

Diplomarbeit

**Suizidalität – Risikofaktoren und
Prävention**

eingereicht von

Grischa Sven Golenia

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische

Medizin

unter der Anleitung von

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. med. univ. Andreas Baranyi,

Univ.-Prof. Dr.med. Dr.scient.med. MSc Hans-Bernd Rothenhäusler

Graz, Januar 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 12.01.2018

Grischa Golenia eh.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die es mir ermöglicht haben, das Medizinstudium zu absolvieren und diese Diplomarbeit verfassen zu können.

Ein großer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. med. univ. Andreas Baranyi, der mich durch seine Kommentare und Hilfestellungen bei der Verfassung der Diplomarbeit wesentlich unterstützte.

Des Weiteren möchte ich mich auch bei meinem Zweitbetreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient. med. MSc Hans-Bernd Rothenhäusler recht herzlich bedanken.

Ohne meine Eltern wäre ich weder so weit in meinem Studium gekommen, noch wäre es mir überhaupt möglich gewesen, diesen Weg zu gehen. Deshalb gilt ihnen ein ganz besonderer Dank. Ohne Euch hätte ich mir dieses Studium niemals leisten können und Euch hinter mir zu wissen, hat mich durch die schwierigsten Zeiten in und neben der Universität gebracht. Danke, dass Ihr so gut zu mir seid.

Abschließend möchte ich meiner Freundin Johanna danken, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite steht und es immer vermag, mir ein Lächeln ins Gesicht zu zaubern. Du bist ein wunderbarer Mensch.

Zusammenfassung

Alle 40 Sekunden nimmt sich irgendwo auf der Welt ein Mensch das Leben. Das entspricht in etwa 800 000 Menschen pro Jahr und somit gehört der Suizid zu den 10 häufigsten Todesursachen der Welt.

Die WHO definiert den Suizid als ein weltgesundheitsliches Problem und hat sich zur Aufgabe gemacht die gravierenden Suizidraten zu bekämpfen. Hierfür ist es von größter Bedeutung Risiko- und Schutzfaktoren herauszuarbeiten, um mit dem Wissen über diese präventive Maßnahmen erarbeiten zu können.

Eine Hochrisikogruppe in fast allen Regionen der Welt sind männliche Erwachsene über 70 Jahren. Eine Ausnahme bildet China, wo die meisten Selbstmorde von Frauen zwischen 15-29 Jahren verübt werden. Die absoluten Zahlen betrachtend, ergibt sich eine weltweit 57% höhere Suizidrate für Männer als für Frauen.

Häufig angewandte Suizidmethoden sind Erhängen, Erschießen oder Vergiften. Bestimmte Methoden treten regional gehäuft auf und bieten somit mögliche Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen. Beispielsweise machen in den USA die meisten Menschen von der Schusswaffe gebrauch, während in den ländlichen Regionen Chinas zumeist landwirtschaftliche Pestizide zur Vergiftung verwendet werden.

Zu den Hauptrisikofaktoren gehören psychische Erkrankungen, vorrangig Depressionen und Alkoholmissbrauchsstörungen, ein vorangegangener Suizidversuch und eine leichte Zugänglichkeit zu Suizid-Hilfsmitteln. Einschlägige negative Lebensereignisse, u.a. Kindheitstraumata oder der Verlust eines geliebten Menschen, sind ebenso Risikofaktoren wie die Zugehörigkeit zu einer Minderheit, z.B. den LGBTI (*lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex*).

Eine starke soziale Integration, Gefühle der Sicherheit, Wissen um Rückhalt und ein gesundes Selbstvertrauen sind die größten Schutzfaktoren vor Suizidalität. Maßnahmen und Programme, die zur Stärkung dieser Faktoren beitragen gelten als präventiv. Dazu gehören neben der Gleichberechtigung und Akzeptanz in der Familie bzw. der Gesellschaft auch Aufklärungsprogramme an Schulen und Zugehörigkeitsgefühle zu einer Gemeinschaft.

Es wurde eine systematische Literaturrecherche, basierend auf PubMed und Fachliteratur unter Einbezug der wichtigsten Originalarbeiten der vergangenen 10 Jahre (2007 – 2017), durchgeführt. Das Hauptaugenmerk galt der Untersuchung von Risiko- und Schutzfaktoren, Präventionsmaßnahmen sowie kulturellen Unterschieden für Suizidalität.

Schlüsselwörter

Suizid, Suizidalität, suizidales Verhalten, suizidale Gedanken, Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Prävention

Abstract

Every 40 seconds one individual ends his or her own life somewhere in the world. This is equivalent to 800 000 people a year and thus one of the top 10 causes of death in the world.

The WHO defines suicide as a global health problem and aims to decline the serious suicide rates. For this purpose it is most important to detect risk and protective factors, which should build the basis to develop prevention programs.

In almost all regions of the world male adults above the age of 70 years is a high-risk group. An exception is China where young women at the age of 15 – 29 years commit the most suicides. Considering the absolute numbers worldwide there is a 57% higher suicide rate for men than for women.

Among others suicide means include hanging, shooting and poisoning. The respective method occurs regionally cumulated and is therefore a possible approach for prevention programs. For example most suicides in the USA are committed by firearms and in rural China by agricultural pesticides.

The main risk factors include psychiatric disorders (depressive and alcohol abuse disorder), previous suicide attempts and easy access to suicide means. Relevant negative life events such as childhood trauma, loss of a closely related person or belonging to a minority, e.g. LGBTI (*lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex*), are strong risk factors, too.

Strong social integration, a sense of security and support as well as a healthy self-confidence are the most important protective factors for suicidality. Programs that contribute to strengthening these factors are considered to be preventive. In addition to equality and acceptance in the family and society, this also includes education programs for schools and a sense of belonging to a community.

Systematic literature research was done based on PubMed and literature, including the most important original articles of the past 10 years (2007 - 2017). The main focus was on the detection of risk and protection factors, prevention programs and cultural differences for suicidal behavior.

Keywords

Suicide, suicidal behavior, suicidal thoughts, risk factors, protective factors, prevention

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	4
ABSTRACT	6
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	10
TABELLENVERZEICHNIS	11
1 EINLEITUNG	12
1.1 TERMINOLOGIE	14
1.2 EPIDEMIOLOGIE	15
1.3 SUIZIDMETHODEN	22
1.4 SUIZIDVERSUCHE	25
2 ERGEBNISSE	26
2.1 RISIKOFAKTOREN	26
2.1.1 <i>Psychische Störung</i>	27
2.1.2 <i>Vorheriger Suizidversuch</i>	30
2.1.3 <i>Soziodemographische Risikofaktoren</i>	31
2.1.3.1 <i>Geschlecht und Alter</i>	31
2.1.3.2 <i>Familienstand</i>	32
2.1.3.3 <i>Soziale Schicht, Bildungsstatus und Beruf</i>	33
2.1.3.4 <i>Finanzielle Situation</i>	35
2.1.3.5 <i>Religion</i>	37
2.1.4 <i>Soziale Desintegration und Diskriminierung</i>	37
2.1.5 <i>Kindheitstrauma</i>	39
2.1.6 <i>Familienanamnese</i>	41
2.1.7 <i>Sexualität</i>	42
2.1.8 <i>Klima</i>	45
2.1.9 <i>Kultur</i>	47
2.1.10 <i>Verstädterung</i>	49
2.1.11 <i>Mediale Berichterstattung</i>	50
2.1.12 <i>Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln</i>	52
2.2 SUIZIDPRÄVENTION	54
<i>Formen der Prävention</i>	55
2.2.1 <i>Früherkennung und Therapie psychischer Krankheiten</i>	57
2.2.1.1 <i>Medikamentöse Therapie</i>	57

2.2.1.2	Psychotherapeutische Behandlung	57
2.2.2	<i>Die Betreuung nach einem Suizidversuch</i>	61
2.2.3	<i>Soziodemographische Faktoren</i>	63
2.2.3.1	Geschlecht und Alter	63
2.2.3.2	Familienstand.....	66
2.2.3.3	Bildungseinrichtung und Arbeitsplatz.....	67
2.2.3.4	Finanzielle Situation	68
2.2.3.5	Religion	69
2.2.4	<i>Schutz vor Diskriminierung, mangelnder Integration und Mobbing</i>	70
2.2.5	<i>Eine sichere Kindheit</i>	71
2.2.6	<i>Hilfe für Suizidhinterbliebene</i>	72
2.2.7	<i>Stärkerer Rückhalt für sexuelle Minderheiten</i>	73
2.2.8	<i>Kultur</i>	74
2.2.9	<i>Angemessene mediale Berichterstattung</i>	74
2.2.10	<i>Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln erschweren</i>	76
3	DISKUSSION	78
4	LITERATURVERZEICHNIS	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Globale Suizidfälle nach Alter und Einkommensniveau der Länder (2012).....	16
Abbildung 2: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen	20
Abbildung 3: Verlauf der Suizidraten in Österreich seit 1970.....	21
Abbildung 4: Angewandte Suizidmethoden in Österreich im Jahr 2014	23
Abbildung 5: 4-level intervention concept der European Alliance Against Depression	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Altersstandardisierte Suizidrate (pro 100 000 Einwohner) der WHO Regionen	15
Tabelle 2:	Geschätzte Suizidfälle und -raten nach Region und weltweit, 2012	17
Tabelle 3:	Geschätzte Suizidzahlen und -raten nach Geschlecht und Alter (2000 und 2012).....	22
Tabelle 4:	Suizidmethoden Asiens	24
Tabelle 5:	Risikofaktoren bei Schizophrenie, die mit Suizid assoziiert sind.....	28
Tabelle 6:	Vergleich der Suizidzahlen innerhalb der Altersgruppen von 16 – 64 Jahren 3 Jahre vor und 3 Jahre nach der Weltwirtschaftskrise in England und Wales	36
Tabelle 7:	Assoziation von selbstberichteter sexueller Orientierung und psychischen Störungen innerhalb von 12 Monaten in den USA (2004-2005).....	44
Tabelle 8:	Gründe für die untersuchten Suizide des ländlichen Chinas	48
Tabelle 9:	Anzahl der Schienensuizide in Deutschland und Österreich sowie Österreich, Ungarn, Niederlande und Slowenien für ein short-term (2 Wochen) und ein long-term (2 Jahre) Intervall	51
Tabelle 10:	Beispiele zur Einordnung von Interventionen	56

1 Einleitung

Die Studie von Turecki & Brent (2016) hat ergeben, dass 45% der Menschen, die einen Selbstmord begehen im Monat vor dem Suizid eine/n niedergelassene/n Ärztin/ Arzt aufsuchen. (1) Dies verdeutlicht, dass ein Suizid oftmals verhindert werden könnte.

Um Ärztinnen/ Ärzte und die Allgemeinbevölkerung zu schulen, müssen einheitliche Präventionsprogramme entwickelt werden, denn bis heute nimmt sich alle 40 Sekunden ein Mensch irgendwo auf der Welt das Leben und noch mehr Menschen unternehmen einen Suizidversuch. Mit mehr als 800 000 Menschen, die pro Jahr Selbstmord begehen, ist der Suizid auf Platz 10 der häufigsten Todesursachen der Welt und dementsprechend ein globales Problem der öffentlichen Gesundheit. (2, 3)

Schon Durkheim (1897) erkannte in seiner Studie im späten 19. Jahrhundert, dass soziale Integration und der Familienstand einen Einfluss auf die Suizidrate haben. (4) Heute weiß man, dass die Suizidraten unter anderem auch mit Alter, Geschlecht, Region, Jahreszeit, ethnischer Herkunft und wahrscheinlich unzuverlässiger Registrierung von Todesfällen schwanken. Die Beurkundung eines unerwartet eingetretenen Todes als Suizid ist von Land zu Land unterschiedlich und erfordert verschiedene Voraussetzungen. In Luxemburg zum Beispiel ist das Vorhandensein eines Abschiedsbriefes Voraussetzung zur Zuordnung des Todesfalles als Selbstmord.(3) Auch unter Drogen- und Verkehrstoten dürfte ein Anteil an unerkannten Suiziden sein, den man in seiner Größenordnung nicht genau erfassen kann.(5) Kohlbrenner et al. (2016) beschreiben, dass besonders bei sozioökonomisch oftmals unterprivilegierten und häufig diskriminierten Teilen der Weltbevölkerung suizidales Verhalten eine große Rolle spielt. (4, 6, 7, 8, 9) Mit etwa 75% der weltweiten Suizide kommt es in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu den meisten Selbsttötungen, da es an Gesundheitsdiensten und verfügbaren Ressourcen mangelt und hilfebedürftige Menschen nicht ausreichend unterstützt oder behandelt werden können. (2)

Der Suizid als weltgesundheitsliches Problem

Im 2013 von der World Health Organization (WHO) veröffentlichten Mental Health Action Plan 2013-2020 einigten sich die WHO-Mitgliedstaaten auf das Ziel die Suizidrate bis 2020 um 10% senken zu wollen. (10) Um dieses Ziel zu erreichen,

müssen Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen erörtert werden. Auf dem Weg zur Identifikation von Risikofaktoren und noch mehr auf der Suche nach möglichem Schutz vor diesen Risiken kommen viele Fragen auf. Wo und wann passieren die meisten Suizide? Gibt es einen kausalen Zusammenhang zwischen der Selbstmordrate und den Temperaturen oder den Stunden an Tageslicht in einer Region? (11) Nehmen sich überwiegend Arbeitssuchende oder Drogen- und Alkoholabhängige das Leben? (12, 13) Haben alle Menschen, die über Suizid nachdenken eine psychische Störung? Welche Rolle spielen die sozialen und finanziellen Ressourcen? (14) Geschieht ein Suizid aus einem Impuls heraus oder ist er lange geplant? Sinkt die Rate mit einem erschweren Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Pestiziden? (15) Wie soll in den Medien über suizidales Verhalten berichtet werden und welche Auswirkungen sind dadurch zu erwarten?(16) Leider gibt es für diese und weitere Fragen keine einfache Antwort. Dass sich ein Mensch das Leben nimmt, lässt sich meist nicht durch einen einzigen Faktor erklären. Für einen Lösungsansatz müssen die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen, somatischen und umweltbedingten Faktoren berücksichtigt werden. (14)

Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Suizidalität sind belegt. (17) Auch die Erfahrung sexueller Gewalt und der sexuelle Kindesmissbrauch sind signifikant mit suizidalem Verhalten assoziiert. (18) Impulsivität und Enthemmung durch Alkohol (19) und Drogen steigern das Risiko für suizidales Verhalten. Ein Tabuisieren in der Gesellschaft führt dazu, dass Suizide nicht vermehrt verhindert werden können. Allerdings birgt die Erhöhung des Bewusstseins der Gesellschaft über Suizidalität das Risiko einer Stigmatisierung, vor allem in Bezug auf psychische Erkrankung und Suizidalität, die Gefährdete davon abhalten kann Hilfe aufzusuchen.(2) Wo und wie muss Aufklärung, im Sinne von Psychoedukation also ansetzen?

Wie oben bereits beschrieben, suchten Menschen, die sich das Leben nahmen in fast der Hälfte der Fälle im Monat vor ihrem Suizid eine Ärztin/ einen Arzt auf, wodurch klar wird, dass es von großer Bedeutung ist im niedergelassenen Bereich auch bei körperlichen Beschwerden eine ganzheitliche Betrachtung der PatientInnengeschichte durchzuführen. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell liefert hierfür ein zunehmend anerkanntes Konstrukt. (20)

Besonders gefährdet durch Suizid zu sterben, sind Menschen, die schon einen Suizidversuch hinter sich haben. In ihrer 2015 veröffentlichten Studie zeigen Ghanbari et al. (2015), dass 25% der Menschen, die nach einem Suizidversuch aus einer psychiatrischen Anstalt oder einer Notaufnahme entlassen wurden einen erneuten Suizidversuch begingen. Neben der Nachsorge der Menschen, die einen Selbstmordversuch begingen, bedarf es auch einer Nachbetreuung von Hinterbliebenen und FreundInnen von Suizidopfern. (21)

Um eine ganzheitliche Strategie zu entwickeln und somit Fortschritte zu erzielen, ist es von großem wissenschaftlichem und weltgesundheitlichem Interesse (2) sowohl Risikofaktoren als auch Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen und daraus einen Leitfaden zu gestalten, der als Informationsquelle für Sektoren wie den Gesundheitssektor, den Bereich der Arbeit oder aber auch das Gerichtswesen dient und somit die Suizidprävention zu einer bereichsübergreifenden Priorität machen soll. (2)

Diese Arbeit soll einen Überblick der bislang erkannten Risikofaktoren und dazugehörigen Interventionsmaßnahmen geben und zusätzlich erörtern, welche kulturspezifischen Zusammenhänge zu regionaler Häufung suizidalen Verhaltens bestehen.

1.1 Terminologie

Bei der Begriffserklärung zum Thema Suizid kann man viele unterschiedliche Quellen nutzen und dementsprechend unterschiedliche Definitionen finden. Diese folgenden Begrifflichkeiten werden genauer definiert: Suizid, Suizidversuch, Suizidalität und suizidales Verhalten sowie erweiterter Suizid.

- Suizid: „Der Akt der bewussten Selbsttötung“ (2)
- Suizidversuch: „Suizidale Handlung, bei der die Vollendung im Vordergrund steht. Von einem Suizidversuch spricht man insbesondere nach einem missglückten eindeutigen Versuch sich das Leben zu nehmen.“ (22)
- Suizidalität, suizidales Verhalten: Verhaltensweisen, zu denen „konkrete und unkonkrete Suizidgedanken“ (22), Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst gehören (2)
- Parasuizidale Handlung: „Nicht die Vollendung, sondern eher die Dynamik der Selbstverletzung und des Versuches steht im Vordergrund.“ (22)
- Erweiterter Suizid: „Suizid mit vorangegangener Tötung Dritter ohne deren Einverständnis.“ (22)

1.2 Epidemiologie

In erster Linie dient die *WHO Global Health Estimates* (Globale Gesundheitsschätzung der WHO (2015) (23)) als Quelle für die Darstellung der Epidemiologie dieser Arbeit. Die Globale Gesundheitsschätzung der WHO (2015) bezieht sich größtenteils auf die Mortalitätsdatenbank der WHO, die ihre Daten von den WHO Mitgliedsstaaten zugestellt bekommt. Das ermöglicht die genauere Betrachtung unterschiedlicher Regionen und Gruppen. Zur vereinfachten Darstellung und zur besseren Gegenüberstellung werden die Daten zumeist durch die Altersverteilung der WHO-Weltstandardbevölkerung altersstandardisiert angegeben.(2)

2015 entschieden sich schätzungsweise 788 000 Menschen sich das Leben zu nehmen. Das entspricht einer weltweiten altersstandardisierten Suizidrate von 10,7 pro 100 000 EinwohnerInnen (siehe *Tabelle 1*). Dabei begehen in etwa doppelt so viele Männer wie Frauen Selbstmord (13,6 zu 7,8 pro 100 000 EinwohnerInnen). (24) Im Vergleich dazu waren es 2012 noch 804 000 Frauen und Männer, die Suizid begingen (8 Frauen und 15 Männer pro 100 000 EinwohnerInnen). Eine Ausnahme bildet nach wie vor China, wo die meisten Selbstmorde von Frauen verübt werden. (23) Damit gehört der Suizid zu den 10 häufigsten Todesursachen der Welt und bei den 15- bis 29-Jährigen ist es sogar die zweithäufigste Todesart. (24)

		Altersstandardisierte Suizidrate der WHO Region (pro 100 000 Einwohner)	
WHO Region	Geschlecht	2015	2012
Afrika	Beide Geschlechter	12,8	
Nord-, Mittel- und Südamerika	Beide Geschlechter	9,1	
Südostasien	Beide Geschlechter	13,3	
Europa	Beide Geschlechter	11,9	
Ostmediterraneer Raum	Beide Geschlechter	4,3	
Westpazifik	Beide Geschlechter	9,1	
Global	Beide Geschlechter	10,7	11,4
	Männlich	13,6	15,0
	Weiblich	7,8	8,0

Tabelle 1: Altersstandardisierte Suizidrate (pro 100 000 Einwohner) der WHO Regionen (2)

Suizidraten in Abhängigkeit vom Einkommen

Auch wenn 2012 die altersstandardisierte Suizidrate mit 12,7 pro 100 000 EinwohnerInnen in Ländern mit hohem Einkommen etwas höher als in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen war (11,2 pro 100 000 EinwohnerInnen), ereignen sich aufgrund des größeren Anteils an der Weltbevölkerung rund 75,5% der Suizide in diesen Ländern (sogenannte LMICs = aus dem engl. von low- and middle-income countries = Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen; siehe *Abbildung 1*). (2)

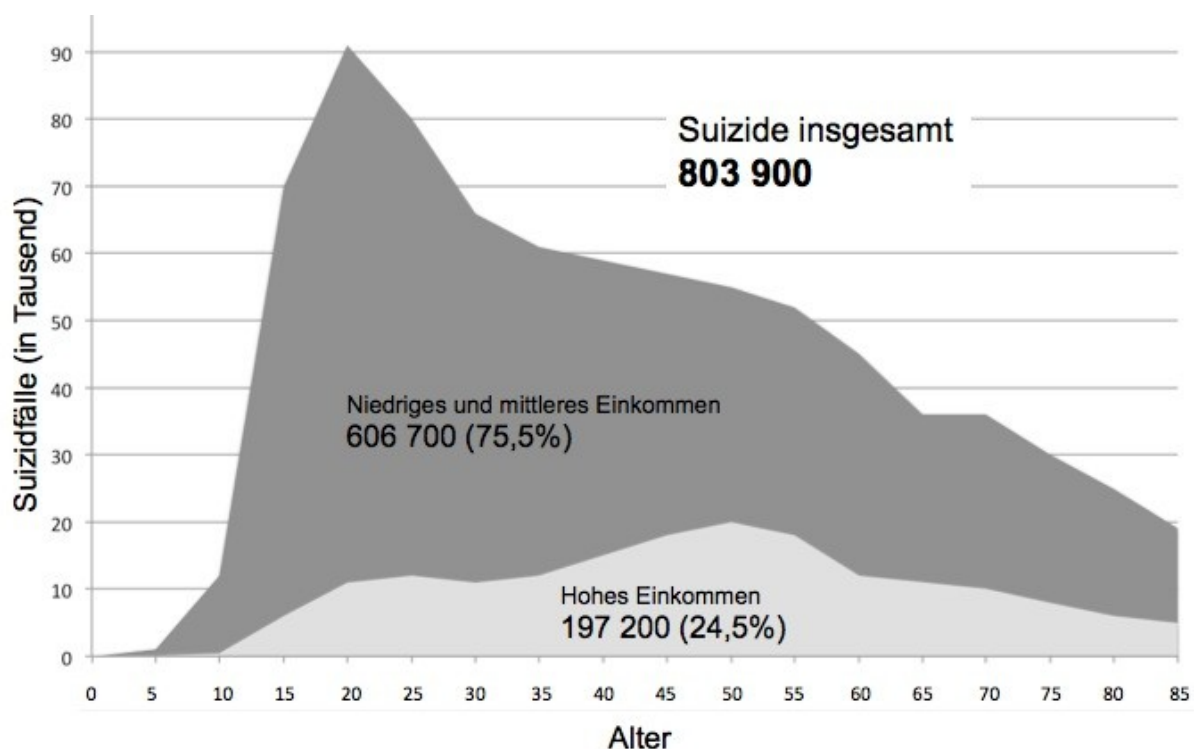


Abbildung 1: Globale Suizidfälle nach Alter und Einkommensniveau der Länder (2012) nach WHO (2014)

Suizidraten in Abhängigkeit von der Region

In den von der WHO in sechs Regionen eingeteilten LMICs (Afrika; Mittel- und Südamerika; ostmediterrane Raum; Osteuropa; Südostasien; Westpazifik) schwanken die altersangepassten Selbstmordraten enorm (siehe *Tabelle 2*): In Südostasien nehmen sich mit 17,7 pro 100 000 fast dreimal so viele Menschen das Leben wie in der WHO-Region Mittel- und Südamerika, wo es 6,1 pro 100 000 Einwohner sind. (2)

Region	Prozent in der Weltbevölkerung	Anzahl der Suizide, 2012 (Tausend)	Prozent der Suizide weltweit	Altersstandardisierte Suizidraten (pro 100 000), 2012			Verhältnis Männer:Frauen der altersstandardisierten Suizidrate, 2012
				Beide Geschlechter	Frauen	Männer	
Insgesamt	100,0%	804	100,0%	11,4	8,0	15,0	1,9
Alle Mitgliedsstaaten mit hohem Einkommen	17,9%	192	23,9%	12,7	5,7	19,9	3,5
Alle Mitgliedsstaaten mit mittlerem und geringem Einkommen	81,7%	607	75,5%	11,2	8,7	13,7	1,6
LMICs in Afrika	12,6%	61	7,6%	10,0	5,8	14,4	2,5
LMICs in Amerika	8,2%	35	4,3%	6,1	2,7	9,8	3,6
LMICs im ostmediterranen Raum	8,0%	30	3,7%	6,4	5,2	7,5	1,4
LMICs in Europa	3,8%	35	4,3%	12,0	4,9	20,0	4,1
LMICs in Südostasien	25,9%	314	39,1%	17,7	13,9	21,6	1,6
LMICs im Westpazifik	23,1%	131	16,3%	7,5	7,9	7,2	0,9

Tabelle 2: Geschätzte Suizidfälle und -raten nach Region und weltweit, 2012 nach WHO (2014)

Vergleicht man die altersstandardisierten Raten der Suizide der einzelnen Länder kommen die Unterschiede noch deutlicher zum Vorschein. Die altersstandardisierten Suizidraten der einbezogenen 172 WHO-Mitgliedsstaaten mit einer Bevölkerung von 300 000 oder mehr erstrecken sich 2015 von 0,3 (Barbados) bis 34,6 (Sri Lanka) pro 100 000 EinwohnerInnen. Das ist in etwa eine 115-fach höhere Suizidrate des Staates mit der höchsten Suizidrate im Vergleich zu dem Land mit der niedrigsten. Im Vergleich zum Jahr 2000, in dem sie 105-fach höher war (0,5 in Jamaica bis 52,7 in Litauen pro 100 000 EinwohnerInnen), ist sie verhältnismäßig stabil geblieben. Barbados (1,9 pro 100 000 EinwohnerInnen) und Sri Lanka (38,3 pro 100 000

EinwohnerInnen) lagen bereits 2000 nahe den Maximal- bzw. Minimalwerten. (24, 2) In den unteren Abschnitten zu Risiko- und Schutzfaktoren werden einerseits Erklärungen für diese starken Unterschiede dargestellt, aber andererseits schwanken diese Zahlen auch aus noch nicht erkenntlichen Gründen.

Qualität der Mortalitätsdaten

Die WHO beschreibt in ihrem 2014 veröffentlichten Bericht, dass die Datensätze zur Mortalität unter Vorbehalt zu betrachten seien, da nur 60 der 172 WHO-Mitgliedstaaten „im Personenstandsregister über Daten guter Qualität“ (2) verfügen. Das heißt, dass nur die Daten von 60 Ländern direkt verwendet werden konnten und die der weiteren 112 Mitgliedstaaten auf Modellierungsmethoden beruhen. Klar erkennbar sei der positive Zusammenhang zwischen guter Qualität in den Personenstandsregistern und den Ländern mit hohem Einkommen. Erschwerend komme hinzu, dass Länder mit Mortalitätsdaten „schlechter Qualität“ oftmals aufgrund einer Gesetzeswidrigkeit suizidalen Verhaltens eine unzureichende Registrierung oder falsche Klassifizierung von Suiziden verfolge. (2)

Obwohl seit Jahrzehnten daran gearbeitet werde die Verfahren zur Aufnahme von länderspezifischen Mortalitätsdaten zu verbessern und somit die Genauigkeit zu erhöhen, komme es immer noch zu regionalen Unterschieden. Dass es sich bei diesen entdeckten Abweichungen um reale Diskrepanzen handle, sei nicht auszuschließen. (2)

Suizidhäufigkeit in Abhängigkeit von der Region und in Abhängigkeit vom Geschlecht

Auch wenn Stack (2000) noch nicht genau wusste, woran es lag, fand auch er heraus, dass deutlich mehr Männer durch Suizid sterben als Frauen. (25) Lange wurde behauptet, Männer seien sogar dreimal so häufig vom Suizid betroffen. Nun konnte gezeigt werden, dass diese große Ungleichheit in der Suizidhäufigkeit überwiegend ein Problem der Länder mit hohem Einkommen sein dürfte. (2) Das *National Institute of Mental Health* veröffentlichte Daten, die zeigen, dass Männer in den USA 2014 fast viermal so häufig durch Selbstmord sterben wie Frauen (26). Auch global gesehen herrscht in Ländern mit hohem Einkommen ein Verhältnis von Männern zu Frauen der altersangepassten Suizidrate von 3,5:1, während es in den

LMICs nur 1,6:1 beträgt. Das entspricht weltweit einer 57% höheren Suizidrate der Männer. (2)

Suizidhäufigkeit in Abhängigkeit von der Region und in Abhängigkeit vom Alter

In fast allen Regionen der Welt ist die Suizidrate bei Personen unter 15 Jahren am niedrigsten und bei Personen über 70 am höchsten. (2) In den übrigen Altersgruppen, also von 15 bis 70 Jahren, unterscheidet sich die Verteilung je nach Geschlecht und Region. In einigen Regionen bleibt das Verhältnis von Männern zu Frauen in den einzelnen Altersgruppen relativ konstant, während es in anderen Gebieten stark variiert. Beispielsweise reichen in Chile die altersspezifischen Suizidraten von 16,2 bis 16,5 (Differenz von 0,3) pro 100 000 EinwohnerInnen für die Altersgruppen zwischen 15 und 70 Jahren, während diese in Japan zwischen 18,4 und 31,8 (Differenz von 13,4) pro 100 000 EinwohnerInnen liegt. (23) In Ländern mit hohem Einkommen sind im Gegensatz zu LMICs die Suizidraten junger Erwachsener und älterer Frauen deutlich niedriger, wogegen die Suizidraten bei Männern mittleren Alters in LMICs deutlich niedriger sind als in Ländern mit hohem Einkommen. (2)

Suizidhäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter in Österreich

In *Abbildung 2* lässt sich erkennen, dass sich das Alter betreffend vergleichbare Daten für Österreich finden: Ab dem 75. Lebensjahr steigt das Risiko des Todes durch Suizid gegenüber der Durchschnittsbevölkerung (Altersmedian von 42,3 Jahren, 2015 (27)) auf das Doppelte und ab dem Alter von 85 Jahren sogar um das Dreifache. In absoluten Zahlen geschehen die meisten Selbsttötungen allerdings im mittleren Erwachsenenalter. Bis auf die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen, bei der in den Jahren 2013 und 2014 wieder ein leichter Anstieg der Suizidrate zu sehen ist, war die Rate von 1970 bis 2014 in allen Altersgruppen rückläufig. (28)

Prozentual erreichen die Todesfälle durch Suizid an der Gesamtheit der altersspezifischen Todesursachen sogar ihren größten Wert (Suizidratio) in der Altersgruppe 20-29 Jahre. (14)

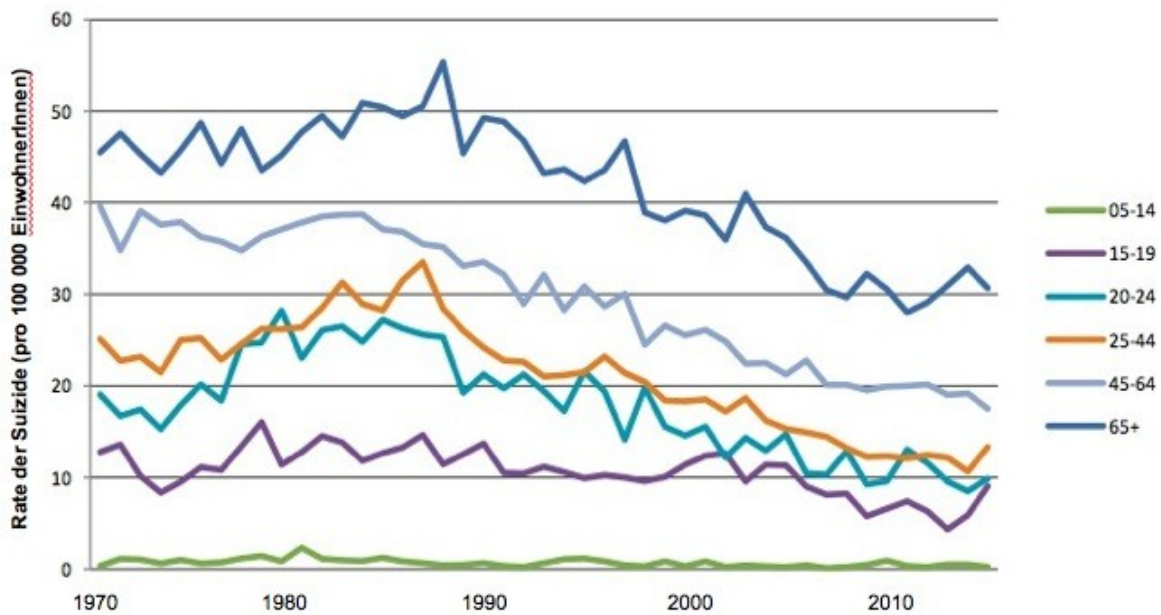


Abbildung 2: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen nach Grabenhofer-Eggerth und Kapusta (2016) (29)

Rückgang der Suizidhäufigkeit

Von 2000 bis 2012 ist die Anzahl der Suizide bei steigender Weltbevölkerung um ca. 9%, von 883 000 auf 804 000, und mit wenigen Ausnahmen auch die altersangepasste Suizidrate aller Regionen um etwa 26% gesunken. (2) Dazu tragen z.B. Gesetze bei, die den Zugang zu Schusswaffen für Jugendliche erschweren (30) oder die Schulung ehrenamtlichen Personals, welches Menschen in Krisensituationen, z.B. mit einer telefonischen Beratung zur Seite steht. (31)

Rückgang der Suizidhäufigkeit in Österreich

In Österreich ist seit dem Höchststand im Jahr 1986 (siehe *Abbildung 3*) mit 2139 Suiziden, der zuvor das letzte Mal während des zweiten Weltkrieges so hoch war, ein beständiger Rückgang der Suizidraten zu beobachten. (32) Seit der Weltwirtschaftskrise in 2008 stagniert der Rückgang etwas und ist fast in ein Plateau übergegangen. Im Jahr 2014 nahmen sich mit 989 Suiziden der insgesamt 1313 begangenen Selbstmorde in etwa 3,1 mal so viele Männer wie Frauen das Leben. Die Suizidraten entsprechen demnach 23,7 pro 100 000 Einwohner bei den Männern und 7,4 pro 100 000 Einwohnerinnen bei den Frauen. Auch hier haben vor allem Männer im Alter über 70 Jahren ein stark erhöhtes Suizidrisiko inne. (28)

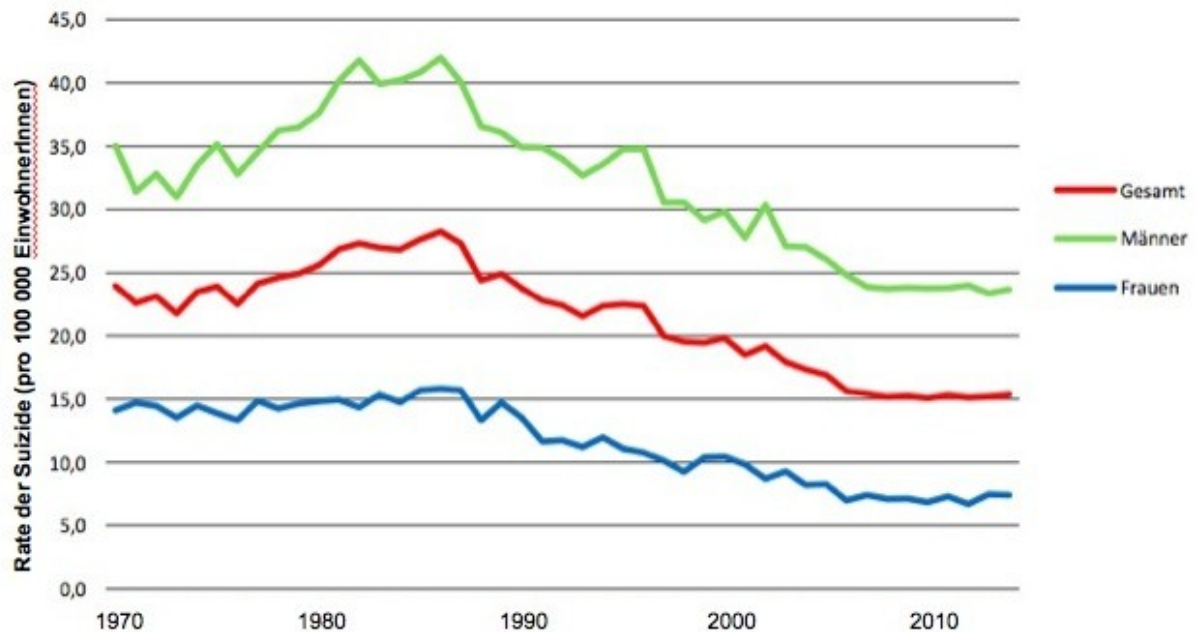


Abbildung 3: Verlauf der Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Grabenhofer-Eggerth und Kapusta (2016) (29)

Vergleich zwischen Österreich und China

Die altersstandardisierte Suizidrate betrachtend, nahmen sich im Jahr 2000 mit 19,4 pro 100 000 EinwohnerInnen in China etwas mehr Menschen das Leben als in Österreich (16,3 pro 100 000 EinwohnerInnen). Die Suizidrate ging bis 2012 in beiden Ländern zurück (Rückgang um 59,6% in China und 29,7% in Österreich), allerdings sind es 2012 mit 11,5 zu 7,8 pro 100 000 EinwohnerInnen 3,7 Menschen pro 100 000 EinwohnerInnen mehr in Österreich als in China, die einen Suizid begingen. In absoluten Zahlen bedeutet dies jedoch durch die unterschiedlichen Bevölkerungsgrößen eine Summe von 120 730 Menschen in China und 1319 Menschen in Österreich, die sich 2012 umbrachten (siehe *Tabelle 3*). (2)

Während sich in Österreich in etwa 3-Mal so viele Männer für den Freitod entschieden, waren es in China etwas mehr Frauen als Männer. Vor allem bei den Frauen zwischen 15 – 29 Jahren verzeichnet China 2012 eine doppelt so hohe Suizidrate wie Österreich und auch bei den über 70 Jährigen ist die Suizidrate in China mit 47,7 Frauen zu 14,0 Frauen pro 100 000 EinwohnerInnen in Österreich deutlich erhöht. (2)

Nation	Gender	Suizidanzahl (alle Alterskohorten), 2012	Suizidraten über alle Alterskohorten und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Alterstandardisierte Suizidraten (pro 100.000), 2012	Alterstandardisierte Suizidraten (pro 100.000), 2000	Unterschied der alterstandardisierten Suizidraten, 2000 - 2012
			Alle Alterskohorten	5 - 14 Jahre	15 - 29 Jahre	30 - 49 Jahre	50 - 69 Jahre	70+ Jahre			
China	Beide	120 730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5	7,8	19,4	-59,60%
	Frauen	67 542	10,1	0,5	5,9	7,1	17	47,7	8,7	21,7	-59,70%
	Männer	53 118	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8	7,1	17,4	-59,30%
Österreich	Beide	1319	15,6	1	9,5	14,3	21,5	32,9	11,5	16,3	-29,70%
	Frauen	330	7,6	0,7	3,3	6,5	12,2	14	5,4	7,4	-27,20%
	Männer	989	23,9	1,3	15,5	22,1	31,3	61,2	18,2	26,7	-32,10%

Tabelle 3: Geschätzte Suizidzahlen und -raten nach Geschlecht und Alter (2000 und 2012) nach WHO (2014)

1.3 Suizidmethoden

Oftmals führt eine impulsive Reaktion auf eine für die suizidgefährdete Person aussichtslos empfundene Situation zu suizidalem Verhalten. (33) Ein entscheidender Faktor dafür, ob ein selbstschädigendes Verhalten tödlich ausgeht oder nicht, ist der Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln. (5) Insgesamt kann man sagen, dass Männer eher auf gewaltsame Mittel zurückgreifen (zum Beispiel Schusswaffen oder Erhängen), während Frauen eher weniger gewaltsame Mittel wählen (z.B. Selbstvergiftung). (34)

Regionsspezifische Suizidmethoden

Außerdem hat die Verfügbarkeit unterschiedlicher Hilfsmittel einen großen Einfluss auf die nationale Häufung der Selbstmordmethode. In Österreich ist Erhängen mit ca. 46% aller Suizide, gefolgt von Erschießen mit 16% und Selbstvergiftung mit 10%, die meist gewählte Suizidmethode (28) (siehe *Abbildung 4*), in Nord-, Mittel- und Südamerika machen die meisten Menschen (ca. 46%) (2) von der Schusswaffe gebrauch, mit einem Risiko, das am höchsten dort ist, wo Waffen im Haushalt vorhanden sind. (35) In einer systematischen Übersichtsarbeit (15) von 1990 bis 2007 wird deutlich, dass besonders in ländlichen Gegenden von Entwicklungsländern der Tod durch das Vergiften mit Pestiziden gewählt wird. Die Toxizität, die leichte Verfügbarkeit und die mangelnden Sicherheitsvorkehrungen bei der Lagerung der

Pestizide tragen dazu bei, dass diese Methode etwa 30% der globalen Suizide ausmacht. (15)

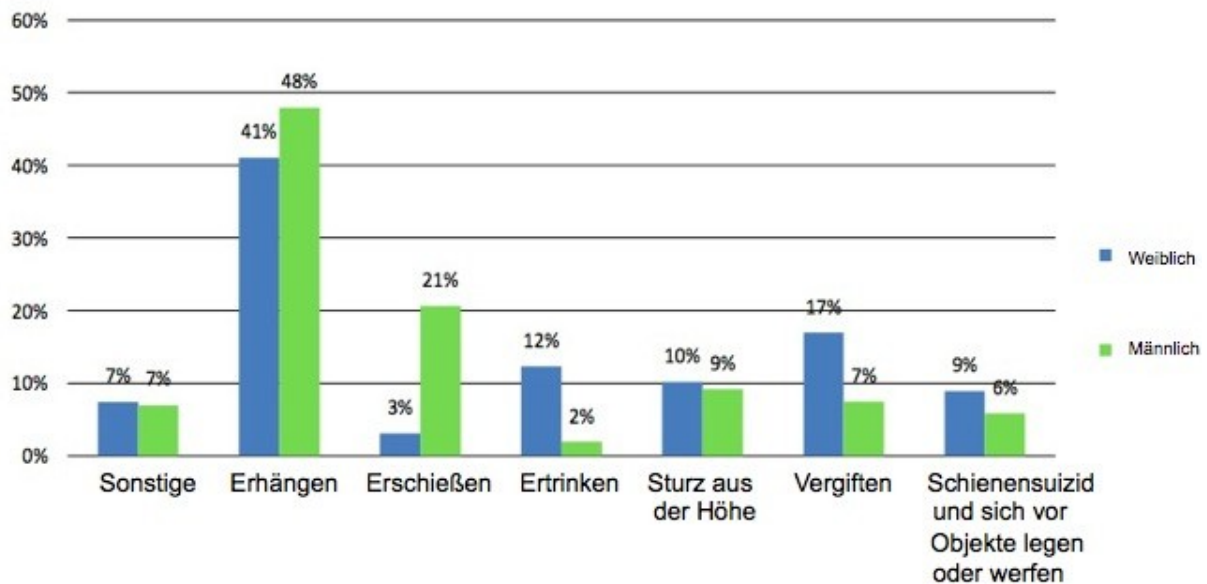


Abbildung 4: Angewandte Suizidmethoden in Österreich im Jahr 2014 nach Geschlecht, in Prozent ($n = 1.313$) nach Grabenhofer-Eggerth und Kapusta (2016) (29)

Wu, Chen und Yip (2012) fanden heraus, dass das Umfeld einer Gesellschaftsgruppe die Häufung einer speziellen Suizidmethode beeinflusst. In *Tabelle 4* wird dargestellt, wie zum Beispiel in Hongkong oder Singapur, wo die meisten Menschen in Hochhauskomplexen leben, der Sprung in die Tiefe eines der meistgewählten Mittel ist. (36)

Seit 1998 wird in China und Hongkong die Verwendung von Grillholzkohle als Suizidmittel verwendet um damit das stark giftige Gas Kohlenmonoxid zu produzieren. Diese Suizidmethode weitete sich auf Taiwan aus und wurde innerhalb von acht Jahren zu einer der meist verbreitetsten Methode. (37)

Land	Suizidrate (pro 100 000) insgesamt, Frauen, Männer	Häufigste Methode	Zweithäufigste Methode
China	Insg.: 13,9 Frauen: 14,8 Männer: 13,0	Vergiftung mit Landwirtschafts-Chemikalien oder Rattengift	Erhängen oder Ersticken
Hongkong	Insg.: 14,6 Frauen: 10,7 Männer: 19,0	Sprung aus der Höhe	Vergiftung durch Holzkohlenverbrennung
Singapur	Insg.: 10,7 Frauen: 7,3 Männer: 12,9	Sprung aus der Höhe	Erhängen
Taiwan	Insg.: 16,8 Frauen: 10,9 Männer: 22,7	Erhängen	Vergiftung durch Holzkohlenverbrennung

Tabelle 4: Suizidmethoden Asiens nach Wu, Chen und Yip (2012)

Suizidprävention in Abhängigkeit von der Suizidmethode

Klar sei, dass nahezu alle Menschen, die sich vorsätzlich das Leben nehmen möchten Anzeichen von Hoffnungslosigkeit, einer depressive Stimmung und suizidalen Gedanken zeigen, sei es mit oder ohne Hinweisen einer psychiatrischen Erkrankung. (1)

Um diese Menschen davon abhalten zu können einen Suizid zu begehen und ihnen die Möglichkeit zu bieten über ihre Absicht nachzudenken und somit die Krise zu überstehen (2), wäre es ein großer Schritt in Richtung Suizidprävention den Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln einzuschränken. (38) Diese Schlüsselkomponente ist zwar nicht einfach, für manche Methoden aber leichter zu erreichen als für andere. (39) In etwa könnte das Einnehmen von Pestiziden, eine der weltweit häufigsten Methoden der Suizidalität, dadurch verringert werden, dass der Gebrauch der für Menschen schädlichsten Pestizide verboten werden würde, Pestizide in ländlichen Gemeinden sicher verwahrt werden würden und die Verfügbarkeit sowie die Qualität der Versorgung bei Intoxikation verbessert werden würde. (15)

Dahingegen ist die Einschränkung für die Methode des Erhängens wesentlich schwieriger zu erreichen. Um gezielte, für die Region sinnvolle Präventionsmaßnahmen einleiten zu können, ist es wichtig zu verstehen, welche Suizidmethoden in der jeweiligen Gemeinschaft bevorzugt werden und wie diese eingeschränkt werden können (z.B. Zugang zu Schusswaffen erschweren, Barrieren an Bahnübergängen oder Brücken installieren). (2)

1.4 Suizidversuche

Suizidversuche sind eine große Belastung für Kommunen und selbstverständlich die betroffene Person. Es kommt zur großen Beanspruchung von Gesundheitsdiensten in Folge der Behandlung der selbstzugeführten Verletzungen und eventuellen Behinderungen sowie der psychologischen und sozialen Belastung von Angehörigen und FreundInnen der betroffenen Person. (2) Allerdings liegen zu Suizidversuchen nur unzureichende Daten vor, da sie häufig nicht als Suizidversuche erkannt oder nicht als solche dokumentiert werden beziehungsweise gar nicht zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. (28) Schätzungen und internationalen Studien zufolge kommen auf einen Menschen, der durch einen Suizid stirbt in etwa 10- bis 30-Mal so viele Suizidversuche. (40, 41, 42)

Da suizidale Gedanken oder Suizidversuche oftmals unbemerkt bleiben (2), können Daten häufig erst nach dem Tod einer Person erfasst werden. Diese Daten zu Charaktereigenschaften, familiären Hintergründen und Umständen von Menschen, die sich umgebracht haben, werden heute viel mit Hilfe retrospektiver Analysen der Suizidforschung, sogenannten psychologischen Autopsien (PA) (43), erhoben. (44)

2 Ergebnisse

2.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren für Suizidversuche und Suizide

Wie bereits in der Darstellung der Epidemiologie beschrieben wurde, haben Jugendliche und junge Erwachsene die höchste Inzidenz für suizidales Verhalten.(45) Auch bei Senioren, vor allem bei jenen mit physischen oder psychischen Erkrankungen, sind die Raten für Suizidalität hoch. (44)

Suizidalität als Komplex

Das Erkennen von Risikofaktoren ist Voraussetzung um die suizidbedingte Morbidität und Mortalität zu senken (44) und Strategien zur Suizidprävention entwickeln zu können. Jedoch führt meistens nicht nur ein einzelner Stressor zu suizidalem Verhalten. (3) Zeitgleich ist zum Beispiel das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung einer der größten Risikofaktoren, dennoch begeht nicht jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung einen Selbstmord. Suizidalität ist ein komplexes Geschehen und meist Konsequenz zahlreicher Faktoren (3, 14), die dazu beitragen die Anfälligkeit eines Menschen für suizidales Verhalten (2) zu erhöhen.

Die Kenntnis über die häufigsten Selbstmordmethoden einzelner Kommunen, das durchschnittliche Alter, das Geschlecht der suizidgefährdeten Personen und vorangegangene Suizidversuche helfen zur Identifizierung von Hochrisikogruppen (2). Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass ein vorangegangener Suizidversuch der stärkste Risikofaktor für einen erneuten Suizidversuch ist. (2, 3, 46, 47, 48) Zusätzlich wurde beobachtet, dass bei 31% der erneuten Suizide die gleichen Merkmale wie beim ersten Versuch, z.B. das Gefühl von Einsamkeit oder der ernsthafte Todeswunsch, ausschlaggebend für die Suizidalität sind. (21) Auch die Suizidmethode des zweiten Versuchs gleicht oft der des ersten. (49)

Bilden von Präventionsmaßnahmen

Wie wichtig diese Erkenntnis ist, um Präventivmaßnahmen einleiten zu können, wurde in der 2014 erschienenen Studie (Ghanbari et al., 2016 (21)) über ein einjähriges Betreuen von Menschen nach einem Suizidversuch zum Vorschein gebracht. Dort wird ersichtlich, dass eine 6- bis 12-monatige telefonische

Nachbetreuung der PatientInnen, die nach einem Suizidversuch aus einer Krankenanstalt entlassen werden, ein protektiver Faktor in Bezug auf einen erneuten Suizidversuch ist. (21)

Das Zusammenspiel einzelner Risikofaktoren, die suizidales Verhalten fördern, ist von Individuum zu Individuum unterschiedlich und es kann nicht gesagt werden, welcher Faktor letztendlich ausschlaggebend ist. Zwar sind schon viele dieser Faktoren bekannt, bei weitem aber noch nicht alle und es sind auch noch nicht für jeden Faktor entsprechende Interventionsmaßnahmen beschrieben. (2)

Diese folgenden Abschnitte sollen einen Überblick über wichtige Risikofaktoren und gezielte Präventionsmaßnahmen geben. Zu beachten ist, dass einzelne beschriebene Faktoren nur einen Teil eines Komplexes darstellen, der zum suizidalen Verhalten der einzelnen Person führt.

2.1.1 Psychische Störung

Neben einem vorangegangenen Suizidversuch, sind psychische Erkrankungen der größte Risikofaktor für einen Selbstmordversuch oder Suizid. (50, 17) Zur Untersuchung dieses Zusammenhangs hilft die Psychologische Autopsie (PA), für die zumeist retrospektive Befragungen bevollmächtigter Personen und offizielle Protokolle ausgewertet werden. Arsenault-Lapierre, Kim und Turecki (2004) fanden heraus, dass ungefähr 90% der Menschen, die durch einen Selbstmord sterben an einer psychischen Krankheit leiden, dennoch begeht die Großzahl der psychisch Erkrankten keinen Suizid. Einige psychische Störungen weisen einen größeren Bezug zu Suizidalität auf als andere. (50)

Depressive Störung und Substanzmittelmissbrauch

Die höchste Kohärenz zeigt sich bei Depressionen und Alkoholmissbrauch (2), beziehungsweise bei depressiven Störungen, die von Alkohol- oder Drogenmissbrauch begleitet werden. (17, 51)

Es wird sogar davon ausgegangen, dass zumindest die Hälfte aller Selbsttötungen aus schweren depressiven Krisen heraus begangen werden, wobei der Grund dafür entweder eine *major depression* oder eine bipolare Störung ist. (52) Bei bipolar erkrankten Personen korreliert vor allem die im *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders (DSM IV) als *Mixed Episode*¹ bezeichnete Störung mit einem Anstieg der Suizidalität, wobei das Risiko mit zunehmender Dauer der *Mixed Episode* steigt. Am größten ist die Gefahr innerhalb des ersten Jahres einer Gemütsstörung bei begleitenden Gefühlen von Hoffnungslosigkeit. (53) Erwachsene mit der Diagnose *Schizophrenie und andere psychotische Störungen* haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko (54), vor allem mit den folgenden klinischen Prädiktoren, die in *Tabelle 5* dargestellt sind. (55)

Risikofaktor	Stark Suizid assoziiert	Schwach Suizid assoziiert
Demographisch	Jung, männlich, arbeitslos, mit höherem Bildungsniveau	Single (nicht verheiratet), in ländlichen Gegenden lebend
Krankheitsbedingt	Vorhandensein von Depressionen, Hoffnungslosigkeit, negativen Selbstgedanken, Angst, Schlaflosigkeit, Selbstabwertung, niedrigem Selbstwertgefühl, Schuldgedanken und PTBS	Späterer Krankheitsbeginn
	Vorhandensein von starker Positiv- und schwacher Negativsymptomatik	
	Krankheitseinsicht	
	Körperliches Leiden	
Genetisch	Suizid in der Familienanamnese	
Vorheriger Suizidversuch/ Suizidgedanken	Starke Korrelation mit vorherigem Suizidversuch/ Suizidgedanken	
Substanzmittel-abhängigkeit	Alkohol- und Drogenabhängigkeit	Rauchen
Lebensereignis		Potenziertes Risiko bei Kindheitstraumata

Tabelle 5: Risikofaktoren bei Schizophrenie, die mit Suizid assoziiert sind nach Hor und Taylor (2010)

¹Eine im DSM IV bezeichnete „Mixed Episode“ ist keine eigene Erkrankung, sondern eine detailliertere Beschreibung für eine spezielle Episode der bipolaren Störung. Dabei ist definiert, dass die Episode nahezu jeden Tag Kriterien sowohl einer manischen als auch einer depressiven Störung erfüllt und mindestens eine Woche andauert. Diese Bezeichnung wurde im aktualisierten DSM V durch eine neue Spezifikation ersetzt und kann nun als ein „with mixed features“ auch manische oder depressive Episoden näher charakterisieren. (286)

In China scheint ein wesentlich geringerer Anteil der Menschen, die durch Suizid sterben an einer psychischen Krankheit zu leiden, auch die suizidalen Frauen und Mädchen in ländlichen Gegenden seien häufig nicht psychisch erkrankt. (56)

Weitere psychische Störungen

Andere psychische Störungen, die eine Korrelation zum Suizid aufweisen, sind Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen, in erster Linie *Cluster B*² *Persönlichkeitsstörungen*, wie die Borderline oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, die durch ein hohes Maß an Aggressivität und Impulsivität charakterisiert sind. (57)

SuizidentInnen haben häufig mehr als eine psychische Störung. Nock et al. (2010) und Tyrer, Reed und Crawford (2015) sagen Menschen, die neben einer psychischen Krankheit wie der Depression, die mit Suizidalität in Beziehung steht, zusätzlich von schweren Angstzuständen oder Impulskontrollstörungen geplagt sind, suizidales Verhalten voraus. (51, 57) In anderen Studien wird behauptet, dass bei Selbstmorden, bei welchen keine psychische Störung nachgewiesen werden kann, die durchgeführte PA fehlerhaft sein müsse. (58) Zwar gibt es für die angesprochene PA einige Limitierungen, aber sie bleibt oftmals die einzige Möglichkeit Risikofaktoren zu erörtern und zu beschreiben, die zu Übereinstimmungen zwischen unabhängigen BegutachterInnen und bevollmächtigten Befragten sowie vor und nach dem Tod erstellten Diagnosen führen. (59)

Turecki und Brent (2016) beschreiben, dass voneinander abweichende Ergebnisse in Bezug auf Studien über Suizid und psychische Erkrankungen vorrangig durch die Faktoren Alter, Geschlecht und geographischer Standort zu erklären sind. (1)

² „Cluster B umfasst die antisoziale, die Borderline-, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die emotionales, dramatisches oder launisches Verhalten zeigen. Weitere charakteristische Merkmale der Borderlinestörung sind Impulsivität, starke Wut und Unfähigkeit, diese zu kontrollieren. Das Verhalten in Beziehungen ist geprägt von einer Tendenz zur Idealisierung und Entwertung sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe und Distanz. Selbstschädigende und suizidale Verhaltensweisen sind typisch“ (287);

„Bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung kann es zu Fremdaggressivität kommen. Gemeinsam liegt allen Persönlichkeitsstörungen dieses Clusters ein wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl zugrunde, so dass bei berechtigter und unberechtigter Kritik Gefühle wie Wut, Scham oder Demütigung aufkommen.“ (287)

Psychische Störung in Abhängigkeit vom Alter

Das Suizidrisiko steigt in unterschiedlichen Altersgruppen durch verschiedene Komorbiditäten. Bei jüngeren suizidalen Personen gibt es eine große Wahrscheinlichkeit für das komorbide Vorhandensein einer Cluster B Persönlichkeitsstörung (60), während im mittleren Alter der Substanzmittelmissbrauch (61) und im höheren Alter die *Major Depression* (44) im Vordergrund stehen.

2.1.2 Vorheriger Suizidversuch

In einer 2008 veröffentlichten Metaanalyse (Yoshimasu, Kiyohara und Miyashita, 2008) wird berichtet, dass ein oder mehrere vorangegangene Suizidversuche, das höchste Risiko für einen erneuten Suizidversuch bergen. (46) Ein vergleichbares Ergebnis ist weiteren Studien zu entnehmen. (2, 3, 47, 48) Yoshimasu, Kiyohara und Miyashita (2008) postulieren, dass Menschen in Japan mit einem vorherigen Selbstmordversuch im Vergleich zur Suizidrate der Normalbevölkerung ein 370 Mal so hohes Risiko haben durch Suizid zu sterben.

Laut der Bostwick et al. Studie (2016) sterben durch einen erneuten Suizidversuch 60% der SuizidantInnen, wobei mehr als 80% davon innerhalb des Jahres nach dem ersten Versuch umkommen. In einer häufig zitierten Studie von Bostwick, Pabbati et al. (2000) aus dem Jahr 2000 hingegen wird beschrieben, dass 8,6% der Menschen, die aufgrund suizidaler Gedanken oder eines Suizidversuchs in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, letztendlich durch einen Suizid umkommen. (62) Diese Zahlen erscheinen unter anderem so unterschiedlich, da sich frühere Studien (47, 63, 64, 65, 66) auf spezielle Kohorten beschränkten, wodurch es aber nicht möglich sei das Risiko für die Allgemeinbevölkerung vorauszusagen. (62) Dabei handelte es sich vor allem um Daten über Personen, die nach ihrem Suizidversuch ins Krankenhaus eingewiesen wurden (63, 64), die zu einem speziellen Suizidhilfsmittel griffen (65, 66) oder die direkt in eine Notaufnahme kamen. (67, 48) Diese Limitierungen und die Tatsache, dass Studien, wie z.B. von Owens et al. (2002) Menschen nicht seit ihrem tatsächlichen ersten Suizidversuch untersuchten, sondern erst ab dem Versuch, der sich in der Zeit der Studie ereignete, sowie die Tatsache das Menschen, die durch ihren ersten Selbstmordversuch umkamen und somit nicht in der Notaufnahme registriert wurden, nicht berücksichtigt wurden (68), versuchte Bostwick et al. (2016) zu beseitigen.

Aber auch in anderen Studien, wie zum Beispiel von Christiansen und Jensen (2007) wurde festgestellt, dass das Sterberisiko für Menschen mit einem Suizidversuch in der Historie signifikant höher ist, als jenes von Menschen ohne vorherigen Versuch.(48) Mehrere Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass suizidales Verhalten positiv mit psychischen Störungen assoziiert ist (69, 70, 71), was mit einer hohen Mortalität verbunden ist. (72, 71) Dabei gilt die psychische Störung als wichtigster Prädiktor für die Wiederholung eines Selbstmordversuchs.

2.1.3 Soziodemographische Risikofaktoren

Im Folgenden wird näher auf soziodemographische Faktoren eingegangen und aufgezeigt welche Einflüsse diese auf das Suizidrisiko haben können. Die Soziodemographie beschreibt die Bevölkerungsmerkmale auf Personenebene, nach denen die Mitglieder einer Zielgruppe beschrieben werden. Diese sollen der repräsentativen Darstellung einer Bevölkerungsgruppe dienen. In dieser Arbeit wird hierzu näher auf Geschlecht, Alter, Familienstand, Soziale Schicht, Bildungsstatus, Beruf und Religion eingegangen.

2.1.3.1 Geschlecht und Alter

Geschlecht

Mit der Ausnahme von China nehmen sich überall auf der Welt mehr Männer als Frauen das Leben. (23, 24) Betrachtet man die Zahlen für Suizidversuche erscheint dies zunächst paradox, denn trotz einer etwa dreimal so hohen Prävalenz für Selbstmordversuche unter Frauen (73), sterben letztendlich doppelt so viele Männer durch den Freitod wie Frauen. (24) Die lange vertretene Behauptung, dass Männer dreimal so häufig Selbstmord begingen wie Frauen konnte nach Auswertung internationaler Daten als Phänomen von Ländern mit hohem Einkommen erklärt und somit global gesehen widerlegt werden. (2) Gründe für die höhere Letalität der Selbstmordversuche der Männer werden durch die Wahl des Suizidhilfsmittels erklärt. Während Frauen häufiger die Selbstvergiftung wählen, greifen Männer oftmals zu gewaltsameren und schließlich wirksameren Mitteln, wie Schusswaffen oder Erhängen. (34) Dadurch ist die Suizidrate bei Männern wesentlich höher als bei Frauen (15/100 000 Männer zu 8/100 000 Frauen). (2)

Alter

Auf alle Altersklassen bezogen, gehört der Suizid zu den 10 häufigsten Todesursachen der Welt, wobei er es bei den 15- bis 29-Jährigen sogar zur zweithäufigsten Todesursache schafft. (24) Der WHO (2014) zufolge ist die Suizidrate für Personen über 70 Jahren fast auf der ganzen Welt am höchsten und für Menschen unter 15 Jahren am niedrigsten. Ansonsten erweist es sich als schwierig eine allgemeine Aussage über den Zusammenhang von Alter und Suizidraten zu machen, da die Verteilung in den Altersklassen von 15 bis 70 Jahren stark mit dem Geschlecht und der Region variiert. (2)

2.1.3.2 Familienstand

Daten zur Untersuchung des Zusammenhangs von Familienstand und Suizidalität gibt es aus Studien verschiedener Länder. (14, 46, 70, 74, 75, 76, 77) Grundsätzlich stimmen die Ergebnisse der unterschiedlichen Nationen dahingehend überein, dass die Ehe protektiv gegenüber dem Suizid wirkt. Auf die Frage, ob das Risiko unter unverheirateten, getrennten/geschiedenen oder verwitweten Bevölkerungsgruppen höher oder niedriger sei, findet man allerdings voneinander abweichende Resultate.(74)

Suizidrisiko mit Änderung des Familienstandes in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Abweichungen der Suizidraten in Bezug auf den Familienstand kamen vorrangig durch das Geschlecht und das Alter der Untersuchungsgruppen zustande. Dabei war die Ehe häufiger ein Schutzfaktor für Männer (74, 77) und eine Verwitwung oder Scheidung in früheren Lebensabschnitten korrelierte mit einem höheren Risiko. (14, 76) Andere Studien kommen aber zu dem Ergebnis, dass das Suizidrisikos eher bei Veränderung des Familienstandes im Alter steigt (75) oder gar nur einen Effekt auf die Suizidrate von Männern, nicht aber von Frauen hat. (78)

Verlust des Ehepartners / der Ehepartnerin

Corcoran und Nagar (2010) beschreiben vor allem ein erhöhtes Risiko für verwitwete Männer (74), können aber im Gegensatz zu anderen AutorInnen keine Aussage dazu machen, ob dieses Risiko wie in einer italienischen Studie (Masocco et al, 2008 (76))

eher in früheren oder zufolge einer slowenischen Studie (Roškar et al., 2011 (75)) in späteren Lebensabschnitten gesteigert ist. Der Tod der Ehepartnerin/ des Ehepartners ist ein sehr großer Verlust, den zumeist Frauen erst im höheren Alter erleiden müssen. (74) Diese Häufigkeitsverteilung der Verwitwung wird teilweise zur Unterstützung der These herangezogen, dass eine Verwitwung von Männern jüngeren Alters zu einer größeren Steigerung des Suizidrisikos für diese Gruppe als für junge Frauen führt. (77)

Erklärungen für die Schwankungen der Suizidrate

Zum Verständnis der Auswirkungen der Veränderungen des Familienstandes auf die Suizidrate werden verschiedene Ansätze verfolgt. Mancher Studie (79) dient die Hypothese Durkheims (1897), dass die Ehe zu einer größeren sozialen Integration und einem stärkeren sozialen Netzwerk führt (4) als Basis. Dass eine Veränderung im Sinne einer Scheidung, Trennung oder Verwitwung zum Verlust der sozialen Unterstützung und somit zur sozialen Isolation führen kann, greifen Yoshimasu et al. (2008) in ihrer Studie auf. (46) Faktoren, die das Suizidrisiko weiter ansteigen lassen. Laut Corcoran und Nagar (2010) wird in der Studie von Griffiths et al. (2008) die Theorie vertreten Menschen mit einem niedrigeren Suizidrisiko hätten größere Chancen zu heiraten, weshalb niemals verheiratete Menschen ein höheres Suizidrisiko als Unverheiratete hätten. (80) Neben dem Eheschluss dient auch eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes als Schutzfaktor gegen den weiblichen Suizid (81), womit die relativ geringen Suizidzahlen unter den 20-34 jährigen verheirateten Frauen zu erklären sind.

2.1.3.3 Soziale Schicht, Bildungsstatus und Beruf

In ihrer 2008 veröffentlichten Studie beschäftigen sich Dupéré et al. (2008) mit der Frage, ob bei Jugendlichen, die in einer ärmlichen Umgebung aufwachsen ein höheres Suizidversuchsrisiko in der späteren Adoleszenz besteht. Unter Kontrolle anderer Einflussvariablen ergab sich für die über 2700 untersuchten Kinder ein viermal so hohes Risiko für Suizidversuche bei den Jugendlichen aus ärmlichen Verhältnissen gegenüber den Jugendlichen aus einem mittelständischen Umfeld.(82)

Beruf und Bildungsgrad als Risikofaktor

Agerbo et al. (2007) untersuchten den Zusammenhang von Beruf und Suizid und kommen zu einem Ergebnis, das zu der Studie von Dupéré et al. (2008) passt. Demnach variiere das Suizidrisiko erheblich zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und sei am höchsten bei ÄrztInnen, darauf folgten aber direkt Menschen ohne Beruf oder Menschen mit einem niedrigen Einkommen. Verglichen mit der Kontrollgruppe, die für diese Studie aus GrundschullehrerInnen bestand, ergab sich eine 50% höhere Selbstmordrate u.a. bei ÄrztInnen, Pflegepersonal, ungelernten Arbeitskräften, Anlagen- und MaschinenbetreiberInnen sowie MontagearbeiterInnen, MaurerInnen, MalerInnen, KöchInnen, KellnerInnen, SozialarbeiterInnen, Personen aus Landwirtschaft und Fischerei und berufslosen Menschen. (83) Watzka (2012) zufolge ergeben sich österreichweit vergleichbare Resultate. Während Menschen mit hoher Bildung bzw. stark fordernden Berufen wie z.B. ärztliches Fachpersonal ein höheres Suizidrisiko als Personen mit durchschnittlichen Bildungsabschlüssen und Berufsqualifikationen haben (14), findet Watzka (2012) aber das größte Suizidrisiko bei Menschen mit niedrigem Bildungsstandard und/oder niedrig bezahlten und wenig anspruchsvollen Berufen. Im Gegensatz zu Agerbo et al. (2007) findet Watzka (2012) auch für ManagerInnen ein hohes Selbstmordrisiko in Österreich. Diese werden in der Studie von Agerbo et al. (2007) zusammen mit ArchitektInnen, IngenieurInnen, Streitkräften sowie Finanz- und Verkaufsfachkräften in der Gruppe mit dem niedrigsten Suizidrisiko genannt. Nach Anpassung anderer Faktoren, wie psychiatrische Störungen, Beschäftigungsstatus, Familienstand und Bruttoeinkommen sank die Suizidrate für alle Berufe außer für ÄrztInnen und Pflegepersonal, bei denen das Risiko weiter anstieg. In den angepassten Modellen stellten sich das Einkommen und der Beschäftigungsstatus als die wichtigsten Determinanten für die Erklärung der Unterschiede zwischen den Berufsgruppen dar. Dabei habe das Geschlecht keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Suizidhilfsmittel aufgrund spezieller Berufe

Skegg et al. (2010) fanden heraus, dass die Korrelation von Beruf und Selbstmordrate von der Zugänglichkeit zu Suizidhilfsmitteln abhängt oder dass diese zumindest die gewählte Methode und den Ausgang eines Suizidversuchs beeinflusst. (83, 84) Pflegepersonal, ÄrztInnen und PharmazeutInnen wählen häufiger

die Selbstvergiftung, während Landwirtinnen/ Landwirte und JägerInnen häufiger Schusswaffen nutzen.(84) Dass es unter diesen Gruppen häufig zu der Vollendung eines Suizids kommt, liegt nicht zuletzt daran, dass die Berufsgruppen häufig zu einer Suizidmethode greifen, mit welcher sie sich auskennen, was oftmals zu einem fatalen Ausgang der suizidalen Handlung führt. (83) Einen weiteren Beweis für diesen Zusammenhang liefert eine australische Studie, in der retrospektiv die Mortalität von Menschen, die im Gesundheitssektor tätig waren, untersucht wurde. Die AutorInnen zeigen auf, dass die Suizidrate von Gesundheitsfachkräften mit einem Zugang zu verschreibungspflichtigen Substanzen höher ist als jene der Gesundheitsfachkräfte, die keinen Zugang dazu haben oder jene von Personen, die gar nicht in diesem Bereich tätig sind. (85)

2.1.3.4 Finanzielle Situation

Bereits im späten 19. Jahrhundert stellte Durkheim (1897) die Hypothese auf, dass sich Faktoren, die durch einen Konjunkturabschwung beeinflusst werden, negativ auf beispielsweise die soziale Integration auswirken können, was zu steigenden Suizidraten führt. (4) Unter weiteren Stressoren führt eine Rezession zum Anstieg von Schulden, Verlusten von Arbeitsplätzen, Zwangsenteignungen von Häusern, Belastungen für Beziehungen und zum Senken öffentlicher Ausgaben, was wiederum die psychische Gesundheit beeinflusst. (86) Neben früheren Studien über Wirtschaftskrisen und deren Korrelation mit steigenden Suizidraten, wie jene von Chang et al. (2009) über die Asienkrise 1997 und 1998 (87), bestätigen auch die meisten Studien über die 2007 ausgelöste Weltwirtschaftskrise (*Great Recession*) diesen Zusammenhang. (88, 89) Reeves, McKee und Stuckler (2014) gehen von rund 10 000 zusätzlichen *economic suicides* für die Jahre 2008 bis 2010 aus. (88)

Auch Turecki und Brent (2016) greifen in ihrer Studie *Suicide and Suicidal Behaviour* aus dem Jahr 2016 dieses Thema auf und erklären, dass die mit einem Konjunkturtief verbundene Arbeitslosigkeit und ein sinkendes Einkommen mit einem Anstieg der Suizidrate verbunden sind. (1) Verschiedene AutorInnen konnten für unterschiedliche Länder zeigen, dass dieser Effekt besonders unter Männern ausgeprägt ist. (88, 90, 91)

Risiko durch ungenügende Sozialpolitik

Die Resultate früherer Arbeiten weisen darauf hin, dass die Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidraten von verschiedenen Einflussgrößen der erwerbstätigen Bevölkerung abhängt (Ort, Zeit, Alter, Geschlecht), und dass die Auswirkungen je nach Ausprägung länderspezifischer sozialer Sicherheitspolitik differieren. (92, 93) Als ein Beispiel einer starken sozialen Sicherheitspolitik ist hierbei Finnland und Schweden zu nennen, in diesen Ländern kam es trotz eines Anstiegs der Arbeitslosigkeit zu einer Senkung der Suizidraten. Begründet wird dieser Zusammenhang durch die gute Sozialpolitik sowie Programme, die Arbeitslose aktiv bei der Suche auf dem Arbeitsmarkt unterstützten. (92) Auch in anderen Ländern zeigte sich in der Studie von Stuckler et al. (2009), dass höhere Investitionen für Hilfsprogramme für Arbeitssuchende mit einem geringeren Anstieg der Suizidrate im Verhältnis zur Arbeitslosigkeit korrelieren. Zur Erklärung der anderen Einflussgrößen liefert die Studie aus England und Wales von 2001-2011 passende Ergebnisse. (86) Coope et al. (2014) zeigen, dass die Abnahme der Suizidraten mit dem Beginn der *Great Recession* (2008) in der Altersgruppe der 16-34 Jahre alten Männer stoppte (siehe *Tabelle 6*). Diese Beobachtung sei bei den 25-34 Jährigen dadurch zu erklären, dass es vor der Wirtschaftskrise vermehrt zu finanziellen Belastungen mit Insolvenzen und Zwangsenteignung von Häusern kam, während bei den 16-24 Jährigen, die noch neu auf dem Arbeitsmarkt waren, wohl die steigende Arbeitslosigkeit am meisten dazu beitrage.

Altersgruppe	Männlich (n = 21,469)				Weiblich (n = 6,979)			
	April 2005 – März 2008		April 2008 – März 2011		April 2005 – März 2008		April 2008 – März 2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
16–24	1153	11,2	1255	11,3	317	9,4	366	10,2
25–34	2181	21,1	2187	19,7	621	18,4	610	16,9
35–44	3095	29,9	3206	28,8	829	24,6	927	25,7
45–54	2320	22,4	2712	24,4	919	27,2	980	27,2
55–64	1590	15,4	1770	15,9	690	20,4	720	20,0

Tabelle 6: Vergleich der Suizidzahlen innerhalb der Altersgruppen von 16 – 64 Jahren 3 Jahre vor und 3 Jahre nach der Weltwirtschaftskrise in England und Wales nach Coope et al. (2014)

2.1.3.5 Religion

Eine Religionszugehörigkeit, die positive Auswirkungen auf soziale Kontakte hat und Menschen einen emotionalen Rückhalt bietet, wirkt überwiegend protektiv für suizidale Menschen. (14) Es wird beschrieben, dass eher religiös geprägte Länder gegenüber eher säkular geprägten Ländern meist eine geringere Selbstmordrate haben. (94) Allerdings wird der Suizid in wenigen Religionen unter bestimmten Umständen als moralisch akzeptabel angesehen, was einen zusätzlichen Risikofaktor für Suizid darstellen könnte. (95)

Die Sichtweise des Suizids in asiatischen Religionen

Im Gegensatz zu westlichen Kulturen, bilden in China vor allem der Buddhismus und der Taoismus das Fundament der traditionellen Werte, die sich in Themen wie dem Leben nach dem Tod, Ritualen oder dem Glauben an übernatürliche Wesen von westlichen Religionen unterscheiden. (96) Sowohl Durkheims Hypothese (1897) als auch neuere klinische Forschungen bestätigen, dass weniger abstrakte Glaubensinhalte als reale soziale Integration sowie spirituell vermittelte mentale Ressourcen einen positiven Einfluss auf das Ausbleiben suizidaler Gedanken einer Person haben. (97, 98) Da die meisten gläubigen Menschen in China nicht regelmäßig zusammen kommen, bleibt der Effekt der Interaktion und der Unterstützung innerhalb einer Glaubensgemeinschaft aus. (94) Zhang et al. (2010) schreiben, dass chinesische Religionen gelegentlich mit Aberglauben assoziiert sind und es für einige Gläubige religiös zu sein gleichzeitig bedeutet abergläubisch zu sein. Damit geht häufig einher, dass der Tod als eine Lösung für alle Probleme und als Beginn eines neuen Lebens gesehen wird.

So gibt es z.B. unter buddhistischen Mönchen den ehrenhaften Selbstmord durch Selbstopferung für religiöse Zwecke oder aus Protest. Japanische Krieger konnten durch den sogenannten Harakiri die Ehre ihrer Familie wahren und hinduistischen Frauen bleibt durch ihre Selbstverbrennung nach dem Tod ihres Mannes die Ausgrenzung aus der Gesellschaft erspart. (95)

2.1.4 Soziale Desintegration und Diskriminierung

Studien zu diesen Risikofaktoren berufen sich abermals auf die vor über 100 Jahren beschriebene Hypothese Durkheims (1897) (1, 99, 100), dass Suizidraten stark von

gesellschaftlichen Faktoren abhängen. (4) Durkheim nannte dazu Beispiele von den kanadischen Inuit, bei welchen ein Anstieg der Suizidraten in Abhängigkeit von sozialen Änderungen wie Zwangsansiedlung, Assimilierung und Unterbrechung traditioneller Sozialstrukturen zu erkennen war. (101) Auch Hawton und van Heeringen et al. (2009) zählen diese Faktoren auf und benennen das Problem der Desintegration. (3) Dazu passend erklären andere AutorInnen die niedrigen Suizidraten in homogenen Gesellschaften mit hohem sozialem Zusammenhalt, gemeinsamen Werten und moralischen Einwänden gegen Selbstmord (102), wobei letzteres eventuell zu einer geringeren Erfassung von Selbstmorden führt. (1, 103)

Theorien zur Erklärung des Suizidrisikos aufgrund von Desintegration

ForscherInnen auf dem Gebiet der Psychologie (99) stellten auch kausale Zusammenhänge zwischen Suizidraten und Sozialfaktoren fest, allerdings sehen sie die Korrelation im Gegensatz zu SoziologInnen, wie Durkheim, eher auf der individuellen Ebene als auf der gesellschaftlichen. Die meisten Theorien fokussieren sich dabei im Speziellen auf die Familienebene. Als Ursachen des Suizids sehen diese Forscher dabei das Gefühl von den anderen Familienmitgliedern isoliert zu sein, familiäre Unstimmigkeiten und das Wahrnehmen der eigenen Person als eine Belastung für die Familie. (104) Eine weitere Theorie, die sich nicht nur auf die Familienebene konzentriert, ist die *Interpersonal Theory of Suicide* (105), in der davon ausgegangen wird, dass Personen ein psychisches Verlangen nach Verbundenheit zu anderen und danach, dass sich andere um sie kümmern haben und sollte dieses Verlangen nicht befriedigt werden, kann der passive Wunsch zu sterben entstehen. Zusätzlich könnte dieser Theorie zufolge auch bei Personen, die sich als Last für fremde Menschen sehen und die das Gefühl haben, dass andere Menschen ohne ihr Dasein besser gestellt wären, das passive Verlangen zu sterben entstehen. Wird das Bedürfnis dazuzugehören nicht befriedigt, könnten aus dem passiven Wunsch zu sterben aktive suizidale Gedanken entstehen. Letztendlich beschreibt die *Interpersonal Theory* aber, dass allein soziale Faktoren nicht dafür ausreichen einen Suizid zu erklären, sondern dass vor allem weitere psychologische Faktoren notwendig seien, um tatsächlich ein selbstschädigendes Verhalten hervorzurufen. (99)

Der Zusammenhang von Diskriminierung und Suizidalität wird auch bei der Betrachtung der LGBT (*lesbian, gay, bisexual and transgender*), verdeutlicht. Dabei können unter anderem mangelnder Schutz vor Diskriminierung am Arbeitsplatz oder der gelegentliche Fall, dass sexuelle Minderheiten mit Hass und Gewalt (sogar innerhalb der eigenen Familie) konfrontiert sein können, das Risiko für psychische Störungen erhöhen und stellenweise das Suizidrisiko steigern. (106)

2.1.5 Kindheitstrauma

Menschen, die in der Kindheit und der Familie Nachteile erlitten (physische Gewalt, sexueller oder emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung, Misshandlung, familiäre Gewalt, Trennung oder Scheidung der Eltern, Heimunterbringung), haben ein bedeutend höheres Suizidrisiko als andere. (2, 107)

Sexueller Kindesmissbrauch

Bahk et al. (2017) bestätigen in ihrer Studie (108) Ergebnisse früherer Arbeiten, in denen postuliert wird, dass sexueller Kindesmissbrauch direkt mit Suizidalität assoziiert ist. (109, 110, 111) Auch O'Brien und Sher (2013) fanden heraus, dass in den meisten Analysen der sexuelle Kindesmissbrauch, neben vorherigen Suizidversuchen, als ein Hauptrisikofaktor für suizidales Verhalten gilt. (18) Der Zusammenhang erscheint nicht überraschend, da diese Form des Missbrauchs psychische Langzeitschäden, wie sexuelle Störungen, Depressionen und Angststörungen zur Folge hat, die suizidale Gedanken fördern (108). Wie auch Young et al. (2007) fanden die meisten AutorInnen hierbei keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. (112)

Die Menschen, die sexuellen Kindesmissbrauch erfahren leiden häufiger an einer Posttraumatischen Belastungsstörung, chronisch depressiver Verstimmung oder sind von Impulsivität und Aggression geplagt. Ihre Nachkommen, die häufiger an einer *Major Depression* leiden, neigen dazu ihre erste depressive Episode früher zu durchlaufen als Nachkommen von Menschen ohne Missbrauch in der Anamnese.(113)

Der direkte Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und suizidalem Verhalten entsteht vermutlich nicht zuletzt durch mögliche negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Gehirns. (114) Missbrauchsoffer haben gelegentlich eine

schwächere Gedächtnisleistung oder Defizite im Bereich der affektiven Funktionen.(115) Darüber hinaus kann der Kindesmissbrauch negative Auswirkungen auf die Entwicklung von emotionaler Stabilität und zwischenmenschlichen Kompetenzen haben. (116)

Neben diesen Beziehungen ist man sich in der Literatur einig darüber, dass sowohl die oben genannten psychischen Störungen und Symptome (Posttraumatische Belastungsstörung, chronisch depressive Verstimmung, Impulsivität und Aggression und Persönlichkeitsstörungen, wie die Borderline-Störung) häufiger bei Opfern sexuellen Missbrauchs entstehen und mit einer erhöhten Suizidalität korrelieren. (57, 114, 117, 118)

Körperlicher und seelischer Missbrauch

Anders als vorherige Studien (119, 120) beschreiben Bahk et al. (2017) körperlichen und seelischen Missbrauch sowie Vernachlässigung nicht als direkte Prädiktoren für Suizidalität. Sie kommen jedoch zu dem Ergebnis, dass ein indirekter Zusammenhang bestünde, der durch resultierende Angststörungen zu begründen sei. (108) Andere AutorInnen fanden heraus, dass körperlicher Missbrauch von Kindern zu größerer Anfälligkeit für Selbst- und Fremdaggressivität führt, was wiederum das Risiko für einen Selbstmordversuch steigert. (121) Im Gegensatz zu sozialer Unterstützung, die als ein protektiver Faktor für das Suizidrisiko gilt, führt die Vernachlässigung und der damit verbundene Mangel an Zuneigung zu einem erhöhten Suizidrisiko. (108)

Beziehung der Eltern

Auch Scheidungen und/oder Trennungen sind ein traumatisches Erlebnis für Kinder und mehrere Studien belegen, dass diese zu erhöhter Suizidalität führen können.(107, 122, 123) Den Grund dafür sehen die Autoren vor allem in einer ihrer Meinung nach schlechteren Eltern-Kind-Kommunikation bei Nachkommen geschiedener Eltern. Lizardi, Thompson et al. (2009) gehen sogar so weit, das Geschlecht des Elternteils, bei dem das Kind nach der Trennung überwiegend aufwuchs mit in ihre Beurteilung aufzunehmen. Sie fanden heraus, dass teilweise Mädchen, die bei ihren Vätern aufwachsen ein höheres Suizidrisiko aufweisen dürften.

2.1.6 Familienanamnese

In der Studie von van Orden et al. (2010) wird beschrieben, dass der Verlust einer/ eines Familienangehörigen oder Freundin/ Freundes durch Suizid die Bereitschaft der Hinterbliebenen zum Selbstmord steigern dürfte (105). Das korreliert mit verschiedenen Familienstudien, die darlegen, dass Menschen mit einem Suizid in der Familienanamnese ein erhöhtes Risiko haben dürften sich das Leben zu nehmen. (124, 125, 126) Das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung in der Familiengeschichte hingegen steigere das Auftreten eines Suizides in der Verwandtschaft nur dadurch, dass es die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer psychiatrischen Störung erhöhe, die wiederum das Suizidrisiko potenziere. (124) Sowohl Turecki und Brent (2016) als auch Qin et al. (2002) beziehen sich auf Studien, in denen festgehalten ist, dass diese familiären Übereinstimmungen nicht aufgrund von Nachahmungen oder starken, durch den Todesfall ausgelösten, Stress entständen, sondern dass ein vererbbarer Zusammenhang bestehen dürfte. (127, 128) Es kommt die Frage auf, welche familiäre Übertragung stattfindet. Lizardi et al. (2009) beziehen sich auf mehrere Studien (129, 130), die hervorgebracht haben, dass Impulsivität und Aggressivität die Faktoren seien, welche familiär weitergegeben und mit einer erhöhten Suizidalität in Zusammenhang gebracht werden dürften. (126) Eine weitere Erklärung findet sich möglicherweise in mangelnden Problemlösungs- und Problembewältigungskompetenzen in Familien mit Suiziden in der Anamnese.(131)

Genetische Komponente der familiären Häufung

Verschiedene Zwillings- und Adoptionsstudien geben Hinweise darauf, dass es sich um eine genetische Komponente handeln dürfte, die zur familiären Häufung führt. Es ergab sich eine signifikant höhere Konkordanzrate für die monozygoten im Vergleich zu den dizygoten Zwillingspaaren. (132) Dieser Zusammenhang konnte auch bei Adoptionsstudien gezeigt werden, da bei den biologischen Verwandten eines Adoptierten/einer Adoptierten, der/die Selbstmord begangen hat, die Selbstmordrate im Vergleich zu den biologischen Verwandten von nicht-suizidalen adoptierten Menschen etwa sechsmal erhöht ist. (133) Diesen Studiendaten kann auch entnommen werden, dass fast die Hälfte der Suizidfälle (43%) genetischen Komponenten geschuldet sein dürfte, während die größere Hälfte (57%) auf umweltbedingte Faktoren zurückzuführen sein dürfte. (132) Was genau genetisch

übertragen wird, ist dabei noch nicht ganz klar. Es scheint, als zeige sich die Vererbung durch zwei Komponenten: Die vererbare Neigung für psychiatrische Störungen und für impulsive Aggression oder andere Persönlichkeitsmerkmale. (132)

Aktueller Forschungsstand

Die Identifikation von Genen, die an den pathophysiologischen Mechanismen des suizidalen Verhaltens beteiligt sein können, ist Gegenstand aktueller Forschungen. Da mehrfach belegt ist, dass Unterschiede in der serotonergen Transmission einen großen Einfluss auf die individuelle Stimmung, Impulsivität und Aggression hat und positiv mit dem Willen zu sterben korreliert, wird klar, weshalb molekulargenetisch häufig Gene für die serotonerge Transmission untersucht werden. (132)

2.1.7 Sexualität

Die sexuelle Orientierung der Menschen zu untersuchen birgt Schwierigkeiten, da sich viele Menschen nicht zu ihrer Sexualität bekennen möchten oder können (6), oder bevollmächtigte Personen in der PA diese Informationen nicht haben beziehungsweise nicht preisgeben wollen. (7) Darüber hinaus muss die Komplexität berücksichtigt werden, was unter sexueller Orientierung zusammengefasst wird. Die meisten heutigen Arbeiten definieren sexuelle Orientierung über die persönliche Selbstidentifikation, das Sexualverhalten und die sexuellen Fantasien einer Person.(6, 7) Einig sind sich verschiedene AutorInnen darüber, dass sexuelle Minderheiten - *lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) populations* - ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten haben dürfte. (6, 7, 8)

Suizidrate in Abhängigkeit des Geschlechts der LGB

Dabei ist die Lebenszeitprävalenz von homo- oder bisexuellen Männern einen Suizidversuch zu begehen höher als die lesbischer oder bisexueller Frauen (6), was in eindeutigem Gegensatz zu der geschlechterspezifischen Rate von Suizidversuchen der Weltbevölkerung steht, in welcher Frauen etwa dreimal so häufig einen Selbstmordversuch begehen. (73) Die Rate der *lesbian, gay, bisexual* (LGB) für Suizidversuche ist laut King et al. (2008) etwa doppelt so hoch wie jene der heterosexuellen Weltbevölkerung. (6)

Begleitende Probleme

Bei der Zusammenfassung (King, 2008 (6)) von 25 internationalen Studien über Jugendliche und Erwachsene fanden ForscherInnen heraus, dass das Risiko der LGB für die Entstehung von Depressionen, Angststörungen sowie Alkohol- und anderen Substanzmittelabhängigkeiten um das 1,5-fache höher sein dürfte als bei vergleichbaren heterosexuellen Personen. (6) Lesbische und bisexuelle Frauen waren dabei vor allem vom Alkohol- beziehungsweise Substanzmittelmissbrauch betroffen, während homo- und bisexuelle Männer vorrangig an Depressionen und Angststörungen litten. (7) Vorurteile, sozialer Stress und soziale Ausgrenzung (sogar innerhalb der Familie), sowie anti-homosexueller Hass und Gewalt sind mögliche Ursachen. (134, 135, 136) Neben mehreren Studien, die den Zusammenhang elterlicher Ablehnung der LGB und suizidalem Verhalten nachweisen (137, 138), wurde in einer Studie über weiße und lateinamerikanische LGB sogar von einer 8-fach erhöhten Suizidversuchsrate berichtet. (137)

Diskriminierung sexueller Minderheiten

In einer 2009 veröffentlichten Studie zeigen Hatzenbuehler, Keyes und Hasin (2009) welche Auswirkungen Gesetze, die Ungleichheiten entstehen lassen oder mangelnden Schutz gegenüber Diskriminierung sexueller Orientierung (zum Beispiel am Arbeitsplatz) bieten, auf die Psyche der LGB Minderheiten haben. Die Zugehörigkeit zu dieser häufig diskriminierten beziehungsweise häufig ungeschützten Minderheit führt demnach zu einer signifikant höheren Anfälligkeit für Gemüts-, Angst- oder Substanzmittelmissbrauchsstörung. (106) Hatzenbuehler, Keyes und Hasin (2009) unterstützen dies, wie in *Tabelle 7* dargestellt.

	<i>Lesbian, Gay, oder Bisexual,</i> (n=577)	Heterosexuell, (n=34 076)
Jede psychiatrische Störung	56.3%	34.6%
Jede Gemütsstörung	20.4%	10.2%
Depression	18.0%	8.1%
Manie oder Hypomanie	6.6%	3.4%
Dysthymie	2.1%	1.2%
Jede Angststörung	30.1%	16.1%
Generalisierte Angststörung	8.5%	3.7%
Soziale Angststörung	6.6%	2.5%
Spezifische Phobie	13.3%	7.4%
PTSD	13.0%	6.4%
Panikstörung	8.2%	2.5%
Jede Substanzmissbrauchsstörung	40.8%	20.9%
Alkoholabhängigkeit	23.4%	9.5%
Drogenmissbrauch	11.7%	2.3%
Komorbidität, > 2 Störungen(vs. ≤ 2)	20.1%	6.4%

Tabelle 7: Assoziation von selbstberichteter sexueller Orientierung und psychischen Störungen innerhalb von 12 Monaten in den USA (2004-2005) nach Hatzenbuehler et al. (2009)

Zur institutionellen Diskriminierung gehört ein aktuelles Thema: Die Debatte um die Ehe für gleichgeschlechtliche Paare. In Deutschland beschloss der Bundestag im Juni 2017 die Einführung der Ehe für homosexuelle Paare, während in Österreich im Jahr 2017 noch immer über das Thema gestritten wird.

Unter anderem untersuchten Hatzenbuehler et al. (2010) in einer weiteren Studie den Zusammenhang des Eheverbots für gleichgeschlechtliche Paare und psychischen Störungen und fanden heraus, dass bei LGB in den Staaten mit einem

Verbot häufiger psychische Symptome und Störungen auftreten als bei der heterosexuellen Vergleichsgruppe. (139)

Diese Faktoren, die häufig mit einer Mehrzahl von Folgeerkrankungen vergesellschaftet sind (134), begründen das erhöhte Suizidversuchsrisiko der LGB gegenüber der heterosexuellen Bevölkerung. (6)

Risiken der Transgender

Über Transgender gibt es leider nur wenige Datensätze. Die meisten Daten dazu können bei Transgender erfasst werden, die sich einer Hormontherapie oder einer geschlechtsangleichenden Operation unterziehen. Die Auswertung dieser Daten ergab für beide Gruppen jeweils stark erhöhte Suizidrisiken. (140, 141) Die 2016 erschienene indische Studie von Virupaksha, Muralidhar und Ramakrishna (2016) bestätigt insgesamt hohe Suizidraten bei Transgender und erläutert, dass unter den transsexuellen Menschen in Indien sogar Suizidversuchsraten von 32% bis zu 50% bestünden. (142) Wie bei den LGB gelten auch für die Transgender vorrangig die Faktoren Diskriminierung, Mobbing, Hass, soziale Ausgrenzung und damit verbundene Vorurteile als Risiko für das suizidale Verhalten. (134, 135, 136, 142)

2.1.8 Klima

Dass Suizide saisonal gehäuft auftreten und dass es einen Zusammenhang zwischen dem Wetter und der Suizidrate gibt, ist ein häufig beschriebenes Phänomen, welches aber noch schlecht verstanden ist. (143) Darüber hinaus haben Bemühungen saisonale Variablen wie z.B. bioklimatische und sozioökonomische Faktoren isoliert zu betrachten häufig zu unklaren Resultaten geführt. Studien aus verschiedenen Ländern zu diesem Thema kommen auf unterschiedliche Jahreszeiten, in denen die Suizidraten am höchsten sein sollen. Z.B. Woo et al. (2012) nach zuzufolge kommen die meisten AutorInnen zu dem Ergebnis, dass die häufigsten Selbstmorde im Frühling begangen werden. (144, 145) Neben Studien, die zu ähnlichen Ergebnissen kamen, beschreiben Aydin et al. (2013) die höchsten Suizidraten überwiegend im Herbst. (146) Andere Studien kommen vor allem zu dem Ergebnis, dass am wenigsten Suizide im Winter geschehen. (147, 148, 149, 150)

Eine der früheren Arbeiten (Digon und Bock, 1966), die sich dem Thema Klima und Suizid annahm, brachte hervor, dass ein sinkender Luftdruck mit steigenden

Suizidraten korreliere (151), jedoch konnte dies in jüngeren Studien widerlegt werden. (150)

In der Literatur findet man am häufigsten die Aussage, dass Suizidraten höher sind, wenn die Temperatur höher ist (152, 153, 154), es wenig regnet (154, 155) und die Sonne mehr scheint. (156, 157) Interessant ist es dabei Suizide zu betrachten, die mittels einer gewaltsamen Methode begangen werden, da es scheint der Temperaturanstieg habe auf diese Selbstmorde noch am selben (153, 158) oder am Tag nach dem Temperaturanstieg (159) einen Effekt.

Zwischen der geographischen Breite und den Veränderungen der Suizidrate dürfte offenbar ein linearer Zusammenhang bestehen (160), der auf beiden Hemisphären zu beobachten sei. Die tropische Zone unterliege dabei keinen saisonalen Schwankungen der Suizidraten (161, 162), während diese in Ländern in Richtung der Pole zunehmen würden. (147)

In der Übersichtsarbeit von Woo et al. (2012) wurden Studien aus Ländern, wie England und Wales, Hong Kong, Schweden und Dänemark mit aufgenommen, aus denen hervorgeht, dass die saisonalen Schwankungen der Selbstmordrate in diesen Staaten rückgängig sind. Daten aus Finnland und den USA hingegen zeigen zwar eine bestehenbleibende Korrelation, doch es könnte sein, dass der Einfluss der Saisonalität unter Kontrolle von Faktoren, wie Geschlecht und psychischen Störungen, eher irrelevant ist.

Sozioökonomische Faktoren und Klima

Tsai (2010) verglich den Einfluss sozioökonomischer und klimatischer Bedingungen auf die Suizidrate in Taiwan und kam zu dem Ergebnis, dass die sozioökonomischen Faktoren (Geschlecht, Familienstand, Alter, Beschäftigungsstatus und Einkommen) einen größeren Ausschlag geben als das Klima (Temperatur, Regen, Sonnenschein).(157) Weitere ForscherInnen beschäftigten sich mit diesem Thema, kamen aber zu dem Entschluss, dass das Klima nicht überall zu signifikanten Unterschieden geführt hat und demnach nur partiell zur Erklärung differierender Suizidraten herangezogen werden sollte. (83)

2.1.9 Kultur

Welchen großen Einfluss kulturelle Werte und Normen auf die Suizidraten bestimmter Gesellschaften haben, wird z.B. bei der Betrachtung ländlicher Gebiete Chinas besonders deutlich. „*Das Gesicht zu verlieren*“ ist zwar auch in westlichen Kulturen ein Begriff und ist mit Unannehmlichkeiten verbunden, doch sind die schädlichen Auswirkungen auf das tägliche Leben vor allem in der chinesischen Kultur besonders ausgeprägt. (163, 95, 94) Geschieht einer stark verwurzelten Person etwas Unerwartetes und/oder Beschämendes und die Menschen in der Umgebung bekommen dies mit, kann es dazu führen, dass jene Person „*das Gesicht verliert*“. Teilweise setzen diese Menschen *das Gesicht zu wahren* dem Schutz ihres Lebens gleich, was verheerende Folgen haben kann. (95)

Die chinesische Kultur und das Geschlecht

Im ländlichen China lösen Familienstreitigkeiten vor allem unter der weiblichen Bevölkerung gelegentlich Suizide aus (siehe *Tabelle 8*). In der traditionellen chinesischen Kultur werden für Probleme die Familie bzw. das Eheleben betreffend gelegentlich zuerst die weiblichen Familienmitglieder beschuldigt und zur Verantwortung gezogen. Daher fühlen sich die Frauen in einer patriarchalischen geprägten Gesellschaft häufiger hilflos und unterdrückt, was sie dazu bringen kann den extremen Weg des Suizids zu wählen. (94)

Grund	Insgesamt, n = 66 (Vorkommen in %)	Männer, n = 48	Frauen, n = 18
Familienstreit	12 (18.2%)	7 (15%)	5 (28%)
Körperliche Krankheit	12 (18.2%)	9 (19%)	3 (17%)
Finanzielle Krise	8 (12.1%)	8 (17%)	0 (0%)
Andere Gründe	8 (12.1%)	7 (15%)	1 (5%)
Armut	7 (10.6%)	5 (10%)	2 (11%)
Außereheliche Affären	6 (9.1%)	5 (10%)	1 (6%)
Psychische Krankheit	6 (9.1%)	1 (2%)	5 (28%)
Unbekannte Gründe	4 (6.1%)	3 (6%)	1 (5%)
Enttäuschte Liebe	2 (3.0%)	2 (4%)	0 (0%)
Verbrechen begangen	1 (1.5%)	1 (2%)	0 (0%)
Insgesamt	66 (100%)	48 (100%)	18 (100%)

Tabelle 8: Gründe für die untersuchten Suizide des ländlichen Chinas aus der Studie von Zhang et al. (2004)

Die Selbstmorde der ländlichen männlichen Bevölkerung Chinas hingegen sind häufig durch finanzielle Probleme zu erklären. Denn im traditionellen China spielt der Wohlstand des Mannes in der Familie eine wichtige Rolle. Für einen auf dem Land lebenden Mann aus einer armen Familie sei es schwierig eine Frau zum Heiraten zu finden, was weiter dazu beitrüge, dass auf diese Person herabgeschaut werden würde. Der Mann verliere sein Gesicht, sei frustriert und suizidale Gedanken beginnen vereinzelt zu reifen. (163)

Kultur und Religion

Wie weiter oben beschrieben, stellt in den genannten Kulturen im Gegensatz zu westlichen Kulturen die Religion einen eventuell zusätzlichen Risikofaktor dar, da es zum Beispiel teilweise als ehrenhaft angesehen wird sich aufgrund bestimmter Umstände das Leben zu nehmen. Dazu zählen neben den oben genannten

Suiziden zur „*Wahrung des Gesichts*“ im Taoismus beispielsweise die Selbstopferung buddhistischer Mönche aus religiösen Gründen oder als Zeichen des Protests oder im Hinduismus die Selbstverbrennung einer Witwe auf der Beerdigung ihres Mannes, um diesem verbunden zu bleiben und nicht von der Gesellschaft abgestoßen zu werden. (95)

2.1.10 Verstädterung

Dass die Suizidraten nicht nur in verschiedenen Ländern, sondern auch in einzelnen Regionen innerhalb eines Landes unterschiedlich sind, wird in mehreren Studien beschrieben. (164, 165) Dabei wird häufig deutlich, dass der Suizid noch ein größeres Problem auf dem Land als in der Stadt darstellt. (166) Zwar kommen vor allem ältere Studien nicht immer zu diesem Ergebnis (167, 168, 169), doch neuere Arbeiten vertreten meist diesen Standpunkt (170, 171, 172, 173) und nennen z.B. für China Raten, die auf dem Land sogar 2,8 Mal so hoch wie in der Stadt sind. (174)

Gründe für die Stadt-Land-Differenzen

Für das Zustandekommen dieser Unterschiede gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Durch wirtschaftliche, geografische und kulturelle Barrieren können Menschen mit einem erhöhten Risiko schlecht oder gar nicht erkannt und somit auch keine Interventionsmaßnahmen ergriffen werden. (166) Grund dafür ist meist mangelnde Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem (175), die durch Faktoren wie zu geringe Kapazitäten für Hilfeleistungen, zu lange Anfahrtswege oder gar keine öffentlichen Verkehrsmittel für lange Strecken und die Wahrscheinlichkeit die ländlichen Werte nicht mit der angebotenen Hilfe vereinbaren zu können, beeinflusst wird. (166) Dadurch können psychische Krankheiten nicht diagnostiziert und demnach auch nicht therapiert werden, was einen Einfluss auf die Suizidraten zu haben scheint. (176)

Andere AutorInnen nannten die regionalen Diskrepanzen durch sozioökonomische Unterschiede und Ungleichheiten innerhalb eines Landes als Ursache für die schwankenden Suizidraten. (46, 177)

Als ein großer Risikofaktor für Suizidalität gilt die regional unterschiedliche Verfügbarkeit von Suizidhilfsmitteln. (5) Vor allem in ländlichen Regionen Chinas führt eine schlechte Sicherheitsverwahrung und die hohe Toxizität von Pestiziden zu hohen Selbstmordraten durch Vergiften. (15)

2.1.11 Mediale Berichterstattung

Der Werther-Effekt

Als sich Robert Enke, ein bekannter deutscher Fußball-Torpieler, am 10. November 2009 vor einen Zug warf und sich damit das Leben nahm (Schienensuizid), kam der Abwärtstrend der Suizidrate in Deutschland zu einem Stillstand und die Zahlen stiegen sogar leicht an. (178) Koburger et al. (2015) erkannten die Zunahme für diese spezielle Suizidmethode auch für ganz Europa (siehe *Tabelle 9*). (179) Das starke mediale Interesse und die damit verbundene Berichterstattung hat nicht nur dazu geführt, dass sich die Anzahl der Schienensuizide in den zwei Wochen nach dem Ereignis mehr als verdoppelten, sondern auch dazu, dass die Schienensuizide innerhalb der nachfolgenden zwei Jahre im Vergleich zu den zwei Jahren vor dem Tod Enkes um 19% zunahmen. (180) In Anbetracht der Tatsache, dass es durch die Identifikation mit dem Suizidopfer zur Nachahmung des Suizids kommt, war ein größerer Anstieg dieser Selbstmordmethode bei Männern als bei Frauen zu erkennen. Sogar ohne Schienensuizide könnte die Suizidrate angestiegen sein, da die öffentliche Debatte dazu führt, dass verzweifelte und hoffnungslose Menschen den Suizid überhaupt in Erwägung ziehen. (178) Dass es durch eine intensive mediale Berichterstattung eines Selbstmords zu einem Anstieg der Suizidrate kommt (181), wird als *Werther-Effekt* bezeichnet. Dieser Effekt ist schon seit Ende des 18. Jahrhunderts bekannt, als *Die Leiden des jungen Werthers* von Johann Wolfgang von Goethe in ganz Europa eine Reihe von Selbstmorden auslöste. (182) Heute wird dieser durch eine unangemessene Berichterstattung durch die Medien hervorgerufen. Hierzu gehören ausschweifende Berichte über Suizide bekannter Persönlichkeiten, dramatische Überschriften und Bilder in Zeitungen oder Online-Medien oder Berichte über die Selbstmordmethode und die Darstellung des Suizids als tolerable Reaktion auf einen Missstand oder eine Notlage. (2, 183, 184)

Nation	Zeitraum	Anzahl der Schienensuizide	Durchschnitt pro Tag
Deutschland	8 Wochen vor dem 10.11.2009	30	2,14
	2 Wochen nach dem 10.11.2009	64	4,57
	2 Jahre vor dem 10.11.2009	1510	2,07
	2 Jahre nach dem 10.11.2009	1780	2,44
Österreich	8 Wochen vor dem 10.11.2009	4,25	0,3
	2 Wochen nach dem 10.11.2009	7	0,5
	2 Jahre vor dem 10.11.2009	192	0,26
	2 Jahre nach dem 10.11.2009	175	0,24
Österreich, Ungarn, Niederlande und Slowenien	8 Wochen vor dem 10.11.2009	16,5	1,18
	2 Wochen nach dem 10.11.2009	32	2,29
	2 Jahre vor dem 10.11.2009	777	1,06
	2 Jahre nach dem 10.11.2009	907	1,24

Tabelle 9: Anzahl der Schienensuizide in Deutschland und Österreich sowie Österreich, Ungarn, Niederlande und Slowenien für ein short-term (2 Wochen) und ein long-term (2 Jahre) Intervall nach Koburger et al. (2015)

Die Blue Whale Challenge

Ein aktuelles Beispiel ist die sogenannte *Blue Whale Challenge*³. Diese Challenge soll erstmals in Russland aufgetreten sein und sich dort durch das Online-Medium V-Kontakte (ein Pendant zu *Facebook*) verbreitet haben. Medienberichten zufolge sollen sich dabei alleine in Russland mehr als 130 Jugendliche für den Selbstmord

³ Um an dem Spiel teilzunehmen bedarf es keiner großen Auflagen, denn man meldet sich einfach in der entsprechenden Online-Gruppe an und das Spiel kann beginnen. Jede/r SpielerIn bekommt eine/n MentorIn zugeteilt, der einem im Verlaufe des Spiels 50 Aufgaben zukommen lässt. Diese Aufgaben variieren von harmlosen Aufgaben, wie das Schreiben eines Gedichtes, über selbstverletzende Maßnahmen, wie das Ritzen eines Wales in den Unterarm, bis hin zur finalen Aufgabe des Spiels: Das Filmen des eigenen Suizids. (288)

entschieden haben. Nach dem Stand heutiger Nachforschungen handelt es sich bei diesem Spiel und den resultierenden Suiziden um einen *Hoax*. Das heißt, dass es das Spiel nie gegeben haben soll, sondern dass es eine Erfindung im Sinne von *Fake News* sei, über die so sensationell in den Medien berichtet wurde, dass es zu zahlreichen Nachahmungen und TrittbrettfahrerInnen gekommen sei. Seit der ausführlichen Berichterstattung zu diesem Thema kann man zahlreiche Spielanleitungen, die einzelnen Aufgaben bis hin zu Apps für das Smart Phone im Internet finden und mittlerweile sollen sich aufgrund des Spiels tatsächlich Menschen das Leben genommen haben. (185) Ein Beweis dafür, welche große Rolle das Internet und soziale Medien bei der Kommunikation über Suizide spielen.

Das Problem Internet

Daine et al. (2013) machen deutlich, dass es vor allem Jugendliche sind, die aufgrund ihrer Selbstverletzungen oder Suizidalität das Internet aufsuchen. (186) Oftmals mit der Intention Hilfe oder *Coping* Strategien zu finden, stoßen sie auf Webseiten, die durch eine Normalisierung bis hin zu einer Gruppenzugehörigkeit (in denen das Problem zwar geteilt, aber oftmals nicht nach einer Lösung gesucht wird), einen negativen Einfluss auf die Hilfesuchenden haben und somit verhindern, dass diese Menschen ihr Problem anderen preisgeben oder professionelle Hilfe suchen. Neben diesen Gruppen, bietet das Internet auch eine Plattform für *Cyber-Mobbing*, das gemeinsam mit der generellen Nutzung des Internets das Risiko für Selbstverletzungen, Suizidalität und Depressionen erhöhen soll. (186)

2.1.12 Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln

Wie oben beschrieben ist die Verfügbarkeit eines Suizid-Hilfsmittels oftmals entscheidend für den Ausgang eines Suizidversuchs. (5) Nicht selten ist die Häufung einer speziellen Suizidmethode durch eine regionale Verfügbarkeit des entsprechenden Hilfsmittels zu erklären. (36) Im ländlichen China bringen sich vor allem jüngere Frauen mit Hilfe von toxischen Pestiziden aus dem Bereich der Landwirtschaft um. (187) Diese Mittel sind dort zahlreich verfügbar und werden ohne große Sicherheitsauflagen gelagert. (15) In Nord-, Mittel- und Südamerika wird am häufigsten von der Schusswaffe gebrauch gemacht (2) und in Mitteleuropa ist das Erhängen die führende Selbstmordmethode. (188, 189) Auch das Umfeld im Sinne

eines Stadtbildes kann die Wahl der Suizidmethode deutlich beeinflussen, wie man in Singapur oder Hong Kong beobachten kann, wo sich die meisten Menschen für den Freitod von einem der zahlreichen hohen Gebäude stürzen. (36)

2.2 Suizidprävention

Um in der Suizidprävention Fortschritte zu machen und Schutzfaktoren identifizieren zu können, ist es von größter Bedeutung zu verstehen welche Risikofaktoren es gibt und wie diese entstanden sein können. Denn mit einem umfassenden Wissen über die Risiko- und Schutzfaktoren können gezielte Interventionsprogramme entworfen und die Widerstandsfähigkeit suizidgefährdeter Personen gestärkt werden. (2)

Eine effektive Suizidprävention bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen und die erfolgreiche Umsetzung gezielter Interventionsmaßnahmen sind nur möglich, indem Strategien entwickelt werden, die von allen Beteiligten akzeptiert und bereichsübergreifend verfolgt werden können. Das heißt das WHO Ziel des Suizidrückgangs muss in den einzelnen Staaten dazu führen, dass sich verschiedene Sektoren, wie der Gesundheitssektor, der Bereich der Arbeit oder aber auch das Rechtswesen den Rückgang der Suizidrate zum priorisierten Ziel machen.(2) Hilfreich wäre es hierzu „Mobbing am Arbeitsplatz“ (106) als strafbares Delikt in das Gesetzesbuch aufzunehmen und so einen Schutz gegen Mobbing zu etablieren, wie dies z.B. schon in Schweden, Frankreich und Spanien der Fall ist.(190)

Bereits in dem 1985 verfassten Bericht der WHO *Targets for health for all* (1985) setzte die WHO die Suizidprävention auf die nationale Agenda der europäischen Mitgliedsstaaten. (191) Seitdem veröffentlicht die WHO regelmäßig Berichte und Leitfäden zur Suizidprävention und empfiehlt Staaten die Präventionsmaßnahmen ihren kulturellen, wirtschaftlichen, demographischen, politischen und sozialen Bedürfnissen anzupassen. (192) Durch die beständigen Anstrengungen der WHO in den vergangenen Jahrzehnten erzielte die WHO bei einigen Mitgliedsstaaten die Einführung nationaler Suizidpräventionsstrategien (u.a. Finnland, 1992; Dänemark, 1998; Deutschland, 2002) (193) mit dem internationalen Erfolg, dass sich die WHO-Mitgliedsstaaten in dem von der WHO veröffentlichten *Mental Health Action Plan 2013-2020* (2013) darauf einigten die Suizidrate bis 2020 um 10% senken zu wollen.(10)

Mann et al. (2005) fassten in ihrer Übersichtsarbeit Studien zu nationalen Präventionsmaßnahmen, sei es für die Allgemeinbevölkerung oder für Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, der Jahre 1966 bis 2005 zusammen und beschrieben, dass vorrangig die Schulung von ÄrztInnen in der Erkennung und Therapie von Depressionen, sowie die Erschwerung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln effektive

Methoden zur Suizidprävention darstellten, während andere Interventionsmaßnahmen noch weiter entwickelt werden müssten. (194) Zalsman et al. (2016) verwendeten die gleichen methodischen Strategien für die darauffolgenden 10 Jahre (01.01.2005 – 31.12.2014) um die einflussreiche Studie von Mann et al. (2005) auf einen aktuellen Stand zu bringen. (103) Sie fanden heraus, dass die Erschwerung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln einen noch größeren Teil zur Suizidprävention beitrug, dazugehörend sind Absperrungen an möglichen Sprungstellen für einen Selbstmord, die einen großen Beitrag zur Reduzierung der Suizidrate leisten konnten. Interventionen, die ebenfalls einen großen Effekt aufzuweisen haben, sind Aufklärungsarbeiten an Schulen, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen sowie speziell ausgebildete Allgemeinmediziner. (103)

Wie oben beschrieben, ist es von großer Bedeutung die Risikofaktoren zu erkennen, um anhand dieser Schutzmaßnahmen ergreifen oder Schutzfaktoren fördern zu können.

Formen der Prävention

Es wird zwischen universellen, selektiven und indizierten Interventionen unterschieden (*Tabelle 10*), die sich demnach auf ganze Populationen, Hochrisikogruppen und Hochrisikoindividuen beziehen. (193)

a) Universelle Präventionsstrategien

Die Initiativen sollen eine ganze Population erreichen (eine Nation, eine Gemeinde, eine Schule oder Nachbarschaft). Diese Interventionsprogramme werden entworfen, um das Suizidrisiko für jeden zu reduzieren, in dem Versorgungsbarrieren entfernt, Wissen über Hilfe für suizidale Menschen gelehrt, der Zugang zu professioneller Hilfe erleichtert und die Stärkung von sozialem Rückhalt und Bewältigungsstrategien erhöht werden. Dazu gehören u.a. Programme wie öffentliche Bildungskampagnen, Aufklärung und Krisenteams an Schulen sowie Schulungen für MedienvertreterInnen für eine angemessene Berichterstattung. (2, 193, 195)

b) Selektive Präventionsstrategien

Hierbei sind anfällige Gruppen einer Bevölkerung das Ziel, die eine größere Wahrscheinlichkeit aufweisen suizidal zu werden. (195) Zur Erörterung dieser vulnerabler Gruppen werden Faktoren wie Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstatus und Familiengeschichte näher betrachtet (2), um daraus Programme für Risikogruppen zu entwickeln, Gatekeeper zu schulen und den Zugang zu Krisendiensten zu verbessern. (193)

c) Indizierte Präventionsstrategien

Diese Programme sind für Individuen mit einem hohen Suizidrisiko, die schon früh Anzeichen für Suizidalität zeigen, die vielen Risikofaktoren unterliegen oder die sogar schon einen Selbstmordversuch unternommen haben. (2, 195) Dabei handelt es sich zum Beispiel um Skill-Bildungsmaßnahmen, unterstützende Gruppen an High-Schools und Colleges sowie den Rückhalt durch das Wissen über Kriseninterventionen und Behandlungsmöglichkeiten. (193)

Präventionsstrategie	Zielgruppe	Intervention
Universell	ganze Population (Nation, Gemeinde, Schule, Nachbarschaft)	Versorgung für jeden gewähren, Psychoedukation, professionelle Hilfe ermöglichen, sozialen Rückhalt fördern, mediale Berichterstattung anpassen, Schutz am Arbeitsplatz oder in der Schule, Zugang zu Suizidhilfsmitteln erschweren
Selektiv	Risikogruppen innerhalb einer Population	Gatekeeper-Schulungen, Fortbildungen über kulturelle Unterschiede bei Kontaktpersonen von Flüchtlingen und Migranten
Indiziert	Individuen mit hohem Suizidrisiko	Skill-Bildungsmaßnahmen, unterstützende High-School Gruppen, Aufklärung über Krankheiten und Therapiemöglichkeiten, Nachbetreuung von Suizid-Hinterbliebenen (Angehörige)

Tabelle 10: Beispiele zur Einordnung von Interventionen

2.2.1 Früherkennung und Therapie psychischer Krankheiten

Wie Arsenault-Lapierre, Kim und Turecki (2004) beschrieben, leiden ungefähr 90% der Menschen, die durch einen Selbstmord sterben an einer psychischen Krankheit. Diese Individuen machen aber nur einen kleinen Teil aller psychisch Erkrankten aus.(50) Unter den psychischen Störungen zeigen sich zum einen bei Depressionen und zum anderen bei Alkoholmissbrauch die höchste Inzidenz (2), beziehungsweise bei einer kombinierten depressiven Störungen mit einer Alkohol- oder Drogenmissbrauchsstörung. (17, 51) Hier wurden unter anderem medikamentöse, psychotherapeutische und Interventionen im sozialen Umfeld mit Erfolg implementiert.

2.2.1.1 Medikamentöse Therapie

Antidepressiva (AD) wie z.B. die SSRIs (*Selektive Serotonin Re-uptake Inhibitors*) Fluoxetin (103) und Sertralin (196) sowie weitere AD (z.B. SSNRIs, SNRIs, Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer, Trizyklische AD, Tetrazyklische AD, MAO-Hemmer) tragen dazu bei das Suizidrisiko depressiver PatientInnen zu senken (197) und suizidale Gedanken zu reduzieren. (198)

Positive Effekte zeigten sich auch bei der Anwendung von Lithiumsalz und dem Antikonvulsivum Valproat. (199)

Das atypische Antipsychotikum Clozapin weist im Vergleich zu anderen Antipsychotika einen anti-suizidalen Effekt bei Schizophrenie auf. (200)

Der Nutzen der Pharmakotherapie scheint größer als das Risiko zu sein. (201, 202)

2.2.1.2 Psychotherapeutische Behandlung

Psychotherapie bei Suizidalität kann in verschiedenen Settings ablaufen. Es gibt die Möglichkeit der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung. Dabei kommt es darauf an, wie akut die Situation ist und welche psychiatrische Erkrankung oder Situation dem Entstehen der Suizidalität zugrunde liegt. (203)

Verhaltenstherapie (VT)

Die VT wurde in den Vereinigten Staaten auf Grundlage der Lerntheorie entwickelt. Die Grundidee ist, dass problematisches Verhalten erlernt wurde und auch wieder „verlernt“ werden kann, bzw. neue, angemessene Verhaltensmuster erlernt werden

können. (204) Seitdem wurde die Verhaltenstherapie in vielerlei Weise weiterentwickelt, insbesondere durch die Integration kognitiver Elemente (heute auch: kognitive Verhaltenstherapie, KVT). (205) Gemeint ist hiermit die Erweiterung des Fokus über reines Verhalten hinaus, es werden nun stärker das Erleben, die Gedanken und Gefühle der PatientInnen mit einbezogen. Psychische Probleme werden dementsprechend auf ungünstige Denk- und Verhaltensmuster zurückgeführt, die die Betroffenen im Laufe ihres Lebens gelernt und verinnerlicht haben (z.B. „Ich muss etwas leisten, um geliebt zu werden.“). In der Behandlung geht es darum, solche Denk- und Verhaltensmuster zu identifizieren und Bedingungen herauszuarbeiten, die das Problemverhalten begünstigen.

Mann et al. (2005) beschrieben in ihrer Studie vielversprechende Ergebnisse durch Therapieformen wie die kognitive Verhaltenstherapie, die dialektische Verhaltenstherapie, die problemorientierte Verhaltenstherapie und die ambulante Behandlung. Demnach sollen vor allem kognitive Verhaltenstherapien suizidale Gedanken und suizidales Verhalten bei Jugendlichen (206, 207) und Erwachsenen (208, 209) reduzieren. Die dialektische Verhaltenstherapie soll vorrangig bei Jugendlichen (210) und Frauen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen (211) zu einem Senken der Suizidalität führen.

Psychoanalytische orientierte Verfahren

Psychodynamische Verfahren (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) und deren Wirksamkeit bei Suizidalität waren noch nicht Gegenstand systematischer Studien (103), jedoch sind sie nachweislich nützlich bei Depressionen und anderen psychiatrischen Störungen. (212)

a) Analytische Psychotherapie (AP)

Diese geht auf Sigmund Freud zurück, den Begründer der Psychoanalyse. Die psychoanalytische Theorie basiert auf der Annahme, dass der Mensch in der Kindheit und im Laufe seiner Entwicklung bestimmte Prägungen erfährt, die wiederum bestimmen, wie man mit Herausforderungen oder Konflikten umgeht. Psychische Erkrankungen werden somit hier als das Ergebnis nicht bewältigter Entwicklungsschritte, innerer Konflikte oder traumatischer Erlebnisse angesehen.

Des Weiteren gehen Psychoanalytiker davon aus, dass ein Großteil der Ursachen psychischer Störungen unbewusst ist, da sie im Sinne eines Schutz- oder Abwehrmechanismus verdrängt wurden. (213) Ziel der analytischen Psychotherapie ist, diese verdrängten Inhalte bewusst zu machen um sie anschließend zu bearbeiten.

b) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)

Die TP ging ebenfalls aus der Psychoanalyse hervor und basiert ähnlich wie die analytische Psychotherapie auf der Theorie, dass nicht gelöste innere Konflikte oder Traumata bis in die Gegenwart fortbestehen und psychisches Leiden verursachen können. (214) Somit richtet auch dieses Verfahren den Blick auf das unbewusste Erleben und Verhalten sowie auf verinnerlichte Beziehungsmuster der/des PatientInnen, welche bereits in der frühen Kindheit geprägt werden. Emotionale Muster und auch Verletzungen aus der Kindheit sind häufig nicht bewusst oder werden verdrängt, zum Beispiel weil sie zu schmerzhaft oder bedrohlich waren, beeinflussen aber dennoch unser Verhalten maßgeblich. Insbesondere enge emotionale Bindungen und Beziehungen prägen dabei die Persönlichkeit eines Menschen nachhaltig. So steht in der TP ähnlich wie in der AP die Idee im Vordergrund, dass in der Vergangenheit gemachte Beziehungserfahrungen für die heutigen Verhaltens- und Beziehungsmuster verantwortlich sind. (215) Störungen, insbesondere in frühen Beziehungen zu den Eltern in der Kindheit und Jugend können in späteren Jahren zu Symptomen führen, weil Kompensations- und Verhaltensweisen, die in der Ursprungssituation sinnvoll waren, zu späteren Zeitpunkten problematisch sein können. (216)

Gruppentherapie

Mit Gruppentherapien wurden unterschiedliche Resultate erzielt, so beschreiben die AutorInnen Burns et al. (2005) einen Rückgang der Selbstverletzungen bei Jugendlichen durch Gruppentherapie, die sich verschiedenen Techniken aus der konfliktorientierten Therapie (tiefenpsychologisch), der dialektisch-behavioralen und der kognitiven Verhaltenstherapie bedient. (210) In einer anderen Studie (Green et al. 2011) hingegen konnte kein Effekt durch eine speziell auf Jugendliche, die sich im vorangegangenen Jahr wiederholt selbst geschädigt haben, zugeschnittene

manualisierte Verhaltenstherapie (mit einer akuten Phase mit sechs Sitzungen pro Woche gefolgt von einer Phase mit wöchentlichen Terminen) beobachtet werden konnte. (217) Gruppen wie die Anonymen Alkoholiker beeinflussen das Trinkverhalten günstig und haben demnach positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und das psychische Wohlempfinden der Beteiligten. (218)

Interventionen im sozialen Umfeld

Interventionen, die Familie oder die Gemeinschaft betreffend können schwer psychisch Kranke nicht immer vom Suizid abhalten. Jedoch gerade bei alten Menschen mit Depressionen dürften sie sich zur Therapieunterstützung besonders positiv auswirken. (219)

Eine wirksame Intervention bei Jugendlichen zur Reduzierung von Selbstmordgedanken ist die *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT) (220), die sich mit den Beziehungen innerhalb der Familie beschäftigt. Es werden die Einflüsse von Familien- und Individualprozessen auf Depressionen und Suizidalität bei Jugendlichen erörtert und versucht zwischenmenschliche Beziehungen aufrecht zu erhalten bzw. zu reparieren und eine sichere und emotional protektive Eltern-Kind-Beziehung zu gestalten. (221)

Malone et al. (2007) beschreiben einen bisher zwar noch nicht statistisch relevanten positiven Effekt auf die Suizidzahlen durch die *Community mental health teams* (CMHTs) für Menschen mit schweren psychischen Störungen in England, jedoch sei aufgrund der höheren Compliance der PatientInnen für diese Therapieform und weniger Krankenhausaufenthalten von einem weiteren Rückgang der Suizidzahlen auszugehen. (222) In einem CMHT arbeitet Fachpersonal aus verschiedenen Bereichen der Sozialfürsorge und des Gesundheitssystems, die psychisch Erkrankten entweder in Gruppen oder alleine helfen ihre psychische Gesundheit zu verbessern. (223)

Weitere therapeutische Möglichkeiten

Zu Ansätzen, für welche die Evidenz bisher nur schwach gezeigt werden konnte, zählen die Entwicklung von Skills im Zuge der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT; dialektische Verhaltenstherapie) (211) oder das Erstellen einer Liste mit Gründen am Leben zu bleiben. (224) Nichtsdestotrotz konnten mit Hilfe dieser

Methoden positive Auswirkungen in Bezug auf suizidales Verhalten beobachtet werden.

Die DBT wird vor allem bei Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen angewandt, die durch selbstverletzendes Verhalten entstandene Spannungen reduzieren. Mit Hilfe der Skills gilt es Fähigkeiten zu entwickeln, die ohne Selbstschädigung zu einem Spannungsausgleich führen. Die Skills werden in vier Gruppen eingeteilt:

1. Kognitive Skills: Beziehen sich auf Gedanken (z.B. von einer hohen Zahl herunterrechnen oder Sudoku)
2. Sensorische Skills: Betreffen die fünf Sinne (z.B. eine Chili essen, an Ammoniak riechen oder ein Gummiband am Arm „schnalzen“ lassen)
3. Motorisch/physiologische Skills: Z.B. Joggen oder Atemübungen
4. Handlungsbezogene Skills: Z.B. Kreatives Arbeiten oder Haushaltsarbeiten.(225)

2.2.2 Die Betreuung nach einem Suizidversuch

Wie Studien gezeigt haben, gilt ein vorangegangener Suizidversuch als ein Hauptrisikofaktoren für einen Selbstmord und es sei essentiell präventive Interventionen nach einem Selbstmordversuch bereitzustellen, um den erneuten Versuch zu verhindern. (47, 62, 21) Ghanbari et al. (2016) fassten in ihrer Studie Ergebnisse zusammen, welche die Effektivität der Nachbetreuung mittels Telefongesprächen, Briefen oder Emails u.a. belegten. Mehrere Studien hierzu bestätigen die positiven Auswirkungen solcher Präventionsmaßnahmen auf das Suizidrisiko. (226, 227, 228) Eine Untersuchung hat ergeben, dass telefonische Follow-Ups 36% erneuter Suizidversuche verhindern konnten. (226) Während Chen et al. (2010) herausfanden, dass der Kontakt per SMS von 80% der PatientInnen als nützliche und akzeptierbare Follow-Up-Methode angenommen werden (229), zeigte eine andere Umfrage, dass PatientInnen den Email-Kontakt bevorzugten. (43)

Strategien zur Nachbetreuung

Kognitive Psychotherapie ist nach wie vor eine der bewährtesten Präventionsmaßnahmen nach einem Suizidversuch (103), doch sei die Abbruchrate der TeilnehmerInnen von Telefon-Follow-Ups geringer als jene der sich zur

Nachbetreuung in Therapie begebenden Personen, was die hohe Akzeptanz des mobilen Kontakts hervorhebt. (228)

Eine Studie aus dem Iran (Hassanian-Moghaddam, 2011 (230)) zeigt auf, dass der zum *treatment as usual* (TAU) zusätzliche Kontakt zur Nachbetreuung mittels Postkarten proportional zum herkömmlichen TAU eine stärkere Reduktion suizidaler Gedanken und Handlungen zur Folge hat. (230) Das TAU des öffentlichen und des privaten Sektors in Teheran ist nicht koordiniert, so dass der Kontakt hauptsächlich nur im Krankenhaus gegeben ist. Dort sind aber aufgrund des großen Bedarfs an psychiatrischen Betten nur kurze Aufenthalte möglich. Außerhalb davon gibt es kaum Nachbetreuungsprogramme. (230)

Die meisten Studien zeigen positive Effekte aller Methoden zur Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch. Der Kontakt über das Telefon, per Email, durch Postkarten oder eine Stärkung der sozialen Kontakte und Unterstützung scheinen demnach zur Reduzierung des Suizidrisikos beizutragen und sollten zum Erreichen möglichst guter Ergebnisse für mindestens 6-12 Monate ausgeführt werden. (21)

Eine Studie aus Dänemark (Christiansen und Jensen, 2007), die ebenfalls bestätigt, dass die Zeit nach einem Suizidversuch mit dem höchsten Risiko für einen erneuten Suizidversuch verbunden ist, hebt die Wichtigkeit der Behandlung in der direkt auf einen Selbstmordversuch folgenden Zeit hervor. (48) Als dringende Präventionsmaßnahme sollte die betroffene Person dabei möglichst schnell nach dem Versuch sich das Leben zu nehmen von einer Ärztin/ einem Arzt auf psychische Störungen untersucht werden. Außerdem sei es wichtig, dass das Personal auf somatischen Stationen zum einen die PatientInnen dazu ermutige Bezugspersonen zu informieren, um soziale Unterstützung erhalten zu können und sich zum anderen bewusst darüber ist, dass das Risiko für einen erneuten Suizidversuch erhöht ist. Wichtig sei auch noch, dass die Stationen für ihre PatientInnen einen Verlaufsplan haben, so dass für diese die möglichst rasch beginnende Therapie nach der Entlassung gewährleistet wird.

Präventionsmaßnahme Krisentelefon

Nicht nur als präventive Intervention nach einem Selbstmordversuch kann das Telefongespräch mit geschulten ehrenamtlich Tätigen als hilfreiche Betreuungsmaßnahme dienen, sondern auch schon vor einem ersten Suizidversuch. Eingerichtete öffentliche Auskunftstellen sollen Menschen dienen, denen es an sozialer oder professioneller Unterstützung fehlt oder welche diese bisher nicht nutzen möchten. Die WHO informiert in ihrem Bericht zur Suizidprävention (2014) über die wirkungsvolle Maßnahme des Krisentelefon, wenn andere professionelle oder soziale Unterstützung nicht zur Verfügung steht bzw. unerwünscht ist. (2)

Gould et al. (2007) kommen zu dem Ergebnis, dass die Verwicklung von suizidalen Personen in ein Gespräch zu einer Senkung des Suizidrisikos zumindest für die Zeit des Anrufs und in den Folgewochen führt. (231) Eine Studie aus Belgien (Pil et al., 2013) über das Krisentelefon und über Chat-Hilfedienste postuliert neben der Effektivität dieser Maßnahmen auch die Kostenreduktion durch diese Hilfeleistungen.(226)

2.2.3 Soziodemographische Faktoren

2.2.3.1 Geschlecht und Alter

Natürlich kann man mit dem Wissen darüber, dass Männer häufiger durch Suizid versterben, Frauen häufiger einen Suizidversuch begehen (24) und weltweit die Suizidrate bei den Menschen über 70 Jahren am höchsten und bei den Menschen unter 15 Jahren am niedrigsten ist (2), versuchen im Umkehrschluss darauf zu schließen, welches Geschlecht und welches Alter am ehesten vor Suizidalität schützen. Relevanter scheint es jedoch herauszufinden, bei welchem Geschlecht und in welchem Alter entsprechende Präventionsmaßnahmen besser greifen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

Geschlecht

Jüngere Männer und Frauen unterscheiden sich in ihrer Einstellung und ihrem Verhalten Hilfe zu suchen. (232) Studien zeigen übereinstimmend, dass jugendliche Frauen bei emotionalen Krisen eher nach professioneller und sozialer Unterstützung suchen (233), während männliche Jugendliche Suizidpräventions-Services und dem Aufsuchen professioneller Hilfe gegenüber negativ gestimmt sind. (234) Somit fassen

Hamilton und Klimes-Dougan (2015) zusammen, dass Frauen in der Adoleszenz zur Zeit mehr von verschiedenen Präventionsmaßnahmen profitieren als Männer im gleichen Alter, die eher zu schlechteren Verläufen neigen, werden sie den Programmen exponiert. Daher sei es wichtig Strategien zu entwickeln, die auch für Männer nützlich sind. Ein denkbarer Ansatz sei es Programme für Männer und Frauen einzeln zu verwalten und umzusetzen. Das unterschiedliche Profitieren der Geschlechter von den Präventionsmaßnahmen zeigt auf wie wichtig es ist individualisierte Strategien zu entwickeln. (232)

Eine Studie aus Ungarn (Székely et al., 2013) untersuchte die Effektivität einer gemeindeorientierten Präventionsmaßnahme in einer Region mit besonders hoher Suizidrate (235) und kam zu dem Schluss, dass von dieser Intervention beide Geschlechter gleichermaßen profitieren und darüber hinaus die Inanspruchnahme des Krisentelefon und die Anzahl der ambulanten Termine in der psychiatrischen Klinik signifikant zunahmen. Diese Präventionsmaßnahme ist ein, auf dem von der *Nuremberg Alliance Against Depression* (NAAD) basierendes Interventionsprogramm, das von der *European Alliance Against Depression* (EAAD) übernommen und verbessert wurde und auf vier Ebenen angreift. Ursprünglich um die Behandlung depressiver Menschen zu verbessern. In *Abbildung 5* ist zu erkennen, dass das facettenreiche Programm aus vier Interventionen besteht: PR-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit; Schulungen für Multiplikatoren in der Kommune wie LehrerInnen, JournalistInnen und PolizistInnen; Schulungen für Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Unterstützung der PatientInnen und ihrer Familien. (2)



Abbildung 5: The 4-level intervention concept der European Alliance Against Depression (236)

Alter

Für Jugendliche ist es ratsam Interventionen im Bereich der Schule zu ergreifen. Dabei sollten für männliche Jugendliche personalisierte Maßnahmen entwickelt werden, da vor allem junge Frauen von den Programmen in einer Schule profitierten.(232)

Ältere Menschen suchen mit ihren Problemen, physischer oder psychischer Natur eher Hausärztinnen und Hausärzte auf, als sich an eine/n psychiatrische/n oder psychologische/n Fachkundige/n zu wenden. Somit sei es vonnöten in Richtung Suizidprävention Menschen aus diesem Bereich über Risikofaktoren für Suizidalität der älteren Bevölkerung aufzuklären und das Personal entsprechend zu schulen. (237)

Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte

Laut Mann et al. (2005) war die Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich dem Erkennen und der Behandlung von Depressionen eine der effektivsten Methoden zur Reduktion der Suizidraten. Studien aus Schweden (238), Ungarn (239) und Slowenien (240), die nach 2005 durchgeführt und bei denen der

Nutzen von Programmen zur Weiterbildung von AllgemeinmedizinerInnen untersucht wurde, haben eine signifikante Erhöhung der Verschreibung von Antidepressiva und eine Senkung der Suizidrate aufzeigen können. (238, 239, 240)

2.2.3.2 Familienstand

Die meisten Studien, die den Zusammenhang zwischen Familienstatus und Suizidalität einer Person untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass eine Ehe und die Geburt eines Kindes als Schutz vor suizidalem Verhalten dient. (14, 74, 81, 76) Gründe dafür erkennen AutorInnen in der mit einer Ehe verbundenen besseren sozialen Integration und dem stärkeren sozialen Netzwerk, was erstmals durch Durkheim (1897) beschrieben wurde. (74, 79, 4) Auch Rendall et al. (2011) kommen zu diesem Ergebnis, das sie auf der Hypothese Durkheims (1897) stützen und sehen einen größeren Schutz durch die Ehe für Männer als für Frauen. (242)

Veränderung des Ehestatus

Corcoran und Nagar (2010) betrachten das Risiko der Veränderung des Familienstandes im Sinne einer Trennung bzw. einer Scheidung genauer. Die Scheidung ist ein legales und zivilrechtliches Verfahren, welches Angriffspunkte für präventive Interventionen bietet. Die Autoren schlagen vor, dass Personen, die Schwierigkeiten bei der Stressbewältigung und dem einhergehenden Verlust einer Trennung haben, Unterstützung zur besseren Verarbeitung des Prozesses bekommen sollten. Darüber hinaus sollte diese Unterstützung nicht nur für die betroffenen Ehepersonen, sondern auch für deren Kinder zur Verfügung gestellt werden, da belegt ist, dass die elterliche Trennung für einen Anstieg des Suizidrisikos von Jugendlichen verantwortlich ist. (74)

Verlust der Ehepartnerin/ des Ehepartners

Genauso kann es notwendig sein Interventionsmaßnahmen für verwitwete Personen zu entwickeln, deren Verlust heftige und anhaltende Trauer zur Folge hat. Freundinnen und Freunde, Familie und Ärztinnen/Ärzte der Familie sollten sich bewusst darüber sein, dass die Hinterbliebenen ein erhöhtes Risiko für beispielsweise Suizid, Depressionen oder Substanzmittelmissbrauchsstörungen haben und dass die Hinterbliebenen unterstützende Maßnahmen benötigen. (74)

2.2.3.3 Bildungseinrichtung und Arbeitsplatz

Programme an Schulen

Zalsman et al. (2016) schreiben, dass zahlreiche Programme an Schulen zwar zu einem besseren Wissen und einem höheren Bewusstsein über Suizid, nicht aber zu einer Senkung des suizidalen Verhaltens geführt haben. (243, 244, 245) Interventionen an Schulen umfassen dabei zumeist die Aufnahme präventiver Maßnahmen gegen Suizide in das Curriculum, die Einführung schulweiter Screening-Verfahren und die Fortbildung des Schulpersonals. (246) Darüber hinaus beschrieben große Studien (247, 248), die die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz, die Stärkung des Bewusstseins über Suizidrisiken und die Einführung sogenannter *Skills-Trainings* untersuchten, einen signifikanten Effekt dieser Maßnahmen auf Suizidversuche und suizidale Gedanken. Eine 2007 erschienene Studie aus den Vereinigten Staaten (Joe und Bryant, 2007) hebt Screening-Maßnahmen zur Identifikation von Schülerinnen und Schülern mit selbstverletzendem Verhalten an Schulen hervor, die zwar vielversprechend scheinen, aber aufgrund mangelnder Erforschung von Vorzeichen suizidalen Verhaltens und mangelnder Entwicklung entsprechender Beurteilungsverfahren noch verbesserungswürdig sind. Die AutorInnen schlagen vor, dass SozialarbeiterInnen mit angemessener Fortbildung und ausreichenden Ressourcen (u.a. Zeit und Geld) das Screening und das Lehren präventiver Interventionen an Schulen übernehmen könnten. (246)

Gatekeeper-Schulungen

LehrerInnen, SchulmitarbeiterInnen und SozialarbeiterInnen gehören ebenso den potenziellen sogenannten Gatekeepern an, wie PsychologInnen/PsychiaterInnen, Hausärzte und -ärztinnen, führende Kräfte in der Gemeinde, PolizistInnen oder Feuerwehrleute und sollten auch in der Lage sein zu erkennen, ob eine Person einen Selbstmord versuchen könnte. Bei Schulungsprogrammen für Gatekeeper sollen Know-How, Fähigkeiten und Kompetenzen zur Entdeckung von Risikopersonen, zur Ermittlung des Risikogrades und zur darauffolgenden Überweisung von Personen mit erhöhtem Risiko zur psychiatrischen Behandlung vermittelt werden. Diese Programme sollten kulturell und örtlich, im Sinne von Informationen über die Gesundheitsversorgung und den Umgang mit dem Thema Suizid, angepasst sein.(2)

Auch wenn bisher vermutlich noch keine reduzierten Suizidraten alleine durch Gatekeeper-Schulungen erzielt werden konnten, führten Programme, die speziell auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (249) und z.B. auf UreinwohnerInnen aus Australien, den USA, Kanada oder Neuseeland (250) zugeschnitten wurden, zu positiven Auswirkungen auf Wissen, Kompetenzen und Einstellungen der TeilnehmerInnen. (103)

Aufklärung am Arbeitsplatz

Das Bewusstsein und das Wissen über Suizide von Angestellten zu stärken bzw. zu fördern kann einen möglichen Angriffspunkt für Präventionsmaßnahmen darstellen. Ein Präventionsprogramm zur Reduzierung der Suizide wurde erfolgreich bei der Polizei in Montreal, Kanada, getestet. Die Einführung führte zu einer Senkung der Selbstmordrate um 79%. Dies konnte alleine durch eine, je nach Position der Angestellten/ des Angestellten, halb- oder ganztägige Schulung zur Risikobewertung und Hilfeleistung, eine Aufklärungskampagne sowie durch die Einrichtung einer Telefonauskunftsstelle erreicht werden. (251) Laut WHO (2014) soll auch hier ein auf die Arbeitsumgebung zugeschnittenes Präventionsprogramm zur signifikanten Senkung der Suizidraten beitragen. (2)

2.2.3.4 Finanzielle Situation

Die finanzielle Situation großer Bevölkerungsgruppen hängt meist von der wirtschaftlichen Lage der Region ab. Wie oben beschrieben korrelieren wirtschaftliche bzw. finanzielle Krisen oftmals mit steigenden Suizidraten (4, 88, 89), weshalb hier vorrangig auf die präventiven Maßnahmen bei wirtschaftlichen Rezessionen eingegangen werden soll. Oyesanya, Lopez-Morinigo und Dutta (2015) erklären, dass die staatlichen Ausgaben für eine angemessene Sozialpolitik (mit Zuschüssen bei Erwerbslosigkeit, Schuldenerlassen und Gesundheitsprogrammen) in Hinblick auf die Suizidraten bei einem Konjunkturabschwung steigen müssten, um die finanziellen Belastungen der erwerbslosen und verschuldeten Bevölkerung auszugleichen. (89) Stuckler et al. (2009) schlagen ebenso vor die Ausgaben für Maßnahmen zum Erhalten von Arbeitsplätzen, zur Unterstützung von Menschen, die ihre Arbeit verloren haben und vor allem für Programme zum Wiedererlangen einer Arbeit zu erhöhen, um somit die Bevölkerung zu schützen. Die AutorInnen

behaupten Sozialausgaben ab \$190 pro Kopf für aktive Arbeitsmarktprogramme würden den Effekt der Arbeitslosigkeit auf die Suizidraten abschwächen. (92)

In Finnland und Schweden konnten in den 1990er Jahren während einer wirtschaftlichen Krise die positiven Auswirkungen einer guten Sozialpolitik und aktiver Arbeitsmarktprogramme zur Unterstützung bei der Arbeitssuche auf die Selbstmordraten beobachtet werden. (92) Diese Programme erklären vermutlich auch den in einer früheren Studie (Hintikka et al., 1999) festgestellten negativen Zusammenhang von wirtschaftlichen Rezessionen und Suiziden in Finnland. (252)

In Zeiten konjunkturellen Abschwungs kämen Oyesanya, Lopez-Morinigo und Dutta (2015) zufolge Mängel im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung zum Vorschein, die wiederum einen möglichen Ansatzpunkt für Verbesserungen beziehungsweise präventive Interventionen bieten, auch wenn sich dies als schwierig darstellen könnte, da versucht werde die Kosten für Gesundheitsdienstleistungen niedrig zu halten. (89)

Angepasste Präventionsmaßnahmen

An welcher Stelle die Präventionsmaßnahmen ansetzen sollten, hängt vor allem von der betroffenen Gruppe ab. Es ist daher von großer Bedeutung die Folgen einer Wirtschaftskrise in einer speziellen Bevölkerung, welche der Krise vorrangig ausgesetzt ist, zu verstehen. So sollte beispielsweise die Sozialpolitik in einer Bevölkerung, in welcher die Korrelation eher zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid, als zwischen Verschuldung und Suizid, herrscht zuerst an Programmen zur Arbeitsrückkehr arbeiten als an Schuldenerlassprogrammen. (89)

2.2.3.5 Religion

Die Zugehörigkeit zu einer Religion weist eine starke soziale Komponente auf und führt zu sozialer Bindung und Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. (14) Diesen Zusammenhang hatte schon Durkheim (1897) beschrieben (4) und auch neuere klinische Forschungen bestätigen, dass weniger abstrakte Glaubensinhalte als reale soziale Integration sowie spiritueller vermittelte mentale Ressourcen einen positiven Einfluss auf das Ausbleiben suizidaler Gedanken einer Person haben. (97, 98) Watzka (2012) schreibt, dass eine Person, die weder durch den Glauben geprägte

Bindungen, noch einen gleichwertigen Ersatz im Sinne fester und emotional positiv besetzter sozialer Beziehungen hat, in „(relativer) sozialer Isolation“ (14) lebt, was einen Risikofaktor für suizidales Verhalten darstellt (14) und im Umkehrschluss bei Vorhandensein als präventiv gegenüber Suizid zu verstehen ist. Greening und Stoppelbein (2002) beschrieben in ihrer Studie, dass orthodoxe Jugendliche aufgrund ihres Glaubens davon absehen den Selbstmord als Option zur Lösung eines Problems zu akzeptieren. Die untersuchten depressiven, orthodoxen High School SchülerInnen zeigten ein geringeres Suizidrisiko als nicht-orthodoxe, depressive SchülerInnen. Die AutorInnen kommen zu dem Ergebnis, dass es ohne eine Religionszugehörigkeit und ohne Integration in die soziale Struktur einer Gemeinschaft schwierig sein kann gegen Suizidgedanken vorzugehen. (253)

Die Meta-Analyse von Wu et al. (2015) postuliert ebenso den positiven Effekt von Religionszugehörigkeit in Bezug auf Suizidalität. (254) Die AutorInnen erkannten verschiedene Ursachen für den präventiven Effekt der religiösen Zuordnung: unter anderen der religiöse Rückhalt in Zeiten starken Stresses (255, 256) sowie die soziale Unterstützung durch die Gemeinde (258, 259) und bestimmte vermittelte Werte wie z.B. der Altruismus oder das Absehen von starkem Alkoholkonsum. (260, 257)

2.2.4 Schutz vor Diskriminierung, mangelnder Integration und Mobbing

Wie unter den Risikofaktoren beschrieben, führen Maßnahmen wie Zwangsansiedlung, Assimilierung und Unterbrechung traditioneller Sozialstrukturen von UreinwohnerInnen (4) oder eine Diskriminierung anderer Gruppen (106) zu erhöhten Suizidraten. Jollant et al. (2014) weisen auf niedrige Suizidraten in Gesellschaften hoher Homogenität, mit einem starken sozialen Zusammenhalt, gemeinsamen Werten und moralischen Einwänden gegen Selbstmorde hin. (102)

Heterogenität bietet aber große Chancen für die heutige Gesellschaft und ist in Zeiten der Globalisierung nicht mehr wegzudenken. Welches sind also die vulnerablen Gruppen und wo bedarf es einer Unterstützung?

Weitere gefährdete Risikogruppen für suizidales Verhalten aufgrund von häufiger Diskriminierungen sind Menschen der LGBTI (*lesbian, gay, bisexuel, transgender and intersexual*), Opfer von Mobbing, Cyber-Mobbing und Schikanen am Arbeitsplatz sowie Flüchtlinge, Asylsuchende und MigrantInnen. (2)

Ansatzpunkte für Interventionen

Damit die genannten Gruppen optimale Präventionsmaßnahmen erhalten können, ist es wichtig zu verstehen welche direkten und indirekten Auswirkungen (z.B. im Sinne von psychischen Störungen oder sozialem Rückzug) die Diskriminierung auf die jeweilige Gruppe haben und wie diese kommuniziert und rechtzeitig erkannt werden können. (2)

Die Krise einzelner Menschen sollte immer differenziert und als ein eigener Fall betrachtet werden. Jedoch ist es besonders bei Flüchtlingen und MigrantInnen wichtig kulturelle Unterschiede zu beachten und Interventionen speziell auf kulturelle Gruppen auszurichten (261) sowie Psychoedukation für Menschen mit Migrationshintergrund und Fortbildungen über kulturelle Unterschiede im Umgang mit v.a. Depressionen für Kontaktpersonen (SozialarbeiterInnen, ärztliches Personal etc.) anzubieten. (262)

Bei den LGBTI sollte das Hauptaugenmerk zur Reduktion des Selbstmordrisikos auf der Erkennung von psychischen Erkrankungen, Stigmatisierungen und einem nötigen rechtlichen Schutz vor individueller und institutioneller Diskriminierung sein.(2)

Mobbing und sexuelle Diskriminierung ist an Schulen häufig sehr präsent, wogegen präventiv vorgegangen werden muss. Hatzenbuehler und Keyes (2013) legen dar, dass Schulen mit Anti-Mobbing-Kampagnen eine deutlich niedrigere Zahl von Selbstmordversuchen aufweisen. (263) In weiteren Studien werden eine vertrauensvolle, faire und angenehme Schumatmosphären als Schutz vor verbalen, physischen und Cyber-Mobbing Angriffen (264) und unterstützende Erwachsene zu Hause oder in der Schule als Schutzfaktor vor suizidalem Verhalten genannt. (265)

2.2.5 Eine sichere Kindheit

Menschen, die in der Kindheit negative Erfahrungen in Form von physischer Gewalt, sexuellem oder emotionalem Missbrauch, Vernachlässigung, Misshandlung, familiärer Gewalt, Trennung oder Scheidung der Eltern, Heimunterbringung oder auch Kriminalität und Mobbing in den frühen Lebensjahren erleiden mussten, haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. (2, 107, 266) Ebenso können in der Kindheit erfahrene Schutzfaktoren, wie beispielsweise eine sichere Bindung zu den primären Bezugspersonen, familiärer Rückhalt und ein Zugehörigkeitsgefühl, das Selbstmordrisiko des späteren Lebens herabsetzen. (2)

Prävention in der Kindheit

Zur Früherkennung eines suizidalen Risikos und zur Selbstmordprävention existieren bereits effektive Strategien, deren Auswirkungen auf Suizide und Suizidversuche bisher wenig untersucht wurden. (2)

Programme zur Förderung von Beziehungen gefährdeter Jugendlicher und unterstützender Erwachsener (268) sowie die Befähigung einer Gemeinschaft zur kollektiven Lösung jugendlicher Gesundheits- und Verhaltensprobleme (269) scheinen vielversprechende Ansätze zu sein.

Außerdem sollen auch hier Gatekeeper-Schulungen zur rechtzeitigen Detektion möglicher Risikopersonen führen. (2) An Schulen sollte neben der Aufnahme der Suizidprävention in das Curriculum, der Einführung schulweiter Screening-Verfahren und der Fortbildung des Schulpersonals (246) auch das Verantwortungsgefühl und die sozial-emotionale Kompetenzerweiterung von SchülerInnen und Eltern gefördert werden. (270)

2.2.6 Hilfe für Suizidhinterbliebene

Eine weitere vulnerable Gruppe stellen sogenannte Suizid-Hinterbliebene dar, d.h. Familienmitglieder oder enge Freundinnen/ Freunde und Bekannte einer Person, die sich das Leben nahm. Die Steigerung des Suizidrisikos für diese Menschen wird durch mehrere Studien belegt. (105, 124, 125, 126)

Interventionen und Betreuungen nach dem Verlust einer nahestehenden Person sollten Unterstützungen im Trauerprozess (z.B. in Form von Gruppen- oder Einzelgesprächstherapien, die die Perspektive des Weiterlebens und die Bewältigung des schweren Verlusts ohne Nachahmung des Suizids als zentrale Aufgabe haben) darstellen. Diese Maßnahmen können im Rahmen der Schule, in der Familie oder in der Gemeinde ergriffen werden. Dazu gehören die oben beschriebenen Gatekeeper-Schulungen oder die Kontaktaufnahme durch Familienmitglieder und Freundinnen/ Freunde, was zu einer vermehrten Teilnahme an Hilfesgruppen und zur Reduzierung psychischer Leiden, wie Depressionen führen könne. (271)

2.2.7 Stärkerer Rückhalt für sexuelle Minderheiten

Dass LGBTI einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten unterliegen, wird in mehreren Studien dargelegt. (6, 7, 8) Im Gegensatz dazu gibt es bisher relativ wenige Untersuchungen zur Detektion protektiver Faktoren für die LGBTI. Darüberhinaus konnten unter den Interventionsprogrammen von Staaten, Gemeinden oder Schulen kaum Strategien gefunden werden, die sich explizit an LGBTI richten. (7)

LGBTI-spezifische Schutzfaktoren

Die Analyse der Daten einer Befragung der 6., 9. und 12. Klassen in Minnesota durch Eisenberg und Resnick (2006) ergab drei Schutzfaktoren für suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit sexueller Erfahrung mit Gleichgeschlechtlichen. Dazu gehören familiäre Verbundenheit, erhaltene Fürsorge durch andere Erwachsene und ein Gefühl der Sicherheit in der Schule. (272) Eine weitere Studie aus Nordamerika (Saewyc et al., 2009) kommt zu vergleichbaren Ergebnissen und eine New Yorker Studie (Kertzner et al. 2009) über selbst identifizierte LGB Erwachsene jungen und mittleren Alters nennt zusätzlich die Verbindungen zur LG-Community und einen offenen Umgang mit der sexuellen Identität als Gründe für ein besseres soziales und psychologisches Wohlempfinden. (273, 274) Haas et al. (2011) fanden noch eine Arbeit (275), in der vermutet wird, dass lesbische oder bisexuelle Frauen in den USA aufgrund einer größeren Toleranz gegenüber weiblicher Sexualität einen gewissen Schutz vor Gemüts- und Angststörungen haben dürfte. (7) Zudem gehen die AutorInnen (Haas et al. 2011) von einer protektiven Wirkung einer stabilen intimen Beziehung aus, vergleichbar den protektiven Auswirkungen einer Ehe. (74, 79, 4)

LGBTI-spezifische Präventionsprogramme

Das einzige Interventionsprogramm, das Haas et al. (2011) finden konnten, welches sich explizit an LGBT richtet, ist das sogenannte „*The Trevor Project*“ des *Suicide Prevention Resource Center* für LGBT Jugendliche. Dieses Projekt bietet neben Krisentelefonen zur Bewältigung von Krisen bzw. suizidalen Gedanken auch Workshops an Schulen, Lehrmaterialien und Online-Bildungsressourcen zur Verhinderung von Gewalt und Diskriminierung und zur Prävention von Aids und HIV an und bietet Hilfe zur Kontaktaufnahme von LGBT Jugendlichen untereinander. Es setzt sich darüberhinaus gegen die Stigmatisierung von LGBT durch die öffentliche Politik ein. (7, 276, 277)

2.2.8 Kultur

Corin (1996) definierte Kultur im Zusammenhang mit Suizid als die Identität der/ des Einzelnen und einer Gemeinschaft, als Gemeinschaftsnormen und Verhaltensweisen sowie deren Auswirkungen auf den Umgang mit Handlungen mit tödlichem oder nicht-tödlichem Ausgang. Demnach sei suizidales Verhalten, wie alle anderen Verhaltensweisen auch, durch die Kultur beeinflusst. Die kulturellen Einflüsse zeigen sich bei der Wahl der Selbstmordmethode, den klassischen Merkmalen der suizidalen Person und den Ereignissen, Konflikten und Emotionen, die als Ursache des suizidalen Verhaltens in einer Gemeinschaft gelten. (278)

Schutz durch Rückhalt

Kulturen, in denen der Suizid nicht als akzeptable oder sogar ehrenhafte Lösung eines Konflikts bzw. einer misslichen Lage angesehen wird gelten als protektiv. Vor allem eine Kultur, die eine hohe Gleichberechtigung der einzelnen Person verfolgt und in welcher z.B. eine unbefriedigende finanzielle Situation (163) oder eine Familienstreitigkeit nicht kulturell bedingt einer Person zugeschrieben wird (94), kann als hilfreicher Rückhalt vor suizidalen Verhaltensweisen fungieren. Sicherheit und Geborgenheit erlangen Menschen verschiedener Kulturen vor allem in der Familie oder in einer Gemeinschaft. (14, 74)

Die hier beschriebenen Umstände wirken protektiv vor Suizidalität, sei es durch soziale Kontakte (21), Sicherheit in der Schule (272), einen starken familiären Rückhalt (2) oder das Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinde z.B. einer Religionsgemeinschaft. (255, 256)

Gute Beziehungen innerhalb der Familie und der Schule haben zur Folge, dass Kinder und Jugendliche ein gutes Selbstvertrauen aufbauen können, was Studien zufolge einen großen protektiven Effekt aufweist. (279, 280)

2.2.9 Angemessene mediale Berichterstattung

Der Papageno-Effekt

Lange Zeit waren ausschließlich die Risiken unangemessener, sensationeller Berichterstattung Gegenstand der Forschung um Suizidprävention zu erreichen. Welches Potenzial die Medien und die damit verbundenen Möglichkeiten der Aufklärung über Suizid innehaben, wurde erst vor einigen Jahren entdeckt und zum

Schwerpunkt der Präventionsforschung. Die Reduzierung von Suizidraten durch verantwortungsvolle Medienarbeit ist mittlerweile nachgewiesen. (281) Dadurch wurden diese immer mehr Teil aktueller Suizidpräventionsprogramme. (29)

In einer Wiener Studie (Niederkröthaler et al. 2010) zeigte sich, dass das Berichten über Personen, die eine Krise bewältigten mit einer Abnahme von Suiziden korreliert. Dieser Zusammenhang wird zufolge Mozarts Zauberflöte mit Papagenos bewältigter Krise als „Papageno-Effekt“ bezeichnet. (282)

Die Erklärung dieses Phänomens liegt darin, dass während der Entwicklung suizidaler Verhaltensweisen lebenserhaltende und todesbringende Phasen durchlebt werden und dass eine Präsentation einer Krisenbewältigung zum richtigen Zeitpunkt zur Stärkung des Lebenswillens führen kann. Dadurch könne wichtige Zeit gewonnen werden, in der eventuell Hilfe gesucht bzw. angenommen werden könnte. Durch die Darstellung einer Krise als vorübergehende Zeit mit Veränderungs- und Hilfsmöglichkeiten können Medien eine protektive Wirkung erzielen. (29)

Verantwortungsvolle Berichterstattung

Um über das Versterben von Personen des öffentlichen Interesses (z.B. Suizide berühmter Persönlichkeiten) verantwortungsvoll zu berichten, sollten einige Regeln eingehalten werden: Eine detaillierte Darstellung des suizidalen Verhaltens, eine Verherrlichung sowie das sensationelle Berichten darüber sollte vermieden werden. Eine adäquate Sprache sollte verwendet werden und die oben erwähnte professionelle Aufklärung der Öffentlichkeit über Suizide und die Darlegung von Hilfsmöglichkeiten sollte Gegenstand der Berichterstattung sein. (283)

Der Einbezug der Medien in die Planung und Aufklärung über gewissenhafte Berichtspraktiken und die aktive Verbreitung dieser Leitlinien durch die Medien führte in Australien und Österreich (284) schon zu einer Optimierung der Berichterstattung mit dem Rückgang von Suizidnachahmungen. (2)

Das Internet als Chance

Neben den Risiken, die das Internet mit sich bringt, birgt es auch ein großes Potenzial zur aktiven Hilfe in der Suizidprävention, gerade für Menschen, die ansonsten gar keine Hilfe aufsuchen würden. Dieses Medium bietet die Möglichkeit schnell eine große Menge von Menschen auf professionelle Hilfe aufmerksam zu

machen. (285, 286) Neueste Untersuchungen zeigten, dass informierende professionelle Internetseiten auf lange Sicht zur Suizidprävention beitragen. (29) Außerdem können verantwortungsvolle Online-Chats und -Selbsthilfegruppen zur Selbstmordprävention beitragen. (2) Wichtig sei es mit Suchmaschinen, wie z.B. *Google* und sozialen Medien wie z.B. *Facebook* zusammen zu arbeiten um zu erreichen, dass hilfreiche und unterstützende Webseiten (von Hilfeeinrichtungen) zur Verhinderung des Selbstmordes ein besseres Ranking erreichen und somit weiter oben in den Suchergebnissen von Suchmaschinen gelistet werden (29), da nachweislich meistens nur die ersten drei Ergebnisse angeklickt werden. (287)

2.2.10 Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln erschweren

Mann et al. (2005) und 10 Jahre später Zalsman et al. (2016) beschreiben, dass die Beschränkung des Zugangs zu Suizidhilfsmitteln eine der wirkungsvollsten Methoden zur Suizidprävention ist. (194, 103) Insbesondere bei Menschen, die aus einer Impulsivität heraus einen Suizid begehen wollen, kann ein erschwerter Zugang wertvolle Zeit bringen, in welcher der Mensch mehr nachdenken kann und sich eventuell gegen den Freitod entscheidet. (189)

Die positiven Auswirkungen eines erschwerten Zugangs zu einem speziellen Suizidhilfsmittel konnten dabei sowohl anhand von Beschränkungen, die im Zuge der Suizidprävention eingeführt als auch durch solche, die z.B. eigentlich zum Schutze der Umwelt entwickelt wurden, beobachtet werden. Als Beispiel sei hier die Entfernung des Kohlenmonoxids aus Haushalts- bzw. Autoabgasen durch Katalysatoren erwähnt (194), was einen Rückgang der Suizide mithilfe dieses Gases zur Folge hatte.

Außer Frage steht, dass die Wahl eines Suizidhilfsmittels durch die lokale Verfügbarkeit und kulturelle Akzeptanz beeinflusst wird, weshalb die Präventionsmaßnahmen zunächst an die verschiedenen Gegebenheiten bzw. häufig gewählten Methoden angepasst werden sollten.

Gängige Suizidhilfsmittel und wichtige Interventionen

Etwa ein Drittel der Selbstmorde werden durch das Einnehmen von Pestiziden begangen (288), vor allem Pestizide, die in der Landwirtschaft zum Einsatz kommen. Um einen Rückgang dieser Zahlen zu erzielen, können bestimmte Maßnahmen

ergriffen werden. Dazu zählt die sichere Lagerung und Aufbewahrung der Pestizide durch die verwaltenden Personen, die Verringerung der Toxizität der in der Landwirtschaft eingesetzten Pestizide, international geltende Regelungen zum Umgang mit giftigen Chemikalien und Abfällen. (289, 290)

In den USA ist der Suizid durch die Schusswaffe die am häufigsten gewählte Methode, was darauf zurückzuführen ist, dass eine hohe Verfügbarkeit von Schusswaffen herrscht. Präventiv gibt es hier mehrere Ansätze, die hilfreich sind: Die Vorschriften für den Erwerb bzw. den Besitz und die Aufbewahrung von Schusswaffen im Haushalt müssen verschärft werden, zusätzlich muss die strafrechtliche und psychiatrische Vorgeschichte einer Käuferin/ eines Käufers überprüft werden.(291)

Eine Reduzierung der Suizide durch das Springen von Gebäuden, Brücken oder vor Züge kann durch eine erschwerte Zugänglichkeit z.B. durch entsprechende Absperrungen oder die Verhinderung des Zugangs zu Gebäudedächern erreicht werden. (292)

Die erfolgreiche Abnahme der Suizide durch die Einführung von Katalysatoren zur Entfernung des Kohlenmonoxids aus Auto- und Haushaltsgasen spiegelt die Wichtigkeit der Restriktion des Zugangs zu giftigen Gasen wider (293). Die neuere Methode des Verbrennens von Holzkohle zur Erzeugung giftiger Gase hat sich in asiatischen Ländern zu einer häufigen Suizidmethode entwickelt und konnte durch eine kontrollierte Lagerung und den überwachten Verkauf z.B. in China eingeschränkt werden (294).

In vielen europäischen Ländern ist die Selbstvergiftung eine der häufigsten Suizidmethoden. Ein Rückgang konnte hier durch eine Beschränkung des Zugangs durch die Verschreibungs- bzw. Rezeptpflichtigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, eine Verringerung der Packungsgröße, eine bessere Aufklärung über die Wichtigkeit der verschriebenen Dosiserhaltung und allgemein einen beschränkteren Zugang zu Medikamenten, die häufig für Suizide verwendet wurden, erreicht werden. (295, 2)

3 Diskussion

Suizidalität ist ein Komplex, der sich aus mehreren Risiko- und mangelnden Schutzfaktoren zusammensetzt. Die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung des Todeswunsches eines Individuums wird durch einige Umstände stärker, durch andere weniger stark beeinflusst. (3, 14) Menschen besitzen Abwehrmechanismen und Ressourcen, die sie vor suizidalen Verhaltensweisen schützen und welche während des Lebens erlernt und durch unterschiedliche Maßnahmen gefördert werden können. (2)

Das Zusammenwirken aller Umstände und ob es am Ende einen bestimmten ausschlaggebenden Faktor gibt, welche zur Suizidalität geführt haben, ist individuell unterschiedlich und schwer zu erfassen. Doch möchte man einen Rückgang der weltweit hohen Suizidraten erreichen, sollten alle Risiko- und Schutzfaktoren detektiert werden, um mit dem Wissen über diese entsprechende Präventions- und Interventionsmaßnahmen erarbeiten und anwenden zu können. (2)

Welches sind nun die größten Risiko- und Schutzfaktoren und weisen bestimmte Erkrankungen, Lebensereignisse oder Berufsgruppen eine höhere Korrelation auf als andere? Was sind Prädiktoren?

Zu den Risikofaktoren mit dem höchsten Potenzial für Suizidalität gehören ein vorheriger Suizidversuch (46) und vor allem psychische Erkrankungen im Sinne von Depressionen oder Alkoholmissbrauch sowie die Kombination depressiver Störungen mit Drogenmissbrauchsstörungen. (50) Es wird davon ausgegangen, dass die Hälfte aller Selbsttötungen aus depressiven Krisen heraus begangen wird. (52)

Welcher Beruf oder Bildungsabschluss das höchste Risiko birgt, ist nicht ganz konsistent. Einige sind sich verschiedene AutorInnen darüber, dass zum einen Berufe mit besonders großer Verantwortung eine starke Belastung und somit eine Gefahr für suizidales Verhalten darstellen und zum anderen Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und/oder niedrig bezahlten und wenig anspruchsvollen Berufen besonders gefährdet seien. (83, 14)

Kindesmissbrauch, Trennungen, Verlust eines geliebten Menschen, plötzliche Arbeitslosigkeit mit mangelnder Unterstützung zur erneuten Eingliederung in den Arbeitsmarkt oder Mobbing sind Beispiele für einschlägige Lebensereignisse, die zur Suizidalität eines Menschen führen können. (108, 74, 1, 92, 106) Durch diese

Ereignisse verlieren Menschen das Gefühl von Sicherheit, sei es zu Hause, auf der Arbeit oder in der Schule – dabei sind Sicherheit und Rückhalt ähnlich stark präventiv wirkende Faktoren (2, 272) wie ein angemessenes Selbstvertrauen (279, 280), das durch derartige Vorfälle geschwächt werden könnte.

Als besonders starker Prädiktor für suizidale Handlungen soll hier noch die Zugänglichkeit zu Suizid-Hilfsmitteln erwähnt sein. (2) Dies ist daran auszumachen, dass Menschen bestimmter Berufsgruppen, die mit tödlichen Substanzen oder Waffen arbeiten (z.B. ÄrztInnen, PharmazeutInnen, JägerInnen) häufiger zu den ihnen bekannten Methoden greifen. (36, 84) In China beispielsweise vergiften sich viele junge Frauen mit Pestiziden, was daran liegt, dass landwirtschaftliche Pestizide ohne große Sicherheitsvorkehrungen gelagert werden. (187)

Was schützt vor suizidalen Gedanken und Verhalten? Was kann zur Prävention getan werden und wo sollte sie ansetzen?

Neben der Früherkennung von Risikofaktoren, der Behandlung psychischer Erkrankungen sowie der Betreuung gefährdeter Menschen schützen vorrangig die oben beschriebenen Gefühle von Sicherheit, ein starker Rückhalt und ein gesundes Selbstvertrauen vor der Entstehung suizidalen Verhaltens. (272, 92, 14, 280) Besonders wichtig erscheinen hierbei soziale Interaktionen und Integration. So ist der Zusammenhalt einer Gemeinschaft, sei es in einer Glaubensgemeinschaft (255, 256), einer Schule (272) oder in der Familie (2), Grundlage der Stärkung des Selbstvertrauens und des Rückhalts. Auch weitere soziale Umstände wie z.B. ein Eheschluss (81), dienen als Schutz vor Suizidalität durch eine daraus folgende bessere soziale Integration begründet. (4)

Präventionsstrategien werden in drei Gruppen eingeteilt, je nachdem, ob sie auf eine ganze Population (universell), eine Risikogruppe (selektiv) oder ein Individuum (indiziert) abzielen. (193)

Prävention sollte bereits im frühen Alter beginnen. Dazu gehört z.B. die Schulung junger Eltern über Faktoren der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. (267) Programme zur Früherkennung möglicher Anzeichen für

Depressionen oder anderer Prädiktoren an Schulen (im Sinne von Aufklärung der SchülerInnen oder Fortbildung des Lehrpersonals (246)), in der Gesellschaft (z.B. durch Gatekeeper-Schulungen (2)) oder die Förderung sozialer Kontakte (271) am Arbeitsplatz (251) scheinen wirksame Strategien zu sein. (1, 2)

Menschen müssen vor Diskriminierung, vor einem Ausschluss aus der Gesellschaft und vor Mobbing geschützt werden. (263, 2, 3) Dabei kann es sich z.B. um sexuelle Minderheiten (LGBTI) (7), Flüchtlinge, Asylsuchende und MigrantInnen (2) oder ausgeschlossene Jugendliche handeln. Für Flüchtlinge, Asylsuchende und MigrantInnen sind u.a. Maßnahmen zum besseren Verständnis anderer Kulturen für Kontaktpersonen hilfreich. (261) Anti-Mobbing-Kampagnen oder Workshops an Schulen zur Verhinderung von Gewalt und Diskriminierung (276) und Gesetzen, die z.B. Mobbing-Verstöße als Strafdelikt deklarieren (190) wären wünschenswert.

Neben der erwähnten Aufklärungsarbeiten werden als wirkungsvollste Maßnahmen zur Suizidprävention 1) die Erschwerung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln, 2) Schulungen für ÄrztInnen zur besseren Erkennung und Therapie von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen sowie 3) medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen von psychisch Erkrankten beschrieben. (194)

Was ist nach einem Suizid oder Suizidversuch zu beachten?

Ein Suizid bzw. ein Suizidversuch stellt eine große Herausforderung für alle betroffenen Personen dar. Überlebende einer suizidalen Handlung sollten einer verstärkten Nachbetreuung unterzogen werden, da das Selbstmordrisiko nach einem vorangegangenen Suizidversuch deutlich erhöht sein dürfte. (47) Der Kontakt nach einem Selbstmordversuch sollte durch psychiatrische Nachkontrollen, Psychotherapie (103) und eventuell zusätzlich per Telefon, Postkarte oder Email erfolgen. (21)

Ebenso sollte Hilfe für Suizidhinterbliebene angeboten werden, da diese auch einem stark erhöhten Suizidrisiko unterliegen können. (125) Gatekeeper-Schulungen und ein verstärkter sozialer Kontakt durch nahe Bekannte bilden hier die Grundlage. (271)

Ist das Internet eine Chance oder ein Risiko?

Vor allem moderne Medien wie das Fernsehen oder das Internet haben heutzutage großen Einfluss auf die Meinungsbildung der Menschen. Wegzudenken sind sie nicht mehr, weshalb versucht werden sollte über sie gefährdete oder unwissende Menschen zu erreichen und ihnen Hilfe anzubieten. (2) Die Anonymität und einfache Zugänglichkeit dieser Medien bietet eine große Chance für Menschen, die sich eventuell für ihre Gedanken schämen und sich nur im Internet trauen Fragen zu stellen, um somit Antworten zu erhalten, die lebensrettend sein können (Bsp. professionelle Hilfsangebote, Online-Selbsthilfegruppen). (2, 286) Leider finden sich unter diesen Angeboten auch Gefahrenquellen, die die Menschen tiefer in ihre Krise stürzen können (z.B. Blue Whale Challenge). (186) Eine eventuelle Verbesserung bietet hier die Idee mit Suchmaschinen und sozialen Medien zusammen zu arbeiten um Webseiten von professionellen Hilfeeinrichtungen häufiger darzustellen, als solche mit Suizid- oder Selbstverletzungs-verherrlichenden Inhalten. (29)

Vom Werther- zum Papageno-Effekt

Wird verantwortungsbewusst und nicht sensationell über Selbstmorde z.B. prominenter Menschen berichtet, kann dies verhindern, dass Personen im Sinne des Werther-Effekts zur Nachahmung des Suizids tendieren. (182, 282) Es wird mittlerweile sogar ein Effekt beschrieben, der davon ausgeht, dass die Präsentation einer Person, die eine Krise bewältigt zum richtigen Zeitpunkt zur Stärkung des Lebenswillens von suizidalen, zuschauenden Personen führen kann – der Papageno-Effekt. (282, 281)

Gibt es kulturspezifische Unterschiede?

Vielerorts bildet Religion die Basis der traditionellen Kultur eines Landes, weshalb es als sinnvoll erscheint hier beide Bereiche gleichermaßen zu betrachten. Westliche Kulturen unterscheiden sich z.B. von der traditionellen südostasiatischen Kultur in mehreren Punkten, die möglicherweise zu den unterschiedlichen Ausprägungen der Suizidraten führen.

Der wohl gravierendste Unterschied zeigt sich in der teilweise auch heute noch bestehenden moralischen Akzeptanz des Suizids z.B. in asiatischen Kulturen. (95) Es geht gelegentlich sogar über die Akzeptanz hinaus bis hin zum ehrenhaften Ansehen einer Selbsttötung. Beispielsweise töten buddhistische Mönche sich gelegentlich als Zeichen des Protests, hinduistische Witwen verbrennen sich auf der Hochzeit ihres Mannes um diesem verbunden zu bleiben und im Taoismus wird manchmal die Selbsttötung als ein Weg das Ansehen der Familie zu wahren gesehen, sollte das Familienmitglied *das Gesicht verloren* haben. (95)

Das Ansehen der Familie spielt in einigen traditionellen Kulturen eine sehr große Rolle. Das Bild der Frau ist teilweise noch von Unterdrückung geprägt und Familienstreitigkeiten werden häufig den weiblichen Familienmitgliedern zugeschrieben, was zu vielen Selbstmorden unter diesen Frauen führt. (94)

Einer der größten Schutzfaktoren, den eine Religionszugehörigkeit mit sich bringt, ist die soziale Interaktion und Integration, die sich aus dem Zusammenkommen von Mitgliedern der Glaubensgemeinschaften entwickelt. (14) Jedoch kommen die meisten Menschen südostasiatischer Religionen nicht regelmäßig zusammen, weshalb dieser protektive Effekt dort oft ausbleibt. (94) Gemeinsam haben Religionen, dass spirituell vermittelte mentale Ressourcen einen positiven Einfluss auf das Ausbleiben suizidaler Gedanken einer Person haben können. (97, 98) Darüber hinaus bietet Religion einen Rückhalt in Zeiten starken Stresses (255) und in manchen Glaubensrichtungen wird durch das Absehen von Alkoholgenuss ein wichtiger Risikofaktor genommen. (260)

Werden die Suizidraten mit dem Wissen über die Risikofaktoren und möglichen Präventionsmaßnahmen abnehmen?

Wie diese Literaturrecherche gezeigt hat, kann mit dem Wissen über bestimmte Risiko- und Schutzfaktoren ein Rückgang der Suizidraten erreicht werden. Diesen Rückgang sowohl effektiv als auch effizient voranzubringen, sollte Ziel jedes Individuums und jedes Staates sein. Außerdem sollte die Suizidprävention einen hohen Stellenwert in der Agenda der Regierungen einnehmen und es empfiehlt sich bereichsübergreifende Ansätze zu verfolgen. (2) Dementsprechend sollte auch in Zukunft ein Schwerpunkt auf die Erforschung von Risiko- und Präventionsfaktoren

gelegt werden, sowie die Umsetzung und Vertiefung wirksamer Präventionsprogramme in der Gesellschaft staatlich gefördert und organisiert werden.

4 Literaturverzeichnis

1. Turecki G, Brent D. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2016;30(1);1227-1239.
2. World Health Organisation. Suizidprävention: Eine globale Herausforderung. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Gesundheit; 2014.
3. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009;373(9672);1372-1381.
4. Durkheim E. *Der Selbstmord*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1983.
5. Althaus D. Suizidprävention: Vorgehensweisen und Wirksamkeit. *Suizidale Krisen und Suizid: Risiken, Prävention und Intervention*. Karger, S; 2005;15;12-19.
6. King M, Semlyen J, Tai SS, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8(70);doi:10.1186/1471-244X-8-70.
7. Haas A, Eliason M, Mays V, et al. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*. 2011;58(1);10–51.
8. Swannell S, Martin G, Page A. Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016;50(2);145-153.
9. Kohlbrenner V, Deuba K, Karki D, Marrone G. Perceived Discrimination Is an Independent Risk Factor for Suicidal Ideation among Sexual and Gender Minorities in Nepal. *PLoS ONE*. 2016;11(7);e0159359. doi:10.1371/journal.pone.0159359.
10. World Health Organization. *Mental health action plan 2013 - 2020*. WHO Document Production Services, Genf. 2013.
11. Hiltunen L, Suominen K, Lönnqvist J, Partonen T. Relationship between daylength and suicide in Finland. *Journal of Circadian Rhythms*. 2011;9(10);doi:10.1186/1740-3391-9-10.
12. Dragisic T, Dickov A, Dickov V, Mijatovic V. Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts. *Materia Socio-Medica*. 2015;27(3);188-191.
13. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis G, et al. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010;7(4);1392–1431.
14. Watzka C. Soziale Bedingungen von Selbsttötungen in Österreich. Eine Übersicht zu Risiko- und Schutzfaktoren. *Neuropsychiatrie*. 2012;26;95-102.
15. Gunnell D, Eddleston M, Phillips M, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. *BMC Public Health*. 2007;7(357);doi:10.1186/1471-2458-7-357.
16. Tor P, Ng B, Ang Y. The media and suicide. *Annals of the Academy of Medicine*. 2008;37;797-799.
17. Hoertel N, Franco S, Wall M, Oquendo M, Kerridge B, Limosin F, et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular Psychiatry*. 2015;20(6);718-726.

18. O'Brien B, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2013;25(3);201-205.
19. Khemiri L, Jokinen J, Runeson B, Jayaram-Lindström N. Suicide Risk Associated with Experience of Violence and Impulsivity in Alcohol Dependent Patients. *Scientific Reports*. 2016; 6:19373;doi:10.1038/srep19373.
20. Egger J. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*. 2005;2:3-12.
21. Ghanbari B, Malakouti S, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(5):145-153.
22. MIAMED GmbH. Suizid und vorsätzliche Selbstbeschädigung. [Online]. 2017 [zitiert 2017 Juni]. https://amboss.miamed.de/wissen/Suizid_und_vorsaeztliche_SelbstbeschaeDIGUNG.
23. World Health Organization. www.who.int. [Online]. 2015 [zitiert 2017 Juni]. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
24. World Health Organization. www.who.int. [Online]. 2017 [zitiert 2017 Juni]. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-data?lang=en>.
25. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide & Life-threatening Behavior*. 2000;30(2);145-162.
26. National Institute of Mental Health. Suicide Statistics. [Online]. 2014 [zitiert 2017]. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide/index.shtml#part_153200.
27. Statista. <https://de.statista.com>. [Online].; 2017 [zitiert 2017 November]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/217730/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-oesterreich/>.
28. Grabenhofer-Eggerth A, Kapusta N. Suizid und Suizidprävention in Österreich Bericht 2015. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2016.
30. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler H. Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2010;40(5);421-424.
31. Mishara B, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007;37(7);291-307.
32. Sonneck G, Kapusta N, Tomand G, Voracek M. Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: UTB GmbH; 2012.
33. Simon O, Swann A, Powell K, Potter L, Kresnow M, O'Carroll P. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 200;32(1);49-59.
34. Denning D, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide.

- Suicide & Life-Threatening Behavior. 2000;30(3);282-288.
35. Brent D, Bridge J. Firearms Availability and Suicide. *American Behavioral Scientist*. 2003;46(9);1192–1210.
 36. Wu K, Chen Y, Yip P. Suicide Methods in Asia: Implications in Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9(4);1135-1158.
 37. Chang S, Chen Y, Yip P, Lee W, Hagihara A, Gunnell D. Regional Changes in Charcoal-Burning Suicide Rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: A Time Trend Analysis. *PLoS Medicine*. 2014;11(4);e1001622. doi:10.1371/journal.pmed.1001622.
 38. Florentine J, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*. 2010;70(10);1626-1632.
 39. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(12);4550–4562.
 40. Spittal M, Pirkis J, Miller M, Studdert D. Declines in the Lethality of Suicide Attempts Explain the Decline in Suicide Deaths in Australia. *PLoS ONE*. 2012;7(9);e44565. doi:10.1371/journal.pone.0044565.
 41. Kolves K, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*. 2013;146(1);1-14.
 42. De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. *Crisis*. 2009;30(3);115-119.
 43. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*. 1998;50(2-3):269-276.
 44. Conwell Y, Van Orden K, Caine E. Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34(2);451-468.
 45. Brezo J, Paris J, Barker E, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, et al. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychological Medicine*. 2007.;37(11);1563-1574.
 46. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2008;13(5);243–256.
 47. Bostwick J, Pabbati C, Geske J, McKean A. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *The American Journal of Psychiatry*. 2016;173(11);1094-1100.
 48. Christiansen E, Jensen B. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41(3);257-265.
 49. Miranda R, Jaegere E, Restifo K, Shaffer D. Longitudinal follow-up study of adolescents WHO

- report a suicide attempt: aspects of suicide behavior that increase risk of a future attempt. *Depression and Anxiety*. 2014;31(1);19-26.
50. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(37);doi:10.1186/1471-244X-4-37.
 51. Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler R. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. 2010;15(8);868-876.
 52. Holma K, Haukka J, Suominen K, Valtonen H, Mantere O, Melartin T, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders*. 2008;16(6);652–661.
 53. Angst F, Stassen H, Clayton P, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *Journal of Affective Disorder*. 2002;68(2-3);167-181.
 54. Sharifi V, Eaton W, Wu L, Roth K, Burchett B, Mojtabai R. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24–27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;207(1);30-36.
 55. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*. 2010;24(4);81-90.
 56. Yang G, Phillips M, Zhou M, Wang L, Zhang Y, Xu D. Understanding the unique characteristics of suicide in China: national psychological autopsy study. *Biomedical and Environmental Sciences*. 2005;18(6);379-389.
 57. Tyrer P, Reed G, Crawford M. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. 2015;385(9969);717-726.
 58. Ernst C, Lalovic A, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Turecki G. Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*. 2004;4(7);doi:10.1186/1471-244X-4-7.
 59. Conner K, Beautrais A, Brent D, Conwell Y, Phillips M, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2011;41(6);594-613.
 60. Kim C, Lesage A, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, et al. Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*. 2003;33(7);1299-1309.
 61. Choi N, DiNitto D, Marti C. Middle-aged and older adults who had serious suicidal thoughts: who made suicide plans and nonfatal suicide attempts? *International Psychogeriatrics*. 2015;27(3);491-500.
 62. Bostwick J, Pankratz V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157(12);1925–1932.
 63. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *The BMJ*. 2008;337:a2205;doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
 64. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of

- subsequent successful suicide: national long term cohort study. *The BMJ*. 2010;341:c3222;doi:10.1136/bmj.c3222.
65. Finkelstein Y, Macdonald E, Hollands S, et al. Risk of suicide following deliberate self-poisoning. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(6);570-575.
 66. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2004;4(11);doi:10.1186/1471-244X-4-11.
 67. Christiansen E, Jensen B. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register- based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41(3);257-265.
 68. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self- harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181;193–199.
 69. Christoffersen M, Poulsen H, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(5);350-358.
 70. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*. 2003;164(7);765-772.
 71. Corcoran P, Keeley H, O'Sullivan M, et al. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *European Journal of Public Health*. 2004;14(1);19-23.
 72. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Maaten S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population- based study in Nova Scotia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2005;187;552-558.
 73. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Surve. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(7);617–626.
 74. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(8);795-800.
 75. Roškar S, Podlesek A, Kuzmanić M, Demšar L, Zaletel M, Marušič A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis*. 2011;32(1);24-30.
 76. Masocco M, Pompili M, Vichi M, Vanacore N, Lester D, Tatarelli R. Suicide and marital status in Italy. *The Psychiatric Quarterly*. 2008;79(4);275-285.
 77. Luoma J, Pearson J. Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*. 2002;92(9);1518–1522.
 78. Kposowa A. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000;54(4);254-261.
 79. Cutright P, Stack S, Fernquist R. Marital status inte- gration, suicide disapproval, and societal integration as explanations of marital status differences in female age-specific suicide rates. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007;37(6);715-724.

80. Griffiths C, Ladva G, Brock A, Baker A. Trends in suicide by marital status in England and Wales, 1982–2005. *Health Statistics Quarterly*. 2008;37;8-14.
81. Qin P, Mortensen P. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(8);797–802.
82. Dupéré V, Leventhal T, Lacourse É. Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychological Medicine*. 2009;39(8);1295–1306.
83. Agerbo E, Gunnell D, Bonde J, Mortensen P, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio- economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*. 2007;37(8);1131–1140.
84. Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(5);429-434.
85. Milner A, Maheen H, Bismark M, Spittal M. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. *The Medical journal of Australia*. 2016;206(11);260-265.
86. Coope C, Gunnell D, Hollingworth W, et al. Suicide and the 2008 economic recession: Who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001–2011. *Social Science & Medicine*. 2014;117;76-85.
87. Chang S, Gunnell D, Sterne J, Lu T, Cheng A. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*. 2009;68(7);1322-1331.
88. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205(3);246-247.
89. Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World Journal of Psychiatry*. 2015;5(2);243-254.
90. Fountoulakis K, Kawohl W, Theodorakis P, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205(6);486-496.
91. Milner A, McClure R, De Leo D. Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(1);19-27.
92. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 2009;374(9686);315-323.
93. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Social Science & Medicine*. 1993;36(6);749–756.
94. Zhang J, Wieczorek W, Conwell Y, et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychological Medicine*. 2010;40(4);581-589.
95. Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(6);430-437.

96. Zhang J, Xu H. The effects of religion, superstition, and perceived gender inequality on the degree of suicide intent: a study of serious attempters in China. *Omega (Westport)*. 2007;55(3);185-197.
97. Kralovec K, Plöderl M, Yazdi K, Fartacek R. Die Rolle von Religion und Religiosität in der Suizidologie. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2009;5(1);17-20.
98. Unterrainer H. Seelenfinsternis? Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld. Münster: Waxmann; 2010.
99. Fässberg M, van Orden K, Duberstein P, et al. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9(3);722–745.
100. Condorelli R. Social complexity, modernity and suicide: an assessment of Durkheim's suicide from the perspective of a non-linear analysis of complex social systems. SpringerPlus. 2016. 2016;5(374);doi:10.1186/s40064-016-1799-z.
101. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*. 2009;374(9683);76-85.
102. Jollant FMA, Docto R, Macdonald C. A pocket of very high suicide rates in a non- violent, egalitarian and cooperative population of South-East Asia. *Psychological Medicine*. 2014;44(11);1-7.
103. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(7);646-659.
104. De Catanzaro D. Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and high-risk groups. *Ethology and Sociobiology*. 1995;16(5);385-394.
105. Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*. 2010;117(2);575-600.
106. Hatzenbuehler M, Keyes K, Hasin D. State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*. 2009;99(12);2275-2281.
107. Johnson J, Cohen P, Gould M, Kasen S, Brown JBJ. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*. 2002;59(8);741-749.
108. Bahk YC, Jang SK, Choi KH, Lee SH. The Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Ideation: Role of Maltreatment and Potential Mediators. *Psychiatry Investigation*. 2017;14(1);37–43.
109. Brown J, Cohen P, Johnson J, Smailes E. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12);1490-1496.
110. Thompson R, Briggs E, English D, Dubowitz H, Lee L, Brody K, et al. Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child*

- Maltreatment. 2005;10(1);26-36.
111. Eisenberg M, Ackard D, Resnick M. Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of Pediatrics*. 2007;151(5);482-487.
 112. Young M, Harford K, Kinder B, Savell J. The relationship between childhood sexual abuse and adult mental health among undergraduates: victim gender doesn't matter. *Journal of Interpersonal Violence*. 2007;22(10);1315-1331.
 113. Brodsky B, Mann J, Stanley B, et al. Familial Transmission of Suicidal Behavior: Factors Mediating the Relationship Between Childhood Abuse and Offspring Suicide Attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(9);584–596.
 114. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World psychiatry. Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2013;12(2);149-154.
 115. Pechtel P, Pizzagalli D. Effects of Early Life Stress on Cognitive and Affective Function: An Integrated Review of Human Literature. *Psychopharmacology*. 2011;214(1);55-70.
 116. Shipman K, Edwards A, Brown A, et al. Managing emotion in a maltreating context: a pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(9);1015-1029.
 117. Brodsky B, Malone K, Ellis S, et al. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*. 1997;154(12);1715–1719.
 118. Black D, Blum N, Pfohl B, et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*. 2004;18(3);226–239.
 119. Thompson R, Proctor L, English D, Dubowitz H, Narasimhan S, Everson M. Suicidal Ideation in Adolescence: Examining the Role of Recent Adverse Experiences. *Journal of Adolescence*. 2012;35(1);175-186.
 120. Kaplan S, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M, Labruna V. Adolescent physical abuse and risk for suicidal behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*. 1999;46(7);976–988.
 121. Swogger M, You S, Cashman-Brown S, Conner K. Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Research*. 2011;185(3);363–367.
 122. Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. Parental Divorce, Parental Depression, and Gender Differences in Adult Offspring Suicide Attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009;197(12);899-904.
 123. You Z, Chen M, Yang S, Zhou Z, Qin P. Childhood Adversity, Recent Life Stressors and Suicidal Behavior in Chinese College Students. *PLoS ONE*. 2014;9(3);e86672. doi:10.1371/journal.pone.0086672.
 124. Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*. 2002;360(9340);1126-1130.
 125. Brent D, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. *The Psychiatric clinics of North*

- America. 2008;31(2);157-177.
126. Lizardi D, Sher L, Sullivan G, Stanley B, Burke A, Oquendo M. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(5);406-410.
 127. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. *A family study of suicide. Prevention and Treatment of Affective Disorders*. London: Academic Press. 1979;277-287.
 128. Gould M, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(12);1155–1162.
 129. Hawton K, Haw C, Houston K, Townsend E. Family history of suicidal behavior: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(5);387-393.
 130. Brent D, Bridge J, Johnson BCJ. Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(12);1145-1152.
 131. Jeglic E, Sharp I, Chapman J, Brown G, Beck A. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Archives of Suicide Research. Official Journal of The International Academy for Suicide Research*. 2005;9(2);135-146.
 132. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006;11(4);336–351.
 133. Brent D, Mann J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics*. 2005;133C(1);13-24.
 134. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: a controlled, cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183;552–558.
 135. Meyer I. Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129(5);674–697.
 136. McCabe S, Bostwick WHT, West B, Boyd C. The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*. 2010;100(10);1946–1952.
 137. Ryan C, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009;123(1);346-352.
 138. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*. 2001;91(6);915-921.
 139. Hatzenbuehler M, McLaughlin K, Keyes K, Hasin D. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *American Journal of Public Health*. 2010;100(3);452-459.
 140. Van Kesteren P, Asscheman H, Megens J, Gooren L. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*. 1997;47(3);337-342.

141. Pfäfflin F, Junge A. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991. Symposium. Düsseldorf; 1998.
142. Virupaksha H, Muralidhar D, Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2016;38(6):505-509.
143. Woo JM, Okusaga O, Postolache T. Seasonality of Suicidal Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9(2);531-547.
144. Ajdacic-Gross V, Wang J, Bopp M, Eich D, Rössler W, Gutzwiller F. Are seasonalities in suicide dependent on suicide methods? A reappraisal. *Social Science & Medicine*. 2003;57(7);1173-81.
145. Maes M, Cosyns P, Meltzer H, De Meyer F, Peeters D. Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. *The American Journal of Psychiatry*. 1993;150(9);1380-1385.
146. Aydin A, Gulec M, Boysan M, Selvi Y, Selvi F, Kadak M, et al. Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2013;17(2);110-119.
147. Bjorksten K, Bjerregaard P, Kripke D. Suicides in the midnight sun—a study of seasonality in suicides in West Greenland. *Psychiatry Research*. 2005;133(2-3);205-213.
148. Kalediene R, Starkuviene S, Petrauskiene J. Seasonal patterns of suicides over the period of socio-economic transition in Lithuania. *BMC Public Health*. 2006;6(40). doi:10.1186/1471-2458-6-40.
149. Kposowa A, D'Auria S. Association of temporal factors and suicides in the United States, 2000–2004. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(4);433–445.
150. Fountoulakis K, Chatzikosta I, Pasiadis K, et al. Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012. *Annals of General Psychiatry*. 2016;15(19). doi:10.1186/s12991-016-0106-2.
151. Digon E, Bock H. Suicides and climatology. *Archives of Environmental Health*. 1966;12(3);279–286.
152. Holopainen J, Helama S, Björkenstam C, Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2013;18(6);494-501.
153. Likhvar V, Honda Y, Ono M. Relation between temperature and suicide mortality in Japan in the presence of other confounding factors using time-series analysis with a semiparametric approach. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2011;16(1);36–43.
154. Tsai J, Cho W. Temperature change dominates the suicidal seasonality in Taiwan: a time-series analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136(3);412-418.
155. Hanigan I, Butler C, Kokic P, Hutchinson M. Suicide and drought in New South Wales, Australia, 1970–2007. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2012;109(35):13950-5. doi:10.1073/pnas.1112965109.
156. Inoue K, Nishimura Y, Fujita Y, Ono Y, Fukunaga T. The relationship between suicide and five

- climate issues in a large-scale and long-term study in Japan. *The West Indian Medical Journal*. 2012;61(5);532-537.
157. Tsai J. Socioeconomic factors outweigh climate in the regional difference of suicide death rate in Taiwan. *Psychiatry Research*. 2010;179(2):212-216.
 158. Lin H, Chen C, Xirasagar S, Lee H. Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study. *Neuropsychobiology*. 2008;57(1-2);32-37.
 159. Muller H, Biermann T, Renk S, Reulbach U, Strobel A, Kornhuber J, et al. Higher environmental temperature and global radiation are correlated with increasing suicidality—a localized data analysis. *Chronobiology International*. 2011;28(10);949–957.
 160. Davis G, Lowell W. Evidence that latitude is directly related to variation in suicide rates. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2002;47(6);572–574.
 161. Nejar K, Bensenor I, Lotufo P. Sunshine and suicide at the tropic of Capricorn, Sao Paulo, Brazil, 1996–2004. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(6);1062-1064.
 162. Bando D, Scrivani H, Morettin P, Teng C. Seasonality of suicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979–2003. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;31(2);101-105.
 163. Zhang J, Ma Z. Patterns of Life Events Preceding the Suicide in Rural Young Chinese: A Case Control Study. *Journal of Affective Disorders*. 2012;140(2);161-167.
 164. Voracek M, Loibl L, Kandrychyn S. Testing the Finno- Ugrian suicide hypothesis: replication and refinement with regional suicide data from eastern Europe. *Perceptual and Motor Skills*. 2007;104(3);985-994.
 165. Crosby A, Han B, Ortega L, Parks S, Gfroerer J, et al. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years- United States, 2008-2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2011;60;1-22.
 166. Hirsch J. A review of the literature on rural suicide. Risk and protective factors, incidence, and prevention. *Crisis*. 2006;27(4);189–199.
 167. McAlpine D, Panser L, Swanson D, O'Fallon W, Melton L. Suicide in Olmsted County, Minnesota, 1951 through 1985. *Mayo Clinic Proceedings*. 1990;65(1);13-22.
 168. Hu Z, Liu X, Huo K, Zhang W. Survey of suicidal mortality rate in several districts of Sichuan province. *Journal of West China University of Medical Sciences*. 1992;23(4);443–445.
 169. Simon M, Chang ES, Zeng P, Dong X. Prevalence of Suicidal Ideation, Attempts, and Completed Suicide Rate in Chinese Aging Populations: A Systematic Review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013;57(3);250-256.
 170. Fontanella C, Hiance-Steelesmith D, Phillips G, et al. Widening Rural-Urban Disparities in Youth Suicides, United States, 1996-2010. *JAMA pediatrics*. 2015;169(5);466-473.
 171. Kegler S, Stone D, Holland K. Trends in Suicide by Level of Urbanization — United States, 1999–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2017;66(10);270–273.
 172. Chang S, Lu T, Sterne J, Eddleston M, Lin J, Gunnell D. The impact of pesticide suicide on the geographic distribution of suicide in Taiwan: a spatial analysis. *BMC Public Health*.

- 2012;12(260). doi:10.1186/1471-2458-12-260.
173. Handley T, Inder K, Kelly B, Attia J, Kay-Lambkin F. Urban-rural influences on suicidality: gaps in the existing literature and recommendations for future research. *The Australian Journal of Rural Health*. 2011;19(6);279-283.
 174. Rebholz C, Gu D, Yang W, et al. Mortality from suicide and other external cause injuries in China: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2011;11(56):doi:10.1186/1471-2458-11-56.
 175. Freeman-Cook A, Hoas H. Hide and seek: the elusive rural psychiatrist. *Academic Psychiatry*. 2007;31(6);419– 422.
 176. Kapusta N, Posch M, Niederkrotenthaler T, Fischer-Kern M, Etzersdorfer E, Sonneck G. Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: a nationwide study. *Psychiatric Services*. 2010;61(12);1198-203.
 177. Ganz D, Braquehais M, Sher L. Secondary prevention of suicide. *PLoS Medicine*. 2010;7(6):e1000271. doi:10.1371/journal.pmed.1000271
 178. Hegerl U, Mergl R, Doganay G, Reschke K, Rummel-Kluge C. Why Has the Continuous Decline in German Suicide Rates Stopped in 2007? *PLoS ONE*. 2013;8(8):e71589. doi:10.1371/journal.pone.0071589.
 179. Koburger N, Mergl R, Rummel-Kluge C, Ibelshäuser A, Meise U, Postuvan V, et al. Celebrity suicide on the railway network: Can one case trigger international effects? *Journal of Affective Disorders*. 2015;185;38-46.
 180. Hegerl U, Koburger N, Rummel-Kluge C, Gravert C, Walden M, Mergl R. One followed by many?-Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *Journal of Affective Disorders*. 2013;146(1);9-44.
 181. Phillips D. Influence of suggestion on suicide—substantive and theoretical implications of Werther effect. *American Sociological Review*. 1974;39(3);340-354.
 182. Myers D. *Psychologie*. 2nd ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008.
 183. Pirkis J, Blood R. *Suicide and the media: a critical review*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2001;22(4);146-54.
 184. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):238-240.
 185. NDR Fernsehen. ARD Mediathek. [Online]. 2017 [zitiert 2017 Juli]. <http://www.ardmediathek.de/tv/Zapp/Hoax-Medienhype-um-Blue-Whale-Challeng/NDR-Fernsehen/Video?bcastId=3714742&documentId=44206596>.
 186. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e77555. doi:10.1371/journal.pone.0077555.
 187. Kong Y, Zhang J. Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. *Psychiatry Research*. 2010;179(2):217-221

188. Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis C, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression.". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008;62(6);545-551.
189. Yip P, Caine E, Yousuf S, Chang S, Wu K, Chen Y. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*. 2012;9(4):1135-1158.
190. Fiedler G. WordPress.com. [Online]. 2015 [zitiert 2017 September 25].
<https://dieaktuelleantimobbinggrundschau.wordpress.com/2009/09/27/erganzender-hinweis-zu-mobbing/>.
191. World Health Organization. Targets for health for all. Report. Kopenhagen: WHO Regional Publications. Europeanseries 56; 1985.
192. World Health Organization. UN/WHO Guidelines for the Development of National Strategies for the Prevention of Suicidal Behaviours. Report. 1993.
193. Nordentoft M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2011;35(4);848-853.
194. Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 2005;294(16);2064-2074.
195. Institute of Medicine. Reducing suicide: a national imperative. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies. 2002.
196. Nelson J, Delucchi K, Schneider L. Suicidal thinking and behavior during treatment with sertraline in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15(7);573–580.
197. Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology*. 2006;31(1);178–181.
198. Sondergard L, Lopez A, Andersen P, Kessing L. Continued antidepressant treatment and suicide in patients with depressive disorder. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(2);163–75.
199. Goodwin F, Fireman B, Simon G, Hunkeler E, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *Journal of the American Medical Association*. 2003;290(11);1467–1473.
200. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;11;CD006633. doi:10.1002/14651858.CD006633.pub2.
201. Mulder R, Joyce P, Frampton C, Luty S. Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(2);116–122.
202. Zisook S, Kasckow J, Lanouette N, et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(7);915–922.

203. Lindner R, Schneider B. Psychotherapie der Suizidalität. *Nervenarzt*. 2016;87(5);488-495.
204. Psychotherapeutenkammer NRW. [Online]. [zitiert 2017]. <https://www.ptk-nrw.de/de/patienten.html>.
205. Heidenreich T, Michalak J. Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis. 2nd ed. Weinheim: Beltz; 2013.
206. Robinson J, Hetrick S, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(1);3-26.
207. Taylor L, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2011;39(5);619–625.
208. Crawford M, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*. 2007;190;11-17.
209. Tarrrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*. 2008;32(1);77–108.
210. Burns J, Dudley M, Hazell P, Patton G. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(3);121-128.
211. Neacsiu A, Rizvi S, Linehan M. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(9);832–839.
212. Cuijpers P, de Beurs D, van Spijker B, Berking M, Andersson G, Kerkhof A. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2013;144(3);183-190.
213. Comer R. *Klinische Psychologie Heidelberg*: Springer Spektrum; 2008.
214. Wöllner W, Kruse J. *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. 4. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2010.
215. Piontek R. *Mut zur Veränderung - Methoden und Möglichkeiten der Psychotherapie*. 1. Auflage. Bonn: BALANCE Buch + Medien Verlag; 2009.
216. Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT). [Online]. 2015. <http://www.dft-online.de/die-dft/tiefenpsychologisch-fundierte-psychotherapie.html>.
217. Green J, Wood A, Kerfoot M, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *The BMJ*. 2011;342:d682. doi:10.1136/bmj.d682.
218. DeVido J, Weiss R. Treatment of the Depressed Alcoholic Patient. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(6):610-618.
219. *Deutsches Ärzteblatt*. www.aerzteblatt.de. [Online].; 2016 [zitiert 2017].

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/68072/Suizid-Prävention-Welche-Interventionen-helfen-am-besten>.

220. Diamond G, Wintersteen M, Brown GDG, Gallop R, Shelef K, Levy S. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(2);122-31.
221. Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. www.dgsf.org. [Online]. 2016 [zitiert 2017]. <https://www.dgsf.org/aktuell/termine/termine/abft-attachment-based-family-therapy>.
222. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;(3):CD000270. doi:10.1002/14651858.CD000270.pub2.
223. Rethink Mental Illness' Advice Service. www.rethink.org. [Online]. 2017. <https://www.rethink.org/diagnosis-treatment/treatment-and-support/cmhts>.
224. Esposito-Smythers C, McClung T, Fairlie A. Adolescent perceptions of a suicide prevention group on an inpatient unit. *Archives of Suicide Research*. 2006;10(3);265–275.
225. Dinhobl R, Aistleitner U, Plöderl M, Fartacek C. Dialektische Verhaltenstherapieelemente in der existenzanalytisch geprägten stationären Krisenintervention mit suizidalen Borderline-Patienten. *Suizidprophylaxe*. 2010;155-160.
226. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2013;19(5);273-281.
227. Asarnow J, Baraff L, Berk M, et al. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatric Services*. 2011;62(11);1303-1309.
228. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013;34(2);107-115.
229. Chen H, Mishara B, Liu X. A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2010;31(2);109-112.
230. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A, Carter G. Postcards in Persia: Randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2011;198(4);309-316.
231. Gould M, Kalafat J, Harrismunfakh J, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3)338-352.
232. Hamilton E, Klimes-Dougan B. Gender Differences in Suicide Prevention Responses: Implications for Adolescents Based on an Illustrative Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;12(3);2359-2372.

233. Rickwood D, Deane F, Wilson C. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*. 2007;187(7);35–39.
234. Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(4);386–405.
235. Székely A, Konkoly Thege B, Mergl R, et al. How to Decrease Suicide Rates in Both Genders? An Effectiveness Study of a Community-Based Intervention (EAAD). *PLoS ONE*. 2013;8(9):e75081. doi:10.1371/journal.pone.0075081.
236. European Alliance Against Depression. 4-level approach. [Online]. <http://www.eaad.net/mainmenu/eaad-project/4-level-approach/>.
237. Suresh Kumar P, Anish P, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57(3);249-254.
238. Henriksson S, Isacson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;115(3);159–167.
239. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann J. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(8);914–920.
240. Roskar S, Podlesek A, Zorko M, et al. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croatian Medical Journal*. 2010;51(3);237–242.
241. Cutright P, Stack S, Fernquist R. Marital status integration, suicide disapproval, and societal integration as explanations of marital status differences in female age-specific suicide rates. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2007;37(6);715-724.
242. Rendall M, Weden M, Favreault M, Waldron H. The protective effect of marriage for survival: a review and update. *Demography*. 2011;48(2);481-506.
243. Harrod C, Goss C, Stallones L, DiGuseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;10;CD009439. doi: 10.1002/14651858.CD009439.pub2.
244. Katz C, Bolton S, Katz L, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*. 2013;30(10);1030–1045.
245. Robinson J, Cox G, Malone A, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*. 2013;34(3);164–182.
246. Joe S, Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools. *Children & Schools*. 2007;29(4);219-227.
247. Aseltine Jr R, James A, Schilling E, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*. 2007;7(161). doi:10.1186/1471-2458-7-161.

248. Wilcox H, Kellam S, Brown C, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;95(1);60–73.
249. Isaac M, Elias B, Katz L, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(4);260-268.
250. Clifford A, Doran C, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC Public Health*. 2013;13(463). doi:10.1186/1471-2458-13-463.
251. Mishara B, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*. 2011;33(3);162-168.
252. Hintikka J, Saarinen P, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scandinavian Journal of Public Health*. 1999: p. 85-88.
253. Greening L, Stoppelbein L. Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide & life-Threatening Behavior*. 2002;32(4);404-417.
254. Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(6):e0131715. doi:10.1371/journal.pone.0131715.
255. Kannan K, Pillai S, Gill J, Hui K, Swami V. Religious beliefs, coping skills and responsibility to family as factors protecting against deliberate self-harm. *South African Journal of Psychiatry*. 2010;16(4);138–146.
256. Mandhouj O, Aubin HJ, Amirouche A, Perroud N, Huguelet P. Spirituality and Religion Among French Prisoners: An Effective Coping Resource? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014;58(7);821–834.
257. Mandhouj O, Aubin HJ, Amirouche A, Perroud N, Huguelet P. Spirituality and Religion Among French Prisoners: An Effective Coping Resource? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014;58(7);821–834.
258. Kunst A, van Hooijdonk C, Droomers M, Mackenbach J. Community social capital and suicide mortality in the Netherlands: a cross-sectional registry-based study. *BMC Public Health*. 2013;13:969. doi:10.1186/1471-2458-13-969.
259. Langille D, Asbridge M, Kisely S, Rasic D. Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: protective associations with measures of social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(10);1549–1555.
260. Krentzman A, Pagano M, Battle D, Andrade F, Delva J, Robinson E. Spirituality/Religiousness/Altruism and Substance Abuse Treatment Outcomes: A Comparison Between Black and White Adolescents. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*. 2010.
261. Goldston D, Molock S, Whitbeck L, Murakami J, Zayas L, Nagayama Hall G. Cultural Considerations in Adolescent Suicide Prevention and Psychosocial Treatment. *The American Psychologist*. 2008;63(1);14-31.

262. Garcia C, Saewyc E. Perceptions of Mental Health among Recently Immigrated Mexican Adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*. 2007;28(1);37-54.
263. Hatzenbuehler M, Keyes K. Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(10);21-26.
264. Williams K, Guerra N. Prevalence and predictors of internet bullying. *Journal of Adolescent Health*. 2007;61(6);14-21.
265. Borowsky I, Taliaferro L, McMorris B. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*. 2013;51(1);4-12.
266. Fergusson D, McLeod G, Horwood L. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(9);664-674.
267. Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam F, Heymans M, Hirasing R, Crijnen A. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78185. doi:10.1371/journal.pone.0078185.
268. Chan C, Rhodes J, Howard W, Lowe S, Schwartz S, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. *Journal of School Psychology*. 2013;51(1);129-142.
269. Hawkins J, Oesterle S, Brown E, Monahan K, Abbott R, Arthur M. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2012;166(2):141-148.
270. Lewis K, DuBois D, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(6);706-711.
271. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health*. 2011;53(6);18-29.
272. Eisenberg M, Resnick M. Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*. 2006;39(5);662-668.
273. Saewyc E, Homma Y, Skay C, Bearinger L, Resnick M, Reis E. Protective Factors in the Lives of Bisexual Adolescents in North America. *American Journal of Public Health*. 2009;99(1):110-117.
274. Kertzner R, Meyer I, Frost D, Stirratt M. Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: the effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2009;97(4);500-510.
275. Bostwick W, Boyd C, Hughes T, McCabe S. Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public*

- Health. 2010;100(3);468-475.
276. The Trevor Project. The Trevor Project. [Online]. [zitiert 2017]. <http://www.thetrevorproject.org>.
277. Virupaksha H, Muralidhar D, Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 216:38(6);505-509.
278. Shropshire K, Pearson J, Joe S, Romer D, Canetto S. Advancing Prevention Research on the Role of Culture in Suicide Prevention: An Introduction. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2008;38(3):321-322.
279. Sharaf A, Thompson E, Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric nursing*. 2009;22(3);160-168.
280. Kuhlberg J, Peña J, Zayas L. Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent Latinas. *Child Psychiatry and Human Development*. 2010;41(4);425-440.
281. World Health Organization. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010.
282. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. The role of media reports in completed and prevented suicide – Werther versus Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(3);234-243.
283. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Genf: World Health Organization; 2008.
284. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide: A review of effectiveness. *Crisis*. 2012;33(4);190-198.
285. Till B, Niederkrotenthaler T. Surfing for suicide methods and help: Content analysis of websites retrieved with search engines in Austria and in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(8);886-892.
286. Till B, Niederkrotenthaler T. Vom Werther- zum Papageno-Effekt. Die Rollen von Medien in der Suizidprävention. *JATROS – Neurologie & Psychiatrie*. 2014;6(14);27-30.
287. Jansen B, Spink A. An analysis of Web searching by European AlltheWeb.com users. *Information Processing and Management*. 2005;41;361-381.
288. Gunnell D, Eddleston M, Phillips M, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007.
289. Eddleston MKL, Buckley N, Fernando RHG, Isbister G, et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. *The Lancet*. 2002;360(9340);1163-1167.
290. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika W, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(6);1235-1242.
291. Brent D, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. *American Behavioral Scientist*. 2003;46(9);1192-1210.

292. Cox G, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;2(11);994–1001.
293. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(12);4550–4562.
294. Yip P, Law C, Fu K, Law Y, Wong P, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *British Journal of Psychiatry*. 2010;196(3);241–2.
295. Hawton K, Bergen HSS, Dodd S, Pocock P, Bernal W, et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *British Medical Journal*. 2013;346:f403. doi:10.1136/bmj.f403.
296. Arbeitsgesellschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft. Persönlichkeitsstörungen. Arbeitsgesellschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft, Leitlinien; 2011.
297. Spiegel.tv. Blue Whale Challenge. 2017. <http://www.spiegel.tv/videos/246549-blue-whale-challenge>.
298. Bressert S. PsychCentral. [Online]. 2017. <https://psychcentral.com/disorders/mixed-episode-symptoms/>.