

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidalität von Kindern und Jugendlichen

Strategien zu Prävention, Postvention und Management in Institutionen

Non-Suicidal Self-Injury (NSSV) and Suicidality in Children and Adolescents: Strategies of Prevention, Postvention, and Management in Institutions

Reinhard Gstättner

Themenschwerpunkt Familienpsychologie und Störungen ...

Zusammenfassung

Nahezu jeder vierte Jugendliche hat Erfahrungen mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten. In den entwickelten Ländern ist Suizid nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen. Beide Phänomene stellen Einrichtungen, die mit jungen Menschen arbeiten, vor große Herausforderungen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur zusammenzufassen, vor allem im Hinblick auf die Entwicklung eines Verfahrens im Umgang mit der Thematik für Institutionen, welche mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen befasst bzw. beauftragt sind.

Abstract

Almost one in four adolescents has experience with non-suicidal self-injury. In developed countries, suicide is the second most common cause of death among young people after accidents. Both phenomena pose great challenges for institutions working with young people. The aim of this work is to summarize the current state of scientific literature, especially with regard to the development of a procedure in dealing with the topic for institutions which are involved in the care of children and adolescents.

1. Einleitung

Kindheit und Jugend sind Lebensabschnitte, die durch eine zeitlich dichte Abfolge von zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben auf der einen Seite und ein hohes Maß an Abhängigkeit von und Beeinflussbarkeit durch

Umweltfaktoren wie Familie, Bezugspersonen, Peers sowie institutionalisierten Lebensumwelten wie Schulen, Freizeiteinrichtungen, Betreuungsangebote etc. gekennzeichnet sind. Die rasante neuronale bzw. kortikale, physische und sexuelle Entwicklung in diesen Lebensphasen erfordert massive psychische Anpassungsleistungen der Heranwachsenden. Die enorme Neuroplastizität bedingt einerseits ein hohes Maß an Lernfähigkeit und ermöglicht andererseits, positiven wie negativen Ereignissen tiefe und oft lebenslang wirksame Spuren im Erleben und Verhalten zu hinterlassen.

Institutionelle Lebensumwelten von jungen Menschen, wie z. B. Schulen etc., haben in Bezug auf selbstgefährdende Verhaltensweisen daher eine zumindest zweifache Verantwortung wahrzunehmen: zum einen eine Verantwortung gegenüber jenen, die selbstgefährdende Verhaltensweisen zeigen oder dazu neigen, zum anderen gegenüber jenen, die direkt oder indirekt Zeugen dieser Verhaltensweisen werden.

Die Themen Selbstverletzung und Suizidalität sind häufig tabubehaftet, stigmatisiert und jedenfalls von starken Emotionen begleitet, auch auf Seite jener, die professionell in den institutionellen Lebensumwelten arbeiten und die eigentlich Sicherheit und Anleitung geben können sollten. Umso wichtiger erscheint es, sich schon vor dem Auftreten von Krisenszenarien Gedanken über geeignete Vorgehensweisen und Abläufe im Umgang mit derartigen Verhaltensweisen zu machen. Ein taugliches

Procedere sollte sowohl die Bereiche der Prävention als auch der Postvention abdecken.

2. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten

2.1. Definition

Unter nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) sind Verhaltensweisen subsummiert, die freiwillig gesetzt werden, eine direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes zur Folge haben, ohne suizidale Absicht ausgeführt werden und keinen sozial akzeptierten Normen entsprechen (Plener et al., 2017). Tritt dieses Verhalten an mindestens fünf Tagen pro Jahr auf und steht es nicht im Zusammenhang mit Stereotypen im Rahmen von Entwicklungsstörungen, Intoxikationen oder Psychosen, so spricht man in Anlehnung an die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Gesellschaften (AWMF; In-Albon et al., 2017) von repetitiven NSSV. Wurden NSSV lange Zeit ausschließlich als Begleitsymptom insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen, werden sie mittlerweile zunehmend als eigenständiges Störungsbild diskutiert, zumal wiederholt empirisch gezeigt werden konnte, dass NSSV auch unabhängig von Persönlichkeitsstörungen auftreten und auch Jugendliche ohne klassifizierbare Psychopathologie entsprechende Verhaltensweisen zeigen (Plener, Kapusta, Kölch, Kaess & Brunner, 2012).

2.2. Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenzen in internationalen Untersuchungen an Schülerpopulationen liegen zwischen 3,7% und 37,2%, wobei unter anderem die Verwendung uneinheitlicher Erhebungsinstrumente für die großen Differenzen ausschlaggebend sein dürfte (zusammengefasst in Plener, Brunner, Resch, Fegert & Libal, 2010). In ihrer Metaanalyse weltweit publizierter Daten nicht-klinischer Stichproben, welche gezielt methodische Einflüsse berücksichtigte, gelangten Swannell et al. (2014) zu dem Ergebnis, dass bei Jugendlichen von einer Prävalenz von 17,2%, bei jungen Erwachsenen von 13,4% und bei Erwachsenen von 5,5% auszugehen ist. Bezogen auf rein europäische nicht-klinische Schülerpopulationen ist davon auszugehen, dass jeder vierte Heranwachsende zumindest einmal in seinem Leben NSSV gezeigt hat (Brunner et al., 2014). Mädchen zeigen höhere Raten in Bezug auf Schneiden auf, während Burschen häufiger Selbstverletzung durch Schlagen (ohne und mit bzw. gegen Gegenstände) praktizieren – werden diese Verhaltensweisen berücksichtigt, bestehen kaum Prävalenzunterschiede zwischen den Geschlechtern (Swannell, 2014). Mit einer

Einjahresprävalenz von 60% liegt die Häufigkeit bei kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen noch einmal deutlich höher (Kaess et al., 2013).

Im Längsschnitt zeigt sich eine Zunahme von NSSV im Jugendalter mit einem Gipfel vom 15. bis zum 17. Lebensjahr und einer Remission vom jungen zum mittleren Erwachsenenalter (Plener, Schumacher, Munz & Grochwitz, 2015).

2.3. Risikofaktoren

Psychische und andere Gesundheitsprobleme eines Elternteiles, Instabilität der familiären Beziehungen, Verleusterlebnisse, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Anamnese gelten als Risikofaktoren. Eine Kombination aus Problemen in der Gleichaltrigen-gruppe insbesondere im Zusammenhang mit Bullying in der Schule (Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012), Peers die ebenfalls NSSV zeigen, Substanzkonsum und Selbstwertproblemen sind ebenfalls in hohem Maße mit NSSV assoziiert. Im Bereich der Psychopathologie finden sich häufig Angst- und depressive Symptome sowie aggressiv-impulsive Verhaltensweisen, zudem eine enge Assoziation zur Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine substanzielle Gruppe von Jugendlichen aber, die NSSV zeigen, ist jedoch frei von Hinweisen auf soziale oder psychische Probleme. Insbesondere ist zu betonen, dass bei Vorliegen von NSSV nicht automatisch auf das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung geschlossen werden darf oder umgekehrt, zumal die Überschneidungen zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und NSSV nicht größer sind als jene von Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit anderen Diagnosen der Achse I wie affektiven Störungen oder Angststörungen (Glenn & Klonsky, 2013).

Auf neurobiologischer Ebene werden Störungen endogener Systeme (Opioid-, serotonerges, adrenerges System) vermutet, welche in eine gestörte Schmerzverarbeitung münden. Wahrscheinlich ist, dass diesbezüglich eine Emotionsregulationsstörung zu Grunde liegt, welche eine gestörte Schmerzverarbeitung und NSSV gleichermaßen begünstigt. Die zentrale Bedeutung der Emotionsregulation für NSSV konnte unter anderem im Vergleich einer Stichprobe von Jugendlichen mit NSSV, einer von Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung ohne NSSV sowie einer Stichprobe bestehend aus gesunden Jugendlichen dargestellt werden, wobei die Stichprobe mit NSSV hinsichtlich Emotionsregulation nicht nur schlechter abschnitt als die Gesunden, sondern sich diesbezüglich auch signifikant von der klinischen Stichprobe ohne NSSV unterschied (In-Albon, Tschan, Schwarz & Schmid, 2015).

NSSV können für die Betroffenen unterschiedliche Funktionen erfüllen: Selbstverletzende Akte können zur Selbstbestrafung im Zusammenhang mit überzogener Selbstkritik dienen, sie können implizit oder explizit als Signal gesetzt werden, z. B. um Hilfe, Zuwendung und

Aufmerksamkeit oder auch Abgrenzung zu provozieren, können zur Emotionsregulation bzw. zum Abbau von aversiven Anspannungszuständen angewandt werden sowie zur Aufhebung von dissoziativen Zuständen. Es liegen Hinweise vor, dass NSSV verbreitet als Stressbewältigungsstrategie speziell bei einer Anhäufung von Belastungen aus verschiedenen Lebensbereichen eingesetzt werden. Im Sinne von Lernen am Modell werden NSSV unter Jugendlichen auch übernommen und imitiert, wobei in manchen jugendlichen Subkulturen eine positive Einstellung zu spezifischen Arten, sich selbst zu verletzen, besteht und diese zur Identifikation und Abgrenzung gegenüber anderen dienen können (Vonderlin et al., 2011; Brunner & Schmahl, 2012).

Vor allem im Zusammenhang mit Anamneseführung und Exploration ist zu beachten, dass eine Vorgeschichte mit NSSV selbst als Risikofaktor bzw. Prädiktor für künftige Suizidalität anzusehen ist, insbesondere in Fällen wo eine Komorbidität mit depressiven Symptomen besteht (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka & Goodyer, 2011; Hawton et al., 2012, 2015), weshalb entsprechende Empfehlungen zur Diagnostik auch in die Klinischen AWMF-Leitlinien übernommen wurden (Plener et al., 2017) und Jugendliche mit NSSV immer nach einer möglichen suizidalen Intention der Selbstverletzung zu befragen sind.

2.4. Hinweise auf NSSV

Häufig werden Lehrerinnen und Lehrer, Beratungslehrerinnen und -lehrer, Psychagoginnen und Psychagogen und anderes Schulpersonal ebenso wie Betreuerinnen und Betreuer in Jugendzentren, sozialpädagogischen Einrichtungen etc. zu ersten Ansprechpartnerinnen und -partnern von Jugendlichen mit Problemen im Zusammenhang mit NSSV.

Auf Grund der hohen Prävalenz von NSSV ist jedenfalls davon auszugehen, dass Menschen, die beruflich mit der Betreuung Kindern und Jugendlichen befasst sind, auch mit selbstverletzenden Verhaltensweisen konfrontiert werden. Essenziell ist daher eine ausreichende Information dieser Berufsgruppen, um in einem ersten Schritt Anzeichen von NSSV erkennen und richtig interpretieren zu können.

Folgende Warnhinweise sollten Personen, die beruflich mit jungen Menschen arbeiten, an NSSV denken lassen (Zusammenfassung nach Baierl, 2010; Plener, Kaess, Boneberger, Blaumer & Spröber, 2012):

- Häufige Narben, Schnitte, Verbrennungen oder Verbrühungen
- Unglaubliche Erklärungen für Wunden
- Unpassende, zumeist langärmelige Kleidung, Gelenkschützer, Schweißbänder (um Wunden zu verdecken)
- Blutspuren an der Kleidung
- Verbringen von ungewöhnlich langer Zeit an isolierten Orten (z. B. Toilettenanlagen, versperrten Räumen etc.)

- Risikoverhalten bzw. gefährliche Aktivitäten
- Essstörungen, Substanzmissbrauch
- Depressive Symptomatik
- Besitz scharfer Gegenstände (Rasierklingen, Messer etc.)
- Zeichnungen, Texte über NSSV, idealisierende Subkultur

2.5. Management von NSSV in Institutionen

Schulen und andere Einrichtungen, die sich an junge Menschen richten, sind oftmals Orte, an denen sich NSSV mitunter epidemieartig ausbreiten. Denn NSSV haben das Potenzial, ein Gefühl der Zusammengehörigkeit zu schaffen, sie provozieren die sich oft hilflos föhlenden Erwachsenen und haben einen nicht zu übersehenden Kommunikationsaspekt.

Als indirekte Ansteckung wird z. B. der verbale Austausch über NSSV oder der gemeinsame Konsum von einschlägigen, zumeist digitalen Medien bezeichnet, direkte Formen der Ansteckung wären dagegen z. B. das gemeinsame Ausführen von NSSV.

Daher wird in der Literatur immer wieder die Wichtigkeit betont (z. B. Plener, Kaess, Boneberger, Blaumer & Spröber, 2012), Gespräche und Beratungen mit den Betroffenen immer individuell im Einzelkontakt und nicht in Gruppen durchzuführen. Verletzungen und Narben sollen für andere nicht offen sichtbar sein, die Kommunikation über NSSV zwischen den Jugendlichen nicht forciert werden. Die Versorgung von Wunden soll abseits der übrigen Jugendlichen im Dienstzimmer, Schularztzimmer etc. erfolgen, da wo erforderlich, ist ehemöglichst eine externe chirurgische Wundversorgung einzuweisen.

Verunsicherung besteht häufig, wie jemand, bei dem ein Verdacht auf NSSV vorliegt, richtig angesprochen werden kann. Neben der Gewährung eines geeigneten Rahmens im Vier-Augen-Gespräch mit einer Vertrauensperson (Lehrerin oder Lehrer, Betreuerin oder Betreuer etc.) wird eine Haltung respektvollen Interesses bzw. „respektvoller Neugier“ empfohlen, die auf unaufgeregte Weise vermittelt, dass die/der Betroffene ernst genommen wird, ein ehrliches Interesse an den genaueren Begleitumständen und einer Unterstützung bei der Suche nach weiterführenden Hilfen besteht (Plener, Kaess, Boneberger, Blaumer & Spröber, 2012).

Um einen konstruktiven Veränderungsprozess zu ermöglichen, ist NSSV primär als Lösungsversuch zu betrachten, der mittelfristig aufgegeben und durch bessere, weniger oder gar nicht schädliche Alternativen ersetzt werden soll. Der Weg dahin führt immer über eine Erweiterung und Stärkung der Kompetenzen, des Verhaltensrepertoires und der Ressourcen der/des Betroffenen.

Da, wo aktuelle Belastungen, wie z. B. Mobbing, schulische Überforderung, familiäre Probleme etc., zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen, sind jedenfalls

zuerst Maßnahmen zur Veränderung der aktuellen Rahmenbedingungen zu ergreifen.

In den meisten Fällen wird eine professionelle psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung nach vorangegangener genauer Diagnostik erforderlich sein, dennoch ist es wichtig, einen pädagogischen Rahmen zu bieten, der die Umsetzung des in der Therapie Erarbeiteten im Alltag unterstützt oder zumindestens nicht behindert.

Eine Pädagogik, die mit Schuldgefühlen, Vorwürfen oder gar Bestrafungen arbeitet, ist grundsätzlich abzulehnen – in Bezug auf NSSV würde damit jedenfalls zusätzlicher Druck aufgebaut werden, der bei den zugrunde liegenden defizitären Copyingstrategien das Problemverhalten zusätzlich verstärken würde. Es konnte gezeigt werden, dass Jugendliche mit NSSV sich selbst gegenüber eine stärker vorwurfsvolle Haltung einnehmen, öfter von Selbstzweifel und Selbstentwertung betroffen sind, mehr zu Selbstverausgabung und -überlastung neigen als eine Vergleichsgruppe ohne NSSV und dass eine korrektive Beziehungsgestaltung daher auf einen weniger vorwurfsvollen und sorgsameren Umgang mit der eigenen Person ausgerichtet sein muss (Pokieser, Fliedl, Zajac & Singer, 2019).

Kontinuierliche, stabile Beziehungen anzubieten sowie Aufmerksamkeit und Zuwendung unabhängig vom Auftreten des NSSV, statt aktuell aufgetretene selbstverletzendes Verhaltensweisen durch zu starke Aufmerksamkeit zu verstärken, helfen aus Eskalationsdynamiken auszustiegen. Konfliktfreie Zeiten können hierbei besonders für angenehme gemeinsame Aktivitäten genutzt werden, auch um im Krisenfall auf eine tragfähige, stabile Beziehung bauen zu können. Für milieutherapeutische Settings konnten die positiven Effekte einer verlässlichen Präsenz von empathischen Bezugspersonen z. B. auf regulatorische Selbstkompetenzen, vor allem im Hinblick auf Affekttoleranz und Selbstwertregulation nachgewiesen werden (Escher, Seiffge-Krenke, Christodoulakis & Müller-Knapp, 2019). Neben einer vertrauensvollen Beziehung ist auf pädagogischer Ebene eine klare Tagesstruktur mit fix verankerten Zeiten für die Selbstfürsorge (Ernährung, Hygiene, Schlaf etc.) hilfreich.

Wo eine entsprechende Problematik bekannt ist, ist die Erarbeitung eines Krisenplanes für Akutsituationen sinnvoll. Ein solcher Krisenplan kann zum einen helfen, Frühsymptome der Dissoziation und des Spannungsanstieges rechtzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern und er gibt sowohl den erwachsenen Betreuungspersonen als auch den betroffenen Jugendlichen hilfreiche Orientierung und Sicherheit und unterstützt dabei, nicht in destruktive Eskalationsdynamiken einzusteigen. Idealerweise sollte ein Krisenplan sowohl die Phasen der Prävention als auch die Erkennung von Frühsymptomen, die eine gewisse Achtsamkeit der Betreuerinnen und Betreuer voraussetzt, bis hin zu Handlungsleitfäden für krisenhafte Situationen und schließlich Notfälle mit akuter Selbst- und Fremdgefährdung umfassen und für all diese Phasen individuell geeignete Strategien beinhalten

(Gstättner, 2012). Für die Erarbeitung eines solchen Planes ist eine enge Zusammenarbeit von Pädagoginnen und Pädagogen und anderen Betreuerinnen und Betreuer mit Psychologinnen und Psychologen erforderlich.

In Absprache mit dem Therapeuten bzw. der Therapeutin des Jugendlichen kann weiters bei entsprechender Indikation ein „Notfallkoffer“, wie er z. B. im Skillstraining (Sendera & Sendera, 2016) erarbeitet wird, für und mit dem Kind gepackt werden. Ein solcher Notfallkoffer beinhaltet geeignete Methoden bzw. Gegenstände, die den Betroffenen helfen, dissoziative- oder Spannungszustände aufzuheben, ohne dass dabei auf selbstverletzendes Verhaltensweisen zurückgegriffen werden muss. Hierzu zählen z. B. starke Sinnesreize, bestimmte Atemübungen, Bewegungen etc.

Zusätzlich zur Erarbeitung eines Krisenplanes kann es insbesondere in stationären Einrichtungen wie Wohngemeinschaften, Wohnheimen etc. nützlich sein, wenn Pädagoginnen und Pädagogen gemeinsam mit Psychologinnen und Psychologen im Rahmen eines milieutherapeutischen Behandlungsplanes versuchen, die Dynamiken der Verhaltensauffälligkeiten strategisch zu berücksichtigen und in konkrete, individuell geplante Maßnahmen im pädagogischen Alltag münden zu lassen, zumal gezeigt werden konnte, dass ein derartiges, geplantes Vorgehen einen positiven und nachhaltigen Effekt sowohl auf Verhaltensauffälligkeiten allgemein als auch auf NSSV im Besonderen hat (Gstättner & Kohl, 2016).

An dieser Stelle ist auch anzumerken, dass Pädagoginnen und Pädagogen, Lehrerinnen und Lehrer und andere Betreuerinnen und Betreuer zwar im Umgang mit und vor allem im Erkennen dieser Problematik geschult sein sollen, aber nicht z. B. wegen knapper Ressourcen oder auch aus wohlgemeinten (Über)engagement zusätzlich zu ihrer eigentlichen Tätigkeit als „Therapeutinnen und Therapeuten“ involviert werden dürfen. Entscheidend ist vielmehr, auf die Bereitstellung professioneller fachlicher Unterstützung zu achten.

Da es sich bei NSSV um Verhaltensweisen handelt, die lange persistieren und auch nach symptomfreien Intervallen wieder auftreten können, ist es wichtig, Anstrengungen und Erfolge zu würdigen, die NSSV nicht zum alleinigen und alles beherrschenden Thema in der Beziehung zum Jugendlichen machen, und sich auch bei Rückschlägen nicht aus der Beziehung zurück zu ziehen.

2.6. Behandlung von NSSV

Bezüglich der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bieten Methodiken aus der Kognitiven Verhaltenstherapie, der Dialektisch-Behavioralen Therapie sowie der Mentalisierungsbasierten Therapie vielversprechende und teilweise bereits sehr elaborierte Behandlungsansätze (Fleischhaker, Böhme, Sixt & Schulz, 2005; Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz, 2006; In-Albon et al., 2017).

Einen Spezialfall stellen NSSV bei Jugendlichen mit intellektuellen Behinderungen dar. Vor allem wenn die Behinderungen mit Störungen der funktionalen und expressiven Sprache einher gehen, stellen diese ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten allgemein und für NSSV im Speziellen dar, die oftmals von hoher Persistenz gekennzeichnet sind und lebensbedrohliche Formen annehmen können. Hier ist davon auszugehen, dass die NSSV in einem sehr hohen Prozentsatz soziale Funktionen erfüllen. Eine deutliche Reduktion der Symptomatik kann hier anschließend an eine genaue Diagnostik der Funktionen des Verhaltens, durch Interventionen, welche die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit erweitern, erzielt werden (Durand & Merges, 2001; Bienstein & Nußbeck, 2009).

3. Suizidalität

3.1. Definition

Der Begriff Suizidalität umfasst Phänomene wie Suizidgedanken, Suizidankündigungen, Suizidpläne sowie Suizidversuche und vollzogene Suizide. Während unter einem Suizid eine selbstintendierte Handlung mit tödlichem Ausgang verstanden wird, die im Bewusstsein der Irreversibilität des Todes durchgeführt wurde, bezeichnet der Begriff des Suizidversuches eine final ausgelegte Handlung mit lebensbedrohlichem Potenzial, aber ohne tödlichen Ausgang, die im Gegensatz zu den NSSV also nicht primär der Entlastungen von negativen Zuständen bzw. der Herbeiführung eines positiven Gefühles dient.

Bei Suizidgedanken handelt es sich um Gedanken, das eigene Leben durch eigenes Handeln zu beenden, die unterschiedlich drängend sein können. Ein Suizidplan bezeichnet eine konkrete Methode, mittels derer die Suizidgedanken in die Tat umgesetzt werden sollen, zusätzlich können auch schon diesbezügliche Vorbereitungen getroffen worden sein. Suizidankündigungen oder -drohungen sind Äußerungen oder Handlungen, mit denen ein Suizid angekündigt wird, wobei eine tatsächliche suizidale Intention nicht vorliegen muss (Becker et al., 2017; DGKJP, 2016).

3.2. Epidemiologie

Während Untersuchungen darauf schließen lassen, dass ca. jede/jeder dritte bis siebente Jugendliche schon einmal an Suizid gedacht hat (Brunner, Parzer & Haffner, 2007; Plener, Straub, Kapusta, Fegert & Spröber, 2012) und man bei Suizidgedanken also von einem relativ verbreiteten Phänomen sprechen kann, gelangen nur 6,5 % der Jugendlichen in jenes Stadium, einen Suizid konkret zu planen, 5,8 % führen einen, 2,1 % mehrere Suizidver-

suche durch (Brunner, Parzer & Haffner, 2007). Dennoch darf nicht übersehen werden, dass der Tod durch Suizid bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen international, neben Unfällen und Infektionskrankheiten, die zweit- bis dritthäufigste Todesursache in diesem Lebensabschnitt darstellt. Während bei den unter 10-Jährigen Suizide extrem selten sind, kommt es danach zu einem Anstieg, der in der Gruppe der 15-20-Jährigen am höchsten ist (vgl. z. B. Statistik Austria, 2018).

3.3. Risikofaktoren

Als Hauptrisikofaktor für Suizidalität gilt das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, insbesondere gelten Menschen mit Essstörungen oder Depressionen als besonders suizidgefährdet (Kasper, Kalousek, Kapfhammer, 2011). Buchmann, Blomeyer und Laucht (2012) konnten im Rahmen einer Längsschnittstudie an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Bedeutung von externalen Störungen in der Vorhersage von suizidalem Verhalten nachweisen. Suizidales Verhalten zeigte sich hierbei als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, an dessen Anfang oftmals frühkindliche psychosoziale Risiken stehen: Gehäuft finden sich diesbezüglich unerwünschte Schwangerschaft, sehr junge Eltern oder auch psychische Erkrankungen eines Elternteiles. Führen diese Risiken zu psychosozialen Beeinträchtigungen wie dem Erleben von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung, steigt auch die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensauffälligkeiten bei den Heranwachsenden, wobei sich externalisierende Auffälligkeiten als noch stärkerer Prädiktor für spätere suizidale Verhaltensweisen herausstellten als internalisierende (Buchmann, Blomeyer und Laucht, 2012). Es überrascht daher auch nicht, dass die Suizidraten unter jugendlichen Delinquenten, insbesondere bei jugendlichen Inhaftierten, besonders hoch sind (Radeloff et al., 2012, 2016).

Auch wenn psychische Erkrankungen den Hauptrisikofaktor für Suizidalität darstellen, darf nicht übersehen werden, dass Suizidalität auch ohne diese auftreten kann. Insbesondere sollte bei unklaren Verletzungsmustern und Unfällen mit nicht klar nachvollziehbarem Unfallhergang oder Intoxikationen z. B. im Zusammenhang mit Alkoholkonsum an Suizidalität gedacht werden, ebenso wie bei ausgeprägten Complianceproblemen bei chronischen Erkrankungen, z. B. keine Insulininjektionen bei Diabetes mellitus (Becker et al., 2017). Neben den weiter unten genannten Warnzeichen gelten auch Suizidversuche und Suizide im Umfeld der/des Jugendlichen als Risikofaktor im Sinne einer möglichen „Ansteckung“ bzw. eines „Werther-Effektes“. Ebenso konnte gezeigt werden, dass insbesondere die Viktimisierung im Rahmen von Bullying-Phänomenen in der Schule (Jantzer, Haffner, Parzer & Resch, 2012) und Mobbingverfahren durch Mitschülerinnen und Mitschüler oder Lehrerinnen und Lehrer (Stecher et al., 2019) mit erheblich erhöhter Suizidalität korrelieren.

Wenn es auch kein typisches Muster einer „suizidalen Familiendynamik“ gibt, so gibt es doch Bedingungen, welche die Entwicklung einer destruktiven Dynamik begünstigen (Schnell, 2005): dysfunktionale, destruktive Interaktionen, wo in der Kommunikation Befehle und Vorwürfe vorherrschen und Konflikte durch das Recht der/des Stärksten und Lautesten gelöst werden, erhöhen massiv die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Krise verschlimmert und eine entsprechende Handlung auch als Botschaft an die Eltern gesetzt wird. Gleiches gilt für Dynamiken, wo physische, psychische und sexuelle Gewalt die Entwicklung des Heranwachsenden hemmen. Aber auch subtilere Dynamiken, wie die Behinderung der entwicklungsgemäßen Ablösung von den Eltern, z. B. aus symbiotischen Beziehungen, wo Kinder eine Funktion für die Eltern bzw. die Paardynamik zu erfüllen haben, können zur dramatischen Zuspitzung einer Krise führen. Berufliche Belastungen der Eltern und die dadurch ausgelösten Familiendynamiken können ebenfalls einen starken Einfluss auf das psychische Befinden von Kindern und Jugendlichen haben. Untersucht ist dieser Zusammenhang beispielsweise für Soldatinnen und Soldaten mit Auslandseinsatzerfahrungen, weshalb hierfür vor allem in den USA Programme entwickelt wurden, die das Ziel verfolgen, dysfunktionale Familiendynamiken zu verändern und die psychische Belastung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ganz allgemein, aber auch spezifisch depressive Verhaltensweisen und Suizidgedanken zu reduzieren. Eine diesbezügliche Übersicht über evidenzbasierte Programme und Überlegungen bezüglich einer Adaption dieser Programme für den Bereich der deutschen Bundeswehr finden sich aktuell bei Cunitz et al. (2019).

3.4. Warnzeichen

Becker et al. (2017) fassen in ihrer Übersichtsarbeit zur konsensusbasierten Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ (DGKJP et al., 2016) folgende Punkte als Warnzeichen zusammen:

Tab. 1: Warnzeichen für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Warnzeichen für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (DGKJP et al., 2016)	
■ plötzliche Verhaltensänderungen	■ (deutliche) Hoffnungslosigkeit
■ Apathie	■ deutliche Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
■ Rückzug	■ Gefühl der Wertlosigkeit
■ Änderungen im Essverhalten	■ Äußerung „altruistischer“ Suizid- bzw. Opferideen
■ unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod	■ Agitiertheit, Antriebssteigerung
■ Verschenken persönlicher Gegenstände	■ ausgeprägte Schlafstörungen

■ Symptome einer Depression, traurige Grundstimmung	■ vorangegangenes Verlust-erlebnis
■ erhöhte emotionale Labilität	■ eingeschränkte Problemlöse-Ressourcen
■ dichotomes Denken	■ psychosoziale Krise

Ist bei Vorliegen von Risikofaktoren und Warnzeichen die Hypothese einer eventuell vorliegenden Suizidalität als Hypothese zu überprüfen, ist bei der möglichst zeitnahe durchgeführten klinisch-psychologischen oder psychiatrischen Untersuchung gezielt nach Suizidgedanken, Suizidplänen und -vorbereitungen zu fragen, werden Fragebogenverfahren eingesetzt, ist eine sofortige Nachexploration einzuplanen und durchzuführen. Ein insbesondere in dieser hoch vulnerablen Situation gebotenes, in höchstem Maße sensibles und empathisches Vorgehen darf nicht daran hindern, direkte und explizite Fragen zur Thematik zu stellen. Von einem iatrogenen Effekt einer fachlich korrekt durchgeführten Befragung ist nicht auszugehen, zumal gezeigt werden konnte, dass die fachgemäße Erhebung von suizidalem Verhalten keinen Suizidalität anstoßenden Effekt hat (Brunner, Parzer & Haffner, 2007; Plener, Straub, Kapusta, Fegert & Spröber, 2012). Die Kenntnis, ob und in welcher Form Suizidgedanken vorkommen, ob es sich hierbei um eine von mehreren Handlungsoptionen handelt oder ob keine Alternativen gesehen werden können, ob sich diese Gedanken gegen den Willen des Betroffenen aufdrängen, ob ein konkreter Plan entwickelt wurde und vielleicht bereits Vorbereitungen getroffen wurden, ist für die Einschätzung des Suizidrisikos hingegen unerlässlich.

3.5. Management von Suizidalität in Institutionen

3.5.1. Prävention, Therapie

Menschen, für die ein Suizid eine oder vielleicht sogar die einzige Option darstellt mit einer Situation umzugehen, sehen sich mit als unerträglich und subjektiv unlösbar erlebten Problemen konfrontiert. Daher steht die unmittelbare Entlastung und die Veränderung chronisch belastender Umstände an erster Stelle präventiver Interventionen. Um ein Suizidalitätsrisiko mittel- und langfristig zu minimieren, müssen Jugendliche glaubhafte und greifbare Alternativen erkennen können, die in ihren Augen bessere Problemlösungen darstellen, als sich zu suizidieren. Darin besteht das Grundprinzip jeder Suizidprävention.

Während der allgemein bekannte „Werther-Effekt“ das Phänomen der suizidalen Ansteckung beschreibt, bezeichnet der weniger bekannte „Papageno-Effekt“ – benannt nach Papageno aus der Zauberflöte, der sich nach dem Verschwinden seiner Papagena in höchster emotionaler Bedrängnis befindet und sich letztlich doch für das Leben entscheidet – das genau entgegengesetzte Phänomen, quasi eine „Immunisierung“ gegen die suizidale Ansteckung.

In Zusammenhang mit diesen beiden Effekten können nicht nur Medien, sondern auch die Kommunikation im Zusammenhang mit Suizidalität in Institutionen nicht nur die suizidale Ansteckung reduzieren, sondern auch suizidpräventiv wirken, wenn

- Trends von Suizidraten,
- Hilfeangebote und Therapiemöglichkeiten mit Adressen und
- individuelle Berichte von Menschen, die suizidale Krisen überwunden haben, kommuniziert werden so wie
- Anleitungen was getan werden kann, um die Auftretenswahrscheinlichkeit von Suiziden zu reduzieren (Becker, El-Faddagh & Schmidt, 2004).

Wie weit die Erkenntnisse bezüglich der suizidpräventiven Wirkung der architektonischen Gestaltung aus dem Bereich der Psychiatrie (Becker, Schmidtke & Glasow, 2019) auf andere Bereiche wie Schulen, Wohnheime etc. übertragbar sind, ist offen, die suizidpräventive Wirkung folgender architektonischer Variablen konnte jedoch nachgewiesen werden: Die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden, z. B. durch Schutz vor Sprungmöglichkeiten z. B. durch Sicherung von mehrgeschossigen Treppenaugen, die Erschwerung des Zuganges zu Bahngleisen in der Umgebung z. B. durch Schallschutzwände oder die Sicherung von Befestigungspunkten für Strangulationsgurte, sodass z. B. Befestigungspunkte ab 50 cm Höhe nur mit max. 20 kg belastet werden können. Aber auch atmosphärische Maßnahmen zur Schaffung eines antisuizidalen Milieus wie die Vermeidung von Stress durch z. B. Lärm, Geruch, Enge, zu hohe oder zu niedrige Reizdichte, Möglichkeiten zur positiven Ablenkung, Stärkung der Akzeptanz der Einrichtung z. B. durch Hochwertigkeit und Sauberkeit, bauliche Maßnahmen zur Erhöhung der Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. offenes Dienstzimmer, Vermeidung von nicht einsehbaren Gängen etc.) können die Suizidwahrscheinlichkeit senken.

In Bezug auf adolezente Häftlinge bzw. entsprechende Haftanstalten fassen Radeloff et al. (2016) in ihrer Übersichtsarbeit neben bereits beschriebenen baulichen Vorkehrungen eine regelmäßige Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Suizid, die Reduzierung des haftimmanenten Stresses (z. B. durch Schutz vor Gewalt durch Peers), konsequentes Screening, Diagnostik und Behandlung sowie Maßnahmen der Peer-Suicide-Prevention (intensiver Kontakt zu speziell geschulten Mithäftlingen bei latenter Suizidalität) als präventivwirksame Maßnahmen zusammen.

Zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren auf die Reduktion suizidalen Verhaltens liegen erst wenige Studien vor. Positive Effekte konnten bisher vor allem für kognitiv-behaviorale Verfahren und die Dialektisch-Behaviorale Therapie nachgewiesen werden (Becker et al., 2017; Brown, 2017; Fleischhaker, Böhme, Sixt & Schulz, 2005; Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz, 2006). Punkte, welche die meisten erfolgreichen Behandlungs-

programme aufweisen, sind Psychoedukation, Analysen des Auftretens des Problemverhaltens, Entwicklung alternativer (Coping-)Strategien und Skills für riskante Situationen, die Erarbeitung von Notfallplänen sowie die Involvierung der Angehörigen der betroffenen Jugendlichen. Durch diese Maßnahmen gelingt nachweislich eine signifikante Reduktion der Suizidgedanken, selbstschädigender Verhaltensweisen im Speziellen und der Suizidalität allgemein.

Tab. 2: Orientierungspunkte für die Gestaltung von Interventionen bei Suizidalität (Becker et al., 2017)

Orientierungspunkte für die Gestaltung von Interventionen bei Suizidalität (Becker et al., 2017)
■ Der Sicherheit der/des Betroffenen ist oberste Priorität einzuräumen.
■ Bei akuter Suizidalität ist mittels adäquaten Transports umgehend eine stationäre Behandlung einzuleiten – gegebenenfalls auch ohne Freiwilligkeit der/des Betroffenen.
■ Die stationäre Behandlung muss bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen.
■ Psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen können z. B. bei akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein.
■ Eine psychotherapeutische Intervention soll unter Beachtung der folgenden Punkte erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Einbezug der Familie ■ Kontinuität der Therapeutin/des Therapeuten ■ Erstellung eines Krisenplanes mit klaren Absprachen ■ Reduktion von Belastungsfaktoren
■ Eventuell assoziierte psychische Störungen sind gemäß den entsprechenden Leitlinien zu behandeln.
■ Einbeziehung der Jugendhilfe bei belastenden psychosozialen Umständen.

3.5.2. Postvention

Unter der Postvention nach Suizid werden alle Maßnahmen subsummiert, welche nach einem Suizidversuch oder vollzogenem Suizid getroffen werden, um die Betroffenen und deren Umfeld beim Trauerprozess und der Bewältigung der unmittelbaren und mittelbaren Folgen des Suizids zu unterstützen und die Inzidenz von suizidaler Ansteckung zu minimieren.

Insofern ist die Postvention auch als wichtige Komponente der Suizidprävention zu betrachten.

Für Institutionen wie Schulen etc. geht es auch darum, wieder in den normalen Alltag und die regulären Abläufe zurückzukehren – dies erfordert aber eine adäquate Un-

terstützung der betroffenen Teams und der Hinterbliebenen.

Nachdem es sich bei einem Suizid um eine für das gesamte Umfeld emotional höchst belastende Ausnahmesituation handelt, ist es ratsam, präventiv ein Notfallprozedere zu entwickeln, das festgelegte Maßnahmen und Kommunikationsabläufe der Suizidnachricht, der Kontaktaufnahme mit betroffenen Eltern bzw. Bezugspersonen und der Unterstützung der unmittelbar betroffenen Peers, Betreuerinnen und Betreuer/Lehrerinnen und Lehrer und Eltern vorsieht und auf das in dieser Notsituation zurückgegriffen werden kann.

Trotz behutsamer und professioneller Kommunikation der Todesnachricht können in dieser Extremsituation vor allem nahe Angehörige der/des Verstorbenen auch sehr vorwurfsvoll und aggressiv reagieren. Eine Verstrickung in gegenseitige Schuldzuweisungen wäre dysfunktional, vielmehr sind die emotionalen Reaktionen als Ausdruck der Verzweiflung und Ohnmacht auszuhalten.

Im Umgang mit Angehörigen etc. ist zu bedenken, dass beruflich geregelte Verschwiegenheitspflichten auch über den Tod der betreuten Person hinaus bestehen bleiben. Um die Hinterbliebenen bei deren Trauarbeit zu unterstützen, sind Sachinformationen zumeist sehr hilfreich (z. B. von wem wurde die/der Verstorbene zuletzt gesehen, wer führte das letzte Gespräch mit ihr/ihm, wer hat sie/ihn wann/wo gefunden, wo befindet sich der Leichnam jetzt etc.), persönliche Geheimnisse der verstorbenen Person hingegen müssen auch solche bleiben können. Eine wertschätzende Würdigung der Persönlichkeit der verstorbenen Person kann die Hinterbliebenen dabei unterstützen, den zunächst auf die letzte Handlung eingeengten Blick wieder auf die Gesamtpersönlichkeit zu richten.

Die wichtigsten Punkte zur Postvention finden sich zusammengefasst in den beiden folgenden Tabellen.

Tab. 3: Im Rahmen der Information der Peers (Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Mitschülerinnen und Mitschüler etc.) und deren Eltern sollten folgende Punkte Berücksichtigung finden (modifiziert nach Becker et al., 2017)

Im Rahmen der Information der Peers (Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Mitschülerinnen und Mitschüler etc.) und deren Eltern sollten folgende Punkte Berücksichtigung finden (modifiziert nach Becker et al., 2017)
■ eine sachliche Information über den Tod des Betroffenen durch Suizid ohne nähere Details
■ der Ausdruck von Bedauern und Anteilnahme für Familie und Nahestehende
■ die Sachinformation, dass die Familie begleitet wird
■ die Trauerverarbeitung soll im Fokus der Mitteilung stehen
■ Aufdeckung alternativer Strategien zum Suizid („Was hätte er/sie anders machen können?“) in Verbindung mit Aussagen über Hilfemöglichkeiten und Ansprechpartner

- die Thematisierung von Achtsamkeit gegenüber den Peers in Verbindung mit einer Sensibilisierung für Gefährdungszeichen und der Vermittlung der Haltung, dass die Weitergabe von Informationen hinsichtlich einer möglichen suizidalen Gefährdung nicht als Vertrauensbruch, sondern als Ausdruck der Sorge zu verstehen ist
- die Einladung, sich mit der Trauer, Gedanken, Sorgen und Bedürfnissen an die Erwachsenen zu wenden, statt die Dinge alleine mit sich selbst auszumachen

Tab. 4: Orientierungspunkte für die Gestaltung der Abläufe einer Postvention bei Suizid (Becker et al., 2017; Michel, Vorster & Probst, 2002)

Orientierungspunkte für die Gestaltung der Abläufe einer Postvention bei Suizid (Becker et al., 2017; Michel, Vorster & Probst, 2002)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Da bei einem solchen Ereignis auch alle mittelbar Betroffenen mit starken Emotionen zurecht kommen müssen ist es wichtig, dass bereits klare Kommunikationswege und Abläufe definiert sind. Neben der Verständigung von Einsatzkräften sind folgende Schritte zu definieren: <ul style="list-style-type: none"> ■ Meldung an die Leitung ■ Die Leitung überprüft die Meldung, informiert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ■ Wer verständigt die Angehörigen? ■ Wer verständigt die Peers?
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wer hält den weiterführenden Kontakt zu den Angehörigen (weiterführende Gespräche, Abholen persönlicher Gegenstände etc.)?
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vervollständigung und eventuell Kopie der Dokumentation für eventuell weiterführende Untersuchungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Verfassen einer schriftlichen Information/Orientierung an die Eltern der Peers
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wer ist für Medienanfragen zuständig? Schweigepflichten berücksichtigen! Keine Meldung nach außen vor Kontaktaufnahmen mit den betroffenen Eltern!
<ul style="list-style-type: none"> ■ Organisation von Supervision für betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
<ul style="list-style-type: none"> ■ Organisation von fachlicher Unterstützung und Begleitung für die Peers
<ul style="list-style-type: none"> ■ Möglichkeiten zur Verabschiedung mit Familie besprechen

4. Fazit

In den letzten Jahren hat sich die Datenlage zu den Themen NSSV und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen deutlich verdichtet. Auch wenn noch nicht alle Fragen hinreichend geklärt und somit weitere Studien notwendig sind, lassen sich bereits jetzt erste Konturen erkennen, welche Haltungen, Strategien und Abläufe in Institutionen, die mit jungen Menschen arbeiten, zu einem funktionalen Umgang im Sinne von gelingender Prävention und Postvention und damit zu einer Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit von NSSV und Suizidalität und zu einer Linderung von Leid bei den Betroffenen und deren Umfeld führen.

Literatur

- BAIERL, M. (2010). Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- BECKER, K., ADAM, H., IN-ALBON, T., KAESS, M., KAPUSTA, N. D. & PLENER, P. L. (2017). Diagnostik und Therapie von Suizidalität im Jugendalter: Das Wichtigste in Kürze aus den aktuellen Leitlinien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (6), 485-497.
- BECKER, K., EL-FADDAGH, M. & SCHMIDT, M. H. (2004). Cybersuizid oder Werther-Effekt online: Suizidchatsrooms und -foren im Internet. *Kindheit und Entwicklung*, 13 (1), 14-25.
- BECKER, K., SCHMIDTKE, A. & GLASOW, N. (2019). Suizidpräventive Architektur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (1), 9-18.
- BIENSTEIN, P. & NUßBECK, S. (2009). Reduzierung selbstverletzenden und aggressiven Verhaltens durch Funktionelles Kommunikationstraining. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37 (6), 559-568.
- BROWN, R. (2017). Psychotherapeutische Interventionen für suizidale Jugendliche – eine systematische Übersicht aktueller Publikationen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (6), 499-508.
- BUCHMANN, F., BLOMEYER, D. & LAUCHT, M. (2012). Suizidales Verhalten im jungen Erwachsenenalter: Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61 (1), 32-49.
- BRUNNER, R., KAESS, M., PARZER, P., FISCHER, G., CARLI, V., HOVEN, C. W., WASSERMANN, C., SARCHIAPONE, M., RESCH, F., APTER, A., BALASZ, J., BARZILAY, S., BOBES, J., CORCORAN, P., COSMAN, D., HARING, C., IOSUEC, M., KAHN, J. P., KEELEY, H., MESZAROS, G., NEMES, B., PODLOGAR, T., POSTUVAN, V., SAIZ, P. A., SISASK, M., TUBIANA, A., VARNIK, A. & WASSERMANN, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (4), 337-348.
- BRUNNER, R., PARZER, P. & HAFFNER, J. (2007). Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161 (7), 641-649.
- BRUNNER, R. & SCHMAHL, C. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Kindheit und Entwicklung*, 21 (1), 5-15.
- CUNITZ, K., BÜHLER, A., WILLMUND, G. D., ZIEGENHAIN, U., FEGERT, J. M., ZIMMERMANN, P. & KÖLCH, M. G. (2019). Interventionsprogramme bei psychischen Belastungen von Kindern von Militärangehörigen in den USA. Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews hinsichtlich der Übertragbarkeit auf Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Vorab-Artikel: Akzeptiert: 12.05.2019, Onlineveröffentlichung: 04.07.2019.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE (DGKJP) et al.: Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version, 31.05.2016, Zugriff am: 02.09.2019, verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html>.
- DURAND, V. M. & MERGES, E. (2001). Functional communication training: A contemporary behavior analytic intervention for problem behaviors. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16 (2), 110-119.
- ESCHER, F., SEIFFGE-KRENKE, I., CHRISTODOULAKIS, I. & MÜLLER-KNAPP, U. (2019). Veränderungen in den Skalen Bindung und Steuerung der Achse Struktur der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) bei stationären Patienten einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (5), 412-425.
- FLEISCHHAKER, C., BÖHME, R., SIXT, B. & SCHULZ, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung. Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A). *Kindheit und Entwicklung*, 14 (2), 112-127.
- FLEISCHHAKER, C., MUNZ, M., BÖHME, R., SIXT, B. & SCHULZ, E. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (1), 15-27.
- GSTÄTTNER, R. (2012). Behandlungsplanung in der Milieuthherapie. *Psychologie in Österreich*, 32 (2), 188-198.
- GSTÄTTNER, R. & KOHL, G. (2016). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern & Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Effekte einer milieutherapeutischen Behandlungsstrategie. *Trauma & Gewalt*, 10 (1), 54-67.
- GLENN, C. R. & KLONSKY, E. D. (2013). Non-suicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42 (4), 496-507.
- HAWTON, K., BERGEN, H., COOPER, J., TURNBULL, P., WATERS, K., NESS, J. & KAPUR, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 200-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151.
- HAWTON, K., BERGEN, H., KAPUR, N., COOPER, J., STEEG, S., NESS, J. & WATERS, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (12), 1212-1219.
- IN-ALBON, T., BECKER, K., BRUNNER, R., BROWN, R., KAESS, M., KAPUSTA, N. D., KLEIN-HEßLING, J., MEROD, R. & PLENER, P. L. (2017). Diagnostik und Behandlung nichtsuizidaler Selbstverletzungen im Kindes- und Jugendalter. Empfehlungen aus der S2k-Leitlinie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46 (1), 2-10.
- IN-ALBON, T., TSCHAN, T., SCHWARZ, D. & SCHMID, M. (2015). Emotionsregulation bei Jugendlichen mit Nichtsuizidalen Selbstverletzungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64, 386-403.
- JANTZER, V., HAFFNER, J., PARZER, P. & RESCH, F. (2012). Opfer von Bullying in der Schule. Depressivität, Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei deutschen Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 21 (1), 40-46.
- KAESS, M., PARZER, P., MATTERN, M., PLENER, P. L., BIFULCO, A., RESCH, F. & BRUNNER, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Journal of Psychiatric Research*, 206 (2-3), 265-272.
- KASPER, S., KALOUSEK, M. & KAPFFHAMMER, H. P. (2011). Suizidalität. Konsensus-Statement – State Of The Art 2011. *Clinicum neuropsy*, 4/2011, 1-19.
- MICHEL, K., VORSTER, D. & PROBST, R. (2002). Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid. www.ipsilon.ch/media/7FC6ZD4I/K._Michel_Richtlinien.pdf Homepage IPSILON, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz; abgerufen am 22.03.2019.
- PLENER, P. L., BRUNNER, R., RESCH, F., FEGERT, J. M. & LIBAL, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38 (2), 77-89.

- PLENER, P. L., FEGERT, J. M., KAESS, M., KAPUSTA, N. D., BRUNNER, R., GROSCHWITZ, R. C., IN-ALBON, T., RESCH, F. & BECKER, K. (2017). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 45 (6), 463-474.
- PLENER, P. L., KAESS, M., BONEBERGER, M., BLAUMER, D. & SPRÖBER, N. (2012). Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext. *Kindheit und Entwicklung*. 21 (1), 16-22.
- PLENER, P. L., KAPUSTA, N. D., KÖLCH, M. G., KAESS, M. & BRUNNER, R. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 40 (2), 113-120.
- PLENER, P. L., SCHUMACHER, T. S., MUNZ, L. M. & GROSCHWITZ, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2 (2), <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>.
- PLENER, P. L., STRAUB, J., KAPUSTA, N. D., FEGERT, J. M. & SPRÖBER, N. (2012). Erhebung von Suizidgedanken bei Jugendlichen: Vergleich zweier Instrumente. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 61, 4-15.
- POKIESER, V., FLIEDL, R., ZAJEC, K. & SINGER, V. (2019). Nichtsuizidale Selbstverletzung im Zusammenhang mit den Achsen Struktur und Beziehung nach der OPD-KJ-2. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 47 (5), 388-398.
- RADELOFF D., LEMPP, T., ALBOWITZ, M., ODDO, S., TOENNES, S. W., SCHMIDT, P. H., FREITAG, C. M. & KETTNER, M. (2012). Suizide im Kindes- und Jugendalter. Eine 13-Jahreserhebung im Einzugsgebiet einer deutschen Großstadt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 40 (4), 263-269.
- RADELOFF, D., LEMPP, T., RAUF, A., BENNEFELD-KERSTEN, K., KETTNER, M. & FREITAG, C. M. (2016). Suizid und Suizidalität unter adoleszenten Häftlingen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 44 (1), 1-12.
- SCHNELL, M. (2005). Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 54, 457-472.
- SENDERA, A. & SENDERA, M. (2016). *Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung*. Berlin: Springer-Verlag.
- STATISTIK AUSTRIA (2018). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Verlag Österreich.
- STECHER, N., BOCK, A., FLEISCHMANN, S., FUCHS, M., BLIEM, H. R., JUEN, B. & SEVECKE, K. (2019). Prävalenz und Charakteristika von Mobbingferahrungen in einer klinischen Stichprobe von Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 47 (4), 323-333.
- SWANNELL, S. V., MARTIN, G. E., PAGE, A., HASKING, P. & ST. JOHN, N. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis an Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 44 (3), 273-303.
- VONDERLIN, E., HAFFNER, J., BEHREND, B., BRUNNER, R., PARZER, P. & RESCH, F. (2011). Welche Probleme berichten Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? Ergebnisse einer repräsentativen Schülerbefragung. *Kindheit und Entwicklung*. 20 (2), 111-118.
- WILKINSON, P., KELVIN, R., ROBERTS, C., DUBICKA, B. & GOODYER, I. (2011). Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression, Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 168 (5), 495-501.

Autor

Mag. Reinhard Gstättnner

ist Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, zertifizierter Kinder-, Jugend- und Familienpsychologe sowie zertifizierter Arbeitspsychologe. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik, Beratung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie Supervision von professionellen Helferinnen und Helfern. Psychologischer Dienst der Kinder- und Jugendhilfe der Stadt Wien und in freier Praxis.



Hütteldorfer Straße 130c/4/66
A-1140 Wien
Telefon: +43 (0)1 944 18 11
praxis@psychologie-penzing.at
www.psychologie-penzing.at