesenermaßen verlässliche Ergebnisse liefern. Ziel ist es, mittels Screening möglichst alle Jugendlichen zu identifizieren, die Suizidalität aufweisen. Dabei sollte eher in Kauf genommen werden, dass durch das Screening einige nicht suizidale Jugendliche als „suizidal“ ausgewiesen werden, als dass suizidale Jugendliche ein falsch negatives Ergebnis erzielen, und somit trotz vorhandener Suizidalität nicht erkannt werden. Screenings können entweder universal, also auf die gesamte Bevölkerung, oder aber nur auf bestimmte bekannte Risikogruppen angewandt werden (Hawton et al., 2008). Laut der US Preventive Services Task Force (2009) eignen sich Screenings zwar dazu, depressive und suizidale Jugendliche zu identifizieren, sind jedoch nicht bei Kindern anwendbar.

Wie bereits weiter oben erwähnt, wiesen in einer von King et al. (2009) durchgeführten Studie 98% aller positiv auf ein erhöhtes Suizidrisiko gescreenten Jugendlichen entweder einen Suizidversuch in der Vergangenheit, oder aktuelle Selbstmordgedanken auf. Die Studienautoren schließen daraus, dass ein ziemlich verlässliches Suizidrisikoscreening innerhalb weniger Minuten durchgeführt werden kann, indem Jugendliche explizit auf Suizidversuche in der Vergangenheit sowie aktuelle Suizidgedanken hin untersucht bzw. befragt werden.

Bei Screenings gilt es jedoch zu bedenken, dass die Ergebnisse stets lediglich den Zustand zum Zeitpunkt der Erhebung widerspiegeln. Das bedeutet, dass Jugendliche, die zum Zeitpunkt des Screenings ein niedriges Suizidrisiko aufwiesen, kurze Zeit später (Tage, Wochen, Monate) ein weit höheres Risiko aufweisen können, was aber nicht erfasst werden kann, wenn nicht zu diesem späteren Zeitpunkt ein weiteres Screening beziehungsweise eine Erhebung des Suizidrisikos durchgeführt wird (Hawton et al., 2008). Ein weiterer Kritikpunkt an Screenings ist, dass die bloße Identifikation von suizidalen Jugendlichen alleine nicht ausreicht, um Suiziden vorzubeugen. Für eine erfolgreiche Suizidprävention ist es notwendig, dass sämtliche als suizidal erkannte Jugendliche rasch eine angemessene Hilfe erhalten, was bei großangelegten Screenings jedoch häufig nicht garantiert werden kann (Horowitz et al., 2009). Die US Preventive Service Task Force (2009) empfiehlt eine

Durchführung von Screenings für Depressionen oder Suizidalität bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren nur dort, wo auch eine angemessene Diagnostik, Psychotherapie sowie weitere Behandlung möglich beziehungsweise verfügbar sind.

8.2.2. Erleichterter Zugang zu psychiatrischer Versorgung

Wie bereits weiter oben erwähnt, sind Suizidraten in Ländern und Regionen umso höher, je schwerer der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist. Da psychische Erkrankungen ein starker Risikofaktor für Suizidalität bei Jugendlichen sind, kann der Zugang zu qualifizierter psychiatrischer Versorgung für Betroffene einen entscheidenden Beitrag zur Suizidprävention leisten. Eine finnische Studie von Pirkola et al. (2009) untersuchte diesbezüglich die Zusammenhänge von lokalen Suizidzahlen und der Verfügbarkeit psychiatrischer Gesundheitsversorgung. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass die Suizidraten umso niedriger waren, je besser der Zugang zu möglichst vielschichtigen ambulanten Gesundheitseinrichtungen war. In Punkto Suizidprävention ist dabei speziell hervorzuheben, dass der Zugang zu ambulanter Behandlung ein weit wichtigerer Faktor zu sein scheint, als der Zugang zu stationärer Behandlung, und dass die Verfügbarkeit von rund um die Uhr geöffneten psychiatrischen Notfall-Einrichtungen einen weiteren wichtigen Faktor zur Reduktion von Suizidraten darstellt (Campo, 2009).

8.2.3. Einschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln

Da die Verfügbarkeit von Suizidhilfsmitteln sich auf die Suizidwahrscheinlichkeit auswirkt (siehe Kapitel 4.8.), liegt der Schluss nahe, dass die Einschränkung des Zugangs zu Suizidhilfsmitteln (wie Seilen, Tabletten, Giften und Waffen) eine wichtige Suizid-Präventionsstrategie darstellt (Dervic et al., 2008; Dervic, 2010; Johnson & Coyne-Beasley, 2009). Tatsächlich belegen zahlreiche Studien, dass ein erschwerter Zugang zu bestimmten Suizidhilfsmitteln die Anwendung von Suizidmethoden, für welche eben jene Mittel verwendet werden, verringert (Johnson & Coyne-Beasley, 2009).

Ziel ist es, Hilfsmittel, mit denen ein Selbstmord begangen werden könnte, von suizidalen Personen fernzuhalten. Eine Grundannahme hinter dieser Präventionsmaßnahme lautet, dass viele Jugendsuizide impulsiv begangen werden (siehe Kapitel 4.7.). Sind in einem solchen Moment keine Hilfsmittel für einen Selbstmord verfügbar, ist davon auszugehen, dass die jeweiligen Jugendlichen entweder von ihren Suizidabsichten ablassen oder aber eine Methode wählen, die weniger wahrscheinlich tödlich endet. Es fehlen bisher jedoch Untersuchungen darüber, ob Personen aufgrund des erschwerten Zugangs zu einem bestimmten Suizidhilfsmittel einfach eine andere Suizidmethode wählen oder gänzlich von ihren Selbstmordabsichten ablassen (Johnson & Coyne-Beasley, 2009).

Der Zugang zu Hilfsmitteln, mit denen ein Selbstmord begangen werden könnte, kann entweder großflächig innerhalb der gesamten Gesellschaft eingeschränkt werden, oder aber auf individueller Ebene. Um Suizidhelfsmittel innerhalb der gesamten Gesellschaft unzugänglich zu machen, bedarf es politischer Maßnahmen. Ein Beispiel hierfür wäre die Entgiftung von Haushaltsgas, die beispielsweise in Großbritannien und Österreich durchgesetzt wurde. Großflächige Restriktionsmaßnahmen haben eine größere Reichweite, sind jedoch weit schwerer in der Umsetzung, individuelle hingegen können leichter umgesetzt werden, sind aber immer nur dann erfolgreich, wenn die Umsetzung durch Einzelpersonen konsequent erfolgt (Johnson & Coyne-Beasley, 2009). Um auf individueller Ebene den Zugang Jugendlicher zu Suizidhelfsmitteln in ihrem Umfeld einzuschränken und so Jugendsuiziden vorzubeugen, ist daher die Schulung von Eltern und anderen Bezugspersonen zu diesem Thema entscheidend (Dervic et al., 2008). Hierbei lassen sich bestimmte Suizidmethoden leichter verhindern als andere. Die Zahl Suizidtoter durch Erschießen könnte beispielsweise dadurch reduziert werden, dass der Zugang zu Schusswaffen eingeschränkt wird. Eine der häufigsten Suizidmethoden, nämlich das Erhängen, ist hingegen weit schwerer zu verhindern, da es nicht möglich ist, den Zugang zu Hilfsmitteln für diese Suizidmethode zu erschweren. Lediglich in Kranken- und Strafanstalten wird besonders darauf geachtet, Suizide durch Erhängen möglichst zu vermeiden, indem eventuelle Hilfsmittel zum Erhängen entfernt oder abgesichert werden. In privaten Haushalten hingegen ist es fast unmöglich, sämtliche mögliche Utensilien für einen Selbstmord durch Erhängen zu entfernen (Johnson & Coyne-Beasley, 2009).

Die steigende Zahl der mit Schusswaffen verübten Suizide unter Jugendlichen in Österreich unterstreicht die Notwendigkeit, Eltern darauf aufmerksam zu machen, dass Hilfsmittel zur Verübung eines Selbstmords und insbesondere Schusswaffen für Kinder und Jugendliche möglichst nicht zugänglich sein sollten (Dervic et al., 2007; Dervic, 2010; Kapusta, 2011). In Wien wäre es überdies wichtig, dem populärer werdenden Selbstmord durch Sturz aus großer Höhe entgegenzuwirken, indem dafür frequentierte Orte besser abgesichert (beispielsweise durch Absperrungen) und überwacht werden (Dervic et al., 2007).

8.2.4. Die Rolle der Medien

Wie bereits in Kapitel 4.4.3. erwähnt, ist der Zusammenhang zwischen der Darstellung von Suizid in den Medien und suizidalem Verhalten bei jungen Menschen besonders stark ausgeprägt (Hawton et al., 2008). Medienberichterstattung kann in Bezug auf Suizide sowohl zur Suizidprävention beitragen, als auch Suizide begünstigen (Kapusta, 2011; Tomandl et al., 2008). Ein gutes Beispiel hierfür ereignete sich in den 1980er Jahren in Wien. Nachdem 1984 verschiedene Printmedien dramatisch formulierte und äußerst sensationelle Artikel über U-Bahnsuizide veröffentlicht hatten, nahm die Zahl der Suizide im Wiener U-

Bahnsystem drastisch zu. 1987 schließlich veröffentlichte die Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention als Reaktion darauf Richtlinien für die Medien, in denen festgeschrieben wurde, dass in Medien über Suizide nur noch kurz oder gar nicht berichtet werden soll. In der Folge trat ein signifikanter Rückgang der U-Bahnsuizide ein (Hawton et al., 2008).

Tomandl et al. veröffentlichten 2008 einen „Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid“. Die wichtigsten Aussagen daraus sind nachfolgend in Abbildung 3 zusammengefasst:

Bei der Berichterstattung zu vermeiden sind: • jegliche Bemühungen, einem Suizid zusätzliche Aufmerksamkeit zu verschaffen • genauere Angaben zur durch Suizid verstorbenen Person wie Name, Lebenslauf oder familiärer Hintergrund • genauere Angaben zur gewählten Suizidmethode, sowie Einzelheiten über den Ort, an dem der Selbstmord verübt wurde oder den detaillierten Ablauf des Suizids • Hintergrundinformationen wie beispielsweise Quellen im Internet, bei denen der Verstorbene Informationen für seinen Suizid bezogen hat • Versuche, die Gründe für den Selbstmord mittels Verallgemeinerungen zu finden • jegliche Bemühungen, den Suizid als eine heldenhafte oder romantische Tat darzustellen • Interviews mit Freunden oder Verwandten direkt nach der Tat
Für die Suizidprävention förderlich ist mediale Berichterstattung, die: • versucht, die komplexen Hintergründe eines Suizids ohne generalisierte Erklärungen aufzuzeigen, wobei keinerlei Urteil über die Tat gebildet werden sollte • versucht, Alternativen zu einem Suizid aufzuzeigen und andere Betroffene zu motivieren, sich helfen zu lassen • Informationen liefert, wo Hilfe bezogen werden kann und wie diese Institutionen zu erreichen sind • versucht, in der Öffentlichkeit ein vermehrtes Bewusstsein für Suizide und Suizidalität zu schaffen, beispielsweise durch Aufklärungskampagnen oder die Betonung, dass Suizidität auslösende Erkrankungen behandelt werden können • Informationen zu Risikofaktoren und Anzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko zur Erkennung Betroffener liefert

Abbildung 3 „Richtlinien für mediale Berichterstattung über Suizid (Tomandl et al., 2008)“

Hawton et al. (2008) nennen ebenfalls Grundsätze für die mediale Berichterstattung über Selbstmorde. Wenn medial über Suizid berichtet wird, dann sollte dies den Autoren zufolge auf nicht sensationelle oder dramatische Weise passieren, die Berichte sollten nicht auf der Titelseite gebracht werden, und keinesfalls mit Fotos versehen sein. Des Weiteren sollten keine Details zu den verwendeten Suizidmethoden genannt werden, da dies Nachahmer anregen beziehungsweise Wissen vermitteln kann, das suizidale Personen brauchen, um beispielsweise selbst einen Suizidversuch zu unternehmen. Ziel von medialer Berichterstattung über Selbstmorde sollte die Aufklärung der Öffentlichkeit sein. Hierbei gilt es, die Motive und Hintergründe nicht vereinfacht darzustellen, sondern vielmehr anzuerkennen, dass Suizid ein komplexes Themengebiet ist und dafür Sorge zu tragen, dass Selbstmord niemals als Mittel zur Problemlösung dargestellt wird.

8.2.5. Anlaufstellen für Jugendliche

Hilfseinrichtungen und auch telefonische Beratungsinstitutionen werden von Personen, die von ihnen profitieren könnten, oft nicht wahrgenommen oder falsch eingeschätzt (Hawton et al., 2008). Daraus lässt sich schließen, dass ein wichtiger Teil der Suizidprävention die gezielte Bereitstellung von Informationen über Stellen ist, die Betroffenen gegebenenfalls Hilfe anbieten können. Anlaufstellen und Telefonnummern müssten also im täglichen Leben präsenter sein, um entsprechend wahrgenommen zu werden und sollten konkretere Angaben über ihre jeweiligen Angebote und Hilfsleistungen machen und diese allgemeinverständlich formulieren sowie bewerben.

Wie bereits weiter oben erwähnt, zeigte eine Studie von Hawton et al. (2008), dass Jugendliche sich bei Problemen am ehesten an ihre Freunde wenden. 85% der untersuchten Jugendlichen gaben an, mit Freunden über ihre Probleme sprechen zu können. Rat innerhalb der Familie suchten die Jugendlichen am häufigsten bei der Mutter (67%), gefolgt von Geschwistern. Bei Jugendlichen mit selbstschädigendem Verhalten zeigte sich, dass in fast 80% der Fälle zumindest eine andere Person von der Selbstschädigung wusste. Geschlechtsunabhängig waren auch hier am ehesten Freunde eingeweiht (72,4%), wieder gefolgt von Müttern (26%) und Geschwistern (24%). Dementsprechend sind es also häufig Freunde oder Angehörige, die als erstes mit der Suizidalität von Jugendlichen konfrontiert werden. Das wiederum bedeutet, dass zur erfolgreichen Suizidprävention vor allem anderen Jugendlichen sowie Eltern und Angehörigen Informationen und Hilfe bereitgestellt werden sollten, um gegebenenfalls richtig auf Suizidalität bei Jugendlichen reagieren zu können.

Eine wichtige Anlaufstelle für selbstmordgefährdete Jugendliche können auch Schulpsychologen und Vertrauenslehrer sein. Burns et al. (2008) verweisen darauf, dass über die Hälfte der von ihnen untersuchten Jugendlichen vor ihren Selbstmordversuchen Kontakt zu einer dieser beiden Stellen aufgenommen hatte. Die Forscher gehen davon aus,

dass einfacherer Zugang zu Schulpsychologen und Vertrauenslehrern die Inanspruchnahme ebendieser noch weiter erhöhen würde. Ein wichtiger Faktor, um suizidgefährdeten Jugendlichen zu helfen, ist daher die bestmögliche Ausbildung dieser Stellen in der Einschätzung und Bewertung des Suizidrisikos bei Jugendlichen.

Auch Telefonseelsorge und Jugend-Hotlines können Anlaufstellen für suizidale Jugendliche sein. Da Gespräche via Telefon anonym geführt werden, könnte diese Möglichkeit eine sinnvolle Alternative für eingeschüchterte Jugendliche darstellen, die davor zurückschrecken, direkte persönliche Hilfe, beispielsweise bei Ärzten oder Notdiensten, in Anspruch zu nehmen (Hawton et al., 2008).

Viele suizidale Jugendliche suchen jedoch nicht von sich aus Hilfe bei Anderen. Häufig denken die Betroffenen, dass sie keine Hilfe benötigen, weil sie gar kein Problem haben, oder, dass ihr Problem nicht drastisch genug sei, um Hilfe suchen zu müssen. Auch Schamgefühle oder Hoffnungslosigkeit können dazu führen, dass ein Jugendlicher von selbst nicht auf die Idee kommt, aktiv Hilfe zu suchen. Hawton et al. (2008) weisen zudem darauf hin, dass für viele Jugendliche die Suche nach Hilfe mit einem Stigma verbunden ist, und sie lieber auf Hilfe verzichten, als dass Andere sich möglicherweise über sie lustig machen könnten. Diese Erkenntnisse sollten bei der Planung und Betreibung von Anlaufstellen für suizidale Jugendliche berücksichtigt werden, um eventuell nach Möglichkeiten zu suchen, auch an solche Betroffenen heranzukommen.

8.2.6. Gate-Keeper Trainings

Die Weiterbildung von Personen, die regelmäßig Kontakt zu Jugendlichen haben, ist eine wichtige Präventionsmaßnahme zur Verhinderung jugendlicher Selbstmorde (Dervic, 2010), speziell im Hinblick darauf, dass viele suizidale Jugendliche keinerlei psychiatrische Versorgung erhalten (Campo, 2009). Bei sogenannten Gate-Keeper Trainings werden bestimmte Personen, die Kontakt zu Menschen mit erhöhtem Suizidrisiko haben (können), darin geschult, selbstmordgefährdete Personen zu erkennen und diese entsprechender Hilfe zuzuführen. Als Gate-Keeper können sowohl medizinische Fachkräfte als auch Familienmitglieder oder Freunde fungieren, indem sie suizidgefährdete Personen in ihrem Umfeld erkennen und der jeweiligen Situation entsprechend handeln, um den Betroffenen zu helfen (Issac et al., 2009). Gate-Keeper sollten ausführlich über Risikofaktoren für Suizidalität sowie Hilfsinstitutionen Bescheid wissen (Dervic, 2010).

Die mögliche Wirksamkeit von Gate-Keeper Trainings beruht auf der Tatsache, dass suizidale Personen häufig nicht von sich aus Hilfe suchen. Hier könnten Gate-Keeper, denen es möglich ist, erkennbare Anzeichen für Suizidalität wahrzunehmen, zur Suizidprävention beitragen, indem sie suizidale Jugendliche erkennen und einschreiten. Über die Effektivität

von Gate-Keeper Trainings gibt es keine einheitlichen Meinungen. In einer Untersuchung von Isaac et al. (2009) zeigte Gate-Keeper Training von Erwachsenen, die mit Jugendlichen arbeiteten, jedoch wesentliche Auswirkungen auf die Fähigkeiten und Einstellungen sowie das Fachwissen der Trainingsteilnehmer. Die Autoren bezeichnen Gate-Keeper Trainings daher als eine effektive Suizidpräventionsmaßnahme.

8.3. Prävention in verschiedenen Settings

8.3.1. Suizidprävention an Schulen

Schulbasierte Maßnahmen sind Evans et al. (2005) zufolge möglicherweise der effektivste Weg, um Jugendliche mit erhöhtem Suizidrisiko zu erreichen und zu identifizieren, und das, obwohl die Mehrheit aller Suizide von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren in der Zeit passiert, in der diese nicht in der Schule sind (Dervic et al., 2006a).

Speziell seit den 1990er-Jahren weisen Forscher auf die Wichtigkeit von Suizidpräventionsmaßnahmen an Schulen hin. Um Jugendsuizide zu verhindern, sind schulbasierte Programme allein schon deshalb wichtig, weil heutzutage Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit in Schulen verbringen. Die Tatsache, dass an Schulen viele Jugendliche an einem Ort zusammenkommen, macht es möglich, dass Präventionsmaßnahmen vergleichsweise kostengünstig eine große Anzahl an Schülern erreichen. Bei primären Präventionsmaßnahmen lassen verschiedene Studien darauf schließen, dass jene Maßnahmen die besten Ergebnisse erzielen, die über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr laufen und nach Möglichkeit nicht nur die Schüler selbst, sondern auch sämtliches Schulpersonal, Eltern sowie die betreffende Gemeinde mit einbeziehen (Hawton et al., 2008).

Um präventive Maßnahmen gezielt an die richtigen Personen zu richten, ist es zunächst wichtig, jene Jugendlichen zu identifizieren, bei denen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht. Dies kann beispielsweise mittels Screenings innerhalb einzelner Schulklassen oder in der gesamten Schule erfolgen. Um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen, sollten Hawton et al. (2008) zufolge Problemlösefertigkeiten, Selbstwertgefühl, Stressbewältigung, Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Problemen sowie Hilfesuche und Hilfeleistung die 5 Kernthemen sein, mit denen Suizidprävention an Schulen arbeitet.

Manche Forscher empfehlen auch, anstelle von Screenings das gesamte Lehrpersonal so weiterzubilden, dass dieses das ganze Schuljahr über in der Lage ist, Anzeichen für Suizidalität bei Schülern zu erkennen, und diese dann gezielt an geschultes Fachpersonal weiterzuleiten. Da sich, wie bereits erwähnt, viele Jugendliche bei Problemen als erstes an Gleichaltrige wenden, können aber auch Jugendliche wesentlich zur Suizidprävention

beitragen, indem sie suizidale Freunde und Bekannte erkennen und diese professioneller Hilfe zuführen. Obwohl Jugendliche in der Pubertät oftmals als sehr vulnerabel angesehen werden, verweisen verschiedene Quellen doch darauf, dass auch Jugendliche durchaus in der Lage sein können, Verantwortung für andere Jugendliche zu übernehmen, denen es besonders schlecht geht, und diesen verantwortungsvoll zur Seite zu stehen (Hawton et al., 2008). Bei einem Vergleich von Jugendlichen in Wien und New York zeigte sich, dass Jugendliche in Wien eher dazu neigen, Suizidalität bei anderen Jugendlichen für sich zu behalten und keine Außenstehenden einzuweihen, als Jugendliche in New York (Dervic et al., 2006b). Dies zeigt, wie wichtig es ist, Jugendlichen bewusst zu machen, welche Möglichkeiten es für suizidale Jugendliche gibt, Hilfe zu erhalten, und andererseits Jugendliche darauf vorzubereiten, möglicherweise Ansprechpartner für einen suizidalen Jugendlichen zu sein. Hierfür müssen ihnen alle erforderlichen Informationen und Kenntnisse vermittelt werden, die in einer solchen Situation wichtig sind, um sich richtig, und zum Wohle der Betroffenen, zu verhalten (Hawton et al., 2008).

Aufgrund der „ansteckenden“ Wirkung von Jugendsuiziden auf Gleichaltrige ist es überdies wichtig, dass Schulen über Strategien verfügen, wie mit vorgefallenen Suiziden von Schülern umgegangen wird. Verstirbt also ein Schüler durch Selbstmord, muss sich das gesamte Schulpersonal darüber im Klaren sein, dass dieser Suizid Auswirkungen auf andere Schüler hat, und eventuell zu einer Verschlechterung der suizidalen Symptome bei anderen Schülern führen kann (Hawton et al., 2008).

8.3.2. Suizidprävention durch Gesundheitsdienstleister

8.3.2.1. Kinder- und Hausärzte

Studien zeigen immer wieder, dass suizidale Jugendliche häufig keine Hilfe vonseiten des Gesundheitssystems erhalten (Hawton et al., 2008; Nock et al., 2008b). Die Mehrzahl suizidaler Jugendlicher wird von ihren Haus- oder Kinderärzten nicht als suizidal erkannt (Horowitz et al., 2009), wobei diese Berufsgruppen generell nur selten mit Suiziden konfrontiert werden (Hawton et al., 2008). Dennoch zeigen Untersuchungen, dass viele Personen in den Wochen vor einem Selbstmord oder Selbstmordversuch ihren Hausarzt aufsuchen (Gibbons et al., 2007; Greydanus et al., 2009), auch wenn die Patienten dazu tendieren, vorliegende Suizidalität bei Arztbesuchen eher zu verschweigen (Hawton et al., 2008). Die American Medical Association empfiehlt daher, dass Hausärzte bei Routineuntersuchungen von Jugendlichen regelmäßig auch nach suizidalen Gedanken und Vorkommnissen fragen, um so suizidale Jugendliche zu identifizieren (Gutierrez, 2006).

Aber selbst wenn Suizidalität erkannt wird, erhalten die betroffenen jungen Menschen häufig nicht die richtige psychiatrische Folgebehandlung (Hawton et al., 2008; Horowitz et al.,

2009). Dabei sind gerade Haus- und Kinderärzte in einer guten Position, um Suizidalität oder Depressionen bei Jugendlichen zu erkennen, da sie ihre Patienten meist schon über einen längeren Zeitraum kennen und unter Umständen eine gewisse Beziehung zu ihnen aufgebaut haben (Garzon et al., 2009; Horowitz et al., 2009). Hinzu kommt, dass viele junge Menschen mit psychischen Problemen sich am ehesten an ihren Haus- oder Kinderarzt wenden, da sie zu diesen Ärzten am leichtesten Zugang haben. Untersuchungen zufolge werden beispielsweise über 50% aller Jugendlichen mit Depressionen von ihrem Haus- oder Kinderarzt behandelt (Horowitz et al., 2009). Eine Untersuchung von Rey et al. (2002) zeigte, dass eine routinemäßige Erhebung des Depressionsrisikos bei Ärzten dazu führte, dass Depressionen bei Jugendlichen häufiger diagnostiziert wurden, was die Forscher auf das dadurch gesteigerte Bewusstsein für Depressionen bei Jugendlichen zurückführten (Starling et al., 2004). Generell ist davon auszugehen, dass ein gesteigertes Bewusstsein für Suizidalität bei medizinischem Fachpersonal, und insbesondere bei Haus- und Kinderärzten entscheidend zur Vorbeugung von Suiziden beiträgt (Isaac et al., 2009).

Kinder- und Hausärzte können also entscheidend dazu beitragen, dass Suizidalität bekämpft wird, indem sie sicherstellen, dass Suizidalität und/oder psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen rasch erkannt und behandelt werden. Dafür wäre es wichtig, dass Ärzte und andere Vertreter von Gesundheitsberufen dafür Sorge tragen, dass sie selbst, aber auch Patienten und deren Angehörige ausreichend über Warnzeichen und Symptome von Suizidalität informiert und aufgeklärt sind (Dervic et al., 2006a; Horowitz et al., 2009; Reisman Greenberg, 2009). Auch in Österreich wäre es wichtig, dass speziell Kinder- und Hausärzte eigens darin geschult werden, Suizidrisikofaktoren, wie beispielsweise Depressionen, zu erkennen und Betroffene anschließend an geeignete professionelle Stellen weiterzuleiten (Dervic et al., 2006b; Dervic et al., 2007).

8.3.2.2. Notdienste

Suizid-Screenings in Notaufnahmen und anderen Notdiensten können Horowitz et al. (2009) zufolge eine sinnvolle Maßnahme sein, um suizidale Patienten zu erkennen, da die dort vorstelligen Patienten häufig ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Dennoch zeigen Untersuchungen, dass nur etwa 10% aller Patienten, die einen Notdienst aufsuchen, auf Suizidalität hin untersucht werden. Das sind vermehrt jene Patienten, die bereits nach außen hin deutlich sichtbare Anzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko zeigen. Notdienste könnten demnach vermutlich eine nicht zu unterschätzende Zahl suizidaler Jugendlicher erkennen, wenn jugendliche Patienten regelmäßig und unabhängig davon, ob sie offensichtliche Anzeichen für Suizidalität aufweisen, auf ihr Suizidrisiko hin untersucht bzw. gescreent werden würden.

Speziell in medizinischen Notdiensten gilt es überdies sicherzustellen, dass das gesamte Personal, das mit Jugendlichen in Kontakt kommt oder kommen könnte, im Umgang mit Jugendlichen geschult ist, da ein Großteil der medizinischen Betreuung von Jugendlichen, die gefährliches suizidales Verhalten zeigen und/oder sich selbst verletzt haben, zuerst von Notdiensten übernommen wird. Das Personal sollte demnach über die nötigen Fertigkeiten verfügen, um mit jungen Menschen kommunizieren und umgehen zu können. (Hawton et al., 2008). Medizinische Notdienste eignen sich darüber hinaus ideal, um Jugendliche mit erhöhtem Suizidrisiko, beispielsweise mittels Screenings (siehe u.a. Kapitel 8.2.1.), zu erkennen (King et al., 2009), und können so ihren Beitrag zur Prävention von Suiziden bei Jugendlichen leisten (Isaac et al., 2009). Hawton et al. (2008) verweisen auf 3 wichtige Maßnahmen, die in Notdiensten durchgeführt werden sollten, wenn ein Jugendlicher mit suizidalem Verhalten vorstellig wird. Demnach sollten die medizinischen Folgen der suizidalen Handlung eingeschätzt, der Patient auf psychische Erkrankungen hin untersucht, sowie dessen Suizidrisiko erhoben werden. Eine tiefgehende Diagnose psychischer Erkrankungen sollte allerdings erst dann erfolgen, wenn die akute Gesundheitsgefährdung gebannt ist beziehungsweise behandelt wurde.

Horowitz et al. (2001) entwickelten eine Screeningmethode mit nur 4 Items, um suizidale Kinder und Jugendliche speziell in medizinischen Notdiensten zu identifizieren (King et al., 2009). Auch die Australian Mental Health Triage Scale ist ein Instrument, mit dem direkt in einer Notfalleinrichtung beurteilt werden kann, wie akut gefährlich ein Fall von absichtlicher Selbstschädigung ist. Die Patienten werden anhand der Skala in 5 Kategorien eingeteilt, wobei Kategorie 1 für unmittelbare Lebensgefahr steht, und Patienten der Kategorie 5 als nicht dringliche Fälle eingestuft werden können (Hawton et al., 2008).

9. Schlussfolgerungen und weiterer Ausblick

Suizidalität in Jugendalter stellt, auch wenn es manchmal den Anschein erwecken mag, keine Seltenheit dar. Dennoch gestaltet es sich teilweise schwierig, Informationen zum Thema zu sammeln und diese zu vergleichen, da schon bei der Verwendung verschiedenster Begrifflichkeiten in Zusammenhang mit Suizidalität sowohl international als auch zwischen unterschiedlichen Forschern keine Übereinstimmung gegeben ist. Solange das Verständnis von Suizidalität und suizidalen Phänomenen nicht einmal in Expertenkreisen einheitlich ist, kann wahrscheinlich nicht erwartet werden, dass die Allgemeinheit einen angemessenen Wissensstand zu diesem Thema entwickelt. Dies zeigt sich allein schon an den vielfältigen Definitionen von „Suizid“, die unter Wissenschaftlern existieren. Wenn Wissenschaftler eine Jugendsuizidstatistik erstellen wollen, und einige dafür jeden selbst herbeigeführten Tod unter Jugendlichen mit einbeziehen, während andere einen Todesfall nur dann als Selbstmord deklarieren, wenn der Tat die bewusste Absicht zu sterben zugrunde lag, wird es unmöglich sein, einheitliche Zahlen zu erhalten. Und je nachdem, wie hoch die errechneten Suizidzahlen unter Jugendlichen dann ausfallen, werden Personen, die auf diese Statistiken zurückgreifen zu ganz unterschiedlichen Schlussfolgerungen gelangen, beispielsweise in Bezug auf den Erfolg bereits betriebener Suizidpräventionsmaßnahmen.

Auch die in Fachkreisen herrschende Unklarheit darüber, wie selbstschädigendes Verhalten in Bezug auf Suizidalität einzuordnen ist, erschwert maßgeblich den Umgang mit absichtlicher Selbstschädigung. Für die Suizidprävention, aber auch für die Behandlung von Suizidalität bei Jugendlichen wäre es sinnvoll, wenn zumindest in Fachkreisen Klarheit darüber bestünde, ob absichtliche Selbstschädigung ein Vorzeichen für einen möglichen Suizid ist, oder aber auch ohne jedwede suizidale Absicht begangen werden kann. Wie bereits in Kapitel 2.3. erwähnt, bezeichnete Menninger Anfang des 20. Jahrhunderts absichtliche Selbstschädigung als Mittel, einem kompletten Selbstmord vorzubeugen. Dieser Definition zufolge hätte jede Form von absichtlicher Selbstschädigung einen suizidalen Charakter. Aktuell wird unter Forschern jedoch diskutiert, ob bei absichtlicher Selbstschädigung zwischen suizidalem selbstschädigenden Verhalten und nicht suizidalem selbstschädigenden Verhalten unterschieden werden sollte, wobei diese Unterscheidung, beziehungsweise die Kriterien für eine solche Unterscheidung, problematisch anmuten. Diese Unklarheit könnte in weiterer Folge die Planung und Durchführung von Suizidprävention erschweren, wenn die ausführenden Personen nicht wissen, wie mit absichtlicher Selbstschädigung bei Jugendlichen umgegangen werden soll. Vermutlich wäre es jedoch sinnvoll, sicherheitshalber bei jeder Form von absichtlicher Selbstschädigung auch von einer mehr oder weniger stark ausgeprägten suizidalen Tendenz auszugehen.

Im Rahmen der Recherche für diese Arbeit wurde klar, dass in Bezug auf Suizidalität im Jugendalter, aber auch für andere Altersgruppen wenige Daten vorliegen. Wenn beispielsweise Tapia et al. (2007) darauf hinweisen, dass zwischen 3,4% und 52,9% aller Menschen irgendwann in ihrem Leben Suizidgedanken aufweisen, so ist mit dieser Angabe aufgrund ihrer hohen Schwankungsbreite eigentlich nichts abzulesen. Während knapp über 3% eine vielleicht noch als niedrig anzusehende Zahl darstellen und die Schlussfolgerung nahelegen, dass Suizidgedanken ein eher seltenes Phänomen sind, würde ein Wert von über 50% ein gänzlich anderes Bild zeichnen. Hier müsste mindestens jeder zweite Mensch im Laufe seines Lebens mindestens einmal Suizidgedanken aufweisen. Die einzige logische Schlussfolgerung dieser sehr starken Schwankungsbreite ist, dass keine ausreichende Datenmenge vorliegt, um die Wahrscheinlichkeit, ob ein Mensch im Laufe seines Lebens Suizidgedanken entwickelt, enger eingrenzen zu können. Dies legt den Schluss nahe, dass es wichtig wäre, weitere epidemiologische Daten zu Suiziden und Suizidalität in allen Altersgruppen zu sammeln, um bessere Vorhersagen zur Wahrscheinlichkeit verschiedenster suizidaler Phänomene treffen zu können. Dies gilt sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene.

Dass auch speziell das Thema „Suizidalität im Jugendalter“ noch weiterer Forschung bedarf, zeigt sich auch daran, dass zu vielen Themen teils völlig widersprüchliche Ergebnisse und Meinungen in vorhandener Fachliteratur existieren, die eigene Schlussfolgerungen oder gar Empfehlungen für Außenstehende unmöglich machen. Beispielsweise in Bezug auf Pharmakotherapie mittels Antidepressiva zur Behandlung von suizidalen Jugendlichen finden sich in der Literatur völlig widersprüchliche Aussagen und Empfehlungen. Diese sich teils widersprechenden Quellen machen es speziell für Einzelpersonen, die keine ausführliche Literaturrecherche betreiben, schwer, an qualitative, aussagekräftige Literatur zu diesem Thema zu gelangen. Da Suizide medial weder häufig noch ausführlich behandelt werden, ist es dementsprechend auch unwahrscheinlich, zufällig an relevante Informationen zu gelangen. Daher scheint es wichtig, der Aufklärung und Weiterbildung der Allgemeinbevölkerung in Bezug auf Suizid und Suizidalität mehr Bedeutung beizumessen.

In Bezug auf Risikofaktoren für Suizidalität sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Meinungen mancher Forscher, beispielsweise, was die Folgen und davongetragenen Schäden bei Burschen und Mädchen nach sexuellem Missbrauch betrifft, nicht die Meinung der Autorin widerspiegeln. Diese Arbeit sollte einen Einblick in die aktuellen Theorien und Erkenntnisse zum Thema „Suizidalität im Jugendalter“ bieten, und um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden auch Erkenntnisse von Forschern angeführt, die möglicherweise irrelevant oder gar falsch anmuten, um möglichst das gesamte Spektrum an Fachmeinungen abzubilden. Insbesondere in Kapitel 4.5.1. stellte dies eine persönliche Herausforderung dar,

da Wunderlich et al. (2001) auf Forschungsergebnisse von Baurmann (1983) verweisen, die besagen, dass Burschen, die Opfer sexuellen Missbrauchs werden, weniger Schaden davontragen als Mädchen. Da diese Untersuchung zu eben jenem Ergebnis gelangt ist, sollte sie nicht verschwiegen werden, die Sinnhaftigkeit und Glaubwürdigkeit dieser Erkenntnis scheint jedoch zweifelhaft, speziell in Anbetracht anderer Forschungsergebnisse. Es scheint kaum vorstellbar, dass manche jungen Menschen, die Opfer sexuellen Missbrauchs wurden, dieses Ereignis nur aufgrund ihres Geschlechts leichter verkraften und weniger Schaden davon tragen. Diese Annahme könnte schlimmstenfalls als Rechtfertigung dienen, männlichen Opfern von sexuellem Missbrauch weniger Hilfe zukommen zu lassen, da der erwartete Schaden ohnehin als gering angesehen wird, was aus ethischer Sicht absolut verantwortungslos wäre.

Bezüglich möglicher Risikofaktoren für Suizidalität ist davon auszugehen, dass weitere Forschung stets neue Zusammenhänge und Auslöser zu Tage fördern wird, was eine Aufzählung aller möglichen Risikofaktoren für Suizidalität im Jugendalter unmöglich macht. Das gleiche gilt für Erhebungsinstrumente in Bezug auf vorhandene Suizidalität oder bestimmte Risikofaktoren.

Eine weitere Problematik in Bezug auf Suizide in allen Altersgruppen stellt möglicherweise die fehlende oder geringere Betroffenheit der Bevölkerung dar, weil Suizidtote nicht aufgrund einer langen Krankheit den Tod finden, sondern absichtlich durch ihr eigenes Zutun. Für Außenstehende ohne Vorwissen mag es so scheinen, als würden ganz normale, mehr oder weniger gesunde Menschen einfach den Entschluss fassen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Verglichen mit Menschen, die beispielsweise an Herz-Kreislauf Erkrankungen oder Krebs sterben, kann der Tod durch Selbstmord weniger schicksalhaft und willkürlich wirken, wodurch das Mitleid mit dieser Todesart sich in Grenzen hält. Dass Suizidalität aber fast immer auch eine psychische Krankheit vorausgeht, und die Betroffenen sich zu einem Selbstmord(versuch) entschließen, weil sie krank sind, und ihre Wahrnehmung der Realität stark eingeschränkt ist, ist wahrscheinlich vielen Menschen nicht bewusst. In diesem Fall wäre abermals die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich möglicher Auslöser von Suizidalität ein wichtiger Schritt, um zumindest das Bewusstsein dafür, dass Suizide nicht einfach eine wohl durchdachte Entscheidung zu sterben ausdrücken, zu schaffen und das Tabuthema Suizidalität öffentlich zu machen.

In Bezug auf die Suizidprävention ist davon auszugehen, dass verstärkte Bemühungen, Suiziden im Jugendalter vorzubeugen, für jede Gesellschaft nur von Vorteil sein können. Speziell in Zeiten, in denen immer wieder darauf hingewiesen wird, dass die Gesellschaft stetig altert, und es prozentual immer weniger Kinder und Jugendliche innerhalb der Gesellschaft gibt, sind Jugendsuizide ein weiterer Faktor, der diesen Trend, wenn auch nur

geringfügig, verstärkt. Der medizinische Fortschritt führt zu einer stetig steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung, dennoch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass eine statistisch höhere Lebenserwartung nicht automatisch eine gesündere Bevölkerung bedeutet. Dementsprechend besteht auch weiterhin Handlungsbedarf, um Selbstmorde und Suizidalität im Jugendalter zu bekämpfen und so dafür Sorge zu tragen, dass junge Menschen ihre immer höhere Lebenserwartung auch in die Tat umsetzen können.

10. Literatur

- Andersen, S. L., Teicher, M. H. (2008). Stress, Sensitive Periods and Maturational Events in Adolescent Depression. *Trends in Neurosciences*, 31 (4), 183-190.
- Ash, P. (2008). Suicidal Behavior in Children and Adolescents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46 (1), 26-30.
- Au, A. C. Y., Lau, S., Lee, M. T. Y. (2009). Suicide Ideation and Depression: The Moderation Effects of Family Cohesion and Social Self-Concept. *Adolescence*, 44 (176), 851-868.
- Baurmann, M. Hrsg. (1983). *Sexualität, Gewalt und psychische Folgen. Eine Längsschnittuntersuchung bei Opfern sexueller Gewalt und sexuellen Normverletzungen anhand von angezeigten Sexualkontakten*. BKA-Forschungsreihe; Wiesbaden Bundeskriminalamt
- Bebbington, P. E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T. S., Jenkins, R., Meltzer, H., Dennis, M. (2009). Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (10), 1135-1140.
- Bhatia, S. K., Bhatia, S. C. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *American Family Physician*, 75 (1), 73-80.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Lopez-Castroman, J., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A. (2009). Specific Features of Suicidal Behavior in Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (11), 1583-1587.
- Brent, D. A. (2009). Youth Depression and Suicide: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Treat the Former and Prevent the Latter. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (2), 76-77.
- Burns, C. D., Cortell, R., Wagner, B. M. (2008). Treatment Compliance in Adolescents after Attempted Suicide: A Two-Year Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (8), 948-957
- Bursztein, C., Apter, A. (2009). Adolescent Suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (1), 1-6
- Bursztein Lipsicas, C., Mäkinen, I. H. (2010). Immigration and Suicidality in the Young. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (5), 274-281

- Busch, K. A., Fawcett, J., Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry* 64, 14-19
- Callan, J. A., Howland, R. H., Puskar, K. (2009). Adolescent Depression – Assessment and Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47 (7), 11-12
- Campo, J. V. (2009). Youth Suicide Prevention: Does Access to Care Matter? *Current Opinion in Pediatrics*, 21 (5), 628-634
- Carter, G. L., Safranko, I., Whyte, I. M., Bryant, J. L. (2006). Psychiatric Hospitalization after Deliberate Self-Poisoning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 213-222
- Cash, S. J., Bridge, J. A. (2009): Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 21 (5), 613-619
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). WISQARS Fatal Injury Reports, National and Regional, 1999 – 2009, http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html (abgerufen am 10. August 2012)
- Chen, Y.-H., Chiou, H.-Y., Tang, C.-H., Lin, H.-C. (2010). Risk of Death by Unnatural Causes During Early Childhood in Offspring of Parents with Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (2), 198-205
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., Neumark-Sztainer D. (2008). Suicidal Behavior in Adolescents: Relationship to Weight Status, Weight Control Behaviors, and Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (1), 82-87
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., Páli, E. (2009). Clinical Diagnoses, Characteristics of Risk Behaviour, Differences Between Suicidal and Non-Suicidal Subgroups of Hungarian Adolescent Outpatients Practising Self-Injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (5), 309-320
- Dervic, K. (2010). Suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter. *Spectrum Psychiatrie, Sonderausgabe 2010*, 14-15
- Dervic, K., Brent, D. A., Oquendo, M. A. (2008). Completed Suicide in Childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31 (2), 271-291

- Dervic, K., Friedrich, E., Oquendo, M. A., Voracek, M., Friedrich, M. H., Sonneck, G. (2006a). Suicide in Austrian Children and Young Adolescents Aged 14 and Younger. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (7), 427-434
- Dervic, K., Friedrich, M. H., Sonneck, G. (2007). Suizidales Verhalten bei österreichischen Kindern und Jugendlichen. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3 (4), 133-139
- Dervic, K., Gould, M. S., Lenz, G., Kleinman, M., Akkaya-Kalayci, T., Velting, D., Sonneck, G., Friedrich, M. H. (2006b). Youth Suicide Risk Factors and Attitudes in New York and Vienna: a Cross-Cultural Comparison. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (5), 539-552
- Diefenbach, G. J., Woolley, S. B., Goethe, J. W. (2009). The Association Between Self-Reported Anxiety Symptoms and Suicidality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (2), 92-97
- Dziopa, F., Ahern, K. (2009). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2009, 10 (1)
- Etzersdorfer, E. (2010). Krisenintervention bei akuter Suizidalität. *Spectrum Psychiatrie, Sonderausgabe 2010*, 6-8
- Evans, E., Hawton, K., Rodham K. (2004). Factors Associated With Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979
- Evans, E., Hawton, K., Rodham K. (2005). Suicidal Phenomena and Abuse in Adolescents: A Review of Epidemiological Studies. *Child Abuse & Neglect*, 29, 45-58
- Foster, C. (2009). Adolescents in Acute Mental Distress on Inpatient Pediatric Settings: Reflections from a Pediatric Liaison Practitioner. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22 (1), 16-22
- Friedman, R. A., Leon, A. C. (2007). Expanding the Black Box – Depression, Antidepressants, and the Risk of Suicide. *New England Medical Journal*, 356 (23), 2343-2345
- Garzon, D. L., Nelson, J., Figgemeier, M. (2009). Management of Childhood Depression. *The Clinical Advisor online*, October 2009, <http://www.clinicaladvisor.com/management-of-childhood-depression/article/149979/> (abgerufen am 13. November 2010)

- Ghaziuddin, N., King, C. A., Ghaziuddin, M. (2000). Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depression and Anxiety*, 11, 134-138
- Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., Erkens, J. A., Herings, R. M. C., Mann, J. J. (2007). Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warnings on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (9), 1356-1363
- Gibbons, R. D., Hur, K., Bhaumik, D. K., Mann, J. J. (2006). The Relationship Between Antidepressant Prescription Rates and Rate of Early Adolescent Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (11), 1898-1904
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., Leonard, H., Hunt, J., Bridge, J. A., Brent, D. A., Keller, M. (2005). History of Suicide Attempts in Pediatric Bipolar Disorder: Factors Associated With Increased Risk. *Bipolar Disorders*, 7 (6), 525-535
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T., Lash, T. L. (2010). Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology*, 171 (6), 721-727
- Greydanus, D. E., Bacopoulou, F., Tsalamani, E. (2009). Suicide in Adolescents: A Worldwide Preventable Tragedy. *The Keio Journal of Medicine*, 58 (2), 95-102
- Gutierrez, P. M. (2006). Integratively Assessing Risk and Protective Factors -for Adolescent Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 129-135
- Hacker, K. A., Suglia, S. F., Fried, L. E., Rappaport, N., Cabral, H. (2006). Developmental Differences in Risk Factors for Suicide Attempts between Ninth and Eleventh Graders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 154-166
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 141, 286-291
- Hawton, K., Harriss, L. (2008). How Often Does Deliberate Self-Harm Occur Relative to Each Suicide? A Study of Variations by Gender and Age. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (6), 650-660
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (2008). *Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen*, 1. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

- Healy, D. (2009). Are Selective Serotonin Reuptake Inhibitors a Risk Factor for Adolescent Suicide? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (2), 69-71
- Hermes, B., Deakin, K., Lee, K., Robinson, S. (2009). Suicide Risk Assessment – 6 Steps to a Better Instrument. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47 (6), 44-49
- Hershey, A. D. (2009). Teens, Migraine, Suicide and Suicidal Thoughts. *Neurology*, 72, e61-e62
- Horesh, N., Nachshoni, T., Wolmer, L., Toren, P. (2009). A Comparison of Life Events in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents and Young Adults with Major Depression and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50 (6), 496-502
- Horowitz, L. M., Ballard, E. D., Pao, M. (2009). Suicide Screening in Schools, Primary Care and Emergency Departments. *Current Opinion in Pediatrics*, 21 (5), 620-627
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., Sareen, J., The Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (4), 260-268
- Johnson, R. M., Coyne-Beasley T. (2009). Lethal Means Reduction: What Have We Learned? *Current Opinion in Pediatrics*, 21 (5), 635-640
- Jorm, A. F., Allen, N. B., O'Donnell, C. P., Parslow, R. A., Purcell, R., Morgan, A. J. (2006). Effectiveness of Complementary and Self-Help Treatments for Depression in Children and Adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 185 (7), 368-372
- Kapusta, N. (2011). *Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2010*, Wien
- Katschnig, H., Ladinser, E., Scherer, M., Sonneck, G., Wancata, J. (2001). *Österreichischer Psychiatriebericht 2001 Teil 1*
- Kaye, L., Warner, L. A., Lewandowski, C. A., Greene, R., Acker, J. K., Chiarella, N. (2009). The Role of Nurse Practitioners in Meeting the Need for Child and Adolescent Psychiatric Services. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47 (3), 34-40
- Keiser, O., Spoerri, A., Brinkhof, M. W. G., Hasse, B., Gayet-Ageron, A., Tissot, F., Christen, A., Battegay, M., Schmid, P., Bernasconi, E., Egger, M. (2010). Suicide in HIV-

- Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988-2008. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (2), 143-150
- King, C. A., O'Mara, R. M., Hayward, C. N., Cunningham, R. M. (2009). Adolescent Suicide Risk Screening in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 16 (11), 1234-1241
- Leiker, T., Level E. (2004). Caring Communities: Nurses Taking Action to Address Adolescent Depression and Suicide Prevention. *The Kansas Nurse*, 79 (6), 4-6
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Baldwin C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 427-434
- Lindqvist, D., Nimeus, A., Träskman-Bendz L. (2007). Suicidal Intent and Psychiatric Symptoms Among Inpatient Suicide Attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (1), 27-32
- Lofthouse, N., Yager-Schweller, J. (2009). Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Risk Among Adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21 (5), 641-645
- Lynch, M. A., Howard, P. B., El-Mallakh, P., Matthews, J. M. (2008). Assessment and Management of Hospitalized Suicidal Patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46 (7), 45-51
- Macgowan, M. J. (2004). Psychosocial Treatment of Youth Suicide: A Systematic Review of the Research. *Research on Social Work Practice*, 14 (3), 147-162
- March, J. S., Vitiello, B. (2009). Clinical Messages from the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *The American Journal of Psychiatry*, 166 (10), 1118-1123
- McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A., Turecki, G. (2009). Familial Aggregation of Suicide Explained by Cluster B Traits: A Three-Group Family Study of Suicide Controlling for Major Depressive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (10), 1124-1134
- McPherson, A. (2005). An Overview of the Assessment Tools Available to Mental Health Professionals to Help Determine Patients At Risk of Suicide. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 10 (2), 1129-1142

- Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, L. E., O'Carroll, P. W. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 41-44
- Meerwijk, E. L., van Meijel, B., van den Bout, J., Kerkhof, A., de Vogel, W., Grypdonck, M. (2010). Development and Evaluation of a Guideline for Nursing Care of Suicidal Patients with Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (1), 65-73
- Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Burke, A., Zelazny, J., Stanley, B., Mann, J. J. (2007). Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (9), 1364-1370
- Miotto, P., Preti, A. (2007). Eating Disorders and Suicide Ideation: the Mediating Role of Depression and Aggressiveness. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (3), 218-224
- Morgan, O., Griffiths, C., Majeed, A. (2008). Antidepressant Prescribing and Changes in Antidepressant Poisoning Mortality and Suicide in England, 1993-2004. *Journal of Public Health*, 30 (1), 60-68
- Munz, M. (2008). *Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung - Eine Pilotstudie zur Wirksamkeit der Dialektisch-behavioralen Therapie für Jugendliche (DBT-A)*. Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität, Medizinische Fakultät.
- Nock, M. K. (2009). Suicidal Behavior Among Adolescents: Correlations, Confounds, and (the Search for) Causal Mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (3), 235-346
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D. (2008a). Cross-national Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans and Attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., Lee, S. (2008b). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154

- Nrugham, L., Holen, A., Sund, A. M. (2010). Associations Between Attempted Suicide, Violent Life Events, Depressive Symptoms, and Resilience in Adolescents and Young Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (2), 131-136
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252
- Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J. (2007). Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After major Depression: A Prospective Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (1), 134-141
- Park, Y.-J., Ryu, H., Han, K., Kwon, J. H., Kim, H. K., Kang, H. C., Yoon, J.-W., Cheon, S.-H., Shin, H. (2010). Suicidal Ideation in Adolescents: An Explanatory Model Using LISREL. *Western Journal of Nursing Research*, 32 (2), 168-184
- Paus, T., Keshavan, M., Giedd, J. N. (2008). Why Do Many Psychiatric Disorders Emerge During Adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9 (12), 947-957
- Pöldinger, W. (1968). *Zur Abschätzung der Suizidalität*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (7), 1035-1043
- Reisman Greenberg, B. (2009). How to Recognize Depressive Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 22 (3), 38-42
- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R., The BELLA Study Group (2008). Self-Mutilation and Suicidal Behaviour in Children and Adolescents: Prevalence and Psychosocial Correlates: Results of the BELLA Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (Supplement 1), 92-98
- Romeu, B. S., Sáez, Z. M., García, M. L. F., Muñoz, N. I. H., García, D. S. (2010). Infantile and Juvenile Morbidity in Psychiatric Inpatients at Cienfuegos Province. *Revista Electronica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Medisur* 2010, 8 (1), 8-12, <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewPDFInterstitial/921/5693> (abgerufen am 22.05.2010)

- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Glanovsky, J. L., James, A., Jacobs, D. (2009). Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health, 44* (4), 335-341
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 15* (4), 275-291
- Shain, B. N., Committee on Adolescence (2007). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics, 120* (3), 669-676
- Shtayermman, O. (2008). Suicidal Ideation and Comorbid Disorders in Adolescents and Young Adults Diagnosed with Asperger's Syndrome: A Population at Risk. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 18* (3), 301-328
- Silenzio, V. M. B., Pena, Juan B., Duberstein, Paul R., Cerel, Julie, Knox, Kerry L. (2007). Sexual Orientation and Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults. *American Journal of Public Health, 97* (11), 2017-2019
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors – Part 1: Background, Rationale and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (3), 248-263
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors – Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (3), 264- 277
- Simon, G. E., Savarino, J. (2007). Suicide Attempts Among Patients Starting Depression Treatment With Medications or Psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry, 164* (7), 1029-1034
- Simon, G. E., Savarino, J., Operskalski, B., Wang, P. S. (2006). Suicide Risk During Antidepressant Treatment. *The American Journal of Psychiatry, 163* (1), 41-47
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M-J., O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31* (Suppl.), 49-59
- Sourander, A., Brunstein Klomek, A., Niemelä, S., Haavisto, A., Gyllenberg, D., Helenius, H., Sillanmäki, L., Ristkari, T., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen, I., Piha, J.,

- Almqvist, F., Gould, M. S. (2009). Childhood Predictors of Completed and Severe Suicide Attempts. *Archives of General Psychiatry*, 66 (4), 398-406
- Starling, J., Rey, J. M., Simpson, J. M. (2004). Depressive Symptoms and Suicidal Behaviour: Changes with the Time in an Adolescent Clinic Cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (9), 732-737
- Statistik Austria (2008). Österreichischer Todesursachenatlas 1998-2004: 93-94 & 219-222
- Statistik Austria (2009). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008
- Statistik Austria (2011). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010
- Sun, F.-K., Long, A. (2008). A Theory to Guide Families and Carers of People Who Are At Risk of Suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (14), 1939-1948
- Tapia, A. J., Barrios, L. M., González-Forteza, C. (2007). Self-Esteem, Depressive Symptomatology, and Suicidal Ideation In Adolescents: Results of Three Studies. *Salud Mental*, 30 (5), 20-26
- Thompson, M., Kuruwita, C., Foster, E. M. (2009). Transitions in Suicide Risk in a Nationally Representative Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44 (5), 458-463
- Tomandl, G., Sonneck, G., Stein, C. (2008). Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid, online abgerufen am 17.06.2012 unter <http://www.suizidpraevention.at/pdf/leitfaden.pdf>
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2009). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Outcomes Over 1 Year of Naturalistic Follow-Up. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (10), 1141-1149
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holli, M., Ruutu, T., Punamäki, R.-L., Marttunen, M. (2006). Suicidal Ideation, Deliberate Self-Harm Behaviour and Suicide Attempts Among Adolescent Outpatients with Depressive Mood Disorder and Comorbid Axis I Disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (4), 199-206
- Turnipseed, B., Magid, M. (2008). Antidepressants and Suicide Risk: Considerations in Treating Patients with Major Depression. *Hospital Physician*, 44 (5), 15-21
- Uhl, M. (2010). Prädiktoren und Risikofaktoren für Suizidalität. *Spectrum Psychiatrie, Sonderausgabe 2010*, 3-5

- US Preventive Services Task Force (2009). Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 123 (4), 1223-1228
- Vitiello, B., Pearson, J. L. (2008). A Depressed Adolescent at High Risk of Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (3), 323-327
- Von Borczyskowski, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B., Hjern, A. (2010). Gender Differences in Risk Factors for Suicide: Findings from a Swedish National Cohort Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2), 108-111
- Voracek, M., Loibl, L. M., Dervic, K., Kapusta, N. D., Niederkrotenthaler, T., Sonneck, G. (2009). Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: a role for genetic risk factors for suicide? *Psychiatry Research*, 170 (2-3), 286-289.
- Wang, S.-J., Fuh, J.-L., Juang, K.-D., Lu, S.-R. (2009). Migraine and Suicidal Ideation in Adolescents Aged 13 to 15 Years. *Neurology*, 72, 1146-1152
- Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H.-U., Carter, R. (2001). Gender Differences In Adolescents and Young Adults With Suicidal Behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (5), 332-339
- Zuckerbrot, R. A., Maxon, L., Pagar, D., Davies, M., Fisher, P. W., Shaffer, D. (2007). Adolescent Depression Screening in Primary Care: Feasibility and Acceptability. *Pediatrics*, 119 (1), 101-108

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Suizidzahlen in Österreich seit 1983	24
Abbildung 2: Häufigste Suizidmethoden in Österreich bei Frauen und Männern.....	28
Abbildung 3: Richtlinien für mediale Berichterstattung über Suizid	102

12. Lebenslauf

NAME: Martina Welechovszky

STAATSANGEHÖRIGKEIT: Österreich

GEBURTSDATUM: 10.01.1985

AUSBILDUNG

2005 AHS Matura

2005 Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien

FREMDSPRACHENKENNTNISSE

Englisch (sehr gut in Wort und Schrift)

Französisch (Grundkenntnisse)

Latein (Grundkenntnisse)

BERUFSERFAHRUNG

15/07/2011 – 14/09/2011: Praktikum, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, 1030 Wien

15/09/2011 – 30/09/2012: Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, 1030 Wien

01/10/2012 – 31/01/2013: Administration Hauskrankenpflege, Gesundheits- und Soziale Dienste, Wiener Rotes Kreuz, 1030 Wien