

Schnell, Monika

## **Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 6, S. 457-472*

urn:nbn:de:bsz-psydok-45758

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling) . . . . .	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents) . . . . .	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents) . . . . .	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy) . . . . .	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old) . . . . .	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry) . . . . .	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity) . . . . .	37

## Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders) . . . . .	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings) . . . . .	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents) . . . . .	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey) . . . .	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression) . . . . .	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction) . . . . .	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children) . . . . .	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes) . . . . .	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?) . . . . .	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders) . . . . .	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study) . . . . .	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computergames: Distribution via and discussion on the internet) . . . . .	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders) . . . . .	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample) . . . . .	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study) . . . . .	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence) . . . . .	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients) . . . . .	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ)) . . . . .	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums) . . . . .	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders) . . . . .	598

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse) . . . . .	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone) . . . . .	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders) . . . . .	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders) . . . . .	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families) . . . . .	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce) . . . .	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital) . . . . .	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders) . . . . .	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities) . . . . .	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy) . . . . .	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders) . . . . .	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents) . . . . .	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey) . . . . .	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient) . . . . .	337

#### Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (L. Unzner) . . . . .	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (L. Unzner) . . . . .	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (L. Unzner) . . . . .	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (D. Irblich) . . . . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (L. Unzner) . . . . .	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (L. Unzner) . . . . .	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (L. Unzner) . . . . .	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (D. Irblich) . . . . .	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (K. Sarimski) . . . . .	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. ( <i>U. Kießling</i> ) .....	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. ( <i>A. Zellner</i> ) .....	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. ( <i>J.M. Fegert</i> ) .....	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. ( <i>O. Bilke</i> ) .....	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. ( <i>P. Kleinfurchner</i> ) .....	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. ( <i>B. Westermann</i> ) ....	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. ( <i>M. Hirsch</i> ) .....	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. ( <i>A. Zellner</i> ) .....	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>B. Koob</i> ) .....	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> ) .....	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. ( <i>U. Knölker</i> ) .....	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). ( <i>D. Irblich</i> ) .....	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. ( <i>K. Mauthe</i> ) .....	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarza-cher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. ( <i>M. Müller-Küppers</i> ) .....	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. ( <i>M.B. Buchholz</i> ) .....	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. ( <i>B. Mikosz</i> ) .....	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinde-rung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Pra-xis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	432

#### Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Ver-fahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	773

Editorial / Editorial .....	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors .....	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates .....	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements .....	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports .....	78

# Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter

Monika Schnell

## Summary

### Suicidal crises in children and adolescents

Suicidal developments in childhood and youth must always be understood against the background of the development crisis. Destructive development can be the expression of a development conflict that has come to a head and is possibly connected with a hidden pathological dynamic in the family system. It can be the expression of a personality structure that has been damaged early on, in which the adaptation processes can no longer succeed in the framework of development. In youth, destructive development is always to be interpreted against the background of the phase-specific crises of puberty and adolescence. This understanding forms the basis for making not only the suicidal dynamic of the individual understandable, but also that of the family system. In order to evaluate the risk of suicide, the conflict levels, structural levels and relationship levels must be understood.

**Key words:** risk of suicide – young people – adolescence – crisis

## Zusammenfassung

Suizidale Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter müssen immer vor dem Hintergrund der Entwicklungskrise verstanden werden. In der destruktiven Entwicklung kann sich ein zugespitzter Entwicklungskonflikt ausdrücken, der möglicherweise verbunden ist mit einer verborgenen pathologischen Dynamik im Familiensystem. Sie kann Ausdruck einer früh geschädigten Persönlichkeitsstruktur sein, bei der die Anpassungsprozesse im Rahmen der Entwicklung nicht mehr gelingen. Im Jugendalter ist die destruktive Entwicklung immer vor dem Hintergrund der phasenspezifischen Pubertäts- und Adoleszenzkrise zu verstehen. Dieses Verständnis bildet die Basis, um die suizidale Dynamik des Einzelnen, aber auch des Familiensystems verständlich werden zu lassen. Zur Einschätzung der suizidalen Gefährdung muss die Konfliktebene, die Strukturebene und die Beziehungsebene erfasst werden.

**Schlagwörter:** Suizidgefährdung – Jugendliche – Adoleszenz – Krise

## 1 Häufigkeit von Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter

In Deutschland starben im Jahr 2002 insgesamt 11 163 Menschen durch Suizid. Männer sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen. In der Altersgruppe bis 25 Jahre ist dieser geschlechtsspezifische Unterschied noch größer (s. Tab. 1).

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 54: 457–472 (2005), ISSN 0032–7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht 2005

Tab. 1: Sterbefälle durch Selbstmord und Selbstbeschädigung in Deutschland 2002  
nach Altersgruppen (Angaben Stat. Bundesamt)

2002	5–10	10–15	15–20	20–25	0–25	alle Altersgruppen
männlich	0	16	254	355	625	8 106
weiblich	0	8	60	81	149	3 057
insgesamt	0	24	314	436	774	11 163

Bei der Betrachtung über längere Zeiträume lässt sich für die Bundesrepublik feststellen, dass die Anzahl der Selbsttötungen relativ konstant ist. Über die letzten 30 Jahre lässt sich sogar ein leichter Rückgang feststellen, obwohl eine längere Lebenserwartung zu verzeichnen ist. Zur realistischen Einschätzung dieses „positiven Trends“ ist jedoch zu beachten, dass trotz klarer statistischer Vorgaben zur Erfassung von Fachleuten dennoch eine Dunkelziffer eingeräumt wird, deren Höhe umstritten ist (Döring u. Witte 2000). Besonders bei „weichen Suizidmethoden“ ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. Mit der Abnahme der Suizidzahlen steigt die Anzahl der „unklaren Todesursachen“ (Schmidtke u. Weinacker 1994). In der Gruppe der Jugendlichen ist anzunehmen, dass „sich unter den Drogentoten ein nicht unerheblicher Anteil von Suiziden versteckt und dies aufgrund der Alters- und Geschlechtsverteilung der Drogentoten insbesondere die jungen Männer betrifft“ (Schmidtke 1998, S. 44). In der Altersgruppe der Jugendlichen bis 20 Jahre lässt sich eine wesentliche Verringerung der Anzahl der Suizide in den letzten 30 Jahren nicht feststellen. Bei jungen Menschen ist der Suizid weiterhin die dritthäufigste Todesursache. „Für die einzelnen Altersgruppen ist festzustellen, dass Suizide bei Kindern sehr selten sind, bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen waren und sind sie nach den Unfällen jedoch die häufigste Todesursache“ (Weinacker et al. 2003, S. 49). In der Altersgruppe bis 25 Jahre sterben durchschnittlich täglich ein bis zwei Menschen in Deutschland durch Suizid.

Suizidversuche lassen sich statistisch nicht zuverlässig dokumentieren. Nur ein Teil der Suizidversuche wird in Krankenhäusern behandelt und erfasst. Viele werden bei Hausärzten oder in Beratungsstellen erstmals bekannt oder bleiben völlig unbehandelt. Untersuchungen zur Erfassung der Suizidversuche kommen zu dem Ergebnis, dass deren Anzahl in der Gruppe der jungen Menschen am höchsten ist. Man kann davon ausgehen, dass die Anzahl der Suizidversuche über alle Altersklassen hinweg etwa zehnmal so häufig ist wie die der Suizide. Schmidtke (Schmidtke u. Häfner 1986; Schmidtke u. Weinacker 1994; Schmidtke et al. 1998) wertete die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen zur Suizidversuchshäufigkeit aus und kam für männliche Jugendliche bis 20 Jahre zu einem Verhältnis Suizid vs. Suizidversuch von durchschnittlich 1:12 und für weibliche Jugendliche von 1:39.

Hinsichtlich den Suizidversuche sind die 15- bis 19-jährigen jungen Frauen unverändert die höchste Risikogruppe (340 Suizidversuche je 100 000 Einwohner). Bei den gelungenen Suiziden dominieren vor allem die „harten“ Suizidmethoden wie Erhängen, Erschießen und Eisenbahnsuizide. 65,8 % aller Suizide bei 10- bis 14-jährigen männlichen Kindern und Jugendlichen wurden 1995 durch Erhängen began-



gen, in der entsprechenden weiblichen Altersgruppe waren es 28,6 %. (Schmidtke et al. 1998). Bei den Suizidversuchen überwiegen die „weichen Methoden“ wie Vergiftungen.

## 2 Psychodynamik der suizidalen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter

Suizidgedanken treten im Jugendalter ( zwischen dem 13. bis 20. Lj.) besonders häufig auf. Sie gehören zur phasenspezifischen Auseinandersetzung mit den Entwicklungsanforderungen der Pubertät und Adoleszenz. Suizide und Suizidversuche bei jüngeren Kindern kommen selten vor. Destruktive Entwicklungen können sich jedoch hinter einer erhöhten Unfallneigung, ausgelöst durch scheinbar unachtsames Verhalten, verbergen. Kleinere Kindern haben noch kein Verständnis von der Endlichkeit des Lebens (Käsler u. Nikodem 1996). Tod bedeutet meist „nicht – da – sein, woanders – sein“. Hinter dem Wunsch zu sterben verbirgt sich der Wunsch, weg zu sein, also eine Not und ein Leiden in ihrem Leben. Selbstmordgedanken und Versuche sind oft Ausdruck einer Überforderung aufgrund intrapsychischer Belastungen (Scham- Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle, Ängste) im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen und/oder Belastungen durch Gewalt – oder Missbrauchserfahrungen. Sie sind gleichzeitig auch Ausdruck einer Störung im Familiensystem (s. Orbach 1990).

Für die Einschätzung der Suizidgefahr und die Planung der Interventionen ist von entscheidender Bedeutung, ob die suizidale Entwicklung im Zusammenhang mit einer psychotischen Erkrankung steht, Ausdruck einer schweren Persönlichkeitsstörung, einer Borderline-Störung oder narzisstische Störung (Rohde-Dachser 1983; Dulz u. Schneider 1999) ist, wie sie auf dem Hintergrund einer zugespitzten Pubertäts- und Adoleszenzkrise einzuordnen ist, und welche Funktion sie im Zusammenhang mit dem Familiensystem hat. Ist eine psychotische Entwicklung anzunehmen, die mit Suizidgedanken einhergeht, ist die Einschätzung des Suizidrisikos nicht schwierig. Die Suizidgefahr ist immer hoch, die Beziehungsfähigkeit ist gestört. Es müssen schützende Maßnahmen eingeleitet werden und eine medikamentöse Behandlung ist neben psychotherapeutischen Maßnahmen erforderlich. In allen anderen Fällen ist die Einschätzung sehr schwierig. Gleichzeitig müssen aber die Interventionen sehr genau geplant sein. Sie müssen das Kind oder den Jugendlichen vor einer destruktiven Handlung schützen (dies ist oberste Priorität). Sie dürfen gleichzeitig nicht zu sehr in das normale Leben eingreifen, um die Tendenz zur Regression in eine abhängige, hilflose Position und die Identifizierung mit der Rolle als „Patient“ entgegen zu wirken. Sie dürfen nicht zu sehr auf Progression ausgerichtet sein, um die Jugendlichen nicht zu überfordern. Zur Einschätzung und Planung ist die Kombination eines psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung mit einer systemischen Sichtweise der Beziehungen hilfreich. Alle Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter sind auf dem Hintergrund der entwicklungsspezifischen Anforderungen der Altersgruppe zu verstehen. Insbesondere müssen bei Jugendlichen die Bedingungen der Pubertät und Adoleszenz berücksichtigt werden.

### 3 Adoleszenz und Krise

Pubertät und Adoleszenz sind die großen Entwicklungskrisen, die Heranwachsende zu bewältigen haben (Erikson 1980). Die Adoleszenz lässt sich nach Blos (1962) in vier Phasen einteilen, die in Hinblick auf die Triebentwicklung und Entwicklung der Objektbeziehung unterschieden werden können (s. a. Bürgin 2001), die Voradoleszenz (Pubertät), Frühadoleszenz, die Mit-Adoleszenz, die Spätadoleszenz (etwa 17.–21. Lj.) sowie die Nachadoleszenz. Die Adoleszenz beinhaltet an sich und notwendig eine narzisstische Krise (Henseler 1974). Die Aufmerksamkeit ist in hohen Maße auf sich selbst gerichtet, das Selbstgefühl wechselt von Größenphantasien zu Minderwertigkeitsgefühlen und Angst. Selbstwerdung, Selbstwertschätzung, Selbstwahrnehmung sind die zentralen Themen (Bürgin 1988; Blos 1962). Die Entwicklungsanforderung ist die Wandlung und Reifung der gesamten Persönlichkeit aus dem Kind-Sein zum Erwachsen-Sein. Eine Labilisierung der Persönlichkeit sowie der Verhaltensmuster und Anpassungsleitungen ist notwendige Voraussetzung, um genügend kreativ, flexibel und aufnahmebereit auf die Anforderungen der inneren und äußeren Entwicklung reagieren zu können. „Die Loslösung von den mächtigen infantilen Liebesobjekten, der Einbruch sexueller Erregung, verwirrende körperliche Empfindungen, diffuse Angstzustände, die Umwandlung der Selbstbilder im Lichte der Genitalität und die seelische Integration überfordern das adoleszente Ich in vielfältiger Weise. Durch die Erschütterung der seelischen Binnenstruktur werden auch die Grenzen zwischen Innen und Außen in einer spezifischen Weise durchlässig“ (Bohleber 2004, S. 231). Charakteristisch ist das Vorherrschen ambivalenter Bedürfnisse nach Aufgehobensein und Unabhängigkeit, Geborgenheit, Schutz und Selbstbestimmung. Lösung, Trennung und Verselbstständigung sind Entwicklungsleistungen, die nicht neu sind, sondern ihren Ursprung bereits in Verselbstständigungsleistungen der frühen Kindheit haben. Entsprechend werden Konflikte aus früheren Entwicklungsphasen rekapituliert und in einem weiteren Schritt integriert. „Die Adoleszenz, insbesondere die frühe Adoleszenz, ist durch starke, vor allem negative Emotionen wie Trauer, Ärger, Wut, emotionale Distanz und Depression gekennzeichnet. Emotionsregulierung ist hier besonders wichtig“ (Seiffge-Krenke 2004, S. 158). Wichtig ist in der Zeit der Pubertät und Adoleszenz die Abwendung von den Eltern und die Hinwendung zu Gleichaltrigen. „Eltern, die während dieser Phase sehr gebraucht werden, geraten in Verwirrung über ihre Rolle. Sie stellen fest, dass sie viel Geld bezahlen, um ihre eigenen Kinder in die Lage zu versetzen, sich über sie lustig zu machen. ... Oder sie stellen fest, dass sie gebraucht werden als Menschen, die man vernachlässigt ...“ (Winnicott 1965, S. 321). „Es gibt nur ein Heilmittel für die Adoleszenz: das Verstreichen der Zeit und den Übergang des Heranwachsenden ins Erwachsenenendasein“ (Winnicott 1965, S. 322). Allerdings kommt es bei Heranwachsenden zu vielfältigen und oft auch gravierenden Störungen, Entwicklung von Süchten, psychosomatischen Erkrankungen, Ausbruch schwerer psychiatrischer Erkrankung und einer hohen Anfälligkeit für suizidale Entwicklungen (Laufer u. Laufer 1984). Die Konflikte, die die Jugendlichen zu lösen haben, kreisen um Verselbstständigung mit der Angst, verlassen zu werden und verloren zu gehen, versus Geborgenheit, mit der Angst, sich selbst zu verlieren. Damit verbunden sind Schuldkonflikte

und Versagensängste. Die Verunsicherung der eigenen Person ist groß und entsprechend groß ist die narzisstische Kränkbarkeit. Die Trennung einer Liebesbeziehung oder ein Streit mit den Eltern kann so grundsätzlich kränkend wirken, dass die ganze Person als zerstört, unwert, unwichtig erlebt wird. In der narzisstischen Krise besteht die Gefahr, dass schon erreichte autonome Leistungen zeitweise oder ganz verloren gehen. Wenn die Reifung der Persönlichkeit durch ungelöste Konflikte aus früheren Lebensphasen zu sehr beeinträchtigt ist, oder/und wenn die äußeren Lebensbedingungen keine Reifung zulassen, können die notwendigen Entwicklungsschritte der Reifung, Individuation und Verselbstständigung zu existenzbedrohenden Krisen werden. Der altersentsprechenden Verunsicherung des Selbstgefühls und Selbstwert-Systems, verbunden mit Gefühlen der Trauer, des Schmerzes, der Angst und der Wut, haben Jugendliche nichts anderes entgegenzusetzen als die Erfahrungen ähnlicher, mehr oder weniger erfolgreich bewältigter früher Lösung und Individuationsleistungen. Sind die äußeren und inneren Bedingungen des Lebens für die Jugendlichen und die Familien entweder zu instabil oder auch zu starr und festgefahren, kann sich die Entwicklungskrise zu einer Krise ausweiten, die die psychische und physische Gesundheit bedroht (Erikson 1980; Wunderlich 2004). Der Wechsel von Zuwendung und Abwendung anderer Menschen, von Geborgenheit und Einsamkeit, die Ambivalenz der eigenen Bedürfnisse und Wünsche nach Regression in die Kindheit und Progression in das Erwachsenwerden kann dann schwer ausgehalten werden. Gefühle, besonders aggressive Impulse, können zu einer Gefahr für das psychische Gleichgewicht werden. Progressive Impulse, aggressive, auf Autonomie drängende Bedürfnisse, können sich umkehren, gegen die eigene Person gerichtet werden und werden dann zu einer Bedrohung für die psychische Stabilität. Die Beziehung zu sich selbst, das Selbstbewusstsein, ist verunsichert, der Selbstwert wird eher negativ definiert, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Wünsche und Impulse ist von Angst und Ablehnung begleitet, die Körperwahrnehmung ist von Fremdheit bestimmt.

#### **4 Suizidalität als Ausdruck einer Beziehungsstörung**

Die suizidale Gefährdung zeigt an, dass sich die Entwicklungskrise in eine destruktive Richtung zugespitzt hat. Die „normale“ Pubertäts- und Adoleszenzkrise kann nicht mehr konstruktiv bewältigt werden. In der Suizidalität drückt sich ein Kampf gegen sich selbst aus. Etwas in der eigenen Person, im eigenen Körper wird als feindselig und vernichtenswert empfunden und angegriffen (Bürgin 2004), wobei das Bild von sich selbst unklar, diffus und inakzeptabel geworden ist. Die eigene Person wird als gestört, störend und unhaltbar empfunden, die Beziehung zu anderen Menschen als belastend, störend und unzulänglich erlebt. Die Schwierigkeiten, mit sich und anderen befriedigende Beziehungen zu erleben, die Ängste vor einer Wiederholung schmerzhafter Erfahrungen, die Vermeidung bedrohlicher Gefühle der Ohnmacht, Wut, Hass und die Wiederbelebung früh abgewehrter aggressiver Impulse können zu einer Resignation führen. Suizidale Impulse können auch als Versuch verstanden werden, die Gefühle zu steuern und nicht Verbalisierbares durch Handlungen auszudrücken (Schnell 1992). Der Suizidversuch wird als eine letzte

Rettung des Selbst durch eine (scheinbar) autonome Handlung eingesetzt (Kind 1992). Er ist auch eine Art Selbstheilungsversuch, der von der (unbewussten) Phantasie bestimmt ist, etwas in der eigenen Person müsse zerstört werden, damit anderes, Wertvolles, erhalten bleiben kann. Das Ziel ist den Zusammenbruch der eigenen Persönlichkeit, eine bedrohliche regressive Bewegung aufzuhalten und einen Zustand der Konfliktlosigkeit, Harmonie und Geborgenheit, eine Einheit mit sich selbst zu erreichen, und so eine Individuation zu erzwingen, die anders nicht mehr erreichbar scheint. Aber auch die massiven, aggressiven Impulse sollen ausgedrückt werden. Die ambivalent besetzten Objekte sollen zudem vor dem Ausmaß der eigenen Aggressionen geschützt, aber gleichzeitig getroffen werden (Wetzel 1988). Die Beziehungsstörung betrifft nicht nur den einzelnen Menschen, sondern das gesamte Familiensystem oder die soziale Wohngruppe. Die Beziehung zu anderen Menschen wird nicht mehr als positiv, schützend und haltend empfunden. Konflikte, Gefühle und Affekte scheinen die Beziehung grundsätzlich zu bedrohen. So entschwindet die Möglichkeit, sich jemandem anzuvertrauen immer mehr. Mit der Zuspitzung der Krise wird auch das Selbstbild immer mehr von Gefühlen, unzulänglich, falsch zu sein, versagt zu haben oder gestört, „verrückt“ zu sein, bestimmt. Es entsteht eine innere Anspannung widersprüchlicher und unverständlicher Gefühle, begleitet von Angst und Unruhe. Im Augenblick des Suizidversuchs ist die Beziehungsstörung vorherrschend. Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche, die keinen Suizidversuch gemacht haben, aber von Suizidgedanken gequält werden oder sich immer mehr und intensiver mit dem Gedanken beschäftigen, richten in der Regel noch Botschaften nach außen, machen so auf sich aufmerksam. Es scheint noch ein Rest einer inneren Überzeugung vorhanden zu sein, dass die Beziehungen zu anderen Menschen bedeutsam sind, oder dass sie selbst für andere Menschen eine Bedeutung haben. Wird ein Suizidversuch unternommen oder ein Suizid vollzogen, scheint der innere Rückzug weiter vorangeschritten zu sein. Die innere Überzeugung, ein Gefühl, dass Bindung und Beziehung einen Sinn haben, scheint verloren gegangen zu sein oder war nie besonders fest verankert. Suizidalität bezeichnet einen Zustand, in dem das Gefühl, in Beziehungen zu leben und gehalten und getragen zu werden, immer schwächer zu werden droht und die Aktivität gleichzeitig immer mehr darauf gerichtet ist, jegliche Beziehung abubrechen. Es kommt zu einem „Entwicklungszusammenbruch“ (Laufer u. Laufer 1984).

Suizidale Gefährdung und Beziehungsstörung stehen zueinander in einem dynamischen Verhältnis. Je umfassender die Beziehungsstörung ist, desto größer ist die suizidale Gefährdung und je größer die suizidale Gefährdung, desto weiter breitet sich die Beziehungsstörung aus.

Dies kennzeichnet die suizidalen Dynamik bei allen Krankheitsbildern, von der psychotischen Entwicklung, der Suizidalität bei schweren Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen, narzisstischen Störungen), der Suizidalität auf der Grundlage einer schweren Traumatisierung, einer depressiven Entwicklung bis hin zur Suizidalität als Ausdruck einer Pubertäts- und Adoleszenzkrise. Das Ausmaß der Beziehungsstörung ist unterschiedlich und die Geschwindigkeit, in der eine „normale“ Krise eine destruktive Entwicklung nimmt, ist völlig anders. Ebenso sind natürlich die notwendigen Maßnahmen zur Krisenintervention andere (Schnell 2003; Meurer 2004).

Will man versuchen, die Beziehungsstörung zu erfassen, müssen immer gleichzeitig mindestens zwei Verständnisebenen herangezogen werden, die intrapsychische und die interaktionelle Ebene. Die innere Beziehungsdynamik umfasst die Art der Beziehung zu sich selbst, die die Objektrepräsentanzen, die verinnerlichten Bilder der Beziehungserfahrung zu wichtigen und prägenden anderen Menschen, einschließt. Die interaktionelle Ebene beschreibt die Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen. Die „äußere“ Beziehungsgestaltung und die „innere“ reflektieren sich nicht nur gegenseitig, sie stehen auch in einer dynamischen Beziehung zueinander. Die verinnerlichten Beziehungserfahrungen prägen die Haltung zu sich selbst ebenso wie die Erwartungen und Enttäuschungen, die Art der Kontaktaufnahme, der Offenheit oder Zurückgezogenheit und der Nähe-Distanzregulierung. Eine verinnerlichte positive Erfahrung, gehalten zu sein, geborgen zu sein, ist die Vorraussetzung, um in sich ein positives Selbstbild aufrechterhalten zu können. Die verinnerlichte Erfahrung einer destruktiven Beziehung jedoch, z. B. entstanden durch Misshandlungen oder Missbrauch, erschwert es, sich selbst in seinen Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten zu akzeptieren. Die Erfahrung, nicht gespiegelt zu werden, nicht gesehen oder nicht verstanden zu werden, erschwert es auch, sich selbst wahrzunehmen, über sich nachzudenken, sich zu verstehen, aber auch Verständnis für andere zu entwickeln und den anderen in seinen Bedürfnissen als eigenständige Person anzuerkennen.

## 5 Familie

Die Suizidalität des Kindes oder Jugendlichen ist immer auch der Ausdruck einer Störung im Familiensystem. Die Botschaft richtet sich in erster Linie an die Eltern. Lebt das Kind oder der Jugendliche in einem Heim oder einer Wohngemeinschaft, sind die Betreuer auch immer Träger der Elternrolle und so Träger der Elternübertragungen. Erwartungen, Enttäuschungen, Sehnsüchte, die den Eltern gelten, werden auf die Betreuer projiziert. Ein Suizidversuch ist oft das letzte Mittel, andere auf die eigene Not aufmerksam zu machen. Er drückt den Wunsch aus, dem Leben, etwas Unerträglichem im eigenen Leben ein Ende zu machen ebenso aus wie die Hoffnung, andere zu Hilfe holen zu können (Schnell et al. 1985).

Ein typisches Muster einer „suizidalen Familiendynamik“ lässt sich nicht feststellen (Bründel 1993; Wunderlich 2004). Wohl können Faktoren wie Trennung, Scheidung, Missbrauch und Misshandlungen zu der Entwicklung einer suizidalen Dynamik beitragen. Entscheidend ist es jedoch, die Suizidalität eines Kindes und Jugendlichen als eine Entwicklung bestimmter Bedingungen in der Entwicklung und im Familiensystem zu begreifen (Orbach 1990). Einige Bedingungen lassen sich zusammenfassen, die die Entwicklung einer destruktiven Dynamik begünstigen:

- Ist das Familienklima durch Destruktivität bestimmt, herrschen gewaltsame Auseinandersetzungen vor, bei denen das Kind naturgemäß das schwächste Glied ist, ist die Kommunikation durch Befehle, Vorwürfe bestimmt, werden die Konflikte durch das Recht des Stärksten und des Lautesten gelöst, ist es leicht nachzuvollziehen, dass ein Kind oder Jugendlicher in eine schwere Krise geraten kann.

- Misshandlungen und sexueller Missbrauch sind ebenso Bedingungen, die eine Entwicklung hemmen und den Aufbau eines stabilen Selbstvertrauens unmöglich machen.
- Verheerend wirken aber auch die versteckten Abwertungen, die psychischen Misshandlungen, wenn ein Kind ständig als „zu blöd“, „zu nichts nutze“ u. ä. beschimpft wird oder auch Äußerungen fallen wie: „Wenn ich gewusst hätte, wie du bist, hätte ich gleich abgetrieben.“ Ein Kind oder Jugendlicher kann zum Sündenbock in der Familie werden. Auf ihn werden alle ungeliebten eigenen Anteile wie Versagen, Schwäche, Ängste projiziert.
- Die Zuschreibungen können aber auch wesentlich subtiler verlaufen. Ein Kind kann die Aufgabe haben, die Eltern von ihren Problemen abzulenken, die Eltern zu beschäftigen, damit sie nicht die Leere in ihrem Leben erkennen.
- Besonders in der Phase der Ablösung von den Eltern kann ein Jugendlicher seine Selbstständigkeit „opfern“, um den Eltern oder einem Elternteil nicht seinen/ihren Lebensinhalt zu rauben. Werden die Kinder erwachsen und verlassen die Eltern, kommt es nicht selten zu einer Ehekrise. Die Eltern müssen ihr Leben ebenso neu definieren. Die Lebensphase der Kindererziehung ist vorbei und es folgt ein Lebensabschnitt, in dem sie sich wieder als Paar einander zuwenden können. Dann stellt sich die Frage, wie viel Gemeinsames es außer der Sorge um die Kinder noch gibt (King 2003).
- Wendet ein Elternteil suizidale Handlungen oder Drohungen an, kann dies beim Kind als Muster für Problemlösungen früh verankert sein. Ein resignativer Bewältigungsstil prägt dann die Möglichkeiten zur Konfliktlösung (Orbach 1990).

Kinder zeigen ihre innere Not häufig durch zwei Verhaltensweisen. Entweder reagieren sie mit einem Rückzug in sich selbst, werden depressiv oder sie reagieren mit sozial unangepasstem Verhalten, werden aggressiv, fallen durch „Clownereien“ in der Schule auf. Im ersten Fall kann es passieren, dass die Eltern, besonders dann, wenn sie durch innere oder sozialen Faktoren selbst stark belastet sind, dieses Verhalten begrüßen. Das depressive Kind macht zunächst einmal nicht soviel Mühe, scheint angepasst, stellt keine großen Anforderungen. Im zweiten Fall werden Sanktionen nötig. Nach einiger Zeit ist dann die Kommunikation in der Familie nur noch von Vorwürfen, Strafen, Anweisungen bestimmt. Das Kind entwickelt verstärkt das Gefühl, nur noch falsch, nur noch eine Belastung zu sein. Die suizidale Handlung hat das Ziel, die Eltern von den ständigen Mühen mit dem Kind zu entlasten. Im Kind hat sich die Überzeugung entwickelt, schlecht und unnütz zu sein und den Eltern einen Gefallen zu tun, wenn es nicht mehr da wäre.

Jugendliche verhalten sich ihren Eltern gegenüber oft so, als würden sie sie nicht mehr brauchen. Tatsächlich ist aber eine Trennung und Lösung von den Eltern nur möglich, wenn es ein Vertrauen gibt, dass diese wichtigen Personen nicht grundsätzlich verloren gehen. Die Eltern können nur dann „vernachlässigt“ werden, wie Winnicott dies beschreibt, wenn es eine grundsätzliche Sicherheit gibt, in und bei den Eltern „verankert“ zu sein und zu bleiben. Andererseits müssen Jugendliche in der Phase der Ablösung auch immer wieder zum Kind werden dürfen, zu den Eltern zurückkehren dürfen, um sich, ähnlich wie kleine Kinder, die laufen lernen, wieder



Kraft zu holen. Dies ist aber nur möglich, wenn die Eltern aufnehmen können und nach dieser Regression die Kinder wieder loslassen können, wieder verlassen werden dürfen. Haben sie aber selbst Angst vor dem Trennungsprozess, werden sie entweder zu früh loslassen oder den neuen Anlauf zur Loslösung nicht unterstützen können.

## 6 Destruktive Entwicklungen – schwere Persönlichkeitsstörungen

Häufig wird bereits bei Jugendlichen die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt. Tatsächlich scheint es so zu sein, dass, im Vergleich mit den vergangenen Jahren, Persönlichkeitsstörungen bereits in einem immer jüngeren Alter verfestigt sind (zur Epidemiologie der Borderline-Störung vgl. Dulz u. Schneider 1999). Dies ist jedoch eine sehr subjektive Einschätzung aus den Erfahrungen in der Praxis. Dennoch sollte mit dieser Diagnose besonders bei Heranwachsenden vorsichtig umgegangen werden (Kernberg et al. 2001). Schwierig ist die Unterscheidung, ob es sich bei der Entwicklung um eine zugespitzte Adoleszenzkrise handelt, bei der im Moment Stärken und Ressourcen der Persönlichkeit verloren gegangen sind, aber keine strukturelle Störung vorliegt, oder ob die Persönlichkeit durch eine Borderline-Störung oder schwere narzisstische Störung beeinträchtigt ist. Viele Charakteristika der Pubertät und Adoleszenz, Affektlabilität, herabgesetzte Impulskontrolle, labiles Selbstgefühl, Tendenz von Gefühlen überschwemmt zu werden, Störung des Körperbildes, kennzeichnen auch die schweren Persönlichkeitsstörungen. Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sind von einer geringen Selbstkohärenz und Objektkonstanz (die Fähigkeit in sich die Bedeutung des anderen zu bewahren, auch wenn dieser nicht anwesend oder abweisend ist), gekennzeichnet (vgl. Kernberg 1978). Mit anderen Worten, sich selbst zu lieben und fürsorglich zu behandeln, sich selbst einen Wert und eine Bedeutung zuzuschreiben ist ebenso schwierig, wie anderen Bedeutung zuzumessen und Beziehung und Bindung als sinnvoll zu erleben. Die entwicklungsspezifischen Bedingungen der Pubertät und Adoleszenz vermischen sich mit den Kennzeichen der Persönlichkeitsstörungen und machen die Behandlung von solchen Jugendlichen besonders schwierig (Streeck-Fischer 2000). Haltungen, die an sich die Progression fördern könnten, Ablehnung jeder Autorität der Erwachsenen, das spezielle „Heldentum“ des Jugendalters: „Ich kann alles und alles allein“, die Enttäuschung an den Erwachsenen, die Ablehnung der Werte, die Unklarheit über sich selbst („Wer bin ich, wer werde ich sein?“) sowie die alles beherrschende Frage nach dem Sinn führen dann dazu, dass Hilfsangebote abgelehnt oder immer wieder in Frage gestellt werden, dass Strukturen und Regeln unterlaufen werden, dass erwachsenen Behandlern wenig Vertrauen entgegengebracht wird. Der Kampf um die eigene Identität wird aber dann in den Dienst der destruktiven Entwicklung gestellt. Nach einiger Zeit wird die mühsame Entwicklung der Identität ersetzt durch eine Pseudoidentität als „krank“, „verrückt“ oder eben „Borderliner“. In entsprechenden Foren im Internet zum Beispiel unterhalten sich so genannte „Borderliner“ über ihre Störung, Jugendliche verbünden sich miteinander und haben kein anderes Thema mehr als ihre Störung. Die Anstrengungen werden nicht mehr darauf gerichtet, sich weiter zu entwickeln, son-

dern sich vor jeder Veränderung zu schützen. Interventionen, Hilfsangebote werden bereits als Angriff verstanden. Die destruktive Entwicklung wird scheinbar zur wertvollen „Kernidentität“. Da die Persönlichkeit instabil ist und ständig vom Zusammenbruch bedroht ist, wird die Störung dann bald tatsächlich zur einzigen festen Struktur. Im Moment scheint es dann erleichternd, wenigstens etwas Stabiles zu haben, eine Erklärung für das schwer zu ertragende und noch schwerer zu verbalisierende innere Chaos oder die unerträgliche innere Leere zu haben. Nach einiger Zeit besteht das soziale Netz nur noch aus anderen ebenso kranken Jugendlichen und professionellen Helfern. Normale, realistische und altersentsprechende Beziehungsmuster gehen weitgehend verloren. Die Gefahr in Drogenkonsum und Verwahrlosung abzurutschen nimmt zu. Praktisch heißt das, dass diese Jugendlichen häufig in psychiatrischen Kliniken aufgenommen werden, was für eine kurzfristige Krisenintervention durchaus angezeigt sein kann. Ein längerer Aufenthalt führt jedoch selten zu einem Erfolg, verfestigt eher die Identität als „krank“. Hilfreicher ist eine (langfristige) sozialpädagogisch-therapeutische Maßnahme in betreuten Wohneinrichtungen der Jugendhilfe kombiniert mit einer psychotherapeutischen (ggf. auch medikamentösen) Behandlung. Nicht selten bringen jedoch diese Jugendlichen die Betreuer an den Rande ihrer Kapazitäten oder „sprengen“ jede Jugendlichengruppe. Die ständigen Drohungen mit Suizid und auch sich wiederholende Suizidversuche sind eine außerordentliche Belastung. Um sich selbst, die anderen Jugendlichen und den betroffenen Jugendlichen zu schützen, ist dann meist eine Unterbringung in psychiatrischen Abteilungen oder speziellen Kriseneinrichtungen der Jugendhilfe notwendig. Darüber hinaus muss über spezielle Behandlungskonzepte für diese Gruppe von Jugendlichen weiter nachgedacht werden. Dabei scheint eine enge Vernetzung der sozialpädagogischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung außerordentlich wichtig.

#### **Exkurs: Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten**

Selbstverletzendes Verhalten reicht von oberflächlichem „Ritzen“, dass ständig an verschiedenen Körperstellen, meistens jedoch konzentriert auf einen Körperteil, wiederholt wird, über selbst zugefügten Verbrennungen, Haare ausreißen bis zu tiefem Schneiden mit erheblichen Verletzungen. Obwohl Selbstverletzungen und Suizidversuche häufig gleichzeitig oder nacheinander auftreten und auch in ihrem dynamischen Verständnis Ähnlichkeiten aufweisen, sind sie doch unterschiedlich zu verstehen. Selbstverletzungen sind keine versteckten oder misslungenen Suizidversuche. Sie dienen dazu, emotionale Zustände zu regulieren, die das innere Gleichgewicht bedrohen. „Das Verhalten, das von den Außenstehenden als gewalttätig erkannt wird, erlebt der Jugendliche als Möglichkeit, mit einem unerträglichen Zustand des Selbst umzugehen oder ihm vorzubeugen“ (Doctors 2004, S. 271). Selbstverletzungen dienen insofern, und dies ist eine Ähnlichkeit mit dem Suizidversuch, zur Selbstregulation und zur Abwehr. Während der Suizidversuch sich auf die Vernichtung der ganzen Person richtet, scheint es bei den Selbstverletzungen noch gelungen zu sein, das zu Bekämpfende, Feindliche und Bedrohliche gleichsam in einem Teil des Körpers zu „bündeln“, der dann Ziel des Angriffs wird. Der Körper wird, als Träger des Selbst, in Teilbereiche untergliedert. Indem ein Teil angegriffen



wird, werden die anderen „Teile“ geschützt. Nach der Selbstverletzung tritt eine Beruhigung ein, die Körpergrenzen können wieder gespürt werden, eine gewisse Struktur ist wieder intakt gesetzt (Sachsse 1994). Nicht selten kommt es dann zu Suizidversuchen, wenn diese Form der Selbstregulierung nicht mehr die angestrebte Wirkung erreicht.

## 7 Diagnostik der Suizidalität

Für die Einschätzung, wie gefährdet ein Kind oder Jugendlicher ist, eine Suizidhandlung zu begehen, ist die Einschätzung der akuten Krise sowie der zugrunde liegenden Störung der Persönlichkeitsentwicklung wichtig. Die Klärung, inwieweit noch ein stabiles soziales Netz und stützende und tragende Beziehungen vorhanden sind, ist besonders für die Planung der Interventionen wichtig. Dabei muss auch die Belastbarkeit der Familie Berücksichtigung finden.

Die Diagnostik muss mehrdimensional sein. Sie umfasst die Erfassung struktureller Gesichtspunkte, der aktuellen Konflikte und der Beziehungskonstellationen unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren sowie die Beurteilung ihrer Wechselwirkungen für die individuelle Problematik des Hilfesuchenden (Schnell 1992).

Um eine diagnostischen Einschätzung der suizidalen Gefährdung zu erarbeiten halte ich, in Anlehnung an die Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppe „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD 2004; OPD-KJ 2001), die gleichzeitige Betrachtung verschiedener Ebenen für hilfreich: die *Ebene der Konflikte*, die Einschätzung der *Struktur*, der *Beziehungsfähigkeit*, der *psychosomatischen Beschwerden*, die Zuordnung zu einer *Risikogruppe*.

Die Einschätzung der *Konfliktebene* umfasst

- die Erfassung des aktuellen Konfliktthemas;
- die Erfassung der zugrunde liegenden Konfliktthematik sowohl in Bezug auf den Einzelnen als auch in Bezug auf die Familie oder andere (soziale Wohngruppe);
- die Erfassung der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung (aktuell, grundsätzlich);
- den Zusammenhang zwischen aktuellem Konflikten und aktuell vorherrschender Konfliktthematik.

Die *Strukturdiagnostik* entsteht aus Beobachtung und Wahrnehmung

- der Schilderung wichtiger Interaktionen mit anderen aktuell und in der Vergangenheit,
- der in der Krisenintervention, besonders im Erstgespräch zu beobachtenden Interaktionen und Kommunikation zwischen den Anwesenden,
- der Wahrnehmung der eigenen Gegenübertragung.

Die Einschätzung der Struktur umfasst das Ausmaß der Entwicklungsstörungen (Persönlichkeitsstörung und zugespitzte Pubertäts- bzw. Adoleszenzkrise) und erlaubt damit auch einen Blick auf die Ressourcen.

Struktur wird in der OPD definiert als: „Die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in der Beziehung zum Anderen“ (2004, S. 71). Sie bezeichnet eine, für den

Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens, die im interaktionellen Handeln und in der Beziehungsgestaltung sichtbar wird.

Besonders im Zusammenhang mit einer akuten Krise muss bei der Einschätzung der Reife der Struktur unterschieden werden zwischen der habituellen Struktur und der krisenbedingten strukturellen Auffälligkeit (Regression). In der akuten Krise steht die Störung des narzisstischen Gleichgewichts im Vordergrund. Selbstzweifel, Gefühle der Wertlosigkeit, Ratlosigkeit und Verunsicherung bis hin zu Depersonalisierungsgefühlen bestimmen das Selbst- und das Beziehungserleben. Die Einschätzung, inwieweit eine grundsätzliche Störung der Selbstentwicklung jetzt dominant wird oder eine akute Krise auf einer grundsätzlich relativ stabilen Persönlichkeit ruht, ist für die Planung der Interventionen entscheidend wichtig.

Folgende Anhaltspunkte können für eine Einschätzung hilfreich sein:

- Wie und mit welcher emotionalen Tönung wird über sich selbst gesprochen?
- Wie ist das Selbstwertgefühl und die Selbsteinschätzung der eigenen Handlungskompetenz?
- Wie geht der Jugendliche mit sich selbst um, d. h. wie nimmt er oder sie die eigenen Bedürfnisse nach Essen, Trinken, Schlafen wahr und wie verhält er sich zu diesen?
- Wie wird in der Familie mit den Grundbedürfnissen umgegangen, d. h. welche Kompetenzen einer „mütterlichen“ Fürsorge gibt es in der Familie?
- Wie wird (bei dem Einzelnen und in der Familie) mit den Intimitätsgrenzen umgegangen?
- Wie wird der eigene Körper wahrgenommen? Überwiegt ein grundsätzlich negatives, positives oder diffuses Körper-Bild?
- Welchen Veränderungen war die Selbsteinschätzung in der letzten Zeit ausgesetzt und wie war die Selbstwahrnehmung und Körperwahrnehmung früher?
- In welcher Weise und mit welchen Gefühlen werden andere geschildert? Gibt es differenzierte Schilderungen, also unterschiedliche Wahrnehmungen oder überwiegen Pauschalisierungen?
- Wieweit ist der Jugendliche in der Lage, seine Handlungen zu kontrollieren? Kann er oder sie zusagen, keine destruktive Handlung zu begehen oder fühlt er oder sie sich durch scheinbar fremde Kräfte bestimmt?

Das Ausmaß der *Beziehungsstörung* wird durch Informationen, Erzählungen über sich und die anderen und durch die Beobachtung, wie die Beziehung in der Gesprächssituation gestaltet wird, eingeschätzt:

- Wie erlebt der oder die Jugendliche sich selbst?
- Wie wird er oder sie nach seinen Erzählungen von anderen erlebt?
- Wie erlebt der Beobachter ihn/sie im Erstgespräch (Gegenübertragung).

Im Beziehungsverhalten drückt sich die Kompromissbildung zwischen den bewussten und unbewussten Beziehungswünschen mit den damit verbundenen Ängsten und Befürchtungen und die Einstellung auf die Wünsche des Anderen aus. Ein Beziehungsverhalten ist dann gut gelungen, wenn die eigenen Wünsche und Bedürfnisse in einer Weise an den Anderen gerichtet werden können, die die besten Chan-

cen für die Befriedigung dieser Wünsche bietet. D. h. es muss eine Fähigkeit zum Aufschub der Bedürfnisse gebildet sein, Fähigkeiten zur Abwehr vorhanden sein, Frustrationstoleranz und Angsttoleranz entwickelt worden sein und die Fähigkeit zur Einfühlung in den Anderen, sowie die Anerkennung des Anderen als eine Person mit eigenen Rechten und Bedürfnissen entwickelt worden sein. Je eingeschränkter diese Fähigkeiten sind, desto weniger gut gelingen Beziehungen. Das Beziehungsverhalten automatisiert sich, wird rigide, kann nicht mehr verschiedenen Situationen angepasst werden. Immer mehr müssen Beziehungsmuster so gestaltet werden, wie sie bekannt sind. Neue Erfahrungen bedrohen die Stabilität und werden so den vorhandenen, einschränkenden Mustern untergeordnet oder vermieden. Differenzierte Beziehungen ermöglichen jedoch Flexibilität und tragen zur Reife und Entwicklung der Ich-Struktur bei und helfen, schwierige, konfliktbelastete Beziehungserfahrungen zu bewältigen.

Die Beziehungsdiagnostik in der suizidalen Krise erfasst die aktuellen konflikthaften und die stützenden und tragenden Beziehungen. Ist die Beziehungssituation im Moment zu konfliktbelastet oder gibt es zurzeit keine als hilfreich und wohlwollend erlebten Beziehungen, kann es erforderlich sein, den oder die Jugendliche aus seinem sozialen Umfeld herauszunehmen, um zunächst eine Beruhigung eintreten zu lassen.

- Gibt es aktuell konfliktbelastete Beziehungen und/oder positive, stabilisierende Beziehungen?
- Mit welcher Gefühlsintensität werden die Beziehungen geschildert?
- Wie ist der vorherrschende Kommunikationsstil und der Umgang mit Konflikten in der Familie?
- Welche Beziehungen haben sich in der Vergangenheit verändert, und welche Anlässe gab es dafür?
- Welche Beziehungen waren früher tragend und stabilisierend?
- Welche Wünsche nach Veränderung sind bei jedem Beziehungspartner an sich selbst und an die anderen vorhanden, damit das Leben als befriedigend empfunden werden kann?
- Welche Qualität nimmt die Beziehung in dem Kontakt in der Krisenintervention an?

Allgemein kann man sagen: Gelingt der emotionale Kontakt im Gespräch nicht gut, ist der oder die Jugendliche in wenige oder keine sozialen Kontakte, die ihm wichtig sind, eingebunden, werden Beziehungen nur noch als misslungen wahrgenommen, dann ist die suizidale Gefährdung groß.

*Psychosomatische Störungen* sind bei den meisten Jugendlichen festzustellen (Löchel 1986). Oft sind sie die ersten Hinweise auf eine sich zuspitzende Krise. Körperempfindungsstörungen sind ebenso vorhanden wie diffuse Kopf- und Bauchschmerzen, Unterleibsbeschwerden bei weiblichen Jugendlichen sowie Essstörungen und Schlafstörungen. Die Beschwerden haben natürlich unmittelbar Einfluss auf die Körperwahrnehmung. Im extremen Fall wird der Körper wie ein Fremdkörper wahrgenommen (Lehmkuhl 2004). Seine Bedürfnisse werden negiert und bekämpft. Entwicklungsstörungen drücken sich dann besonders oder nur in einer körperlichen

Symptomatik aus, wenn die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und die Symbolisierungsfähigkeit gestört ist.

Psychosomatische Beschwerden sagen etwas aus über die Möglichkeiten, die innere Not in Wort zu fassen und zu kommunizieren sowie über die „Familientradition“ im Umgang und Wahrnehmung von Problemen (Krankheit kann an die Stelle von Konfliktlösung getreten sein, mit Krankheit kann Druck ausgeübt werden, durch Krankheit kann der Rückzug verstärkt werden).

*Zuordnung zu einer Risikogruppe:* Das Risiko einer suizidalen Gefährdung ist hoch, wenn einige der folgenden Merkmale zutreffen:

- frühere Suizidversuche;
- Suizid und Suizidversuche in der Familie;
- gewaltsame, traumatische Trennungserlebnisse, z. B. durch Tod;
- Gewalterfahrungen (Misshandlungen, Gewalt zwischen den Eltern, sexuelle Traumatisierungen);
- zugespitzte äußere Problemsituationen wie Wohnungswechsel (Schulwechsel), Trennung der Eltern, finanzielle Belastungen, Krankheiten, Arbeitslosigkeit;
- selbstschädigendes Verhalten wie Schneiden, Essstörungen, erhöhte Unfallneigung;
- Hinweise auf eine beginnende psychotische Entwicklung;
- Medikamenten-, Alkohol- und/oder Drogengebrauch.

Die Einschätzung der suizidalen Gefährdung, die die Strukturebene, die Konfliktebene und die Beziehungsfähigkeit berücksichtigt, ermöglicht es, zu einem relativ umfassenden Bild der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur und der aktuellen Gefährdung zu gelangen. Jedoch muss die Einschätzung besonders im Jugendalter immer wieder relativiert werden. Therapeutische Interventionen müssen einerseits vor einer destruktiven Handlung schützen, andererseits aber so angelegt sein, dass die Selbstheilungskräfte der Betroffenen und des sozialen Systems (Familie oder soziale Wohngruppe) bald wieder zur Verfügung stehen. Besonders sollte eine Chronifizierung und einer Identifizierung mit der Rolle als „Gestörter“ und „Kranker“ früh entgegengewirkt werden.

Insbesondere der Einschätzung der Beziehungsfähigkeit kommt eine hohe Bedeutung für die Einschätzung des Ausmaßes der Störung und der Gefährdung zu. Dabei ist ein sehr wichtiger Anhaltspunkt, wie sich die Beziehung in der Krisenintervention gestaltet. In welcher Weise der Jugendliche oder das Kind sich in dem Gespräch seinem Gegenüber so mitteilen kann, dass ein emotionaler Austausch möglich wird und inwieweit er selbst noch in der Lage ist, sich von einem anderen Menschen innerlich berühren zu lassen, zeigt unmittelbar die Tragweite der aktuellen Beziehungsstörung an. Kann ein Jugendlicher oder Kind kaum oder keine Beziehung zu seinem Gegenüber mehr aufbauen und hat er oder sie sich aus seinem sozialen Kontext bereits weitgehend isoliert, ist das Suizidrisiko hoch.

Die Reaktion, die der Jugendliche oder das Kind in dem Helfer auslöst, ist ein wichtiges Kriterium für die Einschätzung. Allerdings muss der Helfer in der Lage sein, seine Gefühle und Ängste zu reflektieren. Er muss wissen, welche seine Schwächen und Stärken sind, wo seine „blinden Flecken“ sind und wie er persönlich mit Ängsten umgeht. Dann kann er unterscheiden, welche emotionalen Reaktionen sei-

ne eigenen sind und welche von dem Anderen in ihm ausgelöst werden, und versuchen Zusammenhänge zu der Beziehungsgestaltung des Anderen zu verstehen. Die Einschätzung des Suizidrisikos mit Hilfe der eigenen emotionalen Reaktion stellt selbstverständlich eine hohe Anforderung an den Helfer. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass die Begegnung mit einem Menschen in einer suizidalen Krise und insbesondere mit suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen eine Begegnung an der „Grenze“ ist. Eigene emotionale Erlebnisbereiche, wie Gefühle der Verzweiflung, der Angst und Hilflosigkeit, der Wut und der Ohnmacht, werden angesprochen.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2004): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. 4., korr. Aufl. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hg.) (2001): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber.
- Doctors, S. (2004): Wenn Jugendliche sich schneiden. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 267–288.
- Döring, G. H.; Witte, M. (2000): Eindrücke zur Situation der Suizidprävention für junge Menschen in Deutschland. Suizidprophylaxe 104: 144–153.
- Dulz, B.; Schneider, A. (1999): Borderline-Störungen – Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Blos, P. (1962): Adoleszenz – eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.
- Bründel, H. (1993): Suizidgefährdete Jugendliche. Weinheim: Juventa.
- Bürgin, D. (1988): Krise als ursprünglicher Ausdruck eines Beziehungsnotstandes in der Adoleszenz. In: Bürgin, D. (Hg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz. Bern: Huber, S. 9–20.
- Bürgin, D. (2001): Bemächtigung und Tod in der Adoleszenz. Psyche 55: 996–1026.
- Bürgin, D. (2004): Psychodynamik und Destruktivität. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 243–266.
- Bohleber, W. (2004): Adoleszenz, Identität und Trauma. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 229–242.
- Erikson, E. (1980): Jugend und Krise. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Henseler, H. (1974): Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek: Rowohlt.
- Käsler, H.; Nikodem, B. (1996): Bitte hört, was ich nicht sage. München: Kösel.
- Kernberg, O. F. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp (Frankfurt a. M. 1990).
- Kernberg, P.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kind, J. (1992): Suizidal. Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- King, V. (2003): Der Körper als Austragungsort adoleszenter Konflikte. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 34: 317–342.
- Laufer, M.; Laufer, M. E. (1984): Adolescence and Developmental Breakdown: A psychoanalytic View. New Haven: Yale Univ. Press.
- Löchel, M. (1986): Psychosomatische Aspekte präsuizidaler Syndrome bei Kindern und Jugendlichen. In: Specht, F.; Schmidtke, A. (Hg.): Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen. Regensburg: S. Roderer, S. 134–145.
- Lehmkuhl, G. (2004): Erklärungsansätze für destruktives Verhalten Jugendlicher am Beispiel von Störungsbildern wie Anorexia nervosa und Borderline-Störung. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 322–340.
- Meurer, S. (2004): „Wenn ich das machen würde... wäre ich ja wirklich tot“ – Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: Müller, W.; Scheuermann, U. (Hg.): Praxis Krisenintervention. Stuttgart: Kohlhammer, S. 195–207.

- Orbach, I. (1990): Kinder, die nicht leben wollen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rohde-Dachser, C. (1983): Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber.
- Sachsse, U. (1994): Selbstverletzendes Verhalten, Psychodynamik – Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidtke, A.; Häfner, H. (1986): Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter in der Bundesrepublik Deutschland. In: Specht, F.; Schmidtke, A. (Hg.): Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen. Regensburg: S. Roderer, S. 27–49.
- Schmidtke, A.; Weinacker, B. (1994): Suizidalität in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern: Situationen und Trends. Suizidprophylaxe 1: 4–16.
- Schmidtke, A.; Weinacker, B.; Fricke, S. (1998): Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. Suizidprophylaxe, Sonderheft, S. 37–49.
- Schnell, M. (1992): Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche. In: Wedler, H.; Wolfersdorf, M.; Welz, R. (Hg.): Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch. Regensburg: Roderer, S. 159–173.
- Schnell, M. (2003): „neuhland – Beratungsstelle und Krisenwohnung, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 34: 427–434.
- Schnell, M.; Brenning, U.; Wetzel, H. (1985): Ihr wollt mich nur loswerden. Ein Bericht aus der Praxis. Pädextra 2: 34–38.
- Seiffge-Krenke, I. (2004): Adoleszenzentwicklung und Bindung In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 156–175.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49: 497–510.
- Weinacker, B.; Schmidtke, A.; Löhr, C. (2003): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch, In: Giernalczyk, T. (Hg.): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wetzel, H. (1988): Suizid. In Asanger, R.; Wenninger, G. (Hg.): Handwörterbuch Psychologie, 4. Aufl. München: Psychologie Verlags Union.
- Winnicott, D. W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt a. M.: Fischer, 1984.
- Wunderlich, U. (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.

**Korrespondenzadresse:** Dipl.-Psych. Monika Schnell, Beratungsstelle „neuhland“, Nikolsburger Platz 6–7, 10717 Berlin.