

Suizidalität in der Adoleszenz

Warnzeichen erkennen und früh intervenieren

In der Schweiz nehmen sich jede Woche zwei bis drei Jugendliche und junge Erwachsene das Leben. Jeder zweite Betroffene leidet zum Zeitpunkt des vollendeten Suizides an einer depressiven Erkrankung. Die Früherkennung psychischer Störungen wie Depression, Angst, manisch-depressives Kranksein oder psychotischer Erkrankungen wie Schizophrenie ist im Zusammenhang mit der Suizidprävention von grosser Wichtigkeit.

Von Gregor E. Berger, Gregor Harbauer, Ruedi Schweizer, Antoinette Engel, Sebastian Haas und Andreas Andrae

Sie sind längst keine Kinder mehr, aber auch noch nicht richtig erwachsen. In der Schweiz leben etwa 1 Million junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren. Mit der Pubertät, die heute zwei bis drei Jahre früher beginnt als noch vor 100 Jahren, beginnt eine Phase der Veränderungen, sowohl auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene.

Immer mehr Adoleszente sind überfordert von den vielen Weichenstellungen in dieser Lebensphase: Einstieg in die Berufswelt, Ablösung von zu Hause, Umgang mit Sexualität, Annahme der eigenen Identität, Entwicklung eigener religiös-ethischer Werte und Neuerungen unserer Zeit, wie die zunehmende Mobilität oder in jüngster Zeit eine Medienrevolution, deren Folgen für die adolescentäre Entwicklung kaum absehbar sind.

Die Adoleszenten müssen sich mit einer Vielfalt von Möglichkeiten auseinandersetzen, die es vor wenigen Generationen noch gar nicht gab. Die persönlichen und sozialen Entwicklungsaufgaben, die der Heranwachsende meistern muss, sind komplexer geworden. Es fehlen eigentliche Rollenvorbilder oder Werte, die den Adoleszenten in dieser wichtigen Lebensphase eine Orientierungshilfe sein könnten (1, 2). Die Eltern sind mit den schulischen und sozialen Anforderungen, die an ihre heranwachsenden Kinder gestellt werden, häufig überfordert. Insbesondere alleinerziehende Eltern, eine Situation, die heute keine Ausnahme mehr darstellt, kommen nicht selten an ihre Grenzen, und es gibt Hinweise, dass Scheidungskinder häufiger suizidale Krisen durchleben (3–5).

Die Suche der Heranwachsenden nach ihrem Platz in dieser immer komplexer werdenden Gesellschaft scheint für eine zunehmende Zahl von Adoleszenten eine Überforderung darzustellen. Besonders Heranwachsende mit wenig persönlichen oder familiären

Ressourcen geraten daher nicht selten in Überforderungssituationen, die im schlechtesten Fall in einem Suizid enden können.

Suizidalität ist ein nicht zu vernachlässigendes Problem

Adoleszente berichten häufig von Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidversuchen. So gab etwa jede 5. weibliche und jeder 10. männliche Jugendliche in einer gross angelegten US-amerikanischen Umfrage an, sich zumindest einmal in seinem Leben ernsthaft mit dem Gedanken des Suizides auseinandergesetzt zu haben (6). Etwa jede 10. weibliche respektive jeder 20. männliche Jugendliche versuchte mindestens einmal, sich das Leben zu nehmen, wobei nur etwa 2 von 100 Jugendlichen im Rahmen solcher Suizidversuche medizinische Hilfe in Anspruch nahmen (7). Während weibliche Heranwachsende über drei- bis viermal mehr Suizidversuche ohne tödlichen Ausgang durchführen, vollenden dreimal mehr männliche Jugendliche einen Suizid.

In der Schweiz nehmen sich jede Woche zwei bis drei Jugendliche und junge Erwachsene das Leben (8). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat die Schweiz eine hohe Suizidrate (9). Nach Unfällen ist der Suizid in dieser Altersgruppe die zweithäufigste Todesursache überhaupt, insbesondere bei jungen Männern. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass besonders bei Jugendlichen die Dunkelziffer nicht erkannter Suizide (z.B. im Rahmen von selbst verursachten Unfällen) nicht zu vernachlässigen ist. Während die Suizidrate bei über 25-Jährigen in der Schweiz in den letzten zwei Jahrzehnten rückläufig war (wobei seit 2003 der Rückgang stagnierte), ist bei Adoleszenten eher eine Zunahme respektive sicherlich kein Rückgang der vollendeten Suizide zu verzeichnen (10).

Depressionen zeigen sich bei Adoleszenten häufig anders als bei Erwachsenen.

Risikofaktoren für einen Suizid

Ein Suizidversuch in der eigenen Vorgeschichte erhöht das Risiko durchschnittlich um einen Faktor 40 bis 50, einen Suizid zu vollenden. Im Jahr vor dem Suizid erfüllen bis zu 90 Prozent der Fälle die Kriterien einer psychischen Störung, wobei etwa 50 Prozent der Betroffenen zum Zeitpunkt des vollendeten Suizides an einer depressiven Erkrankung leiden (11). Diese zu erkennen, kann schwierig sein, da sich das depressive Zustandsbild bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig anders präsentiert als bei Erwachsenen, insbesondere beim männlichen Heranwachsenden (12, 13).

Häufig ist es nicht die Trauer, die ein depressives Zustandsbild bei Adoleszenten dominiert, sondern eher Gereiztheit, eingeengtes Denken, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug und eine erhöhte Bereitschaft, übermässige Risiken einzugehen. Depressive Jugendliche sprechen eher von einer «Null-Bock-Stimmung», ziehen sich zurück, klagen darüber, sich nicht verstanden zu fühlen, sind aggressiver als sonst oder zeigen ein für die Betroffenen atypisches überbordendes Verhalten. Schlafstörungen bei Jugendlichen werden häufig verkannt und auf einen schlechten Lebensstil zurückgeführt. Auch ein deutlich verstärkter Medienkonsum, Drogenexzesse oder akzidentelle Überdosierungen werden bei Adoleszenten viel zu schnell verharmlost. Es kommt nicht selten vor, dass Jugendliche oder junge Erwachsene nach solchen Zwischenfällen ohne psychiatrische Abklärung von der Hausarzt-, Kinderarztpraxis oder Notfallstation nach Hause geschickt werden.

Die Möglichkeit, dass eine depressive Grunderkrankung hinter solchen Verhaltensveränderungen steht, wird von Angehörigen, aber auch von Ärzten viel zu lange nicht in Erwägung gezogen. Es ist zwar nachvollziehbar, dass Betroffene oder ihre Angehörigen solche Probleme nicht zu früh psychiatrisieren möchten. Doch das Verkennen der unerträglichen Not Jugendlicher und junger Erwachsener in einer suizidalen Krise birgt grosse Gefahren.

Suizidgefährdete beschreiben den Zustand vor einer suizidalen Verhaltensweise unter anderem als unerträglichen seelischen Schmerz mit quälendem Leidensausmass (14). Sie befinden sich folglich in einem Zustand von akutem Stress, sozusagen in einer emotional und kognitiv einengenden «Sackgasse» mit einem einzigen Notausgang – dem Suizid. Die Türe dieses Notausgangs wird zu einem Zeitpunkt äusserster Not mit dem Wunsch geöffnet, das unerträgliche Leiden zu beenden – und nicht, wie häufig angenommen, mit dem Wunsch zu sterben.

Niemand bringt sich gerne um. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist es sehr unwahrscheinlich, dass sie dem Leben wohlüberlegt ein Ende setzen wollen, wenn sie bei klarem Bewusstsein sind. Im Gegenteil, suizidale Handlungen – dies unterstützen Studien mit Überlebenden nach einem Suizidversuch – laufen meistens in einem sogenannten dissoziativen Zustand ab. Sogenannte Bilanzsuizide bilden (statistisch) eher die Ausnahme und kommen in der grossen Mehrzahl der Fälle im hohen Alter vor. Es ist vielmehr so, dass suizidale Jugendliche (und Erwachsene) eher in einen «suicidal mode» (15) gelangen,

der angesichts des Todes in einem Zustand äusserster Not aktiviert wird, wie Thomas Reisch in seiner fMRI-Studie postuliert (16).

Adoleszentärer Rausch, Gehirnentwicklung und Impulsivität

Die Forschung der letzten zwei Jahrzehnte konnte nachweisen, dass die Gehirnentwicklung nach der Geburt nicht abgeschlossen ist, sondern das ganze Leben weitergeht (17–19). Gerade die Pubertät ist geprägt durch eine gewaltige Umstrukturierung, insbesondere des evolutionsmässig relativ spät entwickelten Frontalhirns. Dieser Prozess ist durch einen exzessiven Abbau überschüssiger Zellverbindungen (Synapsen) gekennzeichnet und wird auch «pruning» genannt (20). Das Gehirn konzentriert sich auf die funktionell wichtigen Verbindungen und eliminiert die nicht benötigten, überschüssigen Verbindungen.

Es gibt Hinweise, dass die verstärkte Risikobereitschaft Adoleszenter mit der Entwicklung des Frontalhirns zusammenhängt. Der exzessive und chronische Gebrauch von Drogen wie Cannabis oder Alkohol beeinflusst diesen Prozess. Bei vulnerablen Adoleszenten kann es zu einer noch exzessiveren synaptischen Elimination kommen als physiologisch vorgesehen. Der adoleszentäre Rausch führt bei vulnerablen Personen somit zu einer noch ausgeprägter reduzierten Steuerungsfähigkeit, als dies schon in der normalen Adoleszenz der Fall ist. Dementsprechend ist die Kombination von Drogenkonsum und dem Beginn von psychischen Störungen ein wichtiger Risikofaktor für den «impulsiven» Suizid. Epidemiologische Studien konnten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit eines vollendeten Suizids unter Drogeneinfluss höher ist als bei denjenigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nicht Alkohol, Cannabis oder andere Drogen konsumieren (21, 22).

Es ist zudem wahrscheinlich, dass die unerträglichen traumatischen Erlebnisse, die Jugendliche im suizidalen Modus erleiden, in ihren Köpfen bleibende Spuren hinterlassen und unter Berücksichtigung der ausgeprägten Hirnplastizität hirnorganische Veränderungen nach sich ziehen. Diese Spuren oder besser Narben bleiben ein Leben lang bestehen und erklären zumindest teilweise das massiv erhöhte Suizidrisiko nach einem Suizidversuch beziehungsweise nach dem Durchleben des suizidalen Modus, der in jeder suizidalen Krise erneut reaktiviert werden kann (16, 23). Hinzu kommt, dass wahrscheinlich viele dieser jungen Menschen – vielleicht auch durch eine entwicklungsbedingte Einschränkung ihrer exekutiven Funktionen – noch wenig fähig sind, weit in die Zukunft vorauszublicken und für Lösungen keine Zeitperspektive sehen. Sie haben wahrscheinlich noch kein hinreichend ausgereiftes Gefühl von Leben, Endlichkeit und Tod. Es ist ihnen wohl wenig bewusst, dass der Tod etwas Endgültiges ist. Der häufige Eindruck, dass eine relative Nichtigkeit, zum Beispiel ein Rückweiserleben bei Verliebtheit, zum Suizid führt, könnte damit in Zusammenhang stehen.

Werther- und Papageno-Effekt

Bereits bei den Ägyptern, Griechen und Römern gab es Darstellungen, die den Suizid als eine tragische,

Verdachtsmomente für eine Depression werden bei Adoleszenten oft verharmlost.

Depressive Jugendliche sprechen eher von einer «Null-Bock-Stimmung».

aber auch glorifizierte Möglichkeit darstellten, das Leben zu beenden. Das Thema Suizid berührt und wurde auch in der Neuzeit immer wieder publizistisch aus verschiedensten Blickwinkeln behandelt. In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass eine unsachgemässe Berichterstattung zu Nachahmungseffekten führen kann. Dieses Phänomen wird auch «Werther-Effekt» genannt und bezieht sich auf Goethes 1774 erstmals publiziertes Werk «Die Leiden des jungen Werther». Schon damals wurde beobachtet, dass es nach dessen Veröffentlichung zu einer Welle von Suiziden kam. Eine sechsteilige Reportage über den vollendeten Suizid eines Schülers im deutschen Fernsehen im Jahr 1981 illustrierte in eindrücklicher und tragischer Weise, dass eine unsachgemässe Darstellung eines Suizides einen deutlichen Anstieg der Suizidrate auslösen kann. Während der und kurz nach der Ausstrahlung nahm die Suizidrate unter 15- bis 19-jährigen männlichen Schülern im Vergleich zu den Jahren davor um 175 Prozent zu. Nach einer Wiederholung der Serie eineinhalb Jahre später stieg die Suizidrate bei Jugendlichen erneut um 115 Prozent (24). Daher haben bis heute die meisten Länder Medienempfehlungen zusammengestellt, wie und in welcher Form über Suizid berichtet werden sollte (25, 26).

Jüngste Befunde konstatierten einen nachweislich positiven Effekt durch sorgfältige Berichterstattungen über Menschen, die sich in einer suizidalen Krise befunden hatten, diese bewältigten und sich nicht suizidierten. Diese Risikoabschwächung wurde als «Papageno-Effekt» bezeichnet, nach dem Vogelfänger in Mozarts Oper «Die Zauberflöte», der den Verlust seiner geliebten Papagena befürchtet und Suizidpläne hegt. Drei Knaben können ihn jedoch von seinem fatalen Vorhaben abbringen.

Bereits der sorgfältige Umgang mit dem Begriff Suizid ist für Betroffene, deren Umfeld und die Gesellschaft von grosser Wichtigkeit, denn bereits die Wortwahl enthält eine Wertung. Die meisten Fachleute stehen daher sowohl dem Begriff des Freitodes, der unseres Erachtens bei der überwiegenden Zahl der vollendeten Suizide eine Verharmlosung des Sachverhaltes darstellt, wie auch dem Begriff des Selbstmordes, der die Handlung im höchsten Mass verurteilt, sehr kritisch gegenüber (27).

Unsere Landesverteidigung, Bahngleise, Türme und Brücken

Obwohl Länder wie die Schweiz (28–30) oder Amerika (31–32) eine vergleichsweise hohe Rate von Suiziden durch Schusswaffen aufweisen, glaubt immer noch eine Vielzahl von Bürgern, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Schusswaffen und Suizid gebe (33). In der Schweiz scheiterten schon mehrere politische Vorstösse beim Versuch, das historische Identifikationsritual vieler Eidgenossen, die Dienstwaffe zu Hause aufbewahren zu können, abzuschaffen. Doch nicht nur die Schusswaffen stellen ein Problem dar, sondern auch nicht abgesicherte Brücken, Plattformen (wie z.B. die Münsterplattform) oder ungesicherte Bahngleise.

Suizidexperten sprechen hier von sogenannten Hotspots, deren Absicherung zu einer Reduktion der Sui-

zidrate in den betroffenen Regionen führte (34, 35). Es ist die Regel, dass Überlebende eines schweren Suizidversuches, wie zum Beispiel Menschen, die den Sprung von der Golden Gate Bridge überlebten, in 93 Prozent der Fälle nicht durch eine Wiederholung des schweren Suizidversuches sterben und glücklich sind, gerettet worden zu sein (36).

Daher ist es wichtig, dass wir Ärzte und auch die Politiker sich dafür einsetzen, dass der Zugang zu solch sicheren Methoden des Suizides minimiert wird. In der Schweiz bedeutet dies auch einen zeitgemässen und vernünftigen Umgang mit der Dienstwaffe (33) – besonders auch deshalb, weil Schusswaffen die Möglichkeit des «erweiterten Suizides» in einem grossen Mass vereinfachen, eine besonders tragische Form des Suizides, die jedes Jahr in der Schweiz mehrmals stattfindet (37). Dementsprechend ist es bei psychisch kranken Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, insbesondere bei Männern, wichtig zu fragen, ob zu Hause der Zugang zu Waffen vorhanden ist. Im Zweifelsfall sind entsprechende Massnahmen einzuleiten (eine Gefährdungsmeldung durch eine Fachperson an die Polizei genügt in aller Regel).

Persönlichkeitsfaktoren und Suizidalität

Bei Heranwachsenden kommt es häufig zu Phasen von selbstverletzendem Verhalten, Suizidhandlungen oder Suiziddrohungen. Falls solche Verhaltensweisen bei Adoleszenten immer wieder vorkommen, ist eine psychische Störung wahrscheinlich. Nicht selten können solche Verhaltensweisen erste Anzeichen einer Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung sein, die heute auch bei Heranwachsenden immer öfter diagnostiziert werden (38). Doch nur ein Bruchteil der Betroffenen beansprucht tatsächlich professionelle Hilfe. Das chronische Drohen mit Suizid löst bei den Betreuern nicht selten Gegenübertragungssphänomene wie Aggression, Ablehnung und Ohnmacht aus. Das Erkennen dieses Phänomens ist jedoch von äusserster Wichtigkeit, damit die Dynamik zwischen dem Umfeld (inklusive des Therapeuten) und dem Betroffenen in professioneller Weise erkannt und in einer konstruktiven Weise angegangen werden kann. Sonst besteht die Gefahr, dass der zugrunde liegende Mechanismus noch weiter verstärkt wird und das Risiko weiter steigt, sodass die betroffenen jungen Menschen sich schliesslich tatsächlich das Leben nehmen. Konkret darf nicht vergessen werden, dass etwa 10 bis 15 Prozent der Patienten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, bei der chronische Suizidalität ein häufiges Symptom ist, sich im Verlauf ihrer Erkrankung auch tatsächlich das Leben nehmen.

Die Abgrenzung von der normalen adoleszenten Entwicklung ist jedoch schwierig, weil viele Adoleszente ähnliche Verhaltensweisen zeigen, die jedoch nicht bis ins Erwachsenenalter überdauern. Neuere Längsschnittuntersuchungen haben gezeigt, dass im Gegensatz zur früheren Auffassung nur die Hälfte der Betroffenen fünf Jahre nach der Erstdiagnose einer Borderlinepersönlichkeitsstörung deren Kriterien noch erfüllen (39).

Suizidversuche müssen immer ernst genommen werden.

Eine sachgemässe Auseinandersetzung mit der Suizidalität ist keineswegs Suizid-induzierend.

Medikamente und Suizidalität

Ende der Neunzigerjahre gab es erste Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Serotoninwiederaufnahme-Hemmern (SSRI) und Suizidalität. Als dieser Zusammenhang durch eine Metaanalyse der US Food and Drug Administration (FDA) erhärtet wurde, hatte dies zur Folge, dass eine sogenannte «Black-box»-Warnung zum Gebrauch von SSRI bei Jugendlichen verfügt wurde, was ganz allgemein zu einem deutlichen Rückgang der Verwendung von Antidepressiva im Jugendalter führte (40–42).

Tragischerweise zeigte sich, dass sich in den Folgejahren die Suizidrate nicht erniedrigte, sondern erhöhte, und dass eine inverse Assoziation zwischen Antidepressivaeinnahme und Suizidalität bestand: Regionen mit einem häufigeren Einsatz von Antidepressiva bei Jugendlichen hatten eine geringere Suizidrate (11, 43–45). Ein weiterer Hinweis, dass SSRI wahrscheinlich nicht «suizidogen» wirken, stammt aus einer pharmako-epidemiologischen Studie, wonach bei 42 vollendeten Jugendsuiziden zwischen 1995 und 1999 kein Einziger der Jugendlichen einen SSRI in den letzten zwei Wochen vor dem Suizid eingenommen hatte. Es zeigte sich, dass es vielmehr der Schweregrad der Depression ist, der das Suizidrisiko beeinflusst, und dass vor allem Patienten mit schweren Depressionen medikamentös behandelt wurden (46). In der Gruppe mit schweren oder wiederkehrenden Depressionen besteht sogar eher ein gegenteiliger Trend bei der Assoziation zwischen Antidepressiva und Suizidrate: Die niedrigste Suizidrate wurde bei denjenigen gefunden, die regelmässig ihre Antidepressiva einnahmen (47).

Diese Beobachtungen zeigen in eindrücklicher Weise, dass auch bei Jugendlichen in erster Linie die zugrunde liegende Störung, sei es eine Depression, eine Angststörung, eine Psychose oder eine Suchterkrankung, frühzeitig erkannt und mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln effektiv behandelt werden sollte, gegebenenfalls auch pharmakologisch.

Die Not der Angehörigen

Die mit einem vollendeten Suizid verbundene Not bei Angehörigen, Freunden, Lehrern und Helfern, wie auch bei Psychologen und Ärzten, ist gross. Pro Suizid sind etwa 6 nächste Angehörige und nahe Bezugspersonen betroffen. In der Schweiz nehmen sich jedes Jahr etwa 1300 Menschen das Leben. Hochgerechnet sind es also etwa 8000 Schweizer und Schweizerinnen pro Jahr, die von den Folgen eines vollendeten Suizides direkt betroffen sind. Bei jungen Menschen sind es sogar meist mehr Menschen, teilweise ganze Schulklassen und Betriebe. Die Konsequenzen für die Umgebung sind oft sehr einschneidend und die Folgen noch über Jahre anhaltend, zumal sich das Risiko für suizidale Handlungen bei Angehörigen von Suizidenten selbst erhöht (48).

Welche Möglichkeiten der Prävention gibt es?

Generelle und selektiv-präventive Massnahmen

Die Sicherung von sogenannten Suizid-Hotspots ist eine effektive Massnahme, um zu verhindern, dass

Menschen in grosser Not Orte aufsuchen, von denen bekannt ist, dass sich Menschen dort bereits erfolgreich suizidierten (34, 35). In einer kürzlich durchgeführten schweizerischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich in den letzten zehn Jahren 333 Jugendliche das Leben nahmen und im Vergleich zu Erwachsenen besonders der Sprung aus der Höhe und der Zugsuizid häufiger gewählt wurden als andere Methoden (49).

Thomas Reisch konnte zeigen, dass das Aufspannen von Netzen unterhalb der Münsterplattform die Suizidrate der Region positiv beeinflusste (34). Das Aufstellen von Überwachungskameras oder Notrufsäulen, die den Leidenden noch die Möglichkeit bieten, Hilfe zu holen, haben sich auch als effektive Methoden erwiesen. Die bauliche Absicherung von besonders exponierten Bahngleisen verringert nicht nur die Suizidrate, sondern wirkt auch präventiv gegen die Traumatisierung von Lokomotivführern.

Eine Reihe von Untersuchungen zu präventiven Kampagnen in Schulen und der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass bereits generelle und sorgfältig durchgeführte Präventionskampagnen die Suizidrate reduzieren können (50, 51). Die anfängliche Angst, dass solche Präventionskampagnen suizidgefährdete Jugendliche oder junge Erwachsene zur Nachahmung im Sinne des Werther-Effektes animieren könnten, liess sich nicht bestätigen. Die sachgemässe Auseinandersetzung mit der Suizidalität per se ist keineswegs Suizid-induzierend, sondern wahrscheinlich eine sinnvolle Form der Prävention.

Indizierte und sekundärpräventive Massnahmen

Der Gesundheitsreport der WHO sieht in der indizierten Prävention (52) eine grosse Chance, die Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen zu beeinflussen. Daher ist es besonders bei Adoleszenten wichtig, altersentsprechende Früherkennungsprogramme zu fördern. Bei über mehrere Tage bestehenden, nicht erklärbar Veränderungen im Verhalten, unerklärbarer andauernder Gereiztheit oder sozialem Rückzug sollte dies ernst genommen und der Jugendliche oder junge Erwachsene motiviert werden, professionelle Hilfe in der einen oder anderen Form anzunehmen.

Dies ist wichtig, weil das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung das Risiko, an einem Suizid zu sterben, etwa um den Faktor 10 erhöht. Wesentlich für Fachpersonen wie auch Angehörige und Bezugspersonen ist das direkte und offene Ansprechen bei einem Verdacht erhöhter Suizidalität. Suizidale Menschen stossen mit ihrer leider immer noch tabuisierten Problematik sehr häufig auf Ablehnung und fühlen sich in ihrer Not weder ernst genommen noch verstanden. Wenn eine Vertrauensperson Adoleszenten Raum und Zeit bietet, ihre seelische Not und ihren unerträglichen psychischen Schmerz auszudrücken, fühlen diese sich markant entlastet und in ihrer suizidalen Krise nicht mehr alleine gelassen.

Die bei uns vorhandenen Versorgungsstrukturen der Psychiatrie sind jedoch für Heranwachsende häufig schwer anzunehmen. Oft kommen die Adoleszenten nicht aus eigenem Willen, sondern fremdmotiviert, sei dies durch Angehörige oder Lehrer. Es ist häufig

Antidepressiva senken bei schweren oder wiederkehrenden Depressionen die Suizidrate.

Häufig kann es helfen, das Thema Suizidalität explizit anzusprechen.

schwierig, altersgerechte Angebote zu finden, in denen sich die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen wohlfühlen, um über ihre Probleme zu sprechen. Hier besteht sicherlich auch ein gesellschaftlicher Handlungsbedarf, altersgerechte, niederschwellige Strukturen zu schaffen. Länder wie Australien haben dies erkannt und landesweite, durch den Staat getragene Angebote geschaffen, die versuchen, diesem Umstand gerecht zu werden (www.headspace.org.au). In der Schweiz gibt es Angebote wie die Dargebotene Hand, das Bündnis gegen Depression, die Kriseninterventionszentren in Winterthur, Zürich, Basel, Bern und anderen Standorten sowie die vielen kinder- und jugend- oder erwachsenenpsychiatrischen Dienste, die sich in der selektiven und indizierten Prävention engagieren. Weiter gibt es Organisationen wie zum Beispiel den «Triolog», wo Betroffene, Angehörige und Experten zusammenkommen und auf diese komplexe Problematik eingehen (u.a. durch Schulbesuche). Hinzu kommen private Anbieter, wie zum Beispiel die Krisenintervention Schweiz der Clenia Schlössli AG, die Betriebe und die Schule beraten, wie man mit psychischen Krisen umgeht.

Abschliessende Gedanken

Suizidprävention ist ein komplexes Unterfangen. Ein zentraler Faktor ist die Etablierung beziehungsweise Aufrechterhaltung einer tragfähiger Beziehung mit dem Betroffenen. Suizidversuche müssen immer ernst genommen werden, auch wenn diese im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen oder von situationsbedingten Problemen auftreten.

Die Früherkennung psychischer Störungen wie Depression, Angst, manisch-depressives Kranksein oder psychotischer Erkrankungen wie Schizophrenie sind im Zusammenhang mit der Suizidprävention von grosser Wichtigkeit. Eine frühzeitige Erkennung und effektive Behandlung der zugrunde liegenden Probleme birgt die grösste Chance zu einer Reduktion der Suizidhäufigkeit.

Wenn jedoch Eltern oder Helfernetz merken, dass eine Beziehungsaufnahme immer schwerer wird und der Betroffene sich zunehmend zurückzieht, ist es empfehlenswert, frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und gegebenenfalls als letzte Option auch die Einweisung in eine psychiatrische Klinik in Erwägung zu ziehen.

Es wird nie möglich sein, adoleszente Suizide vollständig zu verhindern (selbst im Kliniksetting). Das zu erwarten, entspräche der Forderung an die Medizin, alle Krebserkrankungen im Kindes- oder Jugendalter vollständig zu heilen.

Der Suizid ist ein Phänomen, mit dem die Betroffenen, deren Familie und wir Therapeuten leben und umgehen lernen müssen. Häufig kann es jedoch helfen, das Thema Suizidalität explizit anzusprechen. Erst dann wird es möglich, dass der Jugendliche über seine Gedanken und seine Verzweiflung sprechen kann. Nicht stigmatisierende und niederschwellige Angebote wie diejenigen der Pro Juventute Schweiz (Tel. 147), die Dargebotene Hand (Tel. 143) oder der Elternnotruf (Tel. 0848 35 45 55) erfüllen hier eine zentrale Funktion im Sinne der indizierten Prävention. Die Unter-

stützung von Expertenzentren zur Früherkennung psychischer Störungen ist wohl eine der vielversprechendsten Ansätze, die Suizidrate in dieser Lebensphase nachhaltig aktiv zu beeinflussen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gregor Berger, Chefarzt
Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102, 8408 Winterthur
Tel. 052-224 33 33, Fax 052-224 33 34
E-Mail: gregor.berger@ipw.zh.ch

Referenzen:

1. Seiffge-Krenke I, Gelhaar T. Does successful attainment of developmental tasks lead to happiness and success in later developmental tasks? A test of Havighurst's (1948) thesis. *J Adolesc* 2008; 31: 33–52.
2. Schulenberg JE, Bryant AL, O'Malley PM. Taking hold of some kind of life: how developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Dev Psychopathol* 2004; 16: 1119–1140.
3. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence* 1997; 32: 897–911.
4. Timmons KA, Selby EA, Lewinsohn PM, Joiner TE. Parental displacement and adolescent suicidality: exploring the role of failed belonging. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 40: 807–817.
5. Fuller-Thomson E, Dalton AD. Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: findings from a representative Canadian community survey. *Psychiatry Res* 2011; 187: 150–155.
6. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years -United States, 2008–2009. *MMWR Surveill Summ* 2011; 60: 1–22.
7. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21: 613–619.
8. Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2012. Report No. 52.
9. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA* 2005; 293: 2487–2495.
10. Klein SB, Bischoff C, Schweitzer W. Suicides in the Canton of Zürich. *Swiss Med Wkly* 2010; 13 (102): 1–8.
11. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294: 2064–2074.
12. Möller-Leimkuhler AM, Paulus NC, Heller J. Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer: Risiko und Symptome. *Der Nervenarzt*, 2007, 78 (6): 641–650.
13. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 Suppl 2: S21–4.
14. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 145–147.
15. Rudd MD. The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 18–33.
16. Reisch T, Seifritz E, Esposito F, Wiest R, Valach L, Michel K. An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *J Affect Disord* 2010; 126: 321–325.
17. Eriksson PS, Perfilieva E, Bjork-Eriksson T et al. Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nat Med* 1998; 4: 1313–1317.
18. Shors TJ, Miesegaes G, Beylin A, Zhao M, Rydel T, Gould E. Neurogenesis in the adult is involved in the formation of trace memories. *Nature* 2001; 410: 372–376.
19. van Praag H, Schinder AF, Christie BR, Toni N, Palmer TD, Gage FH. Functional neurogenesis in the adult hippocampus. *Nature* 2002; 415: 1030–1034.
20. Laviola G, Marco EM. Passing the knife edge in adolescence: brain pruning and specification of individual lines of development. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35: 1631–1633.
21. Pompili M, Serafini G, Innamorati M et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012, e-pub ahead of print
22. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res* 2009; 13: 303–316.
23. Pettit JW, Joiner TE Jr, Rudd MD. Kindling and behavioral sensitization: are they relevant to recurrent suicide attempts? *J Affect Disord* 2004; 83: 249–52.
24. Faust V. Selbstmord als Nachahmungstat – Der Werther-Effekt als medien-induzierte Selbststörung. www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/werther_faust.pdf

25. Thorson J. [Suicide epidemic after publication of «The Young Werther»? The most-read book in Europe was considered life-threatening]. *Lakartidningen* 1998; 95: 5660–5661.
26. Fu KW, Yip PS. Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 631–636.
27. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A et al. Media and suicide. Papageno v Werther effect. *BMJ* 2010; 341: c5841.
28. Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 28–33.
29. Frei A, Han A, Weiss MG, Dittmann V, Ajdacic-Gross V. Use of army weapons and private firearms for suicide and homicide in the region of Basel, Switzerland. *Crisis* 2006; 27: 140–146.
30. Grabherr S, Johnen S, Dilitz C et al. Homicide-suicide cases in Switzerland and their impact on the Swiss Weapon Law. *Am J Forensic Med Pathol* 2010; 31: 335–349.
31. Miller M, Hemenway D. Guns and suicide in the United States. *N Engl J Med* 2008; 359: 989–991.
32. Sacks JJ, Mercy JA, Ryan GW, Parrish RG. Guns in the home, homicide, and suicide. *JAMA* 1994; 272: 847–848.
33. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U et al. Firearm suicides and availability of firearms: the Swiss experience. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 432–434.
34. Reisch T, Michel K. Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 460–467.
35. Reisch T, Schuster U, Michel K. Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from a national survey in Switzerland. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37: 681–687.
36. van Aalst JA, Shotts SD, Vitsky JL et al. Long-term follow-up of unsuccessful violent suicide attempts: risk factors for subsequent attempts. *J Trauma* 1992; 33: 457–464.
37. Frei A, Schonmeier L, Graf M, Vollm B. [A comparison of homicide-suicide and domestic homicide in the region of basle, Switzerland]. *Psychiatr Prax* 2011; 38: 287–292.
38. Rudd MD, Ellis TE, Rajab MH, Wehrly T. Personality types and suicidal behavior: an exploratory study. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 199–212.
39. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011; 377: 74–84.
40. Libby AM, Orton HD, Valuck RJ. Persisting decline in depression treatment after FDA warnings. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 633–639.
41. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 165–172.
42. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 978–982.
43. Gibbons RD, Brown CH, Hur K et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1356–1363.
44. Olfson M, Shaffer D. SSRI prescriptions and the rate of suicide. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1907-1908; author reply 8–10.
45. Olfson M, Marcus SC, Shaffer D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: A case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 865–872.
46. Sondergard L, Kvist K, Andersen PK, Kessing LV. Do antidepressants precipitate youth suicide?: a nationwide pharmacoepidemiological study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15: 232–240.
47. Sondergard L, Kvist K, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Temporal changes in suicide rates for persons treated and not treated with antidepressants in Denmark during 1995-1999. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 168–176.
48. Roskar S, Podlesek A, Kuzmanic M, Demsar LO, Zaletel M, Marusic A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis* 2011; 32: 24–30.
49. Hepp U, Stulz N, Unger-Koppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21: 67–73.
50. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006; 36: 1225–1233.
51. Hepp U, Schnyder U. Ist Suizidalität heilbar? Suizidprävention in der hausärztlichen Praxis. *Praxis* 2004; 93: 1817–1823.
52. McGorry PD. «A stitch in time» ... the scope for preventive strategies in early psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248: 22–31.