

25 Prozent aller Todesfälle bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden auf Suizide zurückgeführt. Sie sind in dieser Altersgruppe in westlichen Industrieländern neben Unfällen die häufigste Todesursache (1, 2). Während in der Schweiz bei Erwachsenen die Häufigkeit von Suiziden in den letzten 2 Jahrzehnten abnahm, scheint die Rate der Suizide bei den Jugendlichen mit 3,7 pro 100 000 der 10- bis 18-jährigen in der Schweiz wohnhaften Jugendlichen relativ stabil zu sein (3) und über dem europäischen Durchschnitt zu liegen (4).

Im Gegensatz zu den Suiziden werden die Daten zur Häufigkeit von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Adoleszenten selten und kaum systematisch erfasst (was auch für das Erwachsenenalter gilt). In einer Umfrage in den 2. Klassen der Zürcher Sekundarschulen berichtete jedes 4. Mädchen und jeder 10. Knabe von Suizidgedanken. 2 Prozent der Knaben und 7,6 Prozent der Mädchen gaben an, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung versucht hätten, sich das Leben zu nehmen (5). 24,7 Prozent der platzierten Kinder im Vergleich zu 11,4 Prozent der im familiären Umfeld lebenden Kinder berichteten von Suizidgedanken, während die Häufigkeit von Suizidversuchen bei 3,6 Prozent respektive 0,8 Prozent lag (6).

Internationale populationsbasierte Untersuchungen zeigen, dass Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide bei Jugendlichen und bei jungen Erwachsenen in den letzten 20 Jahren zuzunehmen scheinen (7–9). Besonders besorgniserregend ist die deutliche Zunahme von bis zu 40 Prozent bei den 10- bis 24-Jährigen in den Vereinigten Staaten zwischen 2006 und 2016 (10), wobei vor allem die Rate der weiblichen Suizide bei Minderjährigen überproportional stark zugenommen hat (9, 11). Parallel dazu scheinen auch psychische Störungen generell, insbesondere jedoch depressive Verstimmungen (8) in dieser Altersgruppe zuzunehmen (7).

Die teilweise deutliche Zunahme der Inanspruchnahme psychiatrischer und somatischer Notfallangebote wegen psychischer Probleme in der Schweiz, die häufig in Zusammenhang mit Suizidalität und

nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) erfolgt, weist darauf hin, dass diese Entwicklung auch in der Schweiz stattfindet. Aufgrund der mangelnden systematischen Erhebung von Suizidgedanken, NSSV und Suizidversuchen bei Minderjährigen in der Schweiz kann das jedoch nicht abschliessend belegt werden. Allein in Zürich hat sich zwischen 2015 und 2020 die Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Notfalltelefonkontakte von 999 auf 2430 verzweieinhalbfacht und die Notfallkonsultationen von 365 auf 1002 fast verdreifacht. In Bern und Basel zeigen sich ähnliche Tendenzen (12). Auch das Notfalltelefon für Kinder und Jugendliche (Tel. 147) berichtet von einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme seiner Dienstleistungen, insbesondere kommt es seit 2015 zu 2- bis 3-mal mehr Anfragen wegen Suizidgedanken (13).

Der Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und vollendeten Suiziden im Erwachsenenalter ist wissenschaftlich gut belegt (14, 15). Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation erhöht sich das Risiko für einen späteren Suizid nach einem Suizidversuch um den Faktor 40 bis 60 (1). Auch bei Jugendlichen sind Suizidversuche mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Risikofaktor für zukünftige suizidale Handlungen (16–18). In einer klinischen Studie mit Adoleszenten aus Heidelberg (D) wurde das Wiederholungsrisiko für Suizidversuche innerhalb einer ambulanten, klinischen Stichprobe auf zirka 40 Prozent beziffert (19). Suizidversuche von Adoleszenten sind mit einer deutlich erniedrigten Lebenserwartung verbunden (20), wobei davon ausgegangen werden muss, dass es bis zum Erreichen der Volljährigkeit eher zu wiederholten Suizidversuchen als zu Suiziden kommt, aber das Risiko für einen Suizid mit der Transition ins Erwachsenenalter deutlich steigt.

Gregor Berger und das AdoASSIP-Konsortium stellen in ihrem Beitrag ein durch die Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) bei Gesundheitsförderung Schweiz unterstütztes Kurzinterventionsprogramm zur Verhütung von Suizidversuchen bei Jugendlichen nach Suizidversuchen vor. Dieses Projekt wird im Verlauf des Sommers



Gregor Berger

2021 in Zürich pilotiert und ab 2022 in der Hälfte aller Schweizer Kantone eingeführt.

Das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem wird nicht nur von Jugendlichen mit Suizidgedanken und Suizidversuchen aufgesucht, sondern auch immer häufiger im Rahmen von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) (21). NSSV ist neben einem Suizidversuch selbst einer der stärksten Risikofaktoren für zukünftige Suizidversuche und Suizide (22–26). NSSV hat in den letzten 2 Jahrzehnten weltweit deutlich zugenommen, besonders bei Mädchen und jungen Frauen zwischen 16 und 24 Jahren (in England von 6,5% [95%-Konfidenzintervall {KI}: 4,2–10,0] auf 19,7% [95%-KI: 15,7–24,5]) (25, 27–29). In ihrem Beitrag erläutern Franziska Rockstroh und Michael Kaess die Rolle des NSSV in der Vorhersage und der Entwicklung von Suizidalität und zeigen mögliche therapeutische Interventionen in dieser gefährdeten Gruppe von Jugendlichen auf.

Neben Suizidversuchen und NSSV in der Vergangenheit gibt es eine Reihe von weiteren relevanten Risikofaktoren, die beachtet werden sollten: Suizide in der Familie oder im näheren Umfeld, psychiatrische Erkrankungen (z. B. Depressionen, aber auch ADHS und andere externalisierende Störungen) als Komorbidität (30) oder in der Familiengeschichte (31), Suchtmittelkonsum (32, 33), Persönlichkeitsstörungen, insbesondere verbunden mit erhöhter Impulsivität (34), Migration (35), High Expressed Emotion und/oder Gewalt in der Familie (36, 37), nicht heterosexuelle Orientierung (38), Bullying/Mobbing (39) und weitere. Diese Risikofaktoren interagieren in komplexer Weise miteinander und müssen bei einer Einschätzung der Suizidalität sorgfältig erfasst werden.

Die ersten 3 Monate nach Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik (40) oder einer Notfallstation (41) sind mit einem besonders hohen Risiko für einen wiederholten Suizidversuch verbunden (42). Das gilt wahrscheinlich auch für Jugendliche (43). Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse zeigt, dass die jährliche Rate von Suizidversuchen pro Suizid nach Entlassung mit 8,79 (6,63–12,0) sehr hoch ist (30). Martina Blaser und Alphons Schnyder stellen in ihrem Beitrag die Massnahmen vor, die im Rahmen nationaler und kantonaler Suizidpräventionskampagnen erarbeitet wurden, um diese kritischen Übergänge für die Betroffenen zu verbessern.

Schliesslich ist das Leid für Angehörige und enge Bekannte nach einem erfolgten Suizid immens. Bei Jugendsuiziden sind häufig ganze Klassen oder Schulen traumatisiert. Jörg Weisshaupt beleuchtet in seinem Beitrag diesen oft vernachlässigten Aspekt.

Während es bei medizinischen Erkrankungen im Jugendalter wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Selbstverständlichkeit ist, dass bei ersten Anzeichen sofort Hilfe gesucht wird, besteht bei psychischen Erkrankungen häufig eher eine gegenläufige Tendenz. Geäusserte Suizidgedanken werden verharmlost, und professionelle Hilfe sowohl von Betroffenen als auch ihrem Umfeld wird häufig zu spät in Anspruch genommen. In einer gross angelegten europäischen Suizidpräventionsstudie, bei der 15- bis 19-jährige Jugendliche mit akuten Suizidplänen oder kürzlich durchgeführten Suizidversuchen nach einem Screening direkt zu niederschweligen Beratungsgesprächen eingeladen und gegebenenfalls an professionelle Helfer verwiesen wurden, zeigte sich nach 1 Jahr, dass lediglich 12 Prozent der betroffenen Jugendlichen auch tatsächlich Hilfe erhalten hatte (44). Dieser Umstand ist umso erschreckender, wenn man bedenkt, dass bei 15- bis 19-Jährigen durch psychische Erkrankungen wie Depression mehr Lebensjahre verloren gehen als bei anderen medizinischen Erkrankungen.

Wir hoffen, dass die Beiträge in dieser Ausgabe dazu dienen, das Bewusstsein für die Früherkennung psychischer Störungen im Jugendalter zu schärfen und ihre Wichtigkeit zu erkennen. ●

Gregor Berger, Dagmar Pauli, Martina Blaser, Isabelle Häberling, Michael Kaess und Susanne Walitza

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Gregor Berger

Leitender Arzt Notfalldienst/Hometreatment/Triage

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und Psychotherapie

Ambulatorien und Spezialangebote

Neumünsterallee 3

8032 Zürich

E-Mail: gregor.berger@puk.zh.ch

Referenzen

- WHO 2014: Preventing suicide: a global imperative. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Letzter Zugriff: 8.2.21.
- Berger GE et al.: Suizidalität bei Adoleszenten – Prävention und Behandlung. *Ther Umsch*. 2015;72(10):619-632.
- Steck N et al.: Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(1):47-56.
- Naghavi M et al.: Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:l94.
- Pini Züger F: Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16-jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich: Erstellung eines Erhebungsinstrumentes und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008, in: *Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich*. Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich, 2009.
- Evans R et al.: Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*. 2017;82,122-129.
- Duffy ME et al.: Trends in Mood and Anxiety Symptoms and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Undergraduates, 2007–2018: Evidence From Two National Surveys. *J Adolesc Health*. 2019;65(5):590-598.
- Keyes KM et al.: Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(8):987-996.
- Yu B et al.: Age and Birth Cohort-Adjusted Rates of Suicide Mortality Among US Male and Female Youths Aged 10 to 19 Years From 1999 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2019;2(9):e1911383.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2018.
- Ruch DA et al.: Trends in suicide among youth aged 10 to 19 years in the United States, 1975 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2019;2(5):e193886.
- Meili M: Burn-out und Suizidgefahr: Notfälle bei Kindern nehmen zu. Kinder- und Jugendpsychiater haben mit zehnmal mehr Fällen zu tun als noch vor zehn Jahren. *Tages-Anzeiger* 2017.
- siehe Pro Juventute Beratung + Hilfe 147, Statistik 2018, direkte Kommunikation mit E. Moser, Stiftung Pro Juventute 2017: https://stress.projuventute.ch/de/wp-content/uploads/2017/10/Factsheet_Kampagne-Weniger-Druck-Mehr-Kind_Pro-Juventute_2017-1.pdf. 2020: https://www.projuventute.ch/sites/default/files/2020-12/Statistik_147.pdf.
- Harris EC et al.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-228.
- Isometsä ET, Lönnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*. 1998;173:531-535.
- Brent DA et al.: Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(12):1260-1271.
- Finkelstein Y et al.: Long-term outcomes following self-poisoning in adolescents: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(6):532-539.
- Hawton K et al.: Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000–2012. *J Affect Disord*. 2015;175:147-151.
- Rockstroh F et al.: Self-rated risk as a predictor of suicide attempts among high-risk adolescents. *J Affect Disord* 2020;282:852-857.
- Jokinen J et al.: Life expectancy after the first suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(4):287-295.
- Plener PL et al.: Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(3):23-30.
- Knorr AC et al.: Predicting status along the continuum of suicidal thoughts and behavior among those with a history of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Res*. 2019;273:514-522.
- Koenig J et al.: Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(3):345-354.
- Mbroh H et al.: Double trouble: Nonsuicidal self-injury and its relationship to suicidal ideation and number of past suicide attempts in clinical adolescents. *J Affect Disord*. 2018;238:579-585.
- Morgan C et al.: Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*. 2017;359:j4351.
- Owens D et al.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181:193-199.
- Ting SA et al.: Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993–2008. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(5):557-565.
- Hiscock H et al.: Paediatric mental and physical health presentations to emergency departments, Victoria, 2008–15. *Med J Aust*. 2018;208(8):343-348.
- McManus S et al.: Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(7):573-581.
- Forté A et al.: Suicidal risk following hospital discharge: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27(4):209-216.
- Resch F et al.: Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17 Suppl 1:92-98.
- Kirkcaldy BD et al.: Risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr*. 2006;58(5):443-450.
- Wolferdsdorf M, Bronisch T, Wedler H: Suizidalität: verstehen, vorbeugen, behandeln. Verlag Roderer. Regensburg 2008.
- Hawton K et al.: Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382.
- Forté A et al.: Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: a literature overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1438.
- Brent DA: Family Risk Factors for Suicidal Behavior: Opportunities for Early Identification and Intervention. In: *Understanding Suicide*. Springer 2016. 371-381.
- Ruscio KM et al.: Expressed Emotion and Recurrence of Suicidal Behaviors: Review, Conceptual Model, and Recommendations. *Suicidology Online* 2017; 8(2).
- Wichstrøm L et al.: Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(1):144-151.
- Katsaras GN et al.: Bullying and suicidality in children and adolescents without predisposing factors: a systematic review and meta-analysis. *Adolescent Research Review* 2018;3:193-217.
- Troister T et al.: Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(1):60-65.
- King CA et al.: Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(2):100-108.
- Wang M et al.: Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(5):472-483.
- Goldston DB et al.: Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):660-671.
- Kaess M et al.: Twelve-month service use, suicidality and mental health problems of European adolescents after a school-based screening for current suicidality. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Dec 15; doi: 10.1007/s00787-020-01681-7.