

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3718>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Buchmann, Arlette F.; Blomeyer, Dorothea; Laucht, Manfred

Titel: Suizidales Verhalten im jungen Erwachsenenalter:
Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit
bis zum Jugendalter

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61
(1), 32-49

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Suizidales Verhalten im jungen Erwachsenenalter: Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter

Arlette F. Buchmann, Dorothea Blomeyer und Manfred Laucht

Summary

Suicidal Behaviors Among Young Adults: Risk Factors During Development from Early Childhood to Adolescence

Suicidal behaviors are prevalent among young people. Numerous risk factors have been implicated in their development. In the framework of the longitudinal Mannheim Study of Children at Risk, 311 young adults (143 males, 168 females) aged 19-23 years were investigated in order 1) to determine the significance of different risk factors during development in predicting suicidal behaviors in young adulthood, 2) to identify potential risk factors discriminating between suicidal ideation and suicide attempts, and 3) to examine whether the effect of early risk factors was mediated by later occurring predictors. Young adults with suicidal behaviors displayed a number of abnormalities during development, including high load of early family adversity, suicidal ideation and psychiatric problems in childhood and adolescence, as well as low self esteem, poor school functioning, higher levels of novelty seeking, and enhanced affiliations with deviant peers in adolescence. Independent contributions to predicting suicidal behaviors in young adults were provided by early family adversity, suicidal ideation during childhood and adolescence, and low self esteem (with regard to suicidal ideation) and novelty seeking (with regard to suicide attempt), respectively. The impact of early adversity was mediated by child and adolescent externalizing disorders and low self esteem in adolescence. Possible implications of these findings for the prevention and treatment of suicidal behaviors are discussed.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 32-49

Keywords

suicidal ideation – suicide attempts – young adulthood – risk factors – Mannheim Study of Children at Risk

Zusammenfassung

Suizidales Verhalten ist unter jungen Menschen weit verbreitet. Zahlreiche Risikofaktoren werden mit seiner Entstehung in Verbindung gebracht. Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie wurde an 311 jungen Erwachsenen (143 Männer, 168 Frauen) im Alter von 19-23 Jahren untersucht, 1) welche Bedeutung verschiedenen Risikofaktoren im Entwick-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 32 – 49 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

lungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter zur Vorhersage suizidalen Verhaltens im jungen Erwachsenenalter zukommt, 2) ob sich unterschiedliche Bedingungsfaktoren für Suizidgedanken und -versuche identifizieren lassen, und 3) ob der Einfluss früher Risikofaktoren durch im Verlauf später auftretende Prädiktoren vermittelt wird. Junge Erwachsene, die suizidales Verhalten berichteten, wiesen zahlreiche Auffälligkeiten im Verlauf der Entwicklung auf. Dazu zählten u. a. eine höhere psychosoziale Risikobelastung bei Geburt, häufigere Suizidgedanken und mehr psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter sowie, als Jugendliche, ein negativer Selbstwert, ein geringeres schulisches Funktionsniveau, mehr Neugierverhalten und die Zugehörigkeit zu einem devianten Freundeskreis. Eigenständige Beiträge zur Vorhersage von Suizidalität lieferten das Ausmaß der frühkindlichen Risikobelastung, Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter sowie eine geringe Selbstwerteinschätzung (Suizidgedanken) bzw. ein hohes Maß an „novelty seeking“ im Jugendalter (Suizidversuch). Als Mediatoren des Einflusses früher Risikofaktoren fungierten externe Symptome im Kindes- und Jugendalter sowie ein negativer Selbstwert im Jugendalter. Mögliche Implikationen für die Prävention und Behandlung suizidalen Verhaltens werden diskutiert.

Schlagwörter

Suizidgedanken – Suizidversuch – junges Erwachsenenalter – Risikofaktoren – Mannheimer Risikokinderstudie

1 Hintergrund

Unter suizidalem Verhalten werden suizidale Gedanken und Affekte, Suizidversuche und Suizide subsumiert. Suizidgedanken bezeichnen eine direkte oder indirekte Beschäftigung mit Selbsttötungsideen, die im Gegensatz zu Suizidversuchen nicht an eine Handlung geknüpft sind (DGKJP, 2007). Die Häufigkeit suizidalen Verhaltens variiert über verschiedene Länder und Altersgruppen. Unter den 15- bis 20-Jährigen stellen Suizide seit Jahren die zweithäufigste Todesursache nach tödlichen Unfällen dar (Becker, 2004). Im Jahr 2008 lag der Anteil an allen Sterbefällen in dieser Gruppe bei 15,8 %, wobei Jungen mehr als dreimal so häufig betroffen waren wie Mädchen (Destatis, 2010). Während die Suizidrate mit zunehmendem Alter ansteigt (Fiedler, 2002), kommen Suizidversuche häufiger in jüngeren Altersgruppen vor. Die höchste Suizidversuchsrate findet sich bei Mädchen und jungen Frauen mit 15-24 Jahren (Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo, Kerkhof, 2002).

Einem systematischen Überblick internationaler epidemiologischer Studien zufolge stellt suizidales Verhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein relativ häufiges Phänomen dar. Für die westlichen Länder werden für 12- bis 20-Jährige durchschnittliche Lebenszeitprävalenzen von 20-30 % für Suizidgedanken und 10 % für Suizidversuche berichtet (Evans, Hawton, Rodham, 2005). Die verhältnismäßig

hohe Prävalenz von Suizidgedanken weist darauf hin, dass hierdurch nicht zwangsläufig eine schwere Pathologie angezeigt wird, sondern es sich in vielen Fällen um eine passagere Erscheinung handelt. Hieraus wird die Notwendigkeit deutlich, Suizidgedanken und -versuche nicht nur gemeinsam unter dem Begriff suizidales Verhalten zu untersuchen, sondern auch als jeweils eigenständigen Forschungsgegenstand zu betrachten.

Aus Studien, die sich mit der Erforschung von Korrelaten und Risikofaktoren für suizidales Verhalten im jungen Alter beschäftigt haben, geht hervor, dass diesem Verhalten ein komplexes Bedingungsgefüge aus (1) psychopathologischen, (2) psychosozialen und (3) intrapersonalen Einflüssen zugrunde liegt. Nachfolgend werden relevante Faktoren aus diesen drei Bereichen näher vorgestellt.

1.1 Psychopathologie

In der Literatur finden sich durchgängig Belege dafür, dass psychische Erkrankungen das bei weitem bedeutsamste Korrelat suizidalen Verhaltens darstellen. Insbesondere das Vorliegen depressiver Symptome hat sich als starker Risikofaktor für suizidales Verhalten im Jugendalter erwiesen. So zeigten Fergusson, Woodward und Horwood (2000) in einer Längsschnittuntersuchung, dass die Wahrscheinlichkeit, Suizidgedanken zu entwickeln, bei 15- bis 21-Jährigen durch das Vorbestehen einer depressiven Erkrankung mehr als verdreifacht wurde. Das Risiko eines Suizidversuches war sogar um das Sechsfache erhöht. Da depressive Störungen im Kindesalter eher selten auftreten (Ihle u. Esser, 2002), ist zu vermuten, dass ihre Relevanz für suizidale Verhaltensweisen erst mit dem Eintreten in die Adoleszenz ansteigt. Neben depressiver Symptomatik konnten aber auch Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, substanzbezogene und psychotische Störungen wiederholt als wichtige Prädiktoren suizidalen Verhaltens identifiziert werden (Evans, Hawton, Rodham, 2004; Fergusson u. Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000). Dabei zeigte sich, dass bereits weniger schwere Formen externaler Störungen, die nicht zwangsläufig die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose erfüllen, mit suizidalem Verhalten eng assoziiert waren. So erhöhte der Gebrauch von Tabak, Alkohol und Marijuhana (selbst in geringem Maße) das Risiko für suizidales Verhalten (King et al., 2001). Im Unterschied zu depressiven Störungen, die sowohl Suizidgedanken als auch -versuche begünstigen, scheinen externe Störungen insbesondere mit einem gesteigerten Risiko für Suizidversuche einherzugehen (Fergusson et al., 2000).

1.2 Psychosoziale Faktoren

Frühe Belastungen der psychosozialen Umwelt, insbesondere widrige familiäre Lebensumstände, zählen zu den bedeutsamsten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Dies gilt in gleicher Weise für

suizidales Verhalten. Als Faktoren, die mit dem späteren Auftreten von Suizidgedanken und -versuchen verknüpft sind, wurden u. a. psychische Erkrankungen der Eltern, elterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch, frühe Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen sowie ein sehr junges Alter der Eltern ermittelt (King u. Merchant, 2008). Zudem gibt es Hinweise auf ein häufigeres Auftreten dieser Symptomatik bei Jugendlichen, die in Familien mit ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen bzw. niedrigem Bildungsstand der Eltern aufwachsen (Fergusson u. Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000).

Angesichts der Tatsache, dass widrige psychosoziale Umstände in der Kindheit einen hohen Vorhersagewert für suizidales Verhalten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter besitzen, stellt sich die Frage, inwiefern dieser Zusammenhang durch vermittelnde Faktoren, wie psychische Störungen oder Anpassungsprobleme der Kinder oder Merkmale des familiären Milieus, erklärt werden kann. In der Studie von Fergusson et al. (2000) zeigte sich, dass einige der identifizierten psychosozialen Risikofaktoren, wie z. B. elterliche Alkoholprobleme, sexueller Missbrauch und Wechsel der Bezugspersonen, nicht länger prädiktiv waren, wenn das Auftreten psychischer Erkrankungen und belastender Lebensereignisse im Jugendalter berücksichtigt wurde. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Jugendliche, die in ihrer Kindheit widrigen Lebensumständen ausgesetzt waren, eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber psychischen Problemen und Belastungen aufweisen, die wiederum mit einer erhöhten Rate suizidalen Verhaltens einhergeht.

Ebenfalls als potenzielle Vermittler der Auswirkungen psychosozialer Belastungsfaktoren fungieren soziale Beziehungen im Jugendalter, wobei sowohl die Familie als sozialer Bezugsrahmen als auch Peerbeziehungen bedeutsam sind. Verschiedene Merkmale des familiären Funktionsniveaus haben sich als relevante Korrelate suizidaler Verhaltensweisen bei Jugendlichen erwiesen. Während einige Studien auf einen protektiven Effekt intakter innerfamiliärer Kommunikation hinweisen (Evans et al., 2004), wurden mangelnde emotionale Wärme, ein geringes Maß an elterlicher Fürsorge und elterlicher Kontrolle als Risikofaktoren identifiziert (Beautrais, Joyce, Mulder, 1996; Hollis, 1996; King et al., 2001). Zudem scheinen diese Faktoren, auch unter der Berücksichtigung von psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen, einen Beitrag zur Vorhersage von Suizidalität zu leisten (Hollis, 1996; King et al., 2001).

Ungünstiges elterliches Erziehungsverhalten ist eng an die Entwicklung einer Reihe externaler Verhaltensprobleme gekoppelt (Ary, Duncan, Duncan, Hops, 1999; Kim, Hetherington, Reiss, 1999). Dazu gehört neben dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen auch der Kontakt zu sozial auffälligen Freunden. Beides sind Faktoren, für die ebenfalls eine positive Assoziation mit suizidalem Verhalten bei Jugendlichen belegt wurde (Evans et al., 2004). Externales Problemverhalten geht häufig mit Einschränkungen des schulischen, sozialen und familiären Funktionsniveaus einher.

1.3 Intrapersonale Faktoren

Neben psychischen Erkrankungen wurde auch die Bedeutung anderer personaler Charakteristika als Risikofaktoren für suizidales Verhalten untersucht. Studien zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen deuten darauf hin, dass ein geringes Selbstwertgefühl und ein hoher Neurotizismus, aber auch eine gesteigerte Impulsivität sowie ausgeprägtes Neugierverhalten die Anfälligkeit gegenüber suizidalem Verhalten erhöhen (Fergusson u. Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000; Kingsbury, Hawton, Steinhardt, James, 1999). Die Ergebnisse von Fergusson et al. zeigen, dass hohe Neurotizismuswerte – unter der Berücksichtigung psychischer Störungen bei Jugendlichen – nicht länger mit Suizidversuchen, aber weiterhin mit Suizidgedanken verknüpft waren. Hingegen erwies sich ein ausgeprägtes Neugierverhalten, unabhängig von einer manifesten psychischen Störung, als Prädiktor von Suizidalität.

Die Beziehung zwischen suizidalem Verhalten und der intellektuellen Leistungsfähigkeit ist durch widersprüchliche Ergebnisse geprägt. So scheinen Belege für eine Assoziation zwischen Suizidversuchen und geringem Bildungserfolg nicht zwangsläufig auf einem direkten Einfluss zu beruhen (Evans et al., 2004). Lern- und Leistungsschwierigkeiten, die bedeutsame Stressfaktoren im Schul- und Ausbildungsalltag darstellen, können im Sinne von Anpassungsproblemen zur Entwicklung psychischer Störungen beitragen, welche sich ihrerseits wiederum negativ auf den persönlichen Leistungsfortschritt auswirken. Dementsprechend fanden Fergusson et al. (2000) keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der Intelligenz im Kindesalter und suizidalem Verhalten im Jugendalter.

Obwohl suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter mehrheitlich als vorübergehende Problematik angesehen wird, kommt es bei einem Teil der Jugendlichen zu wiederholter Suizidalität. In diesem Zusammenhang sind das Vorliegen und die Entwicklung der komorbiden psychischen Symptomatik von Bedeutung. Zudem gelten vorangegangene Suizidversuche als höchst bedeutsamer Prädiktor einer künftigen Suizidalität (Apter u. King, 2006).

Ausgehend von den in der Literatur berichteten Prädiktoren suizidalen Verhaltens im Jugendalter beschäftigt sich die vorliegende Studie mit der Frage, welchen Erklärungsbeitrag verschiedene Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter zur Vorhersage suizidalen Verhaltens im jungen Erwachsenenalter leisten. Neben frühkindlichen Belastungen wird der Vorhersagewert psychischer Störungen sowie sozialer und intrapersonaler Risikofaktoren im Jugendalter untersucht. Dabei wird auch geprüft, ob und in welchem Ausmaß der Einfluss früher Belastungsfaktoren durch im Verlauf später auftretende Prädiktoren vermittelt wird. Schließlich wird der Frage nachgegangen, ob sich unterschiedliche Bedingungsfaktoren für Suizidgedanken und -versuche identifizieren lassen.

2 Methoden

2.1 Stichprobe

Die Teilnehmer der vorliegenden Untersuchung entstammen der Mannheimer Risikokinderstudie. Dabei handelt es sich um eine prospektive Längsschnittstudie an einer Kohorte von $N = 384$ Probanden, die in ihrer Entwicklung von der Geburt bis zum jungen Erwachsenenalter begleitet wurden. Die Datenerhebungen fanden im Alter von drei Monaten, 2, 4, 8, 11, 15, 19, 22 und zuletzt mit 23 Jahren statt. Nähere Angaben zur Stichprobe und zum Design können verschiedenen Veröffentlichungen entnommen werden (z. B. Laucht, Esser, Schmidt, 2000). Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf die Daten von 311 jungen Erwachsenen (143 Männer, 168 Frauen), die an der letzten Erhebung teilgenommen haben. Aus der ursprünglichen Stichprobe von 384 Teilnehmern wurden 19 Probanden (4,9 %) wegen schwerwiegender Behinderungen (neurologische Erkrankung, $IQ/MQ < 70$) ausgeschlossen, 41 (10,6 %) waren Ausfälle. Weitere bis zu 34 Probanden (8,9 %) konnten aufgrund teilweise fehlender Angaben nicht in alle Analysen aufgenommen werden. Für die längsschnittlichen Auswertungen stand eine Stichprobe von $N = 279$ (133 Männer, 146 Frauen) zur Verfügung.

2.2 Untersuchungsvariablen

2.2.1 Suizidalität im Entwicklungsverlauf

Zur Erfassung von Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter wurde das Item „spricht davon, sich umzubringen“ der Child Behavior Checklist CBCL/4-18 bzw. „ich denke darüber nach, mich umzubringen“ des Youth Self Report YSR/11-18 verwendet (deutsch: Döpfner et al., 1994). Die CBCL/4-18 wurde von einer Hauptbezugsperson im Alter von 8, 11 und 15 Jahren des Kindes ausgefüllt. Der YSR/11-18 wurde den Jugendlichen im Alter von 15 Jahren vorgegeben. Als Vorliegen von Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter wurde gewertet, wenn eine dieser Fragen mindestens einmal mit „manchmal/häufig zutreffend“ beantwortet wurde. Bei jungen Erwachsenen wurden Suizidgedanken mit Hilfe des Items „Selbstmordgedanken“ des Beck Depressionsinventars BDI bzw. BDI-II (deutsch: Hautzinger, Bailer, Worall, Keller, 1994; Hautzinger, Keller, Kühner, 2009) erfasst, das im Alter von 19, 22 und 23 Jahren bearbeitet wurde. Jede Antwort außer „nicht daran gedacht“ galt als Vorkommen von Suizidgedanken. Zur Erfassung von Suizidversuchen im jungen Erwachsenenalter diente die Münchner Ereignisliste MEL (Maier-Diewald, Wittchen, Hecht, Werner-Eilert, 1983), in der nach eigenen Selbstmordversuchen im Zeitraum des letzten Jahres vor der jeweiligen Erhebung gefragt wurde. Eine positive Beantwortung dieses Items bei der Bearbeitung der MEL im Alter von 19, 22 oder 23 Jahren wurde als Suizidversuch im jungen Erwachsenenalter kodiert.

2.2.2 Frühkindliche Risikofaktoren

Die Belastung eines Kindes mit frühkindlichen Risikofaktoren wurde zum Zeitpunkt seiner Geburt ermittelt. Als organische Risiken wurde eine Anzahl prä- und perinataler Auffälligkeiten definiert, die sich auf medizinische Komplikationen während der Schwangerschaft (wie z. B. vorzeitige Wehen), der Geburtsphase (z. B. Sauerstoffmangel) und der Neonatalzeit (z. B. Krampfanfälle) beziehen. Die Anzahl von Komplikationen wurde zu einem Belastungsindex aufsummiert (Range 0-6). Psychosoziale Risiken wurden über eine Reihe bei Geburt bestehender familiärer Belastungen bestimmt, die während eines Elterninterviews erfragt wurden. Der Katalog umfasst Auffälligkeiten der Eltern (wie z. B. psychische Erkrankung), der Partnerschaft (z. B. Disharmonie) und der familiären Lebensbedingungen (z. B. chronische Schwierigkeiten) (zur genauen Definition der Risikokriterien s. Laucht et al., 2000). Aus der Anzahl der in einer Familie vorkommenden psychosozialen Belastungen wurde ein kumulativer Risikoindex gebildet (Range 0-7).

2.2.3 Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

Zwischen zwei und elf Jahren wurde das Mannheimer Elterninterview MEI (Esser, Blanz, Geisel, Laucht, 1989) zur Erfassung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt. Im Alter von 15 Jahren wurde mit den Jugendlichen und ihren Eltern das „Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School Age Children“ K-SADS PL (deutsch: Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Poustka, 2000) durchgeführt. Auf Grundlage dieser Interviews wurden kontinuierliche Maße psychischer Auffälligkeit je Erhebungszeitpunkt gebildet. Die Skala externaler Auffälligkeiten setzt sich aus den Subskalen hyperkinetische Symptome (Impulsivität, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit, Cronbach's $\alpha = .62-.81$) und Sozialverhaltenssymptome zusammen (oppositionelles Verhalten, Wutanfälle, aggressives, destruktives und distanzloses Verhalten sowie im Schulalter zusätzlich Lügen, Stehlen, Schulschwänzen, Weglaufen von Zuhause, selbstschädigendes Verhalten und schulische Disziplinprobleme, $\alpha = .62-.71$). Die Skala internaler Auffälligkeiten stützt sich u. a. auf die Symptome phobische Ängste, soziale Ängste, allgemeine Ängstlichkeit, depressive Verstimmung sowie Ess- und Schlafstörungen ($\alpha = .46-.59$). Die z-transformierten Scores der beiden Symptomskalen wurden jeweils über die Erhebungszeitpunkte zu einem Gesamtmaß externaler bzw. internaler Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter aufsummiert. Zusätzlich gingen die Scores dieser beiden Skalen im Alter von 15 Jahren in die Auswertung ein.

2.2.4 Intrapersonale Einflussfaktoren im Jugendalter

Die Neigung, sich in neue, ungewohnte und riskante Situationen zu begeben, eher ungeduldig, spontan und schnell gelangweilt zu reagieren, wurde bei den 15-Jährigen mit der Skala „Neugierverhalten“ („novelty seeking“) des Junior Temperament and Cha-

racter Inventory JTCI (deutsch: Schmeck, Goth, Meyenburg, Poustka, 2000) erfasst. Für die vorliegende Stichprobe wurde die interne Konsistenz mit $\alpha = .80$ berechnet.

Die schulische Leistungsfähigkeit der 15-Jährigen wurde mit der Skala „Schulisches Funktionsniveau“ (Marcus, Blanz, Esser, Niemeyer, Schmidt, 1993) gemessen. In diese Skala fließen die besuchte Schulart, erreichte Leistungen sowie die Anstrengungen ein, die unternommen werden mussten, um die Leistungen zu erbringen. Je höher der Wert, desto niedriger fällt das schulische Funktionsniveau aus. Die Interraterreliabilität wurde mit $r = .92$ angegeben.

Das allgemeine Selbstwertgefühl der 15-Jährigen wurde mit Hilfe der Skala „Global Self-Worth“ des „Self-Perception Profile for Adolescents“ SPPA (Harter, 1988) bestimmt. Die aus fünf Items bestehende Skala weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .68$ auf.

2.2.5 Soziale Einflussfaktoren im Jugendalter

Im Alter von 15 Jahren beurteilten die Jugendlichen das erlebte elterliche Erziehungsverhalten anhand der Parental Monitoring Scale PMS (Steinberg, Elmen, Mounts, 1989). Sie erfasst die Dimensionen „Elterliches Engagement“, „Autonomiegewährung“ und „Verhaltenskontrolle“ des autoritativen Erziehungsstils. Elterliches Engagement (8 Items; $\alpha = .75$) beschreibt, inwieweit Jugendliche die Eltern als interessiert, liebevoll und engagiert erleben, Autonomiegewährung (9 Items; $\alpha = .75$), in welchem Ausmaß die Eltern demokratisch erziehen und zur Individualität ermutigen, und Kontrolle (8 Items; $\alpha = .71$) das elterliche Monitoring, d. h. das Wissen der Eltern über die Freizeitaktivitäten ihres Kindes und elterliche Regeln zu Ausgehzeiten.

Zur Bestimmung eines sozial auffälligen Freundeskreises wurde den 15-Jährigen die Skala „Deviant Peer Affiliations“ von Fergusson und Horwood (1999) vorgegeben. Die von uns erweiterte Skala umfasst 8 Items, die sich auf den Konsum legaler Drogen sowie massiv regelverletzendes Verhalten (z. B. Schule schwänzen) im Freundeskreis beziehen. Zusätzlich ging ein, ob Freunde polizeilich angezeigt wurden oder sonstige einschlägige Polizeikontakte hatten.

2.3 Statistische Auswertung

Geschlechtsunterschiede bezüglich der Häufigkeit suizidalen Verhaltens wurden mittels Chi²-Test auf Signifikanz geprüft. Um Gruppen junger Erwachsener mit und ohne Suizidalität zu vergleichen, wurden Kovarianzanalysen gerechnet (mit Geschlecht als Kovariate) bzw. bei nominal skalierten Variablen Chi²-Tests durchgeführt. Post-hoc Vergleiche wurden mittels LSD (Least Significant Difference) Tests nach Fisher bzw. Chi²-Tests vorgenommen. Als abhängige Variablen dienten die oben beschriebenen Prädiktoren erhöhter Suizidalität. Zur Berechnung von Korrelationen zwischen frühkindlichen Risikofaktoren (Ausmaß psychosozialer Risikobelastung bei Geburt) und Prädiktoren im Entwicklungsverlauf wurden Pearson-Korrelationen verwendet bzw., bei kategorialen Variablen, punkt-biseriale Korrelationen. Um den unabhängigen Vor-

hersagewert einzelner Prädiktoren der Suizidalität junger Erwachsener zu bestimmen, wurden hierarchische logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die Aufnahme der Prädiktoren orientierte sich an der zeitlichen Abfolge des Auftretens im Entwicklungsverlauf. Mit der gleichen Auswertungsmethode wurde geprüft, ob der Einfluss frühkindlicher Risikofaktoren über später auftretende Prädiktoren vermittelt wird. In allen Analysen wurde das Geschlecht kontrolliert.

3 Ergebnisse

3.1 Häufigkeit suizidalen Verhaltens im Entwicklungsverlauf

Unter den jungen Erwachsenen im Alter von 19-23 Jahren berichteten 57 (18,3 %) von suizidalem Verhalten. Fünzehn (4,8 %) gaben an, einen Suizidversuch unternommen und 52 (16,7 %) Suizidgedanken zu haben. Bei 10 Probanden mit Suizidversuch waren zusätzlich Suizidgedanken aufgetreten. Suizidversuche (m: 3,5 %, w: 6,0 %) und -gedanken (m: 16,1 %, w: 17,3 %) kamen bei Frauen (nicht statistisch signifikant) häufiger vor als bei Männern. Angaben über Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter mit 8-15 Jahren machten 37 (12,9 %) der Teilnehmer, darunter ebenfalls mehr Mädchen als Jungen (m: 9,0 %, w: 16,4 %).

3.2 Psychosoziale Korrelate suizidalen Verhaltens

Tabelle 1 bietet einen Vergleich junger Erwachsener mit und ohne Suizidalität hinsichtlich einer Reihe entwicklungsspezifischer Prädiktoren suizidalen Verhaltens. Danach unterscheiden sich 19- bis 23-Jährige, die über Suizidgedanken (N = 42) oder einen Suizidversuch (N = 15) berichteten, in einer Vielzahl von Merkmalen von ihren Altersgenossen ohne suizidales Verhalten (N = 254). So wiesen sie bereits bei Geburt eine signifikant höhere Belastung mit psychosozialen Risiken wie psychische Erkrankung eines Elternteils, sehr junge Eltern oder unerwünschte Schwangerschaft auf. Dagegen fand sich keine höhere Belastung mit prä- und perinatalen Komplikationen. Schon im Kindes- und Jugendalter traten bei ihnen signifikant häufiger Suizidgedanken auf. Auch zeigten sich bei ihnen mehr psychische Auffälligkeiten in dieser Entwicklungsperiode. Dabei war vor allem die Zahl externaler Symptome wie aggressives, dissoziales oder hyperkinetisches Verhalten erhöht, während die Zahl internaler Symptome wie Ängstlichkeit oder Depressivität nur in Teilgruppen höher ausfiel.

Auch hinsichtlich verschiedener intrapersonaler Merkmale fanden sich bedeutende Unterschiede zwischen jungen Erwachsenen mit suizidalem Verhalten und der Vergleichsgruppe. Mit 15 Jahren wiesen sie eine signifikant geringere Selbstwert einschätzung auf, erreichten ein signifikant niedrigeres schulisches Funktionsniveau und zeigten ein signifikant höheres Ausmaß an „novelty seeking“. Damit einher gingen

spezifische Auffälligkeiten im sozialen Umfeld. So gehörten junge Erwachsene mit suizidalem Verhalten als Jugendliche signifikant häufiger einem devianten Freundeskreis an und erlebten ihre Eltern als signifikant stärker einengend. Dagegen verfehlten das geringere elterliche Engagement und die geringere elterliche Kontrolle in dieser Gruppe das Signifikanzniveau.

Tabelle 1: Vergleich von jungen Erwachsenen mit und ohne *Suizidgedanken/Suizidversuch* bezüglich Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf: Mittelwerte und Standardfehler (bzw. N und %), kontrolliert für Geschlecht

	keine Suizidalität (0) (N = 254)	Suizid- gedanken (1) (N = 42)	Suizid- versuch (2) (N = 15)	p ¹	Signifikante Differenzen ³
<i>Frühkindliche Risikofaktoren (N = 311)</i>					
Psychosoziales Risiko	1,66 (0,13)	2,72 (0,31)	3,37 (0,51)	< ,001	0 < 1,2
Prä- und perinatales Risiko	1,08 (0,07)	1,10 (0,16)	0,66 (0,27)	,316	-
<i>Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (N = 286)</i>					
Suizidgedanken 8-15 J (N, %)	22 (9,4)	10 (25,6)	5 (35,7)	< ,001 ²	0 < 1,2 ⁴
<i>Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter (N = 305)</i>					
Externale Symptome 2-15 J	-0,80 (0,21)	1,42 (0,51)	2,59 (0,85)	< ,001	0 < 1,2
Internale Symptome 2-15 J	-0,43 (0,20)	0,71 (0,49)	0,66 (0,82)	,055	0 < 1
Externale Symptome 15 J	-0,12 (0,06)	0,20 (0,15)	0,86 (0,24)	< ,001	0 < 1 < 2
Internale Symptome 15 J	-0,07 (0,06)	0,20 (0,15)	0,52 (0,26)	,031	0 < 2
<i>Intrapersonale Faktoren im Jugendalter (N = 285)</i>					
Selbstwert 15 J	15,3 (0,14)	13,6 (0,34)	13,9 (0,55)	< ,001	0 > 1,2
Neuigungsverhalten 15 J	20,1 (0,42)	19,7 (1,05)	25,8 (1,70)	,004	0,1 < 2
Schul. Funktionsniveau 15 J	4,04 (0,11)	4,67 (0,27)	5,14 (0,44)	,008	0 < 1,2
<i>Soziale Faktoren im Jugendalter (N = 285)</i>					
Elterl. Engagement 15 J	30,1 (0,27)	29,0 (0,67)	28,7 (1,10)	,197	-
Elterl. Autonomiegewährung 15 J	27,5 (0,28)	25,5 (0,71)	25,9 (1,15)	,019	0 > 1
Elterl. Kontrolle 15 J	24,4 (0,20)	23,8 (0,50)	23,5 (0,81)	,350	-
Deviante Peerbeziehungen 15 J	1,08 (0,12)	1,05 (0,34)	2,91 (0,50)	,002	0,1 < 2

¹ Kovarianzanalysen bzw. ² Chi² Test; ³ LSD Test bzw. ⁴ Chi² Test

Die Mehrzahl der oben berichteten Korrelate suizidalen Verhaltens ließ sich für beide Formen von Suizidalität nachweisen. In einigen Fällen ergaben sich jedoch auch Hinweise auf spezifische Zusammenhänge. So scheinen eine höhere Zahl externaler und internaler Symptome mit 15 Jahren, eine stärkere Ausprägung von „novelty seeking“ und eine stärkere Einbindung in einen devianten Freundeskreis enger mit dem Auftreten eines Suizidversuchs verknüpft zu sein. Dagegen waren internale Symptome in der Kindheit und mangelnde elterliche Autonomiegewährung eher spezifisch für Suizidgedanken.

Tabelle 2: Prädiktion von *Suizidgedanken* bei jungen Erwachsenen: Beitrag einzelner Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf (N = 279)¹

Schritt	Prädiktor	Nagelkerke's R ²	P	OR	95 % KI
1		,070	,003		
	Geschlecht			1,41	
	Psychosoziales Risiko			1,29***	1,11-1,50
2		,108	,001		
	Suizidgedanken 8-15 J			2,99**	1,32-6,80
3		,120	,001		
	Internale Symptome 15 J			1,07	0,79-1,44
	Externale Symptome 15 J			1,25	0,91-1,72
4		,188	< ,001		
	Selbstwert 15 J			0,76**	0,63-0,93
	Neugierverhalten 15 J			1,00	0,94-1,06
	Schul. Funktionsniveau 15 J			0,95	0,75-1,20
	Elterl. Autonomiegewährung 15 J			0,94	0,86-1,02
	Deviantе Peerbeziehungen 15 J			0,99	0,81-1,21

* P < .05, ** P < .01, *** P < .001, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall

¹ Hierarchische logistische Regression

Tabelle 3: Prädiktion von *Suizidversuchen* bei jungen Erwachsenen: Beitrag einzelner Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf (N=279)¹

Schritt	Prädiktor	Nagelkerke's R ²	P	OR	95 % KI
1		,093	,017		
	Geschlecht			1,58	
	Psychosoziales Risiko			1,39**	1,08-1,77
2		,141	,006		
	Suizidgedanken 8-15 J			3,98*	1,17-13,60
3		,184	,006		
	Internale Symptome 15 J			1,22	0,79-1,87
	Externale Symptome 15 J			1,55 ⁺	0,91-1,72
4		,306	< ,002		
	Selbstwert 15 J			0,99	0,70-1,40
	Neugierverhalten 15 J			1,21**	1,05-1,38
	Schul. Funktionsniveau 15 J			1,12	0,74-1,70
	Elterl. Autonomiegewährung 15 J			0,97	0,83-1,14
	Deviantе Peerbeziehungen 15 J			1,06	0,78-1,45

⁺ P < .10, * P < .05, ** P < .01, *** P < .001, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall

¹ Hierarchische logistische Regression

3.3 Prädiktoren suizidalen Verhaltens

In den Tabellen 2 und 3 sind die Ergebnisse hierarchischer Regressionsanalysen zur Vorhersage von Suizidgedanken bzw. -versuchen bei jungen Erwachsenen dargestellt. Als Prädiktoren in die Analyse aufgenommen wurden diejenigen Einflussfaktoren, die bei Einzelbetrachtung in einem signifikanten Zusammenhang mit suizidalem Verhalten standen (s. Tab. 1). Um den spezifischen Erklärungswert eines Prädiktors zu ermitteln, gingen diese in der zeitlichen Abfolge ihres Auftretens im Entwicklungsverlauf in die Analyse ein. Eigenständige Beiträge zur Vorhersage von Suizidgedanken bei 19- bis 23-Jährigen lieferten danach das Ausmaß der psychosozialen Risikobelastung bei Geburt, das Auftreten von Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter sowie eine geringe Selbstwerteinschätzung im Jugendalter. Keinen spezifischen Vorhersagewert besaßen dagegen externale oder internale Auffälligkeiten mit 15 Jahren sowie weitere intrapersonale („novelty seeking“, geringes schulisches Funktionsniveau) und alle sozialen Prädiktoren des Jugendalters (deviante Peerbeziehungen, geringe elterliche Autonomiegewährung). Mit zwei bemerkenswerten Ausnahmen kam die Prädiktion von Suizidversuchen zu einem ähnlichen Ergebnis. Neben der psychosozialen Risikobelastung bei Geburt und Suizidgedanken im Kindes- und Jugendalter trugen hier auch externale Symptome der 15-Jährigen (tendenziell) zur Vorhersage bei und statt des niedrigen Selbstwerts erwies sich ein hohes Maß an „novelty seeking“ im Jugendalter als prädiktiv für das Auftreten eines Suizidversuchs im jungen Erwachsenenalter. Die jeweils erklärte Variation (Nagelkerke's R^2) betrug 0,188 bzw. 0,306 und fiel damit für die Vorhersage eines Suizidversuchs deutlich höher aus als für die Prädiktion von Suizidgedanken.

3.4 Mediatoren frühkindlicher Risikofaktoren suizidalen Verhaltens

Um zu prüfen, welche der im weiteren Entwicklungsverlauf auftretenden Prädiktoren als Mediatoren frühkindlicher Risikofaktoren für Suizidalität in Frage kommen, wurden Korrelationen zwischen der psychosozialen Risikobelastung bei Geburt und den in Kindheit und Jugend erfassten Prädiktoren berechnet. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, stellen psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die mit der psychosozialen Risikobelastung hoch korreliert sind, geeignete Kandidaten für eine Vermittlung dar. Darüber hinaus bieten sich ein geringer Selbstwert und ein niedriges schulisches Funktionsniveau unter den intrapersonalen und deviante Peerbeziehungen unter den sozialen Prädiktoren als potentielle Mediatoren an. Die genannten weisen allesamt signifikante Korrelationen mit dem psychosozialen Risiko bei Geburt auf. Wegen fehlender Zusammenhänge fallen dagegen frühe Suizidgedanken, verstärktes Neugierverhalten und eine mangelnde elterliche Autonomiegewährung als Mittler aus.

Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen psychosozialer Risikobelastung bei Geburt und Risikofaktoren für Suizidalität im Entwicklungsverlauf (N = 279)

Prädiktor	Korrelation ¹
<i>Suizidalität im Kindes- und Jugendalter</i>	
Suizidgedanken 8-15 J	,078 ²
<i>Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter</i>	
Externale Symptome 2-15 J	,452***
Internale Symptome 2-15 J	,223***
Externale Symptome 15 J	,279***
Internale Symptome 15 J	,127*
<i>Intrapersonale Faktoren im Jugendalter</i>	
Selbstwert 15 J	-,154**
Neugrierverhalten 15 J	,109
Schul. Funktionsniveau 15 J	,345***
<i>Soziale Faktoren im Jugendalter</i>	
Elterl. Autonomiegewährung 15 J	-,071
Deviant Peerbeziehungen 15 J	,183**

* P < .05, ** P < .01, *** P < .001 ¹ Pearson-Korrelationen bzw. ² punkt-biseriale Korrelation

Tabelle 5: Prüfung von Mediatoren des Zusammenhangs zwischen psychosozialer Risikobelastung bei Geburt und Suizidalität (Suizidgedanken oder Suizidversuch) im jungen Erwachsenenalter (N = 279)¹

Schritt	Prädiktor	Nagelkerke's R ²	P	OR	95 % KI
1		,089	< ,001		
	Psychosoziales Risiko			1,32***	1,15-1,52
2		,238	< ,001		
	Psychosoziales Risiko			1,18	0,99-1,39
	Externale Symptome 2-15 J			1,19**	1,06-1,33
	Internale Symptome 15 J			1,10	0,81-1,49
	Selbstwert 15 J			,74**	0,62-0,90
	Schul. Funktionsniveau 15 J			,88	0,69-1,12
	Deviant Peerbeziehungen 15 J			,95	0,80-1,12

* P < .05, ** P < .01, *** P < .001 ¹ Hierarchische logistische Regression

Tabelle 5 zeigt das Ergebnis einer hierarchischen logistischen Regressionsanalyse zur Prüfung der Frage, ob die genannten potentiellen Mediatorvariablen tatsächlich dazu beitrugen, den Zusammenhang zwischen frühkindlicher Risikobelastung und Suizidalität bei jungen Erwachsenen zu vermitteln. Da dieser Zusammenhang für beide Formen suizidalen Verhaltens in gleicher Weise galt (s. Tab. 1), wurde Suizidalität zu diesem Zweck als Vorkommen von Suizidgedanken oder eines Suizidversuchs definiert. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, lässt sich ein Mediatoreffekt nachweisen. So verliert der Einfluss der psychosozialen Risikobelastung bei Geburt auf die

Suizidalität junger Erwachsener seine statistische Signifikanz, wenn die potentiellen Mediatoren in die Regression eingeführt werden. Als signifikant erwiesen sich dabei externale Symptome im Kindes- und Jugendalter und eine negative Selbstwert einschätzung im Jugendalter. Dieser (totale) Mediatoreffekt blieb auch dann bestehen, wenn nur die beiden signifikanten Mediatoren in die Regression eingingen.

4 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu Prädiktoren suizidalen Verhaltens bei jungen Erwachsenen stehen im Einklang mit den Befunden und Schlussfolgerungen einer Reihe früherer Untersuchungen, die sich mit Risikofaktoren und Korrelaten suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen befasst haben (Fergusson et al., 2000; King et al., 2001). Sie legen nahe, suizidales Verhalten junger Erwachsener als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses anzusehen, der mit zahlreichen Risikofaktoren im Verlauf der Entwicklung verknüpft ist (Evans et al., 2004). Neben psychopathologischen und sozialen Faktoren kommt dabei vor allem intrapersonalen Merkmalen eine wichtige Rolle zu.

Am Anfang dieses Prozesses stehen *frühkindliche psychosoziale Risiken*. So wuchsen junge Erwachsene mit erhöhter Suizidalität schon als Säuglinge häufiger in Familien auf, die durch ungünstige kindliche Entwicklungsbedingungen wie psychische Erkrankung eines Elternteils, sehr junge Eltern oder unerwünschte Schwangerschaft gekennzeichnet waren. Die damit häufig einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen wie vermehrte Erfahrung von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung charakterisieren ein familiäres Milieu, das als Ausgangspunkt für eine Vielzahl von Störungen der Entwicklung wie aggressiv-dissoziales Verhalten, depressiv-ängstliche Auffälligkeiten bis hin zu Suchtverhalten gilt (Fergusson et al., 2000).

In der vorliegenden Untersuchung bestätigte sich einmal mehr, dass *psychische Störungen* bei Kindern und Jugendlichen einen bedeutsamen Prädiktor für suizidales Verhalten darstellen. Entgegen Befunden aus der Literatur, die eine besondere Rolle depressiver Störungen betonen (Evans et al., 2004), zeigte sich hier, dass externale Auffälligkeiten im Alter zwischen 2 und 15 Jahren einen stärkeren Beitrag zur Vorhersage suizidalen Verhaltens leisteten als interne Probleme. Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass interne Störungen als Vorläufer von Suizidgedanken bzw. -versuchen erst im Jugendalter an Bedeutung gewinnen. Dementsprechend konnte gezeigt werden, dass der ungünstige Einfluss früher psychosozialer Belastungen auf suizidales Verhalten junger Erwachsener durch das Auftreten externaler, nicht aber internaler Störungen im Entwicklungsverlauf vermittelt wird. Die Gründe für die im Vergleich zu anderen Studien geringere Bedeutung von internalen Störungen sind vielfältig. Eine Rolle dürfte dabei die Zusammensetzung der Stichprobe (Anreicherung von Kindern aus psychosozial belasteten Familien) und die möglicherweise weniger zuverlässige Erfassung emotionaler Auffälligkeiten angesichts deren typischen episodischen Erscheinungsform spielen.

In Übereinstimmung mit früheren prospektiven Studien (Fergusson u. Lynskey, 1995; Fergusson et al., 2000) konnten jugendliches Selbstwertgefühl und Neugierverhalten als relevante *intrapersonale* Prädiktoren identifiziert werden. Beide leisteten einen, von frühen psychosozialen Risiken und der gegenwärtigen psychischen Symptomatik unabhängigen Beitrag zur Vorhersage suizidalen Verhaltens junger Erwachsener. Schulische Probleme hingegen erwiesen sich, gemäß des bisherigen Forschungsstands (Evans et al., 2004), auch in der vorliegenden Untersuchung nicht als eigenständiger Prädiktor suizidalen Verhaltens. Darüber hinaus wurde deutlich, dass ein niedriger Selbstwert bei Jugendlichen direkt mit dem Auftreten von Suizidgedanken, nicht aber -versuchen verknüpft war, während ein ausgeprägtes Neugierverhalten spezifisch mit einem höheren Risiko für Suizidversuche einherging. Dies steht im Einklang mit einer Untersuchung von McGirr et al. (2008), die bei jugendlichen Suizidenten stärker ausgeprägte impulsiv-aggressive Persönlichkeitszüge nachweisen konnten. Während jugendliches Neugierverhalten nicht signifikant von frühen psychosozialen Risiken abhängig war, erwies sich ein geringes Selbstwertgefühl als weiterer bedeutsamer Vermittler des Zusammenhangs zwischen psychosozialer Belastung und der Anfälligkeit für suizidales Verhalten. Dabei wäre denkbar, dass sich hier eine erhöhte Anfälligkeit für depressive Störungen im jungen Erwachsenenalter abzeichnet, die das gehäufte Auftreten von insbesondere Suizidgedanken im Zusammenhang mit diesem Merkmal erklären könnte.

Im Unterschied zu intrapersonalen Merkmalen fiel der spezifische Beitrag *sozialer* Faktoren zur Vorhersage suizidalen Verhaltens junger Erwachsener weniger ins Gewicht. Im Kontext dieser Arbeit traten soziale Faktoren überwiegend als Korrelate anderer Risikofaktoren in Erscheinung. So standen ein devianter Freundeskreis und die mangelnde elterliche Autonomiegewährung, die beide mit Suizidalität assoziiert waren, zugleich in einem engen Zusammenhang mit intrapersonalen Prädiktoren wie externale Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter oder vermehrtes Neugierverhalten.

Für die Suizidalität junger Erwachsener ließen sich *Vorläufer im Kindes- und Jugendalter* nachweisen. So erhöhte das frühe Auftreten von Suizidgedanken das Risiko für spätere Suizidgedanken um mehr als das Doppelte und für einen späteren Suizidversuch um mehr als den Faktor 3. Dies steht im Einklang mit Befunden an Erwachsenen, denen zufolge frühere Suizidversuche bedeutsame Prädiktoren der zukünftigen Suizidalität darstellen (Apter et al., 2006). Interessanterweise fungierten „frühe“ Suizidgedanken nicht als Mittler frühkindlicher Belastungen, sondern leisteten einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage suizidalen Verhaltens Erwachsener. Dies könnte darauf hindeuten, dass sie möglicherweise Niederschlag belastender Erfahrungen in Kindheit und Jugend sind (z. B. Trennung der Eltern oder Schulschwierigkeiten), die nicht durch frühe Belastungen abgedeckt werden. Eine zweite Erklärung könnte darin bestehen, dass frühe Suizidgedanken als Ausdruck intrapersonaler Merkmale anzusehen sind, die wie z. B. Neugierverhalten einen von frühen Risiken unabhängigen Einfluss auf die spätere Suizidalität ausüben.

Die vorliegende Arbeit weist Stärken und Schwächen auf. Zu den eindeutigen Stärken zählt die längsschnittliche Auswertung, gestützt auf die Daten einer epidemiologischen

Kohortenstudie, mit der die psychische Entwicklung von der Geburt bis zum Alter von 23 Jahren verfolgt wurde. Die aus dem Charakter der Studie resultierenden kleinen Gruppengrößen stellen zugleich einen gewichtigen Nachteil dar. So verbieten sich z. B. geschlechtsspezifische Analysen, und die geringe Zahl der Teilnehmer mit Suizidversuch wirft statistische Powerprobleme auf. Schließlich fehlt auch eine lückenlose Erfassung von Suizidgedanken über den gesamten Erhebungszeitraum, da die zur Operationalisierung verwendeten Fragebögen nur jeweils kurze Prävalenzzeiträume abdecken.

Die Kenntnis von Risikofaktoren für suizidales Verhalten ist sowohl für die Planung und Implementierung erfolversprechender *Präventionsmaßnahmen* bedeutsam als auch bei *klinischen* Entscheidungen von Nutzen. In der vorliegenden Studie fand sich zum wiederholten Mal der Nachweis einer engen Beziehung zwischen ungünstigen frühen psychosozialen Lebensbedingungen und vermehrtem suizidalen Verhalten. Dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit primär-päventiver Unterstützungsprogramme für Hoch-Risiko Familien, die auf eine Stärkung der Fähigkeit zur angemessenen Bewältigung psychosozialer Belastungen zielen. Dabei stellt die Reduktion der erhöhten Suizidalität bei Nachkommen aus diesen Familien nur eine mögliche positive Konsequenz dar. Der wohl wichtigste Schritt, das Risiko suizidalen Verhaltens zu reduzieren, ist die Erkennung und Behandlung psychischer Störungen bereits in der frühen Entwicklung. Während die Wirkung präventiver Maßnahmen, die auf den Risikofaktor Depression ausgerichtet sind, gut belegt ist (Althaus, Niklewski, Schmidtke, Hegerl, 2007), wird in der vorliegenden Arbeit die Wichtigkeit der Behandlung externaler Störungen bei Kindern und Jugendlichen für die Verminderung suizidalen Verhaltens hervorgehoben. Für eine angemessene Risikoabschätzung ist dabei zu betonen, dass externale Verhaltensprobleme und ausgeprägtes Neugierverhalten insbesondere Suizidversuche vorherzusagen, denen nicht zwangsläufig eine gedankliche Beschäftigung mit suizidalem Verhalten bzw. die Äußerung von Suizidgedanken vorausgeht. Die über klinisch relevante Störungen hinausgehende Verknüpfung von intrapersonalen Merkmalen mit erhöhter Suizidalität bei jungen Erwachsenen und der hohe prädiktive Wert von Suizidgedanken bei Kindern und Jugendlichen machen deutlich, dass Interventionen zur Stärkung von Problemlösefähigkeiten im Umgang mit belastenden Situationen auch unabhängig von einer manifesten psychischen Störung indiziert sein können. Programme, die Eltern und Lehrer über Warnsignale informieren und Handlungsanweisungen geben, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, suizidales Verhalten frühzeitig zu erkennen, und damit die Chancen erfolgreicher Interventionen. Deren langfristiges Ziel sollte es sein, einer Chronifizierung dieser Symptomatik vorzubeugen und dem im jungen Erwachsenenalter typischen Prävalenzgipfel für Suizidversuche entgegenzuwirken.

Literatur

- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., Hegerl, U. (2007). Veränderungen der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt*, 78, 272-280, 282.
- Apter, A., King, R. A. (2006). Management of the depressed, suicidal child or adolescent. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 999-1013.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C., Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy* 37, 217-230.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1174-1182.
- Becker, K. (2004). Suizidalität in Kindheit und Jugend - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 1-4.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Poustka, F. (2000). Diagnostisches Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime-Version (K-SADS-PL) Screening Interview. Frankfurt: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
- Destatis (2010). Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Gesundheitszustand/UnfaelleGewaltKinder5230001089004.property=file.pdf>
- Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, R., Schmeck, K., Steinhäusen, H. C., Poustka, F. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung*, 3, 54-59.
- DGKJP (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Esser, G., Blanz, B., Geisel, B., Laucht, M. (1989). Mannheimer Elterninterview – Strukturiertes Interview zur Erfassung von kinderpsychiatrischen Auffälligkeiten. Weinheim: Beltz.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, 29, 45-58.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (1999). Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 581-592.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 612-622.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39.
- Fiedler, G. (2002). Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland – Daten und Fakten. <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver: University of Denver.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Hans Huber.

- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2009). BDI-II; Beck Depressions-Inventar. Revision. Frankfurt: Pearson.
- Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 622-630.
- Ihle, W., Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Kim, J. E., Hetherington, E. M., Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescents' externalizing behaviors: Gender and family type differences. *Child Development*, 70, 1209-1230.
- King, C. A., Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12, 181-196.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Shaffer, D., Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 837-846.
- Kingsbury, S., Hawton, K., Steinhardt, K., James, A. (1999). Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1125-1131.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 246-262.
- Maier-Diewald, W., Wittchen, H.-U., Hecht, H., Werner-Eilert, K. (1983). Die Münchner Ereignisliste (MEL) - Manual. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Marcus, A., Blanz, B., Esser, G., Niemeyer, J., Schmidt, M. H. (1993). Beurteilung des Funktionsniveaus bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 166-172.
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: A predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*, 38, 407-417.
- Schmeck, K., Goth, K., Meyenburg, B., Poustka, F. (2000). Persönlichkeitsfragebogen für Jugendliche - JTCI/12-18. Frankfurt: Universität Frankfurt.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. (2002). Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe.
- Steinberg, L., Elmen, J. D., Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Manfred Laucht, Arbeitsgruppe Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J5, 68159 Mannheim; E-Mail: manfred.laucht@zi-mannheim.de

Arlette F. Buchmann, Dorothea Blomeyer und Manfred Laucht, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim/Universität Heidelberg