



Suizidalität bei Jugendlichen mit neuromentalen Entwicklungsstörungen

Serie Teil 2

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag

Koordiniert von Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie und Suizidprävention (Goethe-Universität Frankfurt am Main), beleuchtet eine Serie (hier Teil 2) verschiedene Aspekte der Suizidologie und Suizidprävention und zeigt deren Relevanz für die ärztliche Praxis auf.

Abstract

Im vorliegenden Artikel wird ein Literaturüberblick über meta-analytische Evidenz zur Prävalenz von nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten, Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden bei Jugendlichen mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) oder Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sowie untersuchte moderierende Faktoren gegeben. Einleitend erfolgt eine Einführung in das Thema, in der neuromentale Entwicklungsstörungen definiert werden (die neben

ADHS und ASS auch weitere psychische Störungen umfassen) und es wird auf die erhöhte Komorbiditätsrate mit weiteren psychischen Störungen bei Personen mit ADHS oder ASS hingewiesen. Abschließend werden effektive therapeutische Ansätze vorgestellt.

Einleitung

Neuromentale Entwicklungsstörungen nach ICD-11 umfassen Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS), Störungen der Intelligenzentwicklung, der sprachlichen und der motorischen Entwicklung sowie die im deutschen Sprachraum oft als „Teilleistungsstörungen“ zusammengefassten spezifischen Lernstörungen, nämlich die Lese-Rechtschreibstörung und die Rechenstörung. Empirische Daten zu Suizidalität und Suiziden liegen vor allem für ASS und ADHS vor, so

dass im vorliegenden Artikel auf Suizidalität und Suizidrisiko bei ADHS und ASS im Jugendalter eingegangen wird.

Eine wesentliche klinische Hintergrundinformation zu allen neuromentalen Entwicklungsstörungen (Englisch: „Neurodevelopmental Disorders“ = NDD) ist, dass NDD in der Regel nicht isoliert vorliegen, sondern in der Regel in Kombination mit anderen NDD oder auch anderen psychischen und Verhaltensstörungen sowie neurologischen Erkrankungen, wie z. B. Epilepsie (siehe Tabelle 1). Dies ist wesentlich, da der Schweregrad und der Verlauf von NDD in der Regel einerseits durch die kognitiven und sprachlichen Fertigkeiten, andererseits durch das Muster und die Chronizität der komorbiden Störungen bestimmt wird. Insbesondere bei Jugendlichen ohne Intelligenzminderung sind Suizidgedanken und Suizidrisiko dann erhöht, wenn chronische komorbide psychische Erkrankungen wie Angststörungen

Tabelle 1: Geschätzte Prävalenzrate ausgewählter komorbider psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ausgewählten neuromentalen Entwicklungsstörungen

Komorbidität	ASD	ADHD	ODD	CD	SUD	ANX	DEP	OCD	PTSD	ESS	BIP	SCHIZ
Störung der Intelligenzentwicklung	k. A.	> 30 %	> 10 %	3–21 %	k. A.	> 30 %	ca. 4 %	k. A.	ca. 3 %	ca. 3 %	ca. 2 %	ca. 2 %
Autismus-Spektrum-Störung	–	ca. 30 %	10–20 %	k. A.	ca. 2 %	ca. 20 %	> 10 %	ca. 10 %	ca. 1 %	ca. 40 %	ca. 5 %	ca. 5 %
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	ca. 8 %	–	ca. 35 %	ca. 11 %	ca. 3 %	ca. 18 %	ca. 9 %	ca. 2 %	k. A.	k. A.	ca. 4 %	k. A.
Allgemeinpopulation	ca. 1 %	ca. 3–5 %	ca. 4 %	ca. 2 %	ca. 1–2 %	ca. 7 %	ca. 2–4 %	ca. 0,5 %	ca. 0,1 %	ca. 0,5 %	ca. 0,5 %	ca. 0,5 %

Legende Tabelle 1: ADHD: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung; ANX: Angststörungen; ASD: Autismus-Spektrum-Störung; BIP: Bipolare Störung; CD: Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten; DEP: depressive Episoden; ESS: Essstörung; OCD: Zwangserkrankung; ODD: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten; PTSD: Post-traumatische Belastungsstörung; SCHIZ: Schizophrenie/ Psychose; SUD: Substanzabhängigkeit; k. A.: keine Angaben in den verwendeten Meta-Analysen [5–12].

Tabelle 2: Geschätzte Prävalenzzahlen von selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidalität bei Jugendlichen mit ADHS oder ASS

	Jugendliche/Erwachsene mit ADHS [13, 14]	Jugendliche mit ASS [3]	Kontrollpopulation Jugendliche/Erwachsene [14]
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	Jugendliche: 0,28 (95 % CI 0,17–0,42)	k. a.	k. a.
Suizidgedanken	JU & E: 0,41 (95 % CI = 0,30–0,53)	0,25 (95 % CI 0,18–0,34)	0,15 (95 % CI 0,08–0,26)
Suizidversuche	JU & E: 0,19 (95 % CI 0,14–0,25)	0,08 (95 % CI 0,04–0,18)	0,09 (95 % CI 0,05–0,16)
Suizid (Tod)	JU & E: 0,007 (95 % CI 0,002–0,03)	0,002 (95 % CI 0,001–0,005)	0,002 (95 % CI 0,00–0,04)

gen, rezidivierende depressive Episoden, dissozial-aggressive Verhaltensstörungen oder Substanzabhängigkeit zusätzlich zur ADHS oder ASS vorliegen [1–4].

Fragestellung

Im vorliegenden Artikel wird ein Literaturüberblick über meta-analytische Evidenz zur Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidalität bei Jugendlichen mit ADHS oder ASS sowie die darin untersuchten Risikofaktoren gegeben.

Literaturüberblick

Es erfolgte eine systematische Literatursuche in pubmed mit den Schlagworten „suicide ADHD meta-analysis“ und „suicide ASD meta-analysis“. Es wurden systematische Reviews mit Meta-Analysen, die seit dem Jahr 2018 publiziert wurden, in den vorliegenden Artikel eingeschlossen. Die jeweiligen Abstracts wurden daraufhin durchgesehen, ob Studien zu Kindern und Jugendlichen in die jeweiligen systematischen Reviews und Meta-Analysen aufgenommen worden waren. Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien werden im Folgenden selektiv (Expertenauswahl) dargestellt.

Ergebnisse

Die geschätzte Prävalenz von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV), Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suizid mit Todesfolge bei ADHS und ASS ist Tabelle 2 zu entnehmen. Leider

wurden in den Studien zu ADHS die meta-analytisch berechneten Prävalenzangaben für Jugendliche nicht gesondert ausgewiesen. In Tabelle 3 sind die jeweiligen Odds Ratios aus anderen meta-analytischen Studien gezeigt. Das Odds Ratio ist ein Maß für die Risikoerhöhung, hier ADHS versus kein ADHS bzw. ASS versus kein ASS. Aus den Tabellen wird deutlich, dass insbesondere ADHS mit einer deutlich erhöhten Suizidalität in allen Bereichen inklusive NSSV einhergeht, während bei ASS nur NSSV und Suizidgedanken, jedoch nicht die Versuche oder Suizide gegenüber klinischen und populationsbasierten Kontrollgruppen erhöht sind.

In Moderationsanalysen wurden folgende assoziierte Faktoren gefunden: Bei Mädchen versus Jungen mit ADHS ist das Risiko für NSSV deutlich erhöht (OR 4,07 95 % CI 3,09–5,36; [13]). Wenn ADHS mit Methylphenidat behandelt wird, ist bei Jugendlichen das Risiko für Suizidversuche deutlich erniedrigt (OR 0,72 95 % CI 0,66 – 0,77, [15]). Bezüglich ASS konnten meta-analytisch für Jugendliche keine moderierenden Faktoren untersucht werden. Es ist anzunehmen, dass bei Jugendlichen mit ADHS oder ASS insbesondere Ausgrenzungserfahrungen durch Gleichaltrige einen wesentlichen Risikofaktor für Suizidalität darstellen, da dies allgemein für das Jugendalter gut gezeigt ist [16, 17] und Jugendliche mit ADHS oder ASS sehr häufig Ausgrenzungserfahrungen erleben, die gerade in dieser Gruppe auch mit erhöhten ängstlichen und depressiven Symptomen einhergehen [18].

Diskussion und Schlussfolgerungen

NSSV und Suizidalität sind wichtige Themen in der Behandlung von Jugendlichen mit ADHS oder ASS. Während NSSV und Suizidgedanken bei beiden Gruppen deutlich häufiger als bei klinischen und populationsbasierten Kontrollen vorkommen, sind Suizidversuche und Suizide nur bei Jugendlichen mit ADHS, aber nicht bei Jugendlichen mit ASS häufiger. Insgesamt kommen Suizide in beiden Gruppen, wie auch allgemein bei Jugendlichen, sehr selten vor. Es sollten deshalb keine präventiven Interventionen (mit Ausnahme einer Methylphenidatbehandlung bei ADHS), sondern ausschließlich effektive, gezielte Interventionen bei NSSV und Suizidgedanken erfolgen.

Hinsichtlich der assoziierten moderierenden oder Risikofaktoren konnte neben dem biologischen Geschlecht nur die protektive Wirkung von Methylphenidat bei ADHS auf Suizidversuche meta-analytisch nachgewiesen werden. Weitere assoziierte oder Risikofaktoren wie zusätzliche Angst- oder depressive Störungen, eine (chronische) posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), Substanzabusus/-abhängigkeit oder Ausgrenzungserfahrungen durch Gleichaltrige wurden nur in einzelnen Studien nachgewiesen, die meta-analytisch nicht aggregiert werden konnten. Aus klinischer Erfahrung ist aber zu bestätigen, dass insbesondere Jugendliche mit ADHS, PTSD und/oder Substanzabusus/-abhängigkeit sowie Jugendliche mit ASS und chronischen Angst- bzw. de-

Tabelle 3: Risikoerhöhung gegenüber gepoolten klinischen und populationsbasierten Vergleichsgruppen von Jugendlichen mit ADHS oder ASS

	Jugendliche mit ADHS Risikoerhöhung [Odds Ratio] [1, 13]	Jugendliche mit ASS Risikoerhöhung [Odds Ratio] [4]
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	2,40 (95 % CI 1,64–3,53)	3,18 (95 % CI 2,45–4,12)
Suizidgedanken	3,96 (95 % CI 2,00–7,84)	k. a.
Suizidversuche	3,34 (95 % CI 1,68–6,65)	k. a.
Suizid (Tod)	3,89 (95 % CI 2,1–7,20)	k. a.

Legende Tabelle 2 & 3: 95 % CI: 95 %-Konfidenzintervall; JU & E: Jugendliche und Erwachsene (keine Prävalenzdaten ausschließlich für das Jugendalter vorliegend); k. a. keine Angaben.

pressiven Störungen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität aufweisen und deshalb auch häufiger akutstationär zur Krisenintervention aufgenommen werden müssen.

Leider liegen keine spezifischen Interventionsstudien zu NSSV oder Suizidalität bei ADHS oder ASS vor, so dass allgemeine, evidenzbasierte Therapieansätze gewählt werden sollten. Wesentlich erscheint bei ADHS (mit oder ohne ASS) eine Behandlung mit Methylphenidat, um das Risiko für Suizidversuche positiv zu beeinflussen (s. o.). Insbesondere bei jugendlichen Mädchen mit ADHS und weiteren komorbiden psychischen Störungen ist bei NSSV und Suizidalität ab dem Alter von ca. 14 Jahren eine DBT-A-Therapie zu überlegen [19], hinsichtlich derer in Frankfurt (DBT-A-Station für Jugendliche an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums) sehr gute Therapieerfolge gerade auch bei Mädchen, aber auch bei Jungen mit ADHS erzielt werden. Eine DBT-A-Therapie ist in der Regel für Jugendliche mit ASS nicht geeignet, da diese zu hohe Anforderungen an die eigene Introspektionsfähigkeit stellt. Hier sind einerseits achtsamkeitsbasierte Ansätze [20], andererseits gezielte Interventionen basierend auf einem sorgsam erarbeiteten funktionalen Stö-

rungsmodell unter Beachtung der individuellen komorbiden psychischen Störungen, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen sowie aufrechterhaltender Mechanismen durch die soziale Umgebung zu empfehlen.

Zum professionellen Umgang mit NSSV und Suizidgedanken sind zudem die folgenden wesentlichen Aspekte zu beachten: NSSV und Suizidgedanken sind bei ADHS und ASS, aber auch allgemein im Kindes- und Jugendalter sehr viel häufiger als Suizidversuche [1–4, 21]. Im Umgang mit NSSV und Suizidgedanken ist deshalb grundsätzlich zu beachten, diese ernst zu nehmen und die Jugendlichen mit effektiven verhaltenstherapeutischen Methoden darin zu unterstützen, NSSV und chronische Suizidgedanken zu bewältigen. Beide sollten aber nicht durch Aufmerksamkeitszuwendung verstärkt werden. Falls im Rahmen einer Behandlung oder auch durch nahe Bezugspersonen auf NSSV regelhaft die Frage nach akuter Suizidalität erfolgt oder sogar systematisch exploriert wird, dann verstärkt dies die Häufigkeit von NSSV und auch von Suizidgedanken. Die zu häufige Exploration von Suizidalität bei NSSV oder im Rahmen chronischer Suizidgedanken ist aus klinisch-fachlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht eine iatrogen bzw. psychothe-

rapeutisch induzierte unerwünschte Wirkung, die zur Aufrechterhaltung, Chronifizierung und Verstärkung von Suizidalität bei Jugendlichen mit ADHS und ASS führen kann.

Zusammenfassend sind NSSV und Suizidalität wichtige Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen mit neuromentalen Entwicklungsstörungen verstärkt vorkommen, aber auch anhand evidenzbasierter Interventionen effektiv behandelt werden können.

**Prof. Dr. med. Dipl.-Theol.
Christine M. Freitag**

Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie
des Kindes- und
Jugendalters,
Universitätsklinikum
Frankfurt,
Goethe-Universität



Foto: privat

Frankfurt am Main
Kontakt per E-Mail via:
haebl@laekh.de

Die Literaturangaben finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.