

# Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

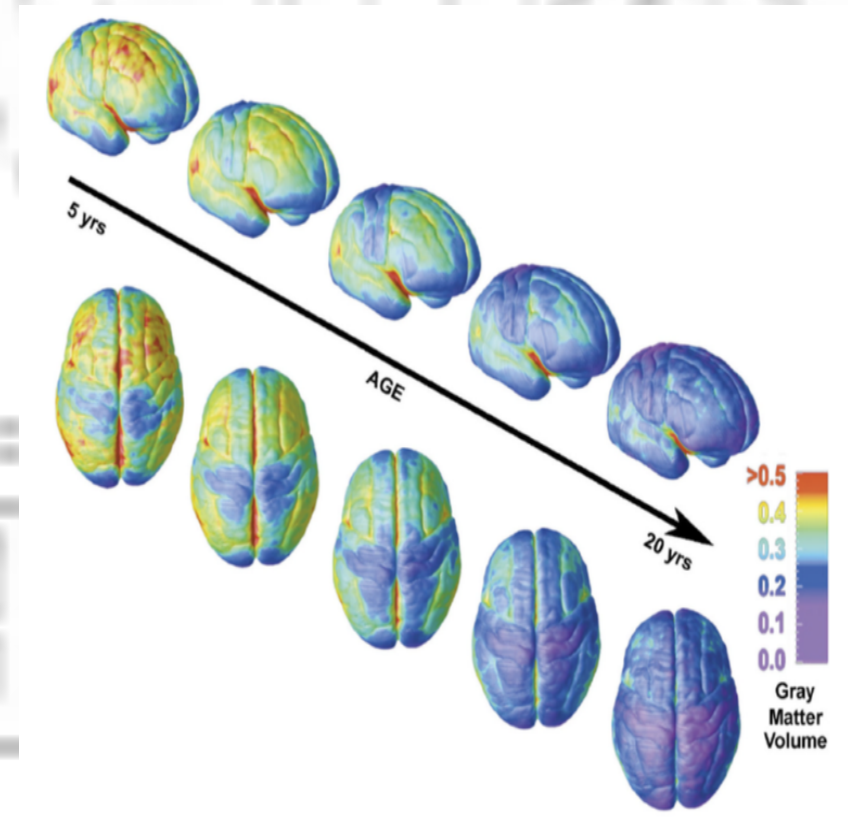
Paul Plener

# Übersicht

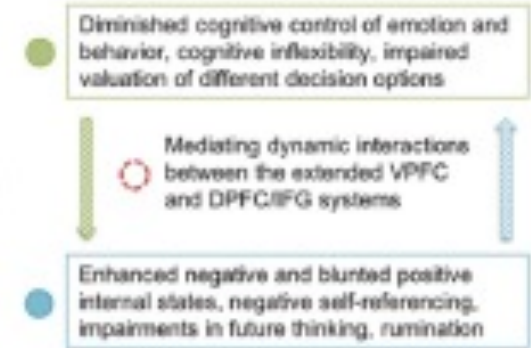
- Kindheit, Jugend und Entwicklung
- Epidemiologie
- Jugendspezifische Risikofaktoren
- Interventionsmöglichkeiten

# Kindheit und Jugend als Entwicklung

- Volumen der weißen Substanz ↑
  - Vmax.weiße Substanz: dritte Lebensdekade
- Volumen der grauen Substanz: umgedrehte U-Kurve,
- „*synaptic pruning*“: während der Kindheit und vor allem in der Adoleszenz
- Hypothese der dualen Systeme:
  - Verschiedene Reifungszeitpunkte: subcortikale Regionen (Amygdala; N. Acc.) u. präfrontaler Cortex: fehlendes Gleichgewicht



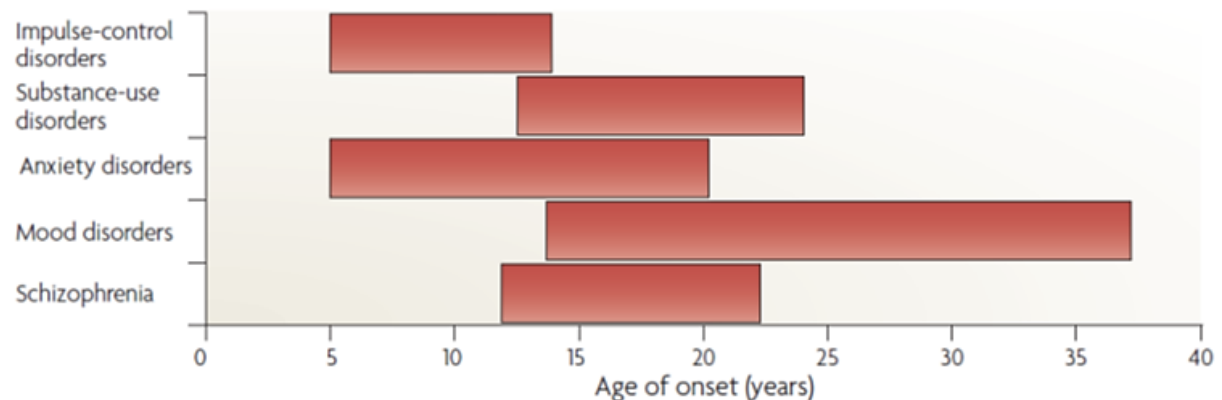
# Gehirn und Suizidalität



- Review über 20 Jahre Neuroimaging im Bereich Suizidalität (n=131 Studien)
- V.a. Hinweise in Abweichungen der Emotions- und Impulskontrolle (vPFC, dPFC, Insula und Verknüpfungen zwischen Arealen)
- Suizidgedanken: Abweichungen im medialen und lateralen vPFC: starke negative emotionale Zustände
- Suizidversuche: Abweichungen im dPFC und Gyrus frontalis inferior: Impulskontrolle

# Beginn psych. Erkrankungen

- 50% aller psychischen Erkrankungen: bis zum 14. Lj. erstmalig gezeigt, 75% bis zum 25. Lj.
- Median Erstmanifestation (25. -75. Perz.)
  - Angststörungen: 11 Jahre (6-21)
  - Impulskontrollstörungen: 11 Jahre (7-15)
  - Störungen des Substanzkonsums: 20 Jahre (18-27)
  - affektive Störungen: 30 Jahre (18-43)

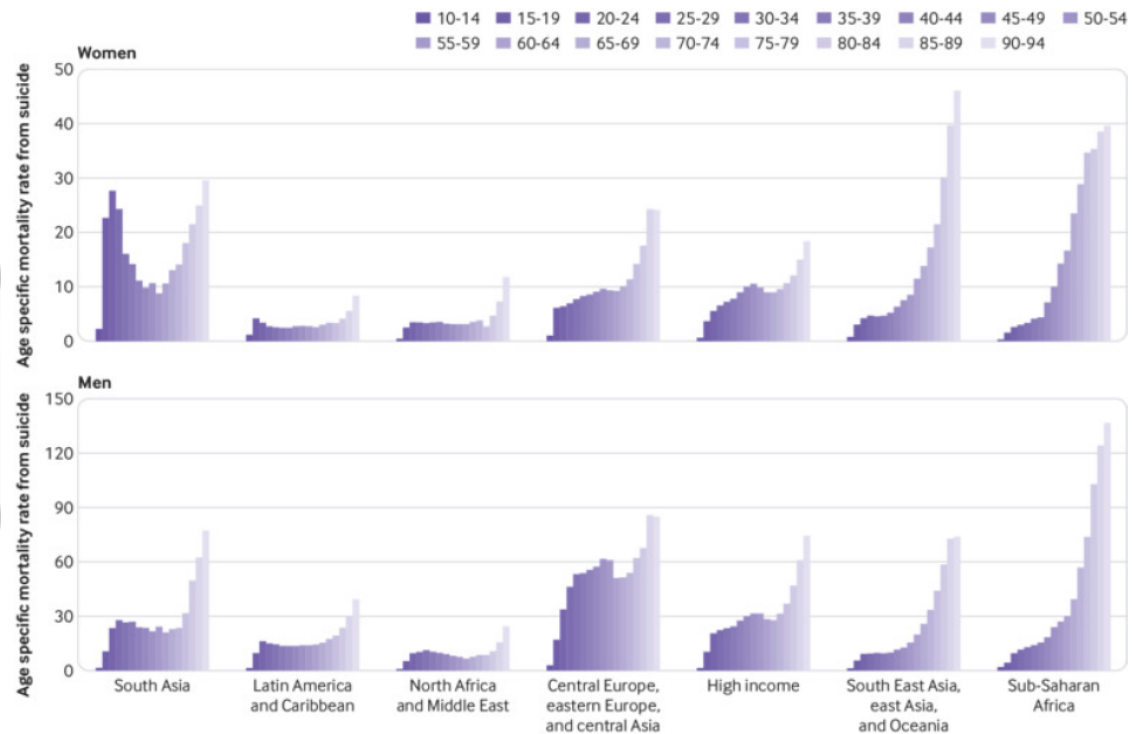


Jones PB. Br J Psychiatry. 2013; 202: s5-s10.

McGorry et al. Curr Opin Psychiatry. 2011; 24: 301-306.

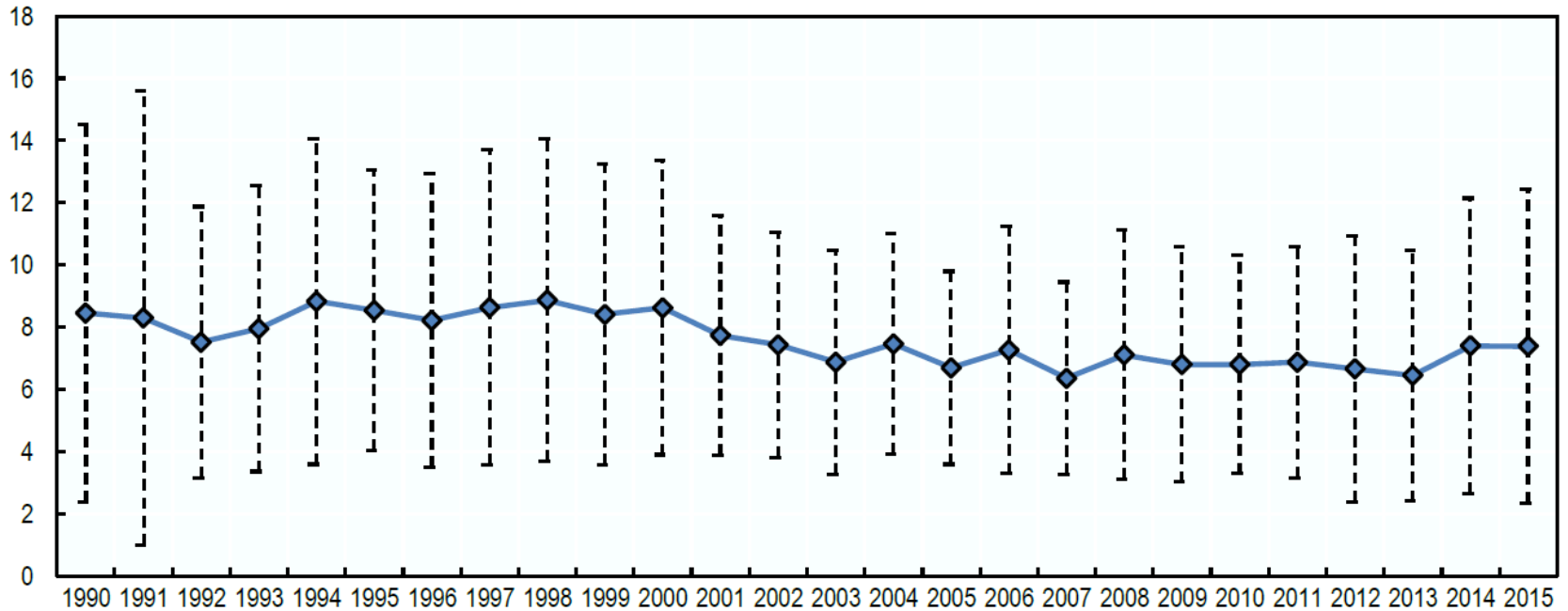
# Altersverteilung und Suizid

- Global Burden of Disease Study 2016
- N=195 Länder
- 2016: 817.000 Suizide
- Global Burden of Disease Study 2016: 1990-2016
- Mortalitätsrate f. Suizid (altersadj.): 32,7% ↓
- Raten: M>W:  
Ausnahme: 15-19-jährige: kein s. Unterschied



# Trends

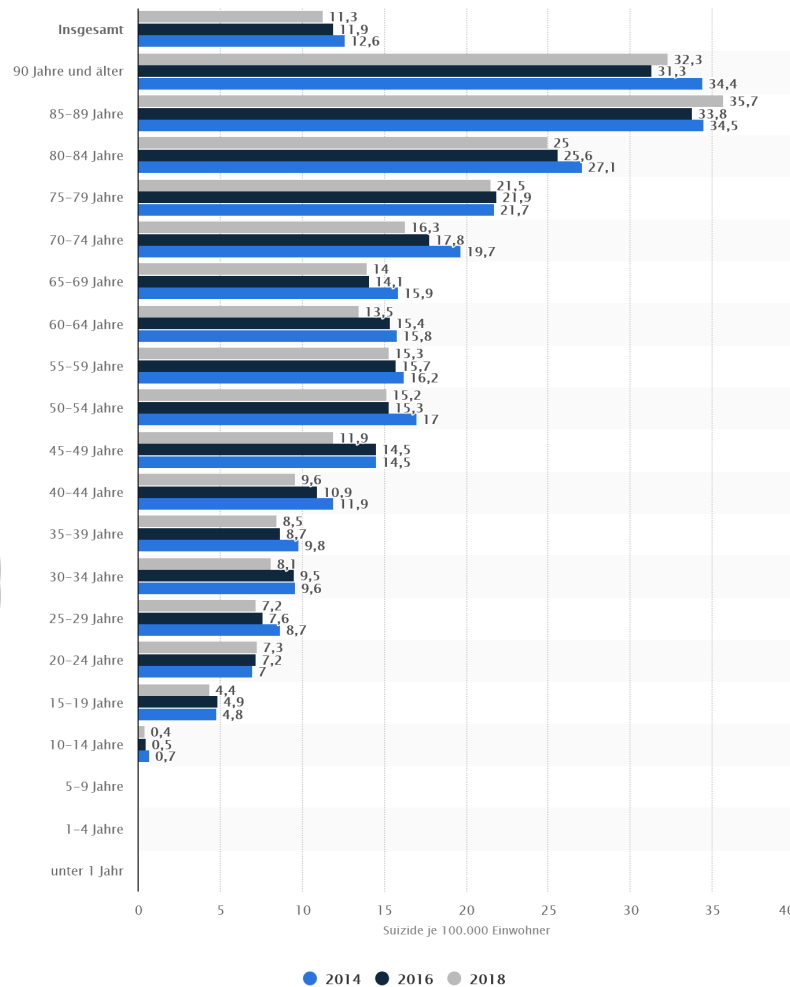
Suicides per 100,000



OECD Länder: 15-29a: 1990: 8,5→7,4/100.000

Suizid: Todesursache f. 8,5% aller Todesfälle (15-19-jährige) weltweit

# Suizid: Altersverteilung und Methoden



**2019:**

5-<10: 0

10-<15: 22: m: 11 w: 11

15-<20: 163: m: 121; w: 42

**Suizidarten:**

Erhängen

Überrollen lassen

Sturz aus großer Höhe

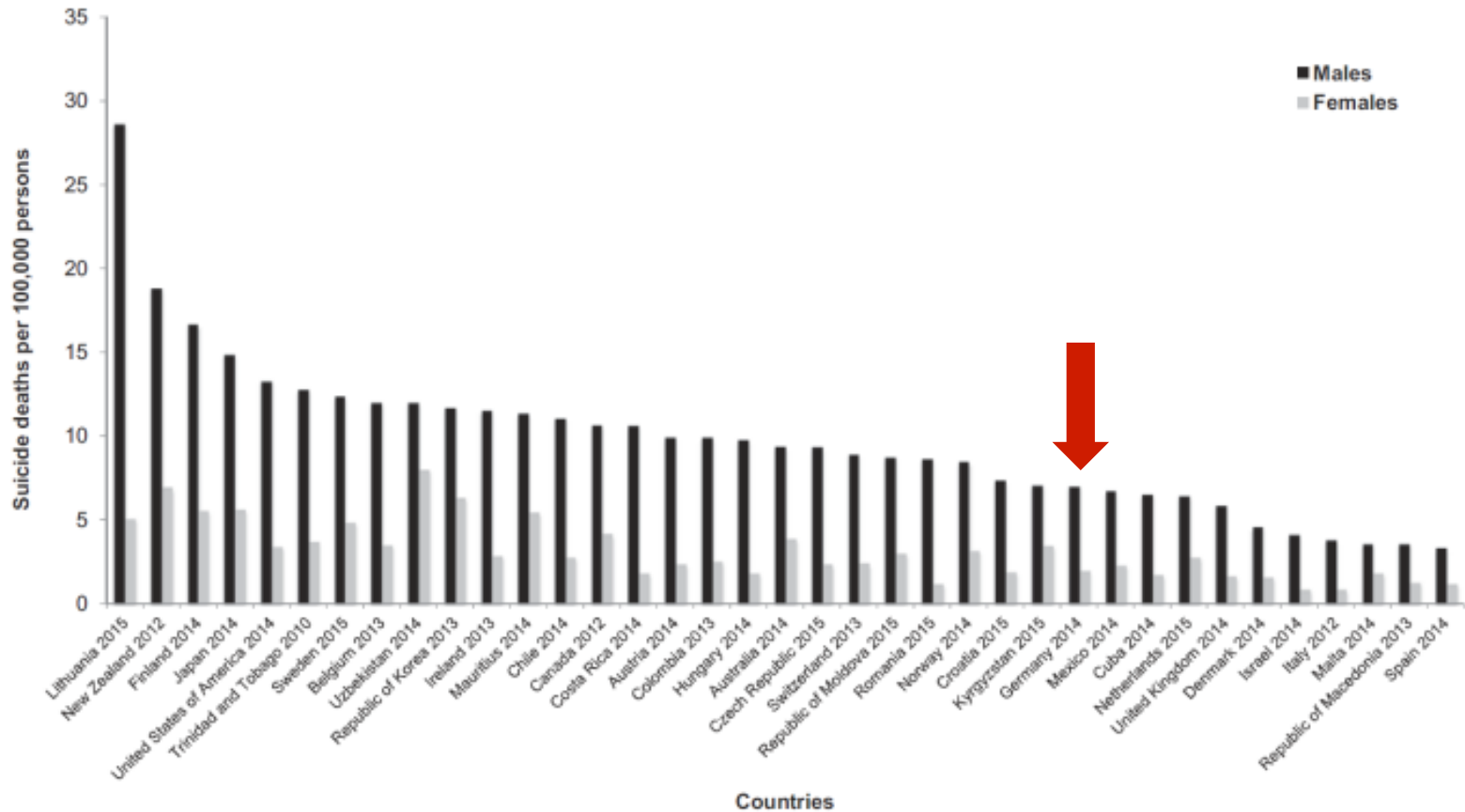
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318224/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-altersgruppe/>  
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/storhefaelle-suizid-erwachsene-kinder.html>

[https://www.gbebund.de/gbe/l/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_page?](https://www.gbebund.de/gbe/l/pkg_olap_tables.prc_set_page?)

p\_uid=gast&p\_aid=64379627&p\_sprache=D&p\_help=2&p\_indnr=6&p\_ansnr=51879228&p\_version=4&D.000=3740&D.001=1000001&D.002=25&D.004=1000006&D.011=2961



# Suizid und Geschlecht

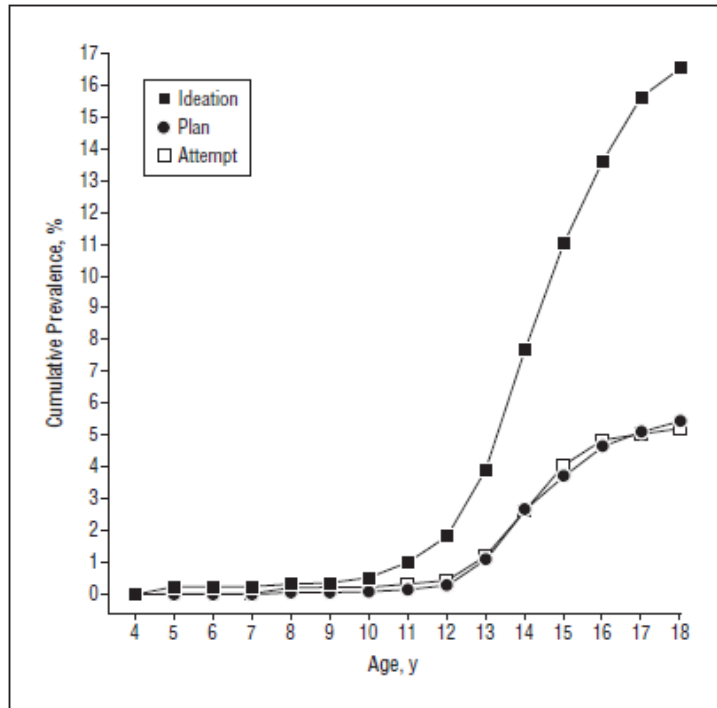


# Suizidgedanken und –versuche: Prävalenz: Deutschland

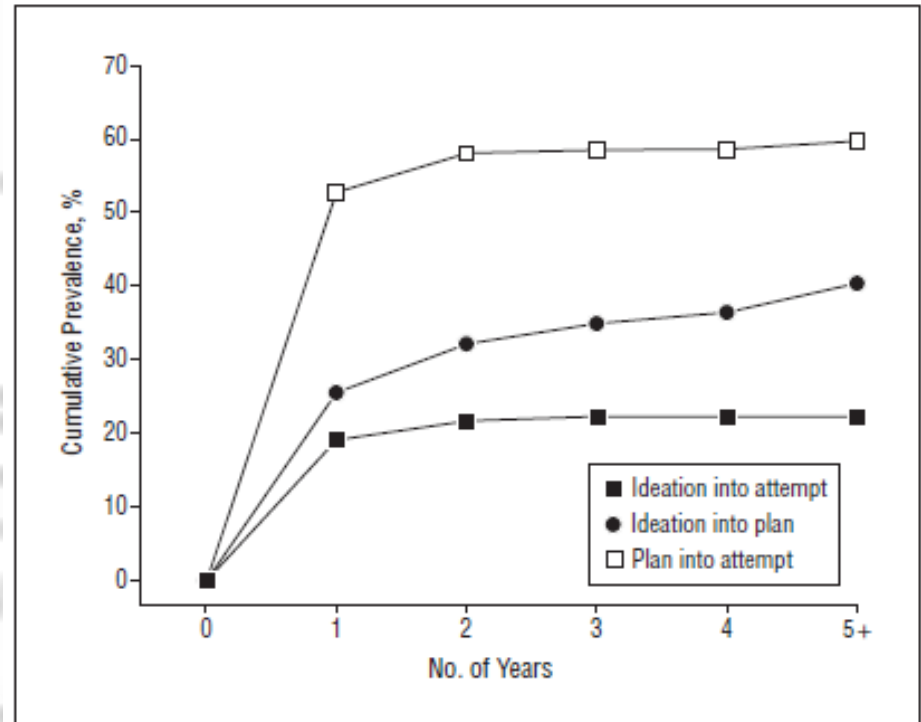


- Studien (n=665-n=44.610, Alter: ca. 14-16)
- Suizidgedanken: 14,4% (12M)- 39,4% (Lebenszeit)
- Suizidversuche: 6,5%- 9% (Lebenszeit)

# Vom Gedanken zum Versuch



**Figure 1.** Age-at-onset curves of suicidal behaviors. Values are all 0.0 for children 1 to 4 years of age.



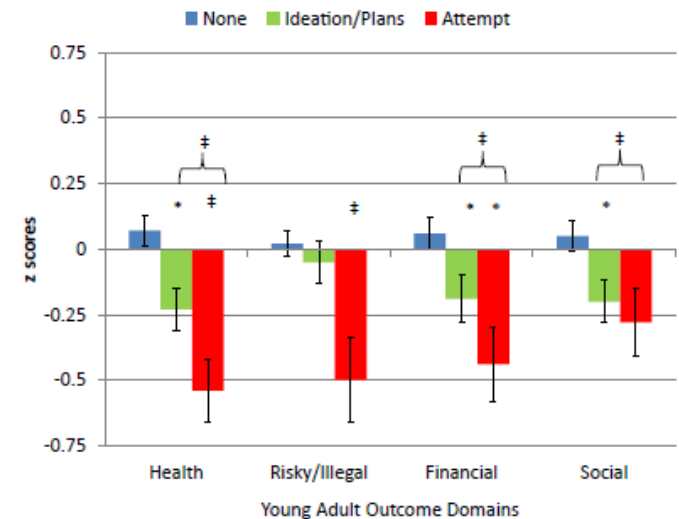
**Figure 2.** Speed of transition across suicidal behaviors.

# Suizidales Verhalten und Suizid

- Meta-Analyse (n=29 longitudinale Arbeiten): 12–26-jährige
- >60 % der Studien: Zusammenhang Suizidgedanken (SG) und spätere Suizidversuche (SV)
- >90 % der Studien: Zusammenhang zwischen früheren und späteren SV
- Risiko: frühere SG und SV: späterer Suizid: gepoolte OR: 22,48 (95 % CI: 18,35–27,54).
- Spätere Suizide: ORs:
  - SG: 32,16 (95 % CI: 6,99–147,92)
  - Suizid-Drohungen: 11,46 (95 % CI: 2,25–58,31)
  - SV: 22,58 (95 % CI: 18,37–27,76)

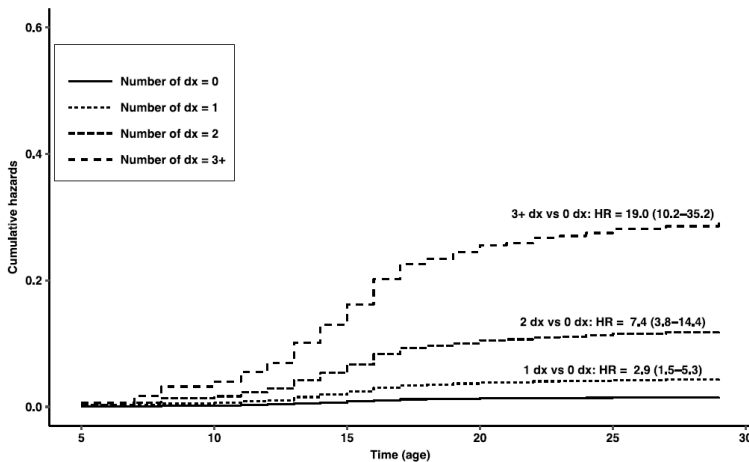
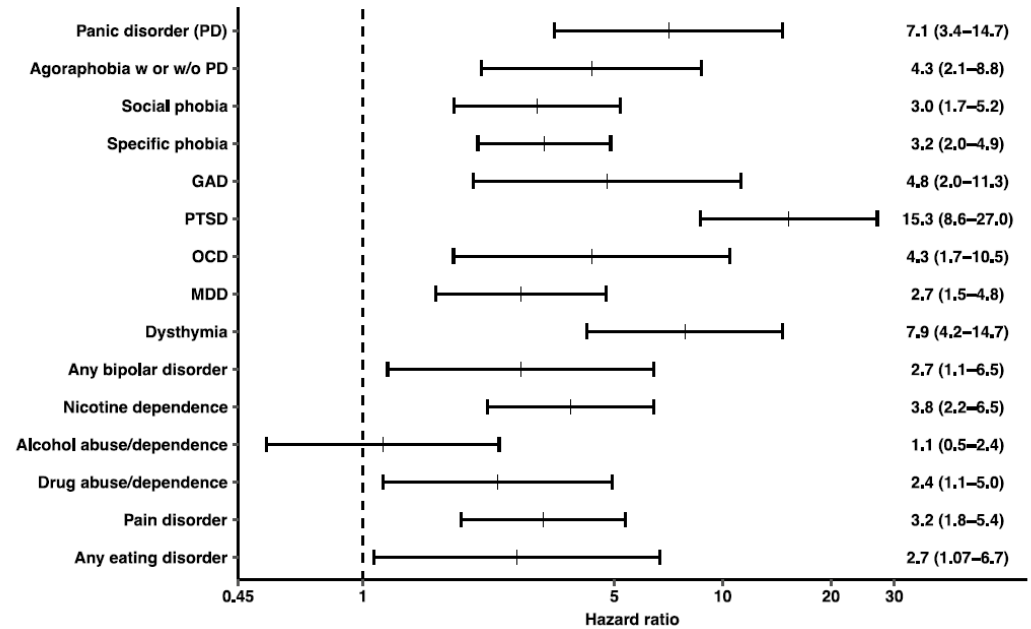
# Verlauf: jugendliche Suizidversuche

- N=1.420, GSMS: 9a→16a (7x),
- 19 →30a (4x): 96%: Erwachsenenalter
- 16a: 4% Suizidversuch
  
- Nach Kontrolle für alle psychiatrischen Erkrankungen im Kindesalter: Suizidversuche: Prädiktor für Erwachsenenalter (OR: 6,4)
  
- Suizidversuche: Prädiktor für Angststörungen (OR: 2,8)



# Psychische Krankheit und Suizidalität

- 10a prospektive Studie (n=3021; 14-24a; EDSP)
- Psych. Erkrankungen, die SV vorausgehen
- Inzidenzrate SV: 5,5%, mittleres Alter: 16,7a
- Höchstes Risiko: PTSD, Dysthymie



- NCS-A survey (n= 10.148 Jugendliche: 13-17 Jahre)
- Psychiatr. Diagnose:
  - Suizidgedanken: 89.3%
  - Suizdversuche: 96.1%

# Risikofaktoren: Suizidversuch

- Ca. ein Drittel der Jugendlichen mit Suizidgedanken: Suizidversuch
- ALSPAC Studie (n=4772): 16 Jahre
- Suizidgedanken: 9,6%, Suizidversuche: 6,8%
- Risiko (Suizidversuch vs. Suizidgedanken):
  - Selbstschädigung bei anderen:
    - Familie: aOR: 1,95; Freunde aOR: 2,61, beide: aOR: 5,26
  - Psychiatrische Diagnose:
    - Depression: aOR: 3,63; Angststörung: aOR: 2,2, Verhaltensstörung: aOR: 2,9
  - Weibliches Geschlecht
  - Geringer IQ
  - Höhere Impulsivität
  - Weniger Gewissenhaftigkeit
  - Mehr belastende Lebensereignisse
  - Unzufriedenheit mit dem Körper
  - Hoffnungslosigkeit
  - Rauchen und Konsum illegaler Drogen

# Adoleszentenspezifische Stressoren

- Erleben von Scham od. Erniedrigung
- Erleben von Bullying, sozialem Ausschluss oder Zurückweisung
- Erleben von Versagen
- Angst eine geliebte Person zu verlieren



# Mobbing: Suizidalität

- Mobbing (Täter & Opfer): Suizidgedanken und -versuche ↑
- Mobbing mit 13, Prädiktor f. Suizidgedanken (OR: 2,27) und Suizidversuche (OR:3,05) mit 15 Jahren
- Dt. Schüler (n=647, mAlter:12,8), 14,4% regelmäßiges Mobbing in letzten Monaten
  - Suizidales Verhalten (Gedanken und Versuche): OR: 6,1



# Therapie: Syst. Review

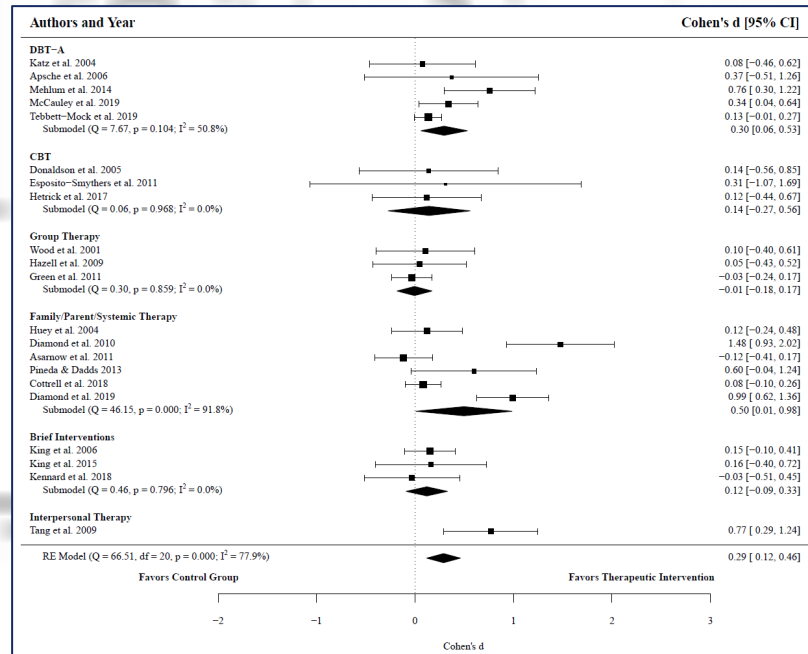
- 21 Studien (RCTs,  $\geq 50\%$  d. TN  $< 18a$ ): Suizidversuche und Self-harm
- 5 Studien: IG  $>$  TAU
- Nur bei CBT und DBT-A unabhängige Replikationen von Studieneffekten: Suizidversuche und self-harm
- Bester Outcome in Kombination von intrapersonellen (CBT, Regulation) und interpersonellen (familiäres oder soziales Untertütznernetzwerk) Kombinationen
- Suizidgedanken: Resourceful Adolescent Parent Program, MBT-A, DBT-A

## Was haben erfolgreiche Programme gemeinsam?

- Einbezug von Familien oder Bezugspersonen
- Emotionsregulation
- Problemlösefertigkeiten
- Kommunikationsfertigkeiten

# Meta-Analyse: Suizidgedanken

- Meta-Analyse: 26 Studien (21 RCTs)



DBT-A:  $d = 0,48$  (95% CI 0,17–0,80,  $p = ,003$ ),

Familienzentrierte Therapie  $d = 0,50$  (95% CI 0,01–0,98,  $p = ,046$ ).

SG: ES: Cohen's d: 0,30 (CI: 0,12-0,48,  $p = ,001$ )

TAU: 0,87

# Diskussion

- Suizide sind (im Vergleich zu anderen Altersgruppen) selten im Kindes- und Jugendalter
- Suizidgedanken und Suizidversuche sind relativ häufig
- Suizidalität ist einer der häufigsten Akut-Vorstellungsgründe in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung
- Es besteht eine gute Therapierbarkeit: Einbezug der Familie bei Minderjährigen essentiell
- Präventive Maßnahmen (schulbasierte Prävention) sind vorhanden und evaluiert, aber müssen in der Fläche implementiert werden

**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!**

[paul.plener@meduniwien.ac.at](mailto:paul.plener@meduniwien.ac.at)