

Suizidales Erleben und Verhalten

Ein Handbuch

Tobias Teismann
Thomas Forkmann
Heide Glaesmer
(Hg.)



Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Heide Glaesmer (Hg.)
Suizidales Erleben und Verhalten
Ein Handbuch

Psychiatrie
Verlag 



PD Dr. Tobias Teismann, Psychologischer Psychotherapeut, ist Geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Suizidales Erleben und Verhalten, Depression und depressives Grübeln, Psychotherapieforschung.



Prof. Dr. Thomas Forkmann, Psychologischer Psychotherapeut, lehrt als Universitätsprofessor für Klinische Psychologie an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik und Identifikation von Prädiktoren suizidalen Verhaltens und suizidaler Gedanken, angewandte Psychometrie, Depressionsdiagnostik und adaptives Testen, Metakognition und Emotionsregulation bei depressiven Störungen.



Prof. Dr. Heide Glaesmer, Psychologische Psychotherapeutin, ist die stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie der Universität Leipzig. Arbeitsschwerpunkte: empirische Untersuchung psychologischer Theorien zur Suizidalität, Verbesserung der Vorhersage suizidalen Verhaltens und Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von verschiedenen Aspekten von Suizidalität.

Tobias Teismann, Thomas Forkmann,
Heide Glaesmer (Hg.)

Suizidales Erleben und Verhalten

Ein Handbuch

Psychiatrie
Verlag 

Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Heide Glaesmer (Hg.)
Suizidales Erleben und Verhalten
Ein Handbuch

1. Auflage 2021
ISBN: 978-3-96605-028-9
ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-125-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Erkrankungen unter:
www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2021
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Lektorat: Martina Ohlrogge, Köln
Umschlagkonzeption: GRAFIKSCHMITZ, Köln,
unter Verwendung eines Fotos von owik2/ photocase.de
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau

Vorwort	7
----------------	----------

Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens	9
---	----------

Heide Glaesmer

Epidemiologie, Risiko- und Protektivfaktoren suizidalen Erlebens und Verhaltens	26
--	-----------

Nina Hallensleben und Dajana Rath

Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen	46
---	-----------

Hanne Scheerer, Michael Colla und Birgit Kleim

Psychologische Erklärungsmodelle suizidalen Erlebens und Verhaltens	69
--	-----------

Thomas Forkmann

Genetische und neurobiologische Determinanten suizidalen Erlebens und Verhaltens	90
---	-----------

Dan Rujescu

Risikoabschätzung und Diagnostik	115
---	------------

Tobias Teismann und Sören Friedrich

Evidenzbasierte Psychotherapie im Erwachsenenalter	136
---	------------

Anja Gysin-Maillart

Evidenzbasierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	158
--	------------

Paul L. Plener

Medikamentöse Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens	174
--	------------

Theodor Lorenzen und Tom Bschor

Suizidalität in der stationären Versorgung 188

Bernd Kozel

Means Restriction: Suizidprävention durch Zugangsbeschränkung 212

Tobias Teismann und Nadine Glasow

Postvention: Hinterbliebene nach einem Suizid 234

Birgit Wagner

Schulbasierte Prävention 253

Tina In-Albon und Laura Kraus

Medieneinflüsse auf suizidales Erleben und Verhalten 273

Benedikt Till und Thomas Niederkrotenthaler

Neue Technologien bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit suizidalem Erleben und Verhalten 292

Lena Spangenberg

Ausblick: Entwicklungen und Herausforderungen in der Suizidforschung 306

Tobias Teismann, Thomas Forkmann und Heide Glaesmer

Autorinnen und Autoren 317

Das Literaturverzeichnis mit Verlinkungen und DOIs finden Sie im Downloadbereich des Buches: www.psychiatrie-verlag.de/product/suizidales-erleben-und-verhalten.

Zugangscode: 5-028-9

Vorwort

Weltweit sterben jährlich rund eine Million Menschen durch einen Suizid (WHO 2014). Im Jahr 2019 suizidierten sich allein in Deutschland 9.041 Menschen (Statistisches Bundesamt 2020). Damit sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Unfälle und Drogen zusammen. Suizide werden über die gesamte Lebensspanne hinweg vollzogen und betreffen sowohl Frauen als auch Männer. In den Industrienationen finden die allermeisten Suizide im Kontext psychischer Erkrankungen statt. Entsprechend ist die Auseinandersetzung mit Suizidwünschen, -plänen, -versuchen und Suiziden ein wichtiges Thema klinisch-therapeutischen Handelns, das eine besondere klinische, ethische und juristische Verantwortung mit sich bringt.

Erfreulicherweise sind in den vergangenen Jahren erhebliche Forschungsbemühungen zu beobachten und es wurden neue therapeutische Ansätze entwickelt und evaluiert. Es erscheint daher lohnend, die bisherigen Erkenntnisse für verschiedene Berufsgruppen zusammenzufassen. Das vorliegende Handbuch möchte den aktuellen Wissensstand zu dieser facettenreichen Problematik darstellen und geht dabei einerseits auf allgemeine Aspekte zur Klassifikation, Phänomenologie und Ätiologie suizidalen Erlebens und Verhaltens ein sowie andererseits auf den Bereich der Prävention und der Intervention. Hier geht es um psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit suizidalen Erlebens- und Verhaltensweisen, Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie, Hinweise zur stationären Behandlung mit besonderem Blick auf die Rolle des Pflegepersonals, populationsbezogene Ansätze wie die Einschränkung des Zugangs zu letalen Mitteln, verantwortungsvolle Berichterstattung in den Medien, Präventionsmöglichkeiten in Schulen sowie Angebote für Suizidhinterbliebene. Ergänzend werden die Rolle der neuen Technologien wie auch weitergehende Entwicklungen in der Suizidforschung reflektiert.

Das Handbuch richtet sich damit an die verschiedensten Berufsgruppen, die mit Personen mit suizidalen Erlebens- und Verhaltensweisen und deren Angehörigen in Kontakt treten, und fasst den derzeitigen Wissenstand verständlich zusammen. Bei der Lektüre wünschen wir Ihnen viele Erkenntnisse und hoffen, dass Sie Anregungen für Ihre eigene Arbeit finden. Um einen besseren Lesefluss

zu gewährleisten, haben wir von einer »gendergerechten« Schreibweise (z. B. Asterisk) abgesehen und verwenden in den verschiedenen Kapiteln die weibliche und männliche Form – gemeint sind natürlich immer alle Geschlechter. Für die sehr angenehme und gute Zusammenarbeit möchten wir uns bei allen Autorinnen und Autoren dieses Buches herzlich bedanken.

Heide Glaesmer, Thomas Forkmann und Tobias Teismann

Literatur

Statistisches Bundesamt (2020): Todesursachenstatistik. Online verfügbar unter www.destatis.de (Abruf 30.03.2021).

WHO – World Health Organization (2014): Preventing suicide. A global imperative. Genf: World Health Organization.

Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens

Heide Glaesmer

Suizidales Erleben und Verhalten gibt es seit Beginn der Menschheitsgeschichte. Auch wenn wir intuitiv eine Vorstellung davon haben, was unter einem Suizid zu verstehen ist, erweist sich Suizidalität bei näherer Betrachtung als überaus komplex und vielschichtig und bis heute existiert keine einheitliche und international akzeptierte Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens (LEO u. a. 2006; WHO 2016 b).

In diesem Kapitel werden verschiedene Ansätze zur Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens beschrieben und diskutiert. Abschließend sensibilisiert ein kurzer Einblick in nicht-stigmatisierende Sprache für den Gebrauch von Begrifflichkeiten, die ein Klima der Offenheit schaffen, das den Betroffenen ermöglicht, über Suizidalität zu sprechen und sich Hilfe zu suchen.

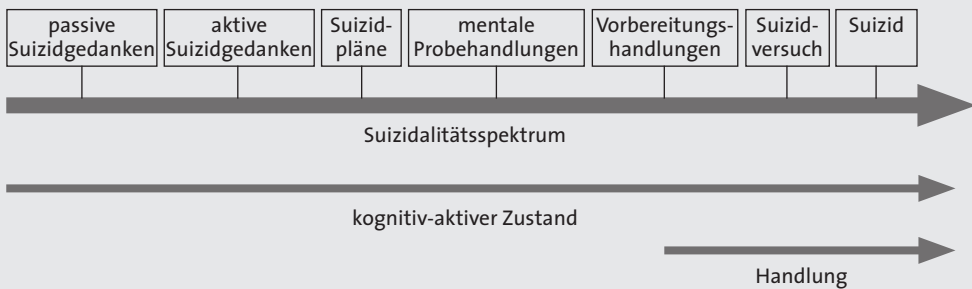
Das Fehlen einer einheitlichen Definition von Suizidalität führt dazu, dass es noch immer eine Vielzahl von Begriffen gibt, die das gleiche Phänomen oder zumindest überlappende Phänomene beschreiben, was die Kommunikation über Suizidalität deutlich erschwert (SILVERMAN 2016) und sich negativ auf die Gesundheitsberichterstattung, den nationalen und internationalen Vergleich epidemiologischer Daten, die internationale Vergleichbarkeit und Integration von Forschungsergebnissen sowie die Verständigung im klinischen Alltag auswirkt (CWIK, TEISMANN 2017).

Das Spektrum suizidalen Erlebens und Verhaltens

»Suizidalität« wird heute üblicherweise als Oberbegriff benutzt, der das gesamte Spektrum suizidalen Erlebens und Verhaltens umfasst und von Suizidgedanken bis hin zu Suiziden reicht (SILVERMAN 2016). Der Begriff Suizidalitätsspektrum (Abbildung 1, S. 10) vermittelt den Eindruck, dass es sich um ein eindimensionales Phänomen mit quantitativen Unterschieden hinsichtlich des Ausmaßes

an Suizidalität handelt. Aktuelle Entwicklungen in der Suizidalitätsforschung und insbesondere die Theorieentwicklungen der letzten Jahre machen aber zunehmend deutlich, dass hier nicht nur das Ausmaß an Suizidalität entlang eines Spektrums zunimmt, sondern von qualitativen Unterschieden ausgegangen werden muss. So sind Suizidgedanken kognitiv-affektive Zustände, während suizidales Verhalten Handlungen darstellt. Dieser Unterscheidung wird im sogenannten *Ideation-to-Action-Framework* (KLONSKY, MAY 2015) und den zugehörigen Theorien Rechnung getragen (siehe Kapitel »Psychologische Erklärungsmodelle suizidalen Erlebens und Verhaltens«, S. 69). Auch ist inzwischen hinreichend belegt, dass es spezifische Risikofaktoren für Suizidgedanken bzw. für suizidales Verhalten gibt (NOCK, KESSLER 2006) (siehe Kapitel »Risikoabschätzung und Diagnostik«, S. 115).

ABBILDUNG 1 Spektrum suizidalen Erlebens und Verhaltens



Methoden der Einteilung

Blickt man auf die verfügbaren klassifikatorischen Ansätze von Suizidalität, so wird deutlich, dass diese den Fokus auf suizidales Verhalten legen. Suizidgedanken spielen dort keine zentrale Rolle, wenngleich sie suizidalen Verhaltensweisen vorausgehen bzw. diese begleiten. Sie werden nach diesem Verständnis als integraler Bestandteil suizidalen Verhaltens betrachtet.

Ein großer Teil der Personen, die vorübergehend oder wiederkehrend Suizidgedanken haben, zeigen oder entwickeln jedoch keine suizidalen Verhaltensweisen. Nur bei einem kleinen Teil entstehen Suizidpläne oder es kommt gar zu suizidalem Verhalten. Somit stellen Suizidgedanken einen relevanten und

eigenständigen Teil des Suizidalitätsspektrums dar. Auch wenn sie in den meisten Fällen nicht unbedingt zu suizidalen Handlungen führen, ist es in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Störungen zwingend geboten, fortlaufend das Vorhandensein von Suizidgedanken zu erfragen. Liegen Suizidgedanken vor, ist es erforderlich, das Suizidrisiko abzuschätzen und die Erkenntnisse in das therapeutische Vorgehen zu integrieren.

Klassifikationsansätze selbstverletzenden und suizidalen Verhaltens

Das Klassifikationssystem des Center for Disease Control and Prevention (CDC)

Selbstverletzendes Verhalten als übergeordneter Begriff beschreibt Verhaltensweisen mit und ohne suizidale Absicht. Im angloamerikanischen Sprachraum werden dafür die Begriffe »self-directed violence« oder »self-injurious behavior« benutzt. In Europa hingegen wird häufiger der Begriff »deliberate self-harm« verwendet (SILVERMAN 2016).

In den letzten Jahren hat sich in den USA das Klassifikationssystem des »Centers for Disease Control and Prevention« (CDC) etabliert, um selbstverletzendes Verhalten zu beschreiben (CROSBY u. a. 2011). Es geht auf einen Vorschlag von POSNER und Kollegen (2007) zurück und unterscheidet drei Verhaltensklassen selbstverletzenden Verhaltens (Abbildung 2, S. 12):

- nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten,
- unbestimmtes selbstverletzendes Verhalten und
- suizidales Verhalten.

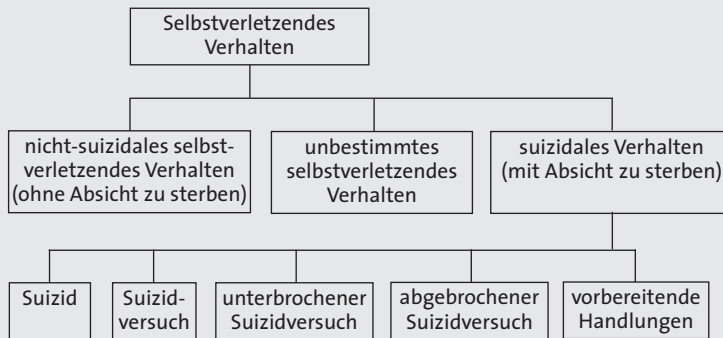
Die Unterscheidung wird anhand der zugrunde liegenden Intention getroffen. Hier wird üblicherweise von der Intention zu sterben ausgegangen. In der CDC-Klassifikation wird dabei zwischen klar geäußerten, zweifelsfrei suizidalen Absichten (engl. »explicit intents«) und impliziten Absichten differenziert. Um selbstverletzendes Verhalten als suizidales Verhalten zu kategorisieren, muss eine suizidale Absicht vorliegen (engl. »non-zero intent«), andernfalls ist es als unbestimmtes oder nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten einzuordnen (CROSBY u. a. 2011; POSNER u. a. 2007; SILVERMAN u. a. 2007).

Suizidales Verhalten unterteilt sich in der CDC-Klassifikation wie folgt:

Suizid (engl. »suicide«) Tod aufgrund eines intentionalen, selbstschädigenden Verhaltens, das mit der Absicht zu sterben assoziiert ist. Drei Bestimmungsmerkmale gelten als zentral:

ABBILDUNG 2 Klassifikation selbstverletzenden Verhaltens

(modifiziert nach CROSBY u.a. 2011)



1. Die Person ist tot.
2. Das Verhalten der Person selbst führte zum Tod. (Die Person muss die tödliche Handlung allerdings nicht selbst ausgeführt haben – sie muss sie lediglich selbst initiiert haben.)
3. Die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen.

Suizidversuch (engl. »suicide attempt«): Auf die eigene Person gerichtetes, potenziell selbstverletzendes Verhalten, das nicht zum Tod führte, aber mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. Wiederum gelten drei Bestimmungsstücke als zentral:

1. Die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen.
2. Es wurde ein Verhalten gezeigt, dass das Potenzial zur Selbstschädigung hatte bzw. von dem die Person dachte, dass es dieses Potenzial hat.
3. Eine Verletzung oder Schädigung muss nicht tatsächlich aufgetreten sein.

Unterbrochener Suizidversuch (engl. »interrupted suicide attempt«): Die Ausführung eines auf die eigene Person gerichteten, potenziell selbstverletzenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war, wurde durch eine andere Person unterbrochen oder verhindert, bevor es zu einer (potenziellen) Schädigung gekommen ist. Zwei Merkmale sind entscheidend, um von einem unterbrochenen Suizidversuch zu sprechen:

1. Ohne die Unterbrechung wäre es zum Suizidversuch gekommen.
2. Es ist zu keiner Verletzung gekommen.

Abgebrochener Suizidversuch (engl. »aborted suicide attempt«): Die Ausführung eines auf die eigene Person gerichteten, potenziell selbstverletzenden Verhaltens, das mit der Absicht zu sterben assoziiert war, wurde vorbereitet, die Person selbst stoppt ihr Verhalten jedoch unmittelbar, bevor es zu einer Schädigung oder einer potenziellen Schädigung kommt. Wie beim unterbrochenen Suizidversuch gilt auch hier:

1. Ohne die Unterbrechung wäre es zum Suizidversuch gekommen.
2. Es ist zu keiner Verletzung gekommen.

Vorbereitende Handlungen bzw. vorbereitendes Verhalten (engl. »preparatory acts or behavior«): Vorbereitungen zur Durchführung eines Suizidversuchs. Hierzu zählt beispielsweise das Schreiben eines Abschiedsbriefes, das Verfassen eines Testamentes, der Erwerb einer Waffe oder das Sammeln von Medikamenten. Ausschließliche Suizidgedanken oder das In-Worte-Fassen derselben gelten nicht als vorbereitende Handlungen.

Suizidale Absicht als zentrales Kriterium

Der Bestimmung der suizidalen Absicht kommt in der Abgrenzung suizidaler und nicht-suizidaler Verhaltensweisen eine zentrale Rolle zu. Als Indikatoren für eine solche suizidale Absicht gelten u.a. folgende Merkmale (BECK u.a. 1974):

- Das suizidale Verhalten wurde (zeitlich/räumlich) so ausgeführt, dass eine Rettung unwahrscheinlich war.
- Die Person hat Vorkehrungen gegen den Abbruch der suizidalen Handlung getroffen (beispielsweise indem sie sich an Zugschienen oder unter Wasser festgekettet hat).
- Die Person hat nach der Durchführung der suizidalen Handlung kein hilfesuchendes Verhalten gezeigt.
- Vorbereitungshandlungen, wie das Schreiben eines Abschiedsbriefes, wurden getroffen.

Die suizidale Absicht als zentrales Kriterium für die Einordnung ist jedoch auch kritisch zu sehen (LEO u.a. 2006; POSNER u.a. 2014). Zum einen steht neben dem Wunsch zu sterben fast immer auch der Wunsch weiterzuleben, wenngleich zum Zeitpunkt der suizidalen Handlungen der Todeswunsch überwiegt. Zum anderen ist aus psychologischer Perspektive anzumerken, dass das wesentliche Motiv suizidaler Handlungen nicht der Wunsch zu sterben oder tot zu sein ist, sondern die Überzeugung der betroffenen Person, ihrer

unaushaltbar scheinenden subjektiven Leidenssituation nur durch einen Suizid entkommen zu können (MAYO 1992). Dennoch wird üblicherweise vom Wunsch zu sterben bzw. von einer suizidalen Absicht gesprochen.

Grundsätzlich muss man sich darüber im Klaren sein, dass die Beurteilung, ob dem selbstverletzenden Verhalten eine suizidale Absicht zugrunde liegt, fehleranfällig ist: Selbstberichtete suizidale Intentionen können durch den Kontext, in dem sie erfragt werden, und durch mögliche Folgen der Offenlegung beeinflusst werden. Außerdem können sowohl Vergiftungs- und Rauschzustände zum Zeitpunkt der suizidalen Handlung als auch impulsives Handeln und ambivalentes Erleben es erschweren oder unmöglich machen, später klar zu benennen, was die eigene Intention zu diesem Zeitpunkt war. Die Umstände eines selbstverletzenden Verhaltens können schließlich so arrangiert werden, dass es wie ein Suizidversuch wirkt, ohne tatsächlich einer zu sein; wie auch der umgekehrte Fall denkbar ist, bei dem ein tatsächlicher Suizidversuch den Anschein eines Unfalls vermittelt (FREEDENTHAL 2017). Selbst die vermutete Letalität der verwendeten Methode bietet keinen sicheren Anhaltspunkt für eine dahinter liegende suizidale Absicht: Viele Betroffene haben eher ungenaue Vorstellungen über das Gefährdungspotenzial unterschiedlicher Substanzen und Methoden. Enge Zusammenhänge zwischen suizidaler Absicht und Methodenwahl finden sich nur bei Personen, die genaues Wissen über das Tötungspotenzial verschiedener Methoden haben (BROWN u. a. 2004).

Die Ambivalenz hinsichtlich der suizidalen Intention wurde zum Beispiel in einer amerikanischen Studie gezeigt. 40 Prozent der Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, gaben an, nur durch Glück überlebt zu haben; 13 Prozent berichteten, dass sie zwar ernsthafte suizidale Absichten hatten, aber eine Methode wählten, von der sie wussten, dass diese nicht zwingend zum Tod führt. 47 Prozent und damit fast die Hälfte der Befragten beschrieben, dass ihr Suizidversuch ein Ruf nach Hilfe war und sie nicht ernsthaft hätten sterben wollen (NOCK, KESSLER 2006). Die letztgenannte Art von Suizidversuchen wird oft als »appellativer Suizid« oder als »Suizidgeste« bezeichnet. Dennoch findet sich diese Kategorie nicht in der CDC-Klassifikation, was vor allem mit der Unschärfe der Begriffe erklärt wird und mit der Befürchtung, dass die negative Konnotation dieses Begriffs die betreffenden Personen und ihr Verhalten stigmatisiert (SILVERMAN 2016).

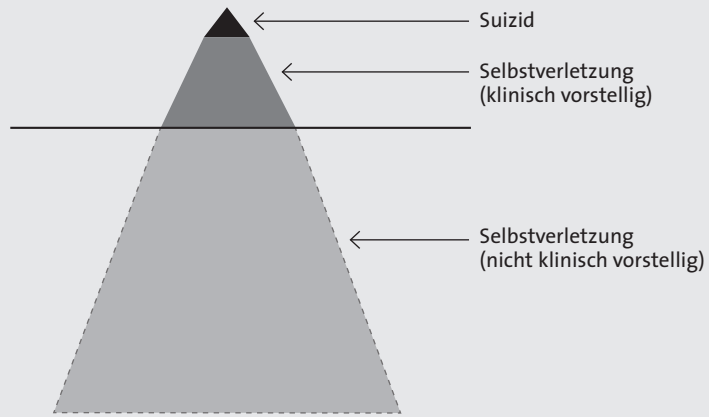
Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Häufigkeit von suizidalen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheidet sich sehr stark von der im Erwachsenenalter. Selbstverletzende Verhaltensweisen treten bei Jugendlichen vergleichsweise oft auf. Über verschiedene Studien hinweg berichten etwa 10 Prozent aller Jugendlichen, sich selbst schon einmal absichtlich verletzt zu haben. Mädchen fügen sich dabei häufiger absichtlich Verletzungen zu als Jungen. Neben der bereits dargestellten CDC-Klassifikation, in der zwischen verschiedenen Verhaltensklassen hinsichtlich der suizidalen Absicht unterschieden wird, wird deshalb gerade bei Selbstverletzungen im Jugendalter das sogenannte *Iceberg Model* (HAWTON u. a. 2012) herangezogen, das die Besonderheiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen berücksichtigt.

Dieses Modell geht auch von selbstverletzendem Verhalten (engl. »self-harming behavior«) aus, anders als in der CDC-Klassifikation liegt ihm jedoch ein dimensionales Verständnis der Absicht zu sterben zugrunde. So gaben Jugendliche, die aufgrund von Selbstverletzungen ins Krankenhaus kamen, verschiedene Gründe für ihr selbstverletzendes Verhalten an. Neben suizidalen Absichten wurde auch der Wunsch benannt, belastenden Situationen zu entkommen oder anderen zu zeigen, wie schlecht es ihnen ging. Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter wird als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels genetischer, biologischer, psychologischer, sozialer und kultureller Faktoren verstanden (HAWTON u. a. 2012). Es erhöht auch ohne suizidale Absicht das Risiko, später suizidale Selbstverletzungen zu vollziehen, vor allem wenn es wiederholt stattfindet und bis ins Erwachsenenalter andauert.

Das Modell veranschaulicht dies anhand des Bildes eines Eisbergs: Lediglich ein kleiner Teil des Eisbergs, nämlich etwa 20 Prozent, ist sichtbar. Der weitaus größere Teil des Eisbergs befindet sich dagegen unsichtbar unter der Wasseroberfläche. So ist ein großer Teil des Phänomens der Selbstverletzung vor allem aus Sicht der klinischen Versorgung unsichtbar. Hierbei handelt es sich um solche Fälle, die keinen Anlass geben, eine Notfallambulanz aufzusuchen (engl. »self-harm in the community, not presenting to clinical services«). Der sichtbare Teil des Eisbergs steht für Selbstverletzungen, bei der die Verletzungen ärztlich versorgt werden müssen (engl. »self-harm, presenting to clinical services«). Allein die Spitze des Eisbergs und damit ein sehr kleiner Anteil repräsentiert Suizide (Abbildung 3, S. 16).

ABBILDUNG 3 Häufigkeiten von Selbstverletzung und Suizid junger Menschen
(nach HAWTON u. a. 2012)



Die ganzheitliche Betrachtung von selbstverletzenden Verhaltensweisen, sowohl mit als auch ohne suizidale Absicht, ist durchaus sinnvoll, da nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ein wichtiger Risikofaktor für späteres suizidales Verhalten ist und es sich nicht immer bestimmen lässt, ob eine suizidale Absicht hinter dem Verhalten steht (SILVERMAN 2016). Unabhängig davon wird angenommen, dass nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten mehr zur Regulation negativer emotionaler Zustände, zur Überwindung emotionaler Taubheitsgefühle, zur Wiedererlangung von Kontrolle oder zur Selbstbestrafung dient, während bei suizidalen Verhaltensweisen der Wunsch zu sterben bzw. das Entkommen aus einer unaushaltbaren subjektiven Leidenssituation durch einen Suizid im Vordergrund steht.

In Ergänzung zu den hier dargestellten definitorischen Ansätzen für selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität hat die Internationale Gesellschaft zur Erforschung von Selbstverletzungen (engl. »International Society for the Study of Self-Injury« ISSS) eine umfassende Definition nicht-suizidaler selbstverletzender Verhaltensweisen in Abgrenzung zu suizidalen Verhaltensweisen erarbeitet. Nicht-suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen werden als absichtsvolle, sich selbst zugefügte Verletzungen von Körpergewebe verstanden, die ohne suizidale Absicht und aus Gründen, die nicht sozial oder kulturell geduldet sind, vorgenommen werden (ISSS 2018). Eine sozial akzeptierte Form selbstverletzenden Verhaltens wäre z. B. Körperschmuck wie Piercings oder Tattoos. Im DSM-5 wurde dazu eine spezifische Störungskategorie (»non-suicidal

self-injury disorder«) in die Forschungskriterien eingeführt (vgl. Tabelle 1, S. 18).

Suizidalität als eigenständige Störungskategorie

Suizidgedanken und suizidales Verhalten wurden bislang in den etablierten Klassifikationssystemen psychischer Störungen wie dem DSM-IV im Wesentlichen als Symptome der Majoren Depression und der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeführt (SASS u. a. 2003). Auch wenn die meisten Menschen, die durch einen Suizid sterben, die Kriterien mindestens einer psychischen Störung erfüllen, gibt es Hinweise darauf, dass andere nicht an einer psychischen Erkrankung litten. So ist in einer US-amerikanischen und einer chinesischen Studie zu finden, dass bei 10 Prozent bzw. 37 Prozent der untersuchten Suizide keine diagnostizierte psychische Störung vorlag (PHILLIPS u. a. 2002). Darüber hinaus zeigt auch bei den Störungsbildern, die mit einem hohen Risiko suizidalen Erlebens und Verhaltens einhergehen, meist nur ein relativ kleiner Teil der Betroffenen suizidales Verhalten. Es lässt sich also kritisch diskutieren, ob suizidales Verhalten als wesentliches und spezifisches diagnostisches Kriterium dieser Störungen betrachtet werden kann.

Zudem gibt es weitere psychische Störungen, z. B. Schizophrenien, bipolare Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen oder Suchterkrankungen, die mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen, bei denen aber suizidales Erleben und Verhalten nicht unter den diagnostischen Kriterien zu finden ist (OQUENDO, BACA-GARCIA 2014). Im DSM-5 (FALKAI, WITTCHEN 2018) wurde suizidales Verhalten deshalb erstmals auf Störungsebene definiert. In den Forschungskriterien wurde die suizidale Verhaltensstörung (engl. »suicidal behavior disorder«) in den Kanon der zu erforschenden Störungsbilder aufgenommen (siehe Tabelle 1). Kern der suizidalen Verhaltensstörung ist die Durchführung eines Suizidversuchs. Im Sinne der CDC-Klassifikation wird im DSM-5 weiter unterschieden zwischen der suizidalen Verhaltensstörung und dem nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten (engl. »non-suicidal self-injury disorder«, NSSID).

Auch in der ICD-10 gab es unter den psychischen Störungen bislang keine eigenständige Störungskategorie, die suizidales Erleben und Verhalten beschreibt. Suizidalität ist aber analog zum DSM-IV in den diagnostischen Kriterien der schweren depressiven Episoden (F32.2 und F32.3) und in den Kriterien für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (F60.3) aufgeführt. Im Kapitel »Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität« der

TABELLE 1 Suizidale Verhaltensstörung – Vorgeschlagene Kriterien

(aus: FALKAI, WITTCHEN 2018, S. 1096); Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag

- A. Die Person hat innerhalb der letzten 24 Monate einen Suizidversuch unternommen.
Beachte: Ein Suizidversuch ist ein selbstinitiiertes Verhaltensablauf einer Person, die zum Zeitpunkt der Initiierung annimmt, dass der Ablauf der Handlung zu ihrem eigenen Tod führt. Der »Zeitpunkt der Initiierung« ist der Zeitpunkt, an dem das Verhalten eingetreten ist, das die Anwendung der Methode beinhaltet.
- B. Die Tat erfüllt nicht die Kriterien für Nichtsuizidale Selbstverletzungen – d.h. sie beinhaltet keine Selbstverletzungen, die der Körperoberfläche zum Zweck der Entlastung von negativen Gefühlen, von einem kognitiven Zustand oder zur Herbeiführung eines positiven Gefühls zugefügt werden.
- C. Die Diagnose bezieht sich nicht auf Suizidgedanken oder Suizidvorbereitungen.
- D. Die Tat wurde nicht während eines Delirs oder eines Zustandes der Verwirrtheit initiiert.
- E. Die Tat wurde nicht ausschließlich aufgrund eines politischen oder religiösen Ziels ausgeführt.

Bestimme, ob:

Aktuell: Nicht mehr als 12 Monate seit dem letzten Versuch.

Frühremittiert: 12 bis 24 Monate seit dem letzten Versuch

ICD-10 findet sich unter den Schlüsseln X60 bis X84 (Vorsätzliche Selbstbeschädigung) eine Reihe von Codierungsschlüsseln, die es erlauben, vorsätzliche Selbstbeschädigungen und die verwendete Methode detailliert anzugeben (z. B. X70: Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken). Diese Codiermöglichkeiten in der ICD-10 schließen jedoch sowohl suizidales als auch nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ein und spezifizieren die Absicht nicht näher (WHO 2016 a). Ein ähnliches Vorgehen wird in der ICD-11 gewählt, auch hier wird es – anders als im DSM-5 – weiterhin keine spezifische Störungskategorie geben. Trotzdem wird auch in der ICD-11 wie in der ICD-10 die Möglichkeit bestehen, Selbstverletzungen zu codieren. Verschiedene Forschergruppen haben Ansätze entwickelt, akute Suizidalität auf Syndromebene zu definieren. Mit der Einführung der Suizidalen Verhaltensstörung im DSM-5 wurde eine suizidspezifische Störung ausgewiesen, die sich auf zurückliegendes Verhalten bezieht. Für die Risikoabschätzung und das klinische Management von akuten Symptomen und Warnzeichen wurde

in einer Arbeitsgruppe von Joiner in Anlehnung an die *Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens* (siehe S. 70) die akut suizidale-affektive Störung (engl. »acute suicidal affective disturbance«, ASAD) definiert (TUCKER u. a. 2016). Die Kernmerkmale der ASAD sind:

- eine drastische Zunahme der Absicht, sich zu suizidieren, in einem engen Zeitfenster von Stunden oder Tagen (nicht Wochen oder Monaten),
- soziale Entfremdung (sozialer Rückzug, Gefühl, eine Last für andere zu sein) und/oder Selbstentfremdung (z. B. Gefühle von Selbsthass oder das Gefühl, sich selbst als unerträgliche Last zu erleben),
- Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit und
- zwei oder mehr Übererregungssymptome (z. B. Agitiertheit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Albträume).

Die Symptomatik aus diesen vier Merkmalen darf nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärbar sein. Treten alle vier Symptome innerhalb von Stunden oder Tagen auf, liegt eine akut suizidale-affektive Störung vor. Erste Untersuchungen lieferten Belege zur Konstruktvalidität des Syndroms (ROGERS u. a. 2019).

Ein weiterer aktueller Vorschlag zur syndromalen Beschreibung von Suizidalität stammt von GALYNKER (2017): Das Suicide Crisis Syndrome (SCS) beschreibt einen spezifischen akuten Zustand affektiver und kognitiver Dysregulation, die sogenannte suizidale Krise, die zu suizidalen Handlungen führt. Vor allem das unmittelbare Suizidrisiko ist dabei von der Intensität des Suicide Crisis Syndrome abhängig, das entsprechend von hoher klinischer Bedeutung ist. Anfänglich wurden drei Faktoren des SCS differenziert:

- ein affektiver Zustand des Sich-gefangen-, -verzweifelt-, -hoffnungslos-Fühlens (engl. »frantic hopelessness«),
- ein kognitiver Zustand, der mit Kontrollverlust über Gedanken und unablässigem Grübeln einhergeht (engl. »ruminative flooding«) und
- psychotische Somatisierung (somatische Erlebnisse wie panikartige, dissoziative Erfahrungen).

Diese wurden in fünf Dimensionen unterteilt und als Grundlage für eine klinische Diagnose des SCS vorgeschlagen (CALATI u. a. 2020):

- Frantic Hopelessness (in neueren Arbeiten auch als »entrapment« bezeichnet),
- affektive Dysregulation,
- kognitiver Kontrollverlust,
- Übererregung (engl. »hyperarousal«) und
- sozialer Rückzug.

Auch wenn die beiden beschriebenen Syndrome Überschneidungen aufweisen, gibt es dennoch konzeptionelle Unterschiede. Während die suizidale Absicht ein Kernelement der akut suizidal-affektiven Störung ist, werden Suizidgedanken im Suicide Crisis Syndrome nicht explizit als Bestimmungstück benannt. Es wäre denkbar, dass beide das gleiche Störungsbild, jedoch im zeitlichen Verlauf verschiedene Entwicklungsabschnitte einer suizidalen Krise beschreiben. Die akut suizidal-affektive Störung stellt in diesem Sinne eher den akuten Endzustand vor einem Suizidversuch dar. Weitere Forschung ist hier notwendig, um die Überlappungen von ASAD, SCS und der suizidalen Verhaltensstörung genauer zu untersuchen sowie deren klinischen Nutzen bei der Identifikation von Hochrisikopersonen und der Prävention von Suizidversuchen zu prüfen (JOINER u. a. 2018; ROGERS u. a. 2019).

Eindeutige und nicht-stigmatisierende Sprache

Suizidalität wurde und wird in verschiedenen historischen Epochen und Kulturen unterschiedlich beurteilt. Die vielfältigen und divergierenden Ansichten reichen vom Märtyrertod über religiöse Verbote suizidaler Handlungen bis hin zur Verklärung des »Freitodes« in der Romantik. Heute wird Suizidalität in erster Linie als eine psychische Ausnahmesituation verstanden, in der die Betroffenen Hilfe aufsuchen und bekommen sollen, um Suizidversuche und Suizide unbedingt zu vermeiden. Diese Haltung wird sowohl auf internationaler Ebene durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als auch auf nationaler Ebene z. B. durch das Nationale Suizidpräventionsprogramm (www.suizidpraevention-deutschland.de) vertreten, die Maßnahmen zur Suizidprävention entwickeln und umsetzen. Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen von Suizidalität bergen aber auch Herausforderungen für den sprachlichen Umgang mit dem Thema.

Neben der bislang uneinheitlichen Definition und Klassifikation sowie der Vielzahl an Begrifflichkeiten, die zum Teil identische oder überlappende Phänomene beschreiben, und den daraus resultierenden Schwierigkeiten in der wissenschaftlichen Kommunikation, gibt es in den letzten Jahren einen Diskurs über nicht-stigmatisierende Sprache bzw. präzise Sprache zum Thema Suizidalität. Ziel ist es, Begrifflichkeiten zu etablieren, die suizidales Erleben und Verhalten sowie die betroffenen Personen nicht stigmatisieren und es

den Betroffenen möglich machen, darüber zu sprechen und Hilfe zu suchen. Dies gilt für die Medien, wissenschaftliche Beiträge, Vorträge, aber auch für Alltagsgespräche und das klinische Umfeld. Im Folgenden werden sowohl englische als auch deutsche Begriffe kritisch hinterfragt und Empfehlungen für eine nicht-stigmatisierende Sprache gegeben.

Menschen, die durch einen Suizid gestorben sind, werden häufig als Personen bezeichnet, die einen Suizid begangen (engl. »committed suicide«) oder vollendet (engl. »completed suicide«) haben. Benutzt man den Begriff »begangen«, verbindet dies den Suizid mit verbotenen oder unmoralischen Handlungen oder auch mit einer Sünde, denn in diesem Kontext wird der Begriff »begangen« normalerweise benutzt. Um eine moralische Bewertung zu umgehen und Suizidalität zu entstigmatisieren, wird empfohlen, von Menschen, die durch einen Suizid gestorben sind (engl. »died by suicide«), zu sprechen. Auch die Formulierung eines vollendeten Suizids folgt nicht dem heutigen Verständnis von Suizidalität, weil bei dem Begriff »vollendet« immer auch ein Anklang von Erfolg mitschwingt. Da dem aktuellen Verständnis von Suizidalität die Verhinderung von Suiziden zugrunde liegt und Betroffene Hilfe und Unterstützung bekommen sollen, gilt es diese Konnotation zu vermeiden.

Ein Suizidversuch sollte nicht als gescheiterter Suizid (engl. »failed suicide«) oder erfolgloser Suizid (engl. »unsuccessful suicide«) bezeichnet werden. Das Überleben des Betroffenen mag nicht seiner ursprünglichen Intention entsprechen, führte jedoch dazu, ein Leben zu retten und Hilfe und Behandlung anbieten zu können. Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, befinden sich zu diesem Zeitpunkt in einer subjektiv ausweglosen Lage. Ihren Versuch als gescheitert zu bezeichnen, dürfte ihrer Selbstwahrnehmung nicht zuträglich sein.

Personen, die einen Angehörigen durch einen Suizid verloren haben, sollten im englischsprachigen Raum als »suicide loss survivors« bezeichnet werden, damit klar ausgedrückt wird, dass sie einen Angehörigen verloren und nicht selbst einen Suizidversuch unternommen haben. Manchmal wird in diesem Zusammenhang fälschlicherweise der missverständliche Begriff »suicide survivor« benutzt. Im Deutschen wird der Begriff »Suizidhinterbliebene« verwendet.

Der Begriff »Suizid« sollte nur für dieses Phänomen und nicht im übertragenden Sinne benutzt werden, weil dies zur Bagatellisierung von Suizidalität beitragen kann. Beispiele hierfür sind »political suicide«, also eine Entscheidung treffen, die die politische Karriere stark gefährdet oder beendet, oder »fashion suicide«, das heißt ein Outfit wählen, das einen überhaupt nicht kleidet.

Leider finden sich im Deutschen, vor allem im allgemeinsprachlichen Gebrauch, immer noch Begriffe wie »Selbstmord« oder »Freitod«, die nicht benutzt werden sollten. Von einem Selbstmord zu sprechen, impliziert eine Wertung und rückt den Suizid in den Kontext von Gewaltverbrechen. Dies und die juristische Definition von Mord ist nicht erfüllt. Es wird in diesem Zusammenhang auch diskutiert, dass die Verwendung des Begriffes »Selbstmord« den Trauerprozess der Hinterbliebenen behindert. Der Begriff »Freitod« impliziert, dass sich eine Person bewusst und selbstbestimmt für den Tod entschieden hat. Wir wissen heute, dass sich Menschen vor einem Suizid normalerweise in einer subjektiv ausgeweglosen Situation befinden. Folgt man diesem Verständnis, kann man nicht von einer freiwilligen Entscheidung ausgehen, sondern von einer psychischen Ausnahmesituation, in der Menschen Hilfe benötigen und erhalten sollen. Deshalb wird in diesem Zusammenhang der Begriff Suizid empfohlen.

Fazit und Ausblick

Auch wenn es bislang keine einheitliche Klassifikation und Definition von suizidalem Erleben und Verhalten gibt, existieren verschiedene Ansätze, insbesondere für die Beschreibung von selbstverletzendem Verhalten mit und ohne suizidale Absicht, die der Erforschung, Kommunikation sowie der klinischen Arbeit eine Grundlage zur Verständigung liefern. Glücklicherweise wurden im DSM-5 zwei neue diagnostische Kategorien auf Störungsebene in die Forschungskriterien integriert. Dies dürfte die Forschung rund um diese Störungsbilder anregen, und es wird sicher eine wachsende Zahl an Studien geben, die sich mit dem Nutzen und der Validität dieser Störungskategorien auseinandersetzen.

Für die klinische Arbeit und die Identifikation von Hochrisikopatienten wurden in den letzten Jahren zwei neue Ansätze auf Syndromebene entwickelt, die in diesem Kapitel kurz vorgestellt wurden. Insgesamt zeichnet sich ein interessantes und dynamisches Bild, das auf weitere Fortschritte im Bereich Klassifikation und Definition von Suizidalität hoffen lässt. Momentan stehen noch viele verschiedene Ansätze nebeneinander. Hier gilt es je nach Anwendungsbereich und Ziel das passende Vorgehen auszuwählen.

Weiterführende Literatur

- 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. In: *American Journal of Psychiatry*, 164 (7), S. 1035–1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035.
- CROSBY, A.; ORTEGA, L.; MELANSON, C. (2011): Self-directed violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements. Online verfügbar unter <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997> (Abruf 20.10.2020).
- SILVERMAN, M. M. (2016): Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviors. In: O'CONNOR, R. C.; PIRKINS, J. (Hg.): *The international handbook of suicide prevention*, S. 11–35. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.

Literatur

- BECK, A. T.; SCHUYLER, D.; HERMAN, I. (1974): Development of suicidal intent scales. In: BECK, A. T.; RESNIK, H. L.; LETTIERI, D. J. (Hg.): *The prediction of suicide*, S. 45–56. Philadelphia, Pennsylvania: Charles Press Publishers.
- BROWN, G. K.; HENRIQUES, G. R.; SOSDJAN, D.; BECK, A. T. (2004): Suicide intent and accurate expectations of lethality. Predictors of medical lethality of suicide attempts. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), S. 1170–1174. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1170.
- CALATI, R.; COHEN, L. J.; SCHUCK, A.; LEVY, D.; BLOCH-ELKOUBY, S. u. a. (2020): The modular assessment of risk for imminent suicide (MARIS). A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. In: *Journal of Affective Disorders*, 263, S. 121–128. doi:10.1016/j.jad.2019.12.001.
- CWIK, J. C.; TEISMANN, T. (2017): Misclassification of self-directed violence. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24 (3), S. 677–686. doi:10.1002/cpp.2036.
- FALKAI, P.; WITTCHEN, H. U. (2018): *Diagnostisches und Statistisches Manual (DSM-5)*. Göttingen: Hogrefe.
- FREEDENTHAL, S. (2017): Language matters. Committed suicide vs. completed suicide vs. died by suicide. Online verfügbar unter www.speakingofsuicide.com/2017/09/21/suicide-language/ (Abruf 20.10.2020).

- HAWTON, K.; SAUNDERS, K.E.A.; O'CONNOR, R.C. (2012): Self-harm and suicide in adolescents. In: *The Lancet*, 379 (9834), S. 2373–2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- ISSS – International Society for the Study of Self-Injury (2018): What is self-injury? Online verfügbar unter <https://itriples.org/category/about-self-injury> (Abruf 20.10.2020).
- JOINER, T.E.; SIMPSON, S.; ROGERS, M.L.; STANLEY, I.H.; GALYNKER, I.I. (2018): Whether called acute suicidal affective disturbance or suicide crisis syndrome, a suicide-specific diagnosis would enhance clinical care, increase patient safety, and mitigate clinician liability. In: *Journal of Psychiatric Practice*, 24 (4), S. 274–278. doi:10.1097/PRA.0000000000000315.
- KLONSKY, E.D.; MAY, A.M. (2015): The Three-Step Theory (3ST). A new theory of suicide rooted in the »ideation-to-action« framework. In: *International Journal of Cognitive Therapy*, 8 (2), S. 114–129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114.
- LEO, D. DE; BURGIS, S.; BERTOLOTE, J.M.; KERKHOF, A.J.F.M.; BILLE-BRAHE, U. (2006): Definitions of suicidal behavior. Lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. In: *Crisis*, 27 (1), S. 4–15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4.
- MAYO, D.J. (1992): What is being predicted? The definition of »suicide«. In: MARIS, R.W.; BERMAN, A.L.; MALTSBERGER, J.T.; YUFIT, R.I. (Hg.): *Assessment and prediction of suicide*, S. 88–101. New York: Guilford Press.
- NOCK, M.K.; KESSLER, R.C. (2006): Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures. Analysis of the national comorbidity survey. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), S. 616–623. doi:10.1037/0021-843X.115.3.616.
- OQUENDO, M.A.; BACA-GARCIA, E. (2014): Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system. Advantages outweigh limitations. In: *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13 (2), S. 128–130. doi:10.1002/wps.20116.
- PHILLIPS, M.R.; YANG, G.; ZHANG, Y.; WANG, L.; JI, H. u. a. (2002): Risk factors for suicide in China. A national case-control psychological autopsy study. In: *The Lancet*, 360 (9347), S. 1728–1736. doi:10.1016/S0140-6736(02)11681-3.
- POSNER, K.; BRODSKY, B.; YERSHOVA, K.; BUCHANAN, J.; MANN, J. (2014): The classification of suicidal behavior. In: NOCK, M.K. (Hg.): *The oxford handbook of suicide and self-injury*, S. 7–22. Oxford: Oxford University Press.

- ROGERS, M. L.; CHU, C.; JOINER, T. E. (2019): The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity. Acute suicidal affective disturbance. In: *Journal of Clinical Psychology*, 75 (6), S. 999–1010. doi:10.1002/jclp.22743.
- SASS, H.; WITTCHEN, H. U.; ZAUDIG, M.; HOUBEN, I. (2003): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://d-nb.info/965473074/04> (Abruf 20.10.2020).
- SILVERMAN, M. M.; BERMAN, A. L.; SANDDAL, N. D.; O'CARROLL, P. W.; JOINER, T. E. (2007): Rebuilding the tower of babel. A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. In: *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37 (3), S. 264–277. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264.
- TUCKER, R. P.; MICHAELS, M. S.; ROGERS, M. L.; WINGATE, L. R.; JOINER, T. E. (2016): Construct validity of a proposed new diagnostic entity. Acute suicidal affective disturbance (ASAD). In: *Journal of Affective Disorders*, 189, S. 365–378. doi:10.1016/j.jad.2015.07.049.
- WHO – World Health Organization (2016 a): ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. Genf: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2016 b): Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Genf: World Health Organization.

Epidemiologie, Risiko- und Protektivfaktoren suizidalen Erlebens und Verhaltens

Nina Hallensleben und Dajana Rath

Suizidales Verhalten gilt weltweit als einer der führenden Gründe für (tödliche) Verletzungen. Epidemiologische Erkenntnisse sind für das Verständnis von Suizidalität und für die Entwicklung präventiver Maßnahmen unverzichtbar.

In diesem Kapitel werden in einem ersten Abschnitt die neuesten epidemiologischen Daten zu Suiziden, Suizidversuchen und -gedanken aus Deutschland, Europa und weltweit vorgestellt. Im zweiten Abschnitt werden bisher identifizierte Risikofaktoren für Suizidalität zusammengefasst. Da es eine Vielzahl an Faktoren gibt, die mit erhöhter Suizidalität assoziiert sind, werden diese nach demografischen, krankheitsbezogenen, psychologischen und biologischen Aspekten sowie nach Faktoren der suizidbezogenen Vorgeschichte unterteilt. Darüber hinaus werden protektive Faktoren vorgestellt.

Abschließend wird ein Ausblick auf neue Methoden zur Untersuchung von Suizidalität gegeben, welche die Identifikation individueller Risikofaktoren ermöglichen und damit unter anderem für die psychotherapeutische Behandlung von Suizidalität nützlich sein können.

Suizide sind tragisch und haben verheerende Auswirkungen auf eine Vielzahl von Systemen – zuallererst natürlich auf die Familien und Angehörigen der durch einen Suizid Verstorbenen, aber auch auf das Gesundheitssystem und die Gesellschaft als Ganzes. Suizide gehören zu den zehn häufigsten Todesursachen in Mitteleuropa, wurden aber lange nicht als signifikantes Problem der öffentlichen Gesundheit betrachtet. Im Jahr 2013 hat die Weltgesundheitsorganisation das Thema Suizidprävention schließlich als »globale Herausforderung« eingestuft und zu seiner gesundheitspolitischen Priorisierung in allen Mitgliedsstaaten aufgerufen (WHO 2014). Ein erster wichtiger Schritt dafür ist ein umfassendes Wissen über die Thematik, das sich von epidemiologischen Gesichtspunkten bis hin zu Risikofaktoren erstreckt. Dem Wissen über Risiko- und Protektivfaktoren kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung zu, da Suizide als prinzipiell vermeidbar gelten. Deren Erforschung

findet schon seit mehreren Jahrzehnten statt, jedoch wird sie u.a. durch die Vielschichtigkeit des Phänomens Suizid erheblich erschwert.

Epidemiologie

In Deutschland starben im Jahr 2019 9.041 Personen (0,01 Prozent der Bevölkerung) durch einen Suizid (Statistisches Bundesamt 2019). Weltweit waren es im Jahr 2016 laut Weltgesundheitsorganisation 789.064. Damit machen Suizide weltweit 1,4 Prozent aller Todesfälle aus (WHO 2020). Bezieht man die Anzahl der durch einen Suizid Gestorbenen auf 100.000 Personen der Bevölkerung, liegt Deutschland im weltweiten Vergleich mit einer Suizidrate von 13,6 im mittleren Bereich (WHO 2020). Die niedrigsten Suizidraten werden für karibische Länder wie Antigua und Barbuda (0,3) oder Barbados (0,8) berichtet. Die höchsten Suizidraten finden sich in Litauen (31,9) und Russland (31,0). In Deutschland ist die Suizidrate seit 1980 um 50 Prozent gesunken (Statistisches Bundesamt 2019). Laut der Weltgesundheitsorganisation sowie einer Studie von NAGHAVI (2019), die Daten von 1990 bis 2016 analysierte, sank die alterskorrigierte Mortalitätsrate durch Suizide weltweit um 33 Prozent. Im Jahr 2016 gingen damit weltweit 34,6 Millionen verlorene Lebensjahre auf einen Suizid zurück. Suizid ist damit die vierthäufigste Ursache für einen Verlust an Lebensjahren in Mitteleuropa (NAGHAVI 2019).

Männer sterben in Deutschland dreimal häufiger durch einen Suizid als Frauen. Im Jahr 2019 waren es 6.842 Männer und 2.199 Frauen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2019). Dieser Unterschied ist auf die Wahl letalerer Methoden durch Männer zurückzuführen (z. B. Erhängen), bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Rettung geringer ist. Eine Ausnahme im Geschlechterverhältnis stellen die 15- bis 19-Jährigen dar (Statistisches Bundesamt 2019; NAGHAVI 2019). In dieser Altersgruppe ähneln sich die Suizidraten: 8,5 (pro 100.000) bei den Mädchen und 8,2 bei den Jungen (NAGHAVI 2019).

Als häufigste Suizidmethode wurde 2019 in Deutschland geschlechterübergreifend das Erhängen, Strangulieren oder Ersticken gewählt ($n = 4.047$, davon 3.358 Männer; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Die zweithäufigste Methode war die vorsätzliche Selbstvergiftung ($n = 1.550$, davon 936 Männer), gefolgt vom Sturz in die Tiefe ($n = 917$, davon 594 Männer).

Demografische Verteilung

In Deutschland nimmt die Suizidrate mit dem Alter zu. Das durchschnittliche Suizidalter lag 2019 bei Männern bei 58 Jahren und bei Frauen bei 60 Jahren (Statistisches Bundesamt 2019). Die höchsten Suizidraten in Deutschland sowie Mitteleuropa finden sich in der Altersgruppe der 85- bis 94-Jährigen sowie in der Bevölkerungsgruppe der 50- bis 59-jährigen Männer (NAGHAVI 2019). Lag die Suizidrate 2017 bei 20- bis 25-jährigen Männern bei 9,7 (pro 100.000 Einwohnern) und bei Frauen bei 3,2, so lag sie bei 90-jährigen und älteren Männern bei 89,9 und bei Frauen bei 11,5 (Statistisches Bundesamt 2019). Während in der Altersgruppe der 85- bis 94-Jährigen Suizide jedoch nicht zu einer der häufigsten Todesursachen gehören, gelten sie in der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen weltweit als die fünfthäufigste und in Mitteleuropa als zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen (NAGHAVI 2019). Bis zur Pubertät finden sich jedoch in absoluten Zahlen vergleichsweise wenige Suizide: 28 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren nahmen sich im Jahr 2017 in Deutschland das Leben (Statistisches Bundesamt 2019).

Prävalenzen von Suizidversuchen und Suiziden

Mit jährlich bis zu 16 Millionen Suizidversuchen weltweit werden deutlich häufiger Suizidversuche als Suizide unternommen (WHO 2014). Da Suizidversuche aber nicht statistisch erfasst werden, lassen sich Suizidversuchsraten nur schätzen. Demnach werden ungefähr zwanzigmal mehr Suizidversuche als Suizide unternommen (WHO 2014) – je nach Altersgruppe sind es sogar bis zu vierzigmal mehr (TEISMANN u. a. 2016). Die meisten Suizidversuche werden von unter 50-Jährigen unternommen. Außerdem lassen sich für Suizidversuche andere Geschlechterverhältnisse finden als für Suizide, da Frauen häufiger einen Suizidversuch unternehmen als Männer (OLFSON u. a. 2017). Im Rahmen einer weltweiten Untersuchung durch die Weltgesundheitsorganisation wurden die Häufigkeiten für Suizide, Suizidversuche und Suizidgedanken systematisch erhoben (NOCK u. a. 2012). Dabei wurde die Lebenszeitprävalenz für einen Suizidversuch in Deutschland auf 1,7 Prozent geschätzt. Für Jugendliche werden jedoch deutlich höhere Lebenszeitprävalenzen für einen Suizidversuch angenommen. In einer deutschen Stichprobe von Neuntklässlern wurden Prävalenzen in Höhe von 8 Prozent gefunden (BRUNNER u. a. 2007). Personen, die einen Suizidversuch unternehmen, haben ein erhöhtes Risiko, innerhalb der nächsten fünf Jahre durch einen Suizid zu sterben (OLFSON u. a. 2017).

Noch höhere Prävalenzen als für Suizidversuche lassen sich in Studien zu Suizidgedanken finden. Laut Weltgesundheitsorganisation berichten weltweit ungefähr 160 Millionen Personen jährlich von Suizidgedanken (WHO 2014). Eine erst kürzlich veröffentlichte Metaanalyse zu passiven Suizidgedanken (»Ich wünschte, ich wäre tot« versus aktive Suizidgedanken: »Ich möchte mir das Leben nehmen«) fand eine 12-Monatsprävalenz von 5,8 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von 10,6 Prozent (LIU u.a. 2020). NOCK und Kollegen (2012), die aus einer multinationalen Befragung der Weltgesundheitsorganisation u.a. deutsche Daten berichteten, fanden eine Lebenszeitprävalenz von 9,7 Prozent für Suizidgedanken. Allerdings variiert die Häufigkeit von Suizidgedanken gravierender als die Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen zwischen verschiedenen Nationen (WEISSMAN u.a. 1999). Die Häufigkeit von Suizidgedanken scheint davon abzuhängen, ob jemand nach Gedanken an den Tod oder danach gefragt wird, ob Suizid ernsthaft erwogen wird (NOCK u.a. 2012). In einer deutschen Repräsentativstichprobe gaben 8 Prozent der Befragten an, in den letzten 14 Tagen Suizidgedanken gehabt zu haben (FORKMANN u.a. 2012). Bei Jugendlichen zeigen sich wiederum höhere Prävalenzangaben: 30,8 Prozent der 15- und 16-Jährigen gaben an, bereits einmal in ihrem Leben Suizidgedanken gehabt zu haben (KOKKEVI u.a. 2012). Die höheren Lebenszeitprävalenzen für Suizidversuche und -gedanken bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen scheinen etwas überraschend in Anbetracht ihres noch jungen Lebens. Allerdings scheinen Jüngere offener mit dem Thema Suizidalität umzugehen und ehrlichere Angaben zu machen als Ältere (NOCK u.a. 2012). Darüber hinaus wäre es denkbar, dass suizidales Erleben und Verhalten in krisenhaften Zeiten, wie beispielsweise der Pubertät, präsenter ist und daher von Jugendlichen häufiger angegeben wird.

Risikofaktoren

Seit mehr als fünfzig Jahren werden Risikofaktoren für suizidale Gedanken und suizidales Verhalten systematisch erforscht. Entsprechend wurden viele Faktoren, die Suizidalität begünstigen, beeinflussen und auslösen sollen, bereits identifiziert. Trotzdem führt das Vorhandensein eines Risikofaktors nicht zwangsläufig zu einer suizidalen Handlung, sodass suizidales Verhalten nach wie vor nicht eindeutig und individuell vorhergesagt werden kann. Es besteht allerdings Einigkeit darüber, dass der Entstehung von Suizidalität ein

komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren zugrunde liegt (O'CONNOR, NOCK 2014). Es kann grob zwischen demografischen, krankheitsbezogenen, psychologischen, biologischen Risikofaktoren, und solchen, die die suizidbezogene Vorgeschichte einer Person betreffen, unterschieden werden.

Demografische Risikofaktoren

Wie bereits erwähnt, existieren innerhalb der verschiedenen Bereiche des Suizidalitätsspektrums deutliche Alters- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Epidemiologie. Während Frauen häufiger Suizidgedanken haben sowie mehr Suizidversuche unternehmen, sterben deutlich mehr Männer durch einen Suizid. Männliches Geschlecht stellt somit einen signifikanten Risikofaktor dar für Suizide. Ein weiterer Risikofaktor für Suizide ist, wie oben bereits ausgeführt, höheres Alter. Suizidgedanken und nicht-tödliches suizidales Verhalten treten wiederum am häufigsten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf (FAZEL, RUNESON 2020).

Geschlechter- und altersunabhängig stellen geringe Bildung, Arbeitslosigkeit und niedriger sozioökonomischer Status Risikofaktoren für Suizidalität dar (PLATT 2016). Ein weiterer Einflussfaktor ist der Familienstand: bei alleinstehenden, geschiedenen und verwitweten Personen ist das Suizidrisiko höher (STACK, KPOSOWA 2016). Auch die Zugehörigkeit zu einer Minderheit in der Bevölkerung scheint das Suizidrisiko zu erhöhen; das gilt sowohl für nicht-heterosexuelle Personen als auch für Migrantinnen und Migranten sowie ethnische Minderheiten (FORTE u. a. 2018; TURECKI, BRENT 2016).

Krankheitsbezogene Risikofaktoren

Einer der größten und am meisten erforschten Risikofaktoren für Suizidalität ist das Vorhandensein psychischer Erkrankungen (siehe Kapitel »Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen«, S. 46). Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass etwa 90 Prozent der Suizide im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung vollzogen werden (CAVANAGH u. a. 2003). Betroffene Personen leiden am häufigsten unter affektiven Erkrankungen (insbesondere depressive Störungen), substanzbezogenen Störungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit), Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung) (BACHMANN 2018; BERTOLETE u. a. 2004; TEISMANN u. a. 2016). Aber auch bei Essstörungen (insbesondere Anorexia Nervosa) und Angststörungen

(insbesondere Panikstörung und Posttraumatische Belastungsstörung) ist das Suizidrisiko erhöht (NEPON u. a. 2010; SUOKAS u. a. 2014). Komorbide psychische Erkrankungen erhöhen das Suizidrisiko enorm (CAVANAGH u. a. 2003). In einer Untersuchung von KIM und Kollegen (2003) wiesen mehr als ein Drittel der Suizidenten drei oder mehr psychiatrische Diagnosen auf. Die häufigsten Kombinationen waren depressive Störungen mit Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (siehe S. 58) und depressive Störungen mit substanzbezogenen Störungen.

Neben psychischen Erkrankungen scheinen auch einige körperliche Erkrankungen das Suizidrisiko zu erhöhen. Insbesondere schwere chronische Erkrankungen wie Krebs, HIV/AIDS, die Lungenerkrankung COPD und Diabetes werden mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung gebracht, auch unabhängig von zusätzlich vorhandenen psychischen Komorbiditäten (AHMEDANI u. a. 2017; BOLTON u. a. 2015). Dabei scheint sich das Suizidrisiko während des Krankheitsverlaufes zu verändern. In einer Studie von BOLTON und Kollegen (2015) konnte gezeigt werden, dass das Suizidrisiko bei Krebspatientinnen und -patienten in den ersten drei Monaten nach der Diagnose besonders hoch ist und im Laufe des ersten Jahres nach Diagnosestellung in einen unauffälligen Bereich absinkt, während es sich bei Diabetes erst ein Jahr nach der Diagnose erhöht. Als Faktoren, die den Zusammenhang zwischen körperlichen Erkrankungen und Suizidalität zumindest teilweise medieren könnten, werden u. a. Hilf- und Hoffnungslosigkeit (TANG, CRANE 2006), interpersonelle Konflikte (BLACK u. a. 2019) und sozioökonomische Einbußen (TANG u. a. 2019) diskutiert. KARASOULI und Kollegen (2014) haben in einer qualitativen Untersuchung von Personen mit chronischen körperlichen Erkrankungen insbesondere Hoffnungslosigkeit angesichts der Chronizität und Unheilbarkeit der Krankheit sowie Selbstwertverlust und Schuldgefühle durch zunehmende Abhängigkeit von anderen als Einflussfaktoren identifiziert. Ebenso wie bei psychischen Erkrankungen erhöht die Anzahl komorbider körperlicher Erkrankungen das Suizidrisiko stark (GOODWIN u. a. 2003).

Psychologische Risikofaktoren

Da Suizide in der Regel eine mehr oder weniger bewusste Entscheidung eines Menschen darüber sind, das eigene Leben zu beenden, wird psychologischen Faktoren für deren Entstehung eine besondere Bedeutung zugemessen. Dementsprechend wird eine Vielzahl an psychologischen Merkmalen mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung gebracht. Zu den prominentesten gehören

Hoffnungslosigkeit, Impulsivität, Aggressivität, Ängstlichkeit und Perfektionismus. Die Studienlage zu diesen Faktoren ist uneindeutig, was zum Teil auf methodische Schwierigkeiten wie beispielsweise Probleme mit der Operationalisierung der meist sehr breit gefächerten Merkmale zurückzuführen ist. Bei der Entstehung von Suizidalität scheinen weitere Faktoren eine Rolle zu spielen (BREZO u. a. 2006). Unter den klassischen Persönlichkeitsfaktoren der Big Five (COSTA, McCRAE 1989) sind Neurotizismus und Extraversion als Risikofaktoren für Suizidalität relevant. Insbesondere die Kombination aus hoch ausgeprägtem Neurotizismus und schwach ausgeprägter Extraversion scheint das Suizidrisiko zu erhöhen (FANG u. a. 2012).

In dem Bemühen zu verstehen, welche Denkprozesse Menschen dazu führen, ihr Leben beenden zu wollen, wurden außerdem verschiedene kognitive Faktoren identifiziert, die zur Entstehung von Suizidalität beitragen könnten. Dazu gehören kognitive Rigidität, Grübeln, Problemlöseschwierigkeiten und die Tendenz, aversive Gedanken zu unterdrücken (O'CONNOR, NOCK 2014).

Nicht zuletzt haben auch individuelle biografische Faktoren bzw. Traumata eine prädiktive Bedeutung für suizidales Verhalten. Dazu zählen ganz besonders Erfahrungen von körperlichem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit (BRUFFAERTS u. a. 2010). Aber auch der Verlust eines Familienmitgliedes durch Suizid erhöht das eigene Suizidrisiko (QIN u. a. 2002).

In den letzten Jahrzehnten wurden einige Bemühungen zur Erarbeitung integrativer psychologischer Theorien zur Entstehung von Suizidalität angestellt. Es steht deshalb eine Auswahl von modernen und mehr oder weniger komplexen Erklärungsmodellen, wie beispielsweise der *Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens* (JOINER 2005) oder das *Integrative Motivational-Volitionale Modell suizidalen Verhaltens* (O'CONNOR 2011), zur Verfügung. Auf diese wird im Kapitel »Psychologische Erklärungsmodelle suizidalen Erlebens und Verhaltens« (S. 69) genauer eingegangen.

Biologische Risikofaktoren

Verschiedene biologische Systeme sind an der Entstehung von Suizidalität beteiligt. Hinsichtlich genetischer Prozesse sei auf das Kapitel »Genetische und neurobiologische Determinanten suizidalen Erlebens und Verhaltens« (S. 90) verwiesen.

Zum einen legen Zwillings- und Adoptionsstudien eine nicht unerhebliche genetische Komponente nahe: Schätzungsweise 43 Prozent der Variabilität von Suizidalität zwischen Personen können auf genetische Faktoren zurückgeführt