

Editorial

Wien Klin Wochenschr (2006) 118/5–6: 131–133

DOI 10.1007/s00508-006-0578-1

© Springer-Verlag 2006

Suizid im Kindes- und Jugendalter

Im Jahr 2001 suizidierten sich in Österreich insgesamt 63 Kinder und Jugendliche im Alter bis zum 19. Lebensjahr [1]. In den USA rechnet man, dass fast $\frac{1}{4}$ aller Todesfälle bei Jugendlichen durch Suizide verursacht werden [2]. Für Europa gilt, dass in den meisten Ländern die Selbstmorde unter Minderjährigen zunehmen [3]. Einer breiteren Öffentlichkeit sind jedoch die Hintergründe der Jugendsuizide wenig bekannt. Als häufigste Risikofaktoren gelten für den Selbstmord im Kindes- und Jugendalter Depressionen, Substanzabusus, aggressive und impulsive Persönlichkeitsstörungen sowie sexueller oder physischer Missbrauch. Hinzuzufügen sind auch psychosoziale Risikofaktoren wie schulischer Stress, Mobbing, Straffälligkeit, gestörte Eltern-Kind-Kommunikation, sowie psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern, allen voran Depression und Substanzmissbrauch [2, 4–7].

Wien kann auf eine lange Tradition in Suizidprävention und Krisenintervention hinweisen. Die Erforschung der Suizidalität im Kindes- und Jugendalters und die Entwicklung von Präventivmaßnahmen für das österreichische nationale Suizidpräventionsprogramm wurden von Sonneck (2000) als prioritär genannt [8, 9]. Wissenschaftliche Berichte über Suizid im Kindes- und Jugendalter aus Österreich sind selten. Vor 20 Jahren veröffentlichten Friedrich-Schöler und Friedrich (1985) eine Suizidstudie über jene Fälle, die innert 10 Jahren am Wiener gerichtsmedizinischen Institut obduziert wurden [10]. Eines der Ergebnisse war, dass als häufigste Suizidmethode das Erhängen stand [10]. In den Schulmonaten des Jahres bestand offensichtlich ein Zusammenhang zwischen den Suiziden und dem Schulstress, besonders deutlich in den Zensurmonaten [10]. Sonneck (2000) berichtete über einen Rückgang der Suizide österreichischer 15- bis 19-jähriger seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts [8]. Im Rahmen einer internationalen Kooperation führten Dervic et al. (in press) eine Studie über Risikofaktoren und Einstellungen zum Suizid, sowie „help-seeking behavior“ bei Wiener Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 15,5 Jahren durch [11]. Die Studie ergab eine hohe Depressionsprävalenz von 14,5%, sowie maladaptive Einstellungen der Jugendlichen zu Suizidgedanken und Suizidvorhaben [11]. Nahezu die Hälfte der untersuchten Jugendlichen in dieser Studie kannten Gleichaltrige, die Suizidgedanken oder -absichten äußerten [11]. Ferner glaubte ein Fünftel der untersuchten Wiener Jugendlichen, dass der Suizid eine Lösung von Problemen sei [11]. Erstmals wurden in dieser Studie mehr Informa-

tionen über Prävalenz verschiedener Risikofaktoren für Suizid bei Wiener Jugendlichen erbracht.

In der vorliegenden Ausgabe der *Wiener klinischen Wochenschrift* berichten Dervic et al. über eine Untersuchung der Suizide unter Wiener Minderjährigen von der Nachkriegszeit bis 2002 [12]. Dabei konnten die Autoren einen Rückgang der Suizidraten unter den Wiener Kindern und Jugendlichen während der Untersuchungsperiode feststellen. Dieser Umstand steht im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern [3]. Der Rückgang der Suizidraten unter Wiener Jugendlichen stimmt aber überein mit dem berichteten Gesamtrückgang in der österreichischen Bevölkerung [9, 13]. Interessanterweise konnten in der Arbeit von Dervic et al. Suizide unter Wiener Minderjährigen während verschiedener zeitgeschichtlichen Perioden beobachtet werden, z.B. fand sich eine Zunahme der Anzahl der Suizide unter Jugendlichen in der Nachkriegszeit, außerdem wurde eine Abnahme der Suizidrate während und nach der Entgiftung des Wiener Stadtgases beobachtet, dies lässt kommunale Verantwortung erkennen [14]. Ein weiteres herausstechendes Element in dieser Studie war die Änderung in der Wahl des Suizidmittels. Suizide durch Erhängen nahmen unter Wiener Jugendlichen kontinuierlich ab und Suizide durch Sturz aus großer Höhe nahmen zu, wobei Sturz aus großer Höhe derzeit die häufigste Suizidmethode unter Kindern und Jugendlichen in Wien ist [12]. Auch die rezente Entwicklung, wie die Zunahme der Suizide durch Feuerwaffen, konnte in der letzten Dekade in der Arbeit von Dervic et al. dargestellt werden. Die schon eingangs erwähnte Beobachtung der Häufung in den Schulzensurmonaten [10] fand in dieser Studie erneut Bestätigung gegenüber der geringeren Tötungsraten in den schulfreien Monate [12].

Aus der vorliegenden Epidemiologie der Suizide lassen sich Ansatzpunkte für Präventivmaßnahmen erarbeiten [15]. Wie Etzersdorfer et al. (2005) anmerkten, nehmen positive Entwicklungen im Sinne eines Rückganges der österreichischen Suizidraten dem Suizid als Public-Health-Thema nicht an Bedeutung – ganz im Gegenteil unterstreicht dies die Wichtigkeit und Wirksamkeit der bisherigen Präventivmaßnahmen [9, 13]. Dervic et al. werfen nun in dieser Ausgabe praxisrelevante Fragen auf, etwa wie zusätzliches Training der praktischen Ärzte, der Kinderärzte sowie der Schulärzte intensiver gestaltet werden sollte. Gerade die angeführten Arztgruppen treffen mit Minderjährigen regelmäßig zusammen [16, 17]. Folgt man einer amerikanischen Studie, so fühlen sich nur 16%

der in der Untersuchung befragten praktischen Ärzte und Kinderärzte hinreichend ausgebildet, um suizidale Kinder und Jugendliche zu erkennen bzw. mit ihnen umzugehen [18]. Suizidales Verhalten ist meist mit einer psychischen Störung vergesellschaftet [2]. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige Zuweisung an spezialisierte Institutionen (Kriseninterventionszentren, kinderpsychiatrische Ambulanzen, allfällig kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Einrichtungen) notwendig [15]. Besonders ist den angeführten Ärzteguppen nahe zu bringen, dass bei Schülerinnen und Studentinnen der Sturz aus großer Höhe nicht nur die häufigste Wahl zum Suizid darstellt, sondern dass auch eine hohe Wahrscheinlichkeit, sich durch diese Methode zu töten, gegeben ist. Hinzu kommt die hochgradige Psychopathologie der Betroffenen, die häufig mit psychotischen Störungen assoziiert ist [12]. Zudem kann der Fenstersprung immer auch unter dem Aspekt der Spontanhandlung gesehen werden. Folgt man den Kriterien des präsuizidalen Syndroms nach Ringel (1976) [19], so sind die wichtigsten Anzeichen die situative und affektive Einengung, die Suizidphantasien mit maskierten Andeutungen, als Variante auch aus dem Leben scheiden zu können; dem folgt die Steigerung der Aggression und schließlich die Aggressionsumkehr, mit dem Effekt die größtmögliche Aggression gegen sich selbst zu richten, also sich zu töten [19].

Als eine weitere suizidpräventive Maßnahme ist die Psychoedukation sowohl der Eltern als auch der Jugendlichen über Risikofaktoren für Suizid zu erwähnen. In der Studie von Beautrais (2001) wurde dargestellt, dass jedes vierte minderjährige Suizidopfer jugendamtsbekannt war [20]. Shaffer (1974) berichtete über eine Häufung von Suiziden in der angesprochenen Population in Zeiten der Schulabsenz [21]. Diesem Umstand gilt es besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Bei Kenntnis dieser Ergebnisse ergibt sich zwangsläufig auch die Miteinbeziehung von SozialarbeiterInnen, sowie anderer Gatekeeper (z.B. Lehrer) in suizidpräventive Maßnahmen [22].

Um Suizide zu verhindern, gilt als wichtige suizidpräventive Maßnahme die Einschränkung der Erreichbarkeit von Suizidmitteln (Medikamente, toxische Substanzen, Schusswaffen) [8, 22, 23]. Die Verfügbarkeit an sich, wie auch eine soziokulturelle Akzeptanz sind wichtige Determinanten in der Auswahl der Suizidmittel [24]. Die Ergebnisse der Arbeit von Dervic et al. über den Anstieg der Suizide durch Faustfeuerwaffen zieht logisch die Forderung der Erschwerung des Zugangs und der Verwahrung der Feuerwaffen nach sich [12]. Allein das Vorhandensein von Schusswaffen im Haushalt bedeutet einen signifikanten Risikofaktor für Suizide bei Kindern und Jugendlichen [25]. An die gesetzlichen Vorschriften über die sichere und getrennte Verwahrung der Waffe und der dazugehörigen Munition kann nicht oft genug erinnert werden. Waffen üben einen besonders hohen Experimentierreiz auf Jugendliche aus – schon aus diesem Grund sollte das österreichische Waffengesetz lückenlos verhindern, dass Jugendliche vor Erreichung der Großjährigkeit einen Zugang zu Feuerwaffen erhalten dürfen [26]. Aus forensischer Sicht ist die Einschätzung der psychologischen Reife, wie auch die Eignung zum Waffenbesitz, streng zu prüfen und bei straffällig gewordenen Jugendlichen vor dem 18. Lebensjahr dem Gericht gegenüber ein

gutachterliches Waffenverbot auch für die Zukunft auszusprechen.

In diesem Editorial stelle ich die Hoffnung in den Raum, dass sich die Suizidbeforschung im Kindes- und Jugendalter in Österreich in klinischen, wie auch in Evaluationsstudien weiterentwickelt. Dazu sind einerseits institutionelle Maßnahmen nötig, andererseits eine breite gesellschaftliche Unterstützung, um Ressourcen zu schöpfen. In Anlehnung an die große österreichische Tradition der Suizidprävention und -prophylaxe bedarf es erheblicher Bemühungen, einerseits immer wieder aktuelle Daten zu erheben und andererseits die entsprechenden Ansprechpartner immer wieder nachzuschulen, da Suizidprävention in der Bereitschaft dem Nächsten Nächster zu sein optimale Hilfe bietet.

Max H. Friedrich

Literatur

1. Statistik Austria (2001) Eigene Berechnungen. www.statistik.at
2. Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53: 339–334
3. Rutz EM, Wasserman D (2004) Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13: 321–331
4. Evans E, Hawton K, Rodham K (2005) Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl* 29: 45–58
5. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 286: 3089–3096
6. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1155–1162
7. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B (2005) School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics* 115: 357–363
8. Sonneck G (2000) Suicide and suicide prevention in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 112: 943–946
9. Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. *Facultas Universitätsverlag, Wien*
10. Friedrich-Schöler E, Friedrich MH (1985) Childhood and juvenile suicide cases (a 10-year epidemiological study from Vienna). *Beitr Gerichl Med* 43: 417–421
11. Dervic K, Gould MS, Lenz G, Kleinman M, Akkaya-Kalayci T, Velting D, Sonneck G, Friedrich MH (2005) Youth suicide risk factors and attitudes in New York and Vienna: a cross-cultural comparison. *Suicide & Life-Threat Behav* (in press)
12. Dervic K, Friedrich E, Prossquill D, Kapusta ND, Lenz G, Sonneck G, Friedrich MH (2006) Suicide among Viennese minors, 1946–2002. *Wien Klin Wochenschr* (in press)
13. Etzersdorfer E, Voracek M, Kapusta N, Sonneck G (2005) Epidemiology of suicide in Austria 1990 to 2000: general decrease, but increased suicide risk for old men. *Wien Klin Wochenschr* 117: 31–35
14. Schimek MG, Katschnig H (1987) Die Entgiftung des Wiener Stadtgases. Eine quasi experimentelle Evaluation einer suizidpräventiven Maßnahme mittels nichtparametrischer Methoden.

- trischer Splinregression. *Österreichische Zeitschrift für Statistik und Informatik* 17: 293–320
15. Shaffer D, Craft L (1999) Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 60 [Suppl 2]: 70–4
 16. Wolfersdorf M (2002) Suicide and suicide prevention. *Wien Klin Wochenschr* 114: 657–659
 17. Ritter K, Stompe T, Voracek M, Etzersdorfer E (2002) Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners. *Wien Klin Wochenschr* 114: 685–690
 18. Rushton JL, Clark SJ, Freed GL (2000) Pediatrician and family physician prescription of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatrics* 105: E82
 19. Ringel E (1976) The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threat Behav* 6: 131–149
 20. Beautrais AL (2001) Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 35: 647–653
 21. Shaffer D (1974) Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 15: 275–291
 22. Gould MS, Kramer RA (2001) Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 31 [Suppl]: 6–31
 23. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294: 2064–2074
 24. Cantor CH, Baume PJ (1998) Access to methods of suicide: what impact? *Aust N Z J Psychiatry* 32: 8–14
 25. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP (1991) The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA* 266: 2989–2995
 26. Bundesgesetz über die Waffenzulassung (Waffengesetz 1996 – WaffG) BGBl. I Nr. 12/1997 idF BGBl. I Nr. 136/2004 Available: www.bmi.gv.at/downloadarea/kunsttexte/Waffengesetz1996.doc

Key words: Suicide, youth, Austria, prevention.

Korrespondenz: o. Univ.-Prof. Dr. Max H. Friedrich, Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich, E-mail: max.friedrich@meduniwien.ac.at