



Suizidprävention

Impulse zum Umgang mit Suizidalität
in der Distanzierungsarbeit

Schriftenreihe
Heft 13

Von
Rosa Dreyhaupt,
Hannah Strauß,
Lina Hartmann und
Marvin Kraft



Violence
Prevention Network

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Suizid – Eine Annäherung an das Thema	4
2.1 Terminologie	4
2.2 Epidemiologie/Statistik	4
2.3 Risikofaktoren	5
2.4 Schutzfaktoren	5
2.5 Praxisimpuls: Handeln bei akut erscheinender Suizidalität	6
3. Suizidalität im Haftkontext	8
3.1 Epidemiologie/Statistik	8
3.2 Risikofaktoren im Haftkontext	8
3.3 Praxisimpuls: Umgang mit Suizidalität im Haftkontext	9
<i>Exkurs: Psychotherapeutische Versorgung im Vollzug und nach Haftentlassung mit Fokus auf Suizidalität</i>	10
4. Suizidalität im Kontext von Extremismus	12
4.1 Allgemeine Risikofaktoren	12
4.2 Risikofaktoren im Zusammenspiel von Extremismus, Distanzierung und Haft	16
4.3 Praxisimpuls: Selbstfürsorge im beruflichen Umgang mit Suizidalität	16
5. Kontaktliste – Professionelle Anlaufstellen zum Umgang mit Suizidalität	18
6. Literaturverzeichnis	19
7. Literaturempfehlungen	21
Impressum	23

1. Einleitung

Laut *Weltgesundheitsorganisation* (WHO)¹ sterben jedes Jahr mehr als 800.000 Menschen weltweit, weil sie einen Suizid begehen. Hinzu kommen etwa 20-mal so viele Menschen, die im gleichen Zeitraum einen Suizidversuch unternehmen (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016).

Das eigene Leben durch Selbsttötung zu beenden, ist weltweit ein gesellschaftlich relevantes Thema. Oftmals entsteht Suizidalität dann, wenn eine Krise aus der Perspektive der Betroffenen mit eigenen Ressourcen nicht gelöst werden kann und der Tod als scheinbar einzige Lösung wahrgenommen wird. Der Suizid fungiert für Betroffene als Problemlösungsstrategie eines als unaushaltbar erlebten Zustandes.

Dieser Zusammenhang zeigt auch, dass nicht jeder Mensch, der über Suizid nachdenkt, tatsächlich den Willen hat, zu sterben. Oft sind es die aktuellen Lebensbedingungen, unter denen sich Betroffene nicht vorstellen können, weiterzuleben (Fiedler et al., 2020). Diese innere Ambiguität zwischen der Idee unter anderen Bedingungen weiterleben zu wollen und dem Todeswunsch zeigt, dass Suizide verhindert werden können. Ganzheitliche und nachhaltige präventive Maßnahmen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene können Suizidalität demnach beeinflussen.

Angehörige sowie das soziale Umfeld eines Menschen reagieren in der Regel mit Schock, Betroffenheit und Unsicherheit auf einen vollzogenen Suizid. Häufig tun sich Fragen auf, wie: „Wie kommt ein Mensch dazu, sich das Leben zu nehmen?“, „In welcher Krisensituation hat er*sie sich befunden und keinen Ausweg gesehen?“ oder „Hätte das jemand verhindern können?“. Auch Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, die im Themenfeld Extremismus und Distanzierungsprozesse² arbeiten, können mit Suizidalität und

dem Suizid von Klient*innen in Berührung kommen. Radikalisierungsprozesse treffen oft Menschen, die herausfordernde Lebensgeschichten haben und dadurch anfälliger für Krisen mit suizidalem Ausgang sein können. Weitere Risikofaktoren kommen hinzu, wenn Klient*innen inhaftiert sind.

Diese Schriftenreihe richtet sich vor allem an Fachkräfte, die Klient*innen in Distanzierungsprozessen unterstützen, sowie an Interessierte. Der Fokus dieser Publikation liegt darauf, ein allgemeines Bewusstsein für Suizidalität zu schaffen und das zugrunde liegende Leiden von Menschen zu verstehen. Oft findet Distanzierungs- und Deradikalisierungsarbeit in Haft statt. Vor diesem Hintergrund beleuchtet die Publikation explizit die Rolle der Inhaftierung im Kontext von Suizidalität. Dagegen werden phänomenspezifische Erklärungsmuster, die die Ursachen in der extremistischen Ideologie suchen, vernachlässigt.³

Das vorliegende Heft ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird das Thema Suizid mit Blick auf die Allgemeinbevölkerung betrachtet. Darauf aufbauend widmet sich der zweite Teil der Suizidalität im Haftkontext. Abschließend wird das Thema vor dem Hintergrund der Distanzierungsarbeit betrachtet. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf Suizidalität im Kontext von Extremismus in Haft. Ergänzt werden die einzelnen Kapitel durch Praxisimpulse zum Umgang mit Suizidalität in der praktischen Arbeit sowie einen Exkurs mit relevanten Hintergrundinformationen.

3 Für Informationen rund um den Themenkomplex Extremismus und (De-)Radikalisierung verweisen wir unter anderem auf die Veröffentlichungen der Bundeszentrale für politische Bildung zum Thema Extremismus (<https://www.bpb.de/themen/extremismus-radikalisierung/>).

1 Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf. Ihr Ziel ist es, die Gesundheit aller Menschen zu fördern.

2 Begriffe werden entsprechend der Definitionen von Violence Prevention Network (2021) verwendet.

Wenn Sie selbst depressiv sind oder wenn Sie sich mit Suizid-Gedanken tragen, dann kontaktieren Sie bitte die Telefonseelsorge im Internet (www.telefonseelsorge.de) oder über die kostenlosen Hotlines 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222 oder 116 123. Die Deutsche Depressionshilfe ist in der Woche tagsüber unter 0800/33 44 533 zu erreichen.

2. Suizid – Eine Annäherung an das Thema

2.1 Terminologie

Der Begriff Suizidalität beschreibt ein komplexes Phänomen, das innerhalb einer allgemeingültigen Definition schwer zu fassen ist (Fiedler et al., 2021). Hier wird auf die Definition des *Robert Koch-Instituts* zurückgegriffen, wonach Suizidalität dann besteht, „(w)enn Gedanken und Verhalten eines Menschen darauf ausgerichtet sind, sich das Leben zu nehmen“ (Robert Koch-Institut, o. D.). Suizidalität ist dabei graduell auf einem Kontinuum zu differenzieren. Das Phänomen reicht von reinen Suizidgedanken (mit Distanzierungsfähigkeit) bis zu konkreten Planungen sowie der Durchführung von Suizidhandlungen.

Der Begriff Suizid meint eine „bewusste und zielgerichtete Selbsttötung“ (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016). Ein Suizidversuch ist ein bewusstes, auf die eigene Person gerichtetes Verhalten, das intentional herbeigeführt wird und einen potenziell tödlichen Ausgang haben kann. Darunter kann beispielsweise auch selbstverletzendes Verhalten mit einer Selbsttötungsintention fallen.⁴

Die Motive für Suizidalität sind individuell. Oftmals spielt die „Zuspitzung einer besonders stark belastenden und meist konflikthafter seelischen Entwicklung, geprägt durch Gefühle von Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und tiefer Verzweiflung“ (Fiedler et al., 2020) eine entscheidende Rolle. Dabei können psychosomatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit und allgemeines körperliches Unwohlsein begleitend auftreten (ebd.).

2.2 Epidemiologie/Statistik

Laut Zahlen des *Statistischen Bundesamts* haben sich im Jahr 2021 9.215 Menschen in Deutschland suizidiert.⁵ Die Zahl an Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, liegt ungleich höher.⁶

Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, sind die Fallzahlen von Suiziden in Deutschland zwischen 2011 bis 2021 insgesamt um rund neun % gesunken. Zugleich kann seit 2019 wieder ein leichter Anstieg beobachtet werden, der mit verschiedenen gesellschaftlichen Krisenereignissen zusammenhängen könnte.

Verlauf der Suizide in Deutschland von 2011 bis 2021

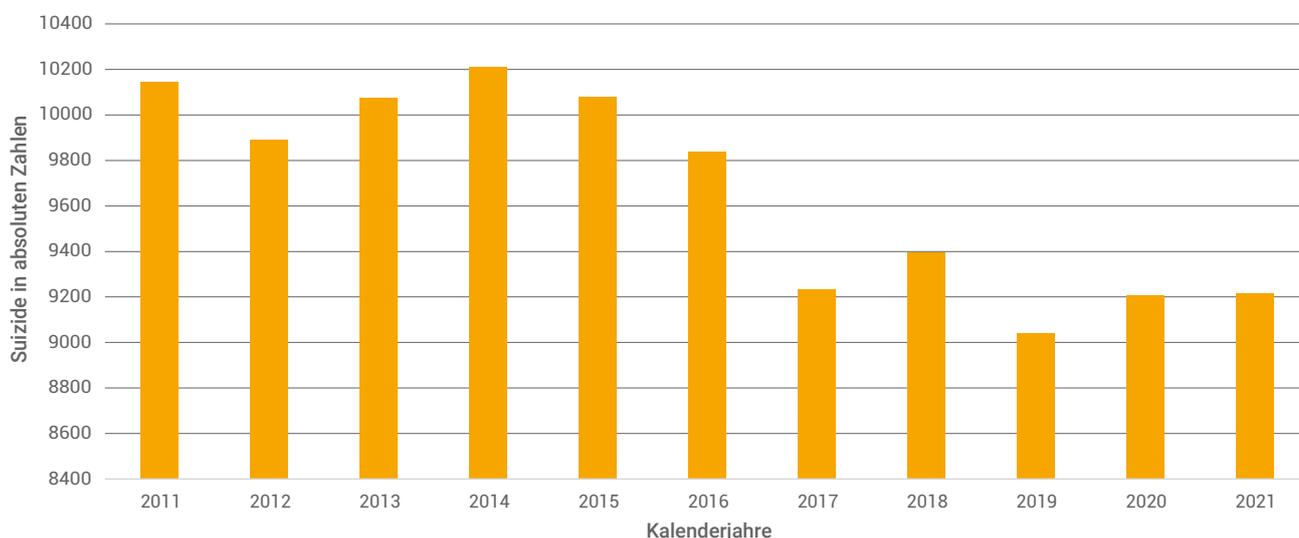


Abbildung 1: Verlauf der Suizide in Deutschland von 2011 bis 2021. Eigene Abbildung.

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 2023.

⁴ Es ist zu konstatieren, dass eine Differenzierung zwischen suizidalem Verhalten und nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten im Hinblick auf die Entwicklung von Interventionen wichtig ist. Zugleich ist die Unterscheidung sowohl aus theoretischer als auch praktischer Perspektive komplex und kann im Rahmen dieses Beitrages nicht fundiert diskutiert werden. Eine ergänzende Publikation zu diesem Thema ist u. a. die Veröffentlichung der Psychologen Petermann, F., und Nitkowski, D. mit dem Titel: „Selbstverletzendes Verhalten“ aus dem Jahr 2008.

⁵ Als Grundlage für die Auswertung nutzt das Statistische Bundesamt die ausgestellten Totenscheine. Es ist davon auszugehen, dass eine höhere Dunkelziffer besteht. In der Regel können beispielsweise Suizide durch Verkehrsunfälle nicht mehr nachgewiesen werden.

⁶ Daten dazu werden nicht systematisch erhoben. Vor diesem Hintergrund liegen nur Schätzwerte vor.

Betrachtet man die absoluten Suizidzahlen über die Jahre hinweg, lassen sich insbesondere zwei Muster erkennen: Zum einen steigt die Anzahl von durchgeführten Suiziden mit zunehmendem Alter an. Zum anderen begehen Männer (circa 75 % aller Suizide) über alle Altersgruppen hinweg häufiger Suizid als Frauen (circa 25 % aller Suizide). Betrachtet man die Zahlen relativ zu allen Todesursachen in Deutschland, ist Suizid in rund 1 % aller Sterbefällen die Ursache (Schelhase, 2022). Erhebungen zu Todesursachen junger Erwachsener zeigen zudem, dass der Anteil der Suizidtode in der Altersgruppe von 20 - 25 Jahren und 25 - 30 Jahren bei über 20 % liegt. (Schelhase, 2022). Diese Tatsache ist wichtig zu erwähnen, da sich viele Beratungsangebote im Themenfeld Extremismus an Jugendliche und junge Erwachsene richtet.

2.3 Risikofaktoren

Suizidalität ist ein heterogenes Phänomen, das unterschiedliche Entstehungsgeschichten bei verschiedenen Menschen hat. Risikofaktoren zu identifizieren und zu erforschen, ist insbesondere für die Entwicklung von bedarfsorientierten Präventionskonzepten von hoher Relevanz.

Trotz der Heterogenität im Kontext von Suizidalität gibt es generelle Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit eines Suizids erhöhen – insbesondere dann, wenn mehrere solcher Faktoren zusammenreffen. Es ist nicht möglich, einen Faktor oder Lebensumstand als einzige oder direkte Ursache für einen Suizid zu sehen, da immer verschiedene Faktoren und individuelle Vulnerabilitäten eine Rolle spielen. Es gilt also, jedes Individuum einzeln zu betrachten. Gleichzeitig ist es für die eigene Arbeit wichtig, sensibel gegenüber Risikofaktoren für Suizidalität bei besonders gefährdeten Personengruppen zu sein. Im Folgenden werden einige der Risikofaktoren aufgeführt⁷:

Psychische Vorerkrankungen: Verschiedene Studien, wie zum Beispiel die Metaanalysen von Cavanagh et al. (2003), Arsenaault-Lapierre et al. (2004) oder Fu et al. (2021), weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen mit einer erhöhten Anzahl an Selbsttötungen einhergehen. Darunter am häufigsten:

- Affektive Erkrankungen (v. a. Depressionen, Bipolare Störungen)
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychotische Erkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen

⁷ Diese Auflistung bezieht sich nur auf eine Auswahl individueller Risikofaktoren.

Dabei ist zu beachten, dass zwischen psychischen Erkrankungen und suizidalem Verhalten eine Korrelation, aber keine Kausalität besteht. Viele Menschen mit den oben genannten Erkrankungen werden nicht suizidal. Dennoch kann eine psychische Erkrankung die Wahrscheinlichkeit für Suizidalität erhöhen.⁸ Dies gilt insbesondere, wenn sie mit weiteren Risikofaktoren einhergehen, wie beispielsweise psychosozialen Stressoren (Brieger et al., 2021; Fu et al., 2021).

Frühere Suizidversuche: Hat ein Mensch in seiner Lebensgeschichte bereits versucht, sich das Leben zu nehmen, besteht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine 40-fach höhere Wahrscheinlichkeit, durch einen erneuten Suizidversuch zu sterben (Deisenhammer, 2012).

Genetische, neurobiologische sowie familiäre Faktoren: Neben einer genetischen Vulnerabilität für die Entstehung psychischer Erkrankungen scheint es auch eine genetische Komponente spezifisch für Suizidalität zu geben (Rujescu et al., 2009). Darauf weisen beispielsweise Adoptions- sowie Zwillingsstudien hin (Q. Fu et al., 2002). Kinder aus Familien, in denen ein Suizidversuch oder eine finalisierte Selbsttötung vorkam, haben ein erhöhtes Risiko, selbst Suizid zu begehen (Turecki et al., 2019). Daher erscheint es sinnvoll, auch das Vorkommen von Suizidalität innerhalb der Familie zu erheben.

Psychosoziale Stressoren: Ebenso können (psycho-)soziale sowie wirtschaftliche Faktoren die Wahrscheinlichkeit eines Suizids erhöhen. Dazu können exemplarisch akute Kränkungs- oder Verlusterlebnisse (z. B. Trennungen, Arbeitslosigkeit, Verlust von nahestehenden Personen) aber auch langfristige Stressoren, wie Einsamkeit, soziale Isolation, Desintegration oder Perspektivlosigkeit, zählen.

2.4 Schutzfaktoren

Für die Suizidprävention sind neben Risikofaktoren vor allem auch Schutzfaktoren von Relevanz. Sie wirken sich potenziell schützend auf die Entstehung von Suizidalität aus und können die Wirkung von Risikofaktoren hemmen. Daher sind sie die Grundlage für Ansätze sowie Methoden von Präventionsprogrammen auf den verschiedenen Ebenen und zielen darauf ab, die Resilienz der Betroffenen zu erhöhen.

⁸ In Deutschland wird zur Klassifikation von Krankheiten das *ICD-10* (*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*; 10. Version) verwendet. Suizidalität wird darin nicht als Diagnose und damit auch nicht als psychische Störung erfasst. Suizidalität selbst kann folglich nicht die Grundlage für bspw. eine ambulante psychologisch-psychotherapeutische Behandlung sein, die von der Krankenkasse getragen wird. Als Alternative kann die Diagnose „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ gestellt werden (Remschmidt et al., 2020).

Beispiele für Schutzfaktoren:

Enge und vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehungen:

Das engste soziale Umfeld eines Menschen (z. B. eine zufriedenstellende Partnerschaft, Kinder, gute Freund*innen) kann einen großen Einfluss auf die Person haben, in Krisensituationen Unterstützung bieten sowie die Wirkung von Stressoren abschwächen.

Glaube und Spiritualität: Religiosität und Spiritualität können dann schützend wirken, wenn eine Person dadurch in eine soziale Gemeinschaft eingebunden ist, die Zusammenhalt und Hilfsbereitschaft bietet.⁹

Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung: Rechtzeitiger Zugang zu psychologischen Diensten, Therapie und Beratung kann den Betroffenen Werkzeuge zur Bewältigung ihrer psychischen Probleme bieten, um gemeinsam mit Fachkräften Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Gesunde Bewältigungsstrategien: Die Entwicklung von Wegen der Stressbewältigung kann zur emotionalen Gesundheit beitragen. Dazu zählen beispielsweise Bewegung, kreative Ausdrucksformen, Achtsamkeit und Entspannungstechniken.

Stabile Arbeits- und Wohnverhältnisse: Eine feste Arbeitsstelle sowie ein sicherer Wohnort können zu einem Gefühl von Stabilität und Sinn beitragen sowie Gefühle der Hoffnungslosigkeit verringern.

Widerstandsfähigkeit: Widerstandsfähigkeit meint die Fähigkeit, sich von Widrigkeiten zu erholen. Sie hilft Betroffenen, Rückschläge zu bewältigen und ihre psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten.

Zusätzlich können soziale Kompetenzen, soziale Integration sowie berufliche und persönliche Perspektiven schützend wirken. Insgesamt stellt das Empfinden von Sinnhaftigkeit im Leben einen protektiven Faktor vor Suizidalität dar.

2.5 Praxisimpuls: Handeln bei akut erscheinender Suizidalität

Dieses Kapitel ersetzt keine professionelle und umfassende Schulung. Besonders im Hinblick auf die Sensibilität für das Erkennen von sowie den Umgang mit Suizidalität sollten entsprechende Fortbildungen besucht werden. Die folgenden Seiten geben erste Impulse zum Umgang mit Suizidalität. Diese können je nach Arbeitskontext divergieren.

⁹ Abhängig vom allgemeinen sowie kulturellen Kontext kann es jedoch vorkommen, dass „religiöse und kulturelle Überzeugungen wegen ihrer moralischen Einstellung zum Suizid zur Stigmatisierung von Suiziden beitragen und Betroffene davon abhalten, Hilfe zu suchen“ (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016).

Impulse zum Umgang mit suizidalen Äußerungen

Hinweise auf Suizidalität bzw. diesbezügliche Äußerungen von Klient*innen müssen ernstgenommen und thematisiert werden. Oft besteht die Angst, dass durch das Ansprechen von möglichen suizidalen Gedanken diese erst entstehen könnten (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2023). Diese Sorge ist in den meisten Fällen unbegründet. Eher verhindert sie mögliche Unterstützung sowie die Entlastung der Betroffenen, die durch die Thematisierung entstehen könnte. Weitere Schritte sind individuell festzulegen und hängen von der Dringlichkeit der Suizidalität, der Arbeitsbeziehung zum*zur Klient*in sowie der professionellen Ausbildung des*der Helfer*in ab.

Insgesamt kann folgendes hilfreich sein:

- Beziehung aufbauen (Probleme der Klient*innen ernstnehmen; aufmerksames und einfühlsames Zuhören)
- Zeit gewinnen und Handlungsplan erstellen (individuell festzulegen; z. B. Gestaltung der nächsten Zeit, für konkrete Entlastung sorgen, feste Absprachen treffen)
- Andere Menschen aus dem vertrauten Umfeld involvieren, die helfen bzw. stabilisieren können
- Eigene Grenzen der Hilfsbereitschaft und des Engagements anerkennen
- Andere professionelle Hilfesysteme sowie Helfer*innen heranziehen

Eine Klinikeinweisung kann bei Klient*innen zunächst auf Ablehnung stoßen, lässt sich als „ultima ratio“ in einer Krisensituation mit akuter Suizidalität jedoch nicht immer verhindern. Die Bedingungen für eine sogenannte „Zwangseinweisung“ werden von den Bundesländern im jeweiligen *Psychisch-Kranken-Gesetz* (PsychKG) festgelegt. Im Regelfall sind die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus unter anderem eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Unterbringung wird meistens vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) oder einem Arzt*einer Ärztin angeordnet und schließlich gerichtlich entschieden.¹⁰

¹⁰ Die Abläufe können sich je nach Bundesland unterscheiden.

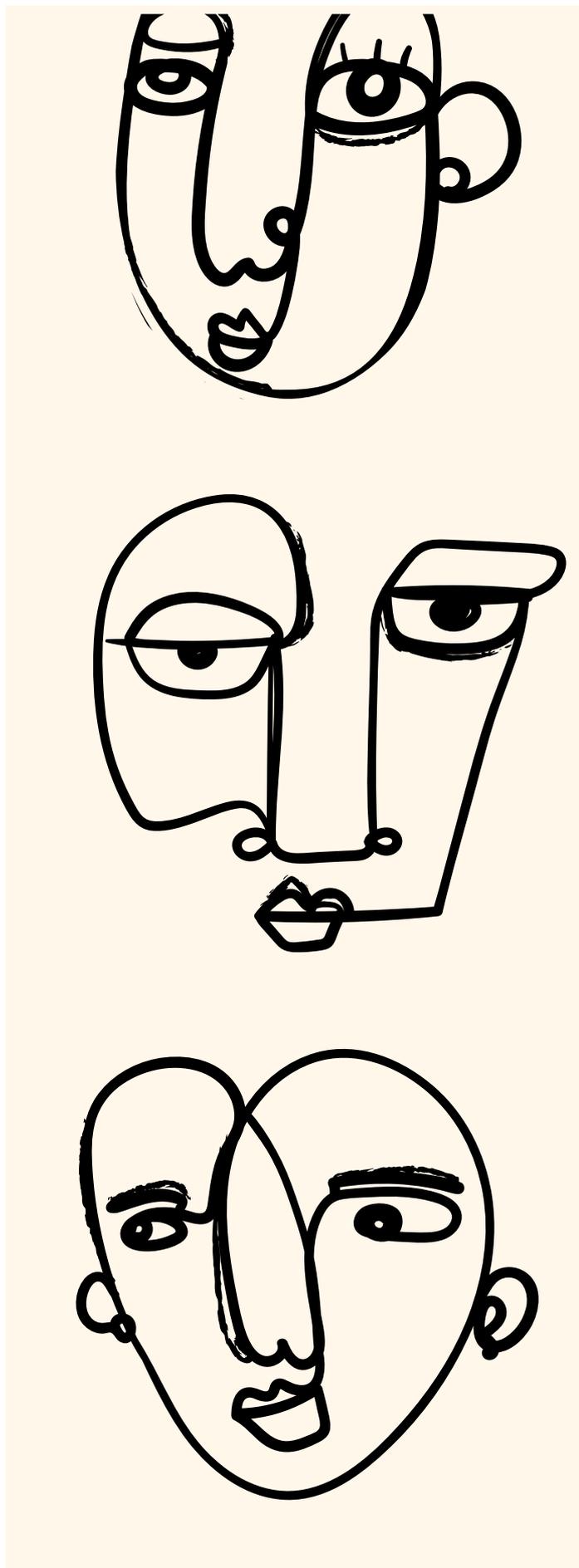
Impulse für den Umgang mit Suizidalität für Arbeitgeber*innen im Sozial- und Gesundheitsbereich

Generell sollten Arbeitgeber*innen in Sozial- und Gesundheitsberufen ein Konzept sowie Leitlinien für den Umgang mit Suizidalität bereitstellen. Zum einen sollten darin generelle Standards zur Fürsorge für die eigenen Mitarbeitenden festgelegt werden. Notwendige Inhalte sind unter anderem die Haltung zum Thema Tod, gemeinsame Reflexionsmöglichkeiten, regelmäßige Schulungen sowie Thematisierungen im Rahmen von kollegialen Fallberatungen und/oder Supervisionen. Zudem sollten alle zentralen Kontakte für den Notfall enthalten sein.

Zum anderen sind Leitlinien für den Umgang mit Klient*innen, bei denen der Verdacht auf Suizidalität besteht oder von denen konkrete Äußerungen in dieser Hinsicht getätigt wurden, sowie Leitlinien im Falle eines Suizids unerlässlich. In einer Krisensituation können klare und vorgegebene Handlungsschritte helfen, auf professionellem Niveau handlungsfähig zu bleiben. Des Weiteren muss die Nachsorge für alle direkt und indirekt betroffenen Mitarbeitenden gewährleistet sein, und es müssen entsprechende Zugänge beschrieben werden.

Neben praktischen Schritten zur Identifizierung und Unterstützung von Suizidgefährdeten sollte das Gesamtkonzept auch eine einfühlsame sowie respektvolle Haltung gegenüber den Betroffenen und ihren psychischen Belastungen und Störungen fördern. Zusätzlich zu internen Reflexions-, Unterstützungs- und Beratungsstrukturen können externe Angebote hilfreich sein. Konzepte sowie Leitlinien sollten auch Angehörige in den Blick nehmen.

Insgesamt ist Suizidalität ein heterogenes Phänomen, das Menschen in verschiedenen Lebensphasen betreffen kann. Insbesondere einschneidende Veränderungen können Auslöser für suizidale Krisen sein. Die Inhaftierung stellt in den meisten Fällen ein besonders einschneidendes Erlebnis dar. In der Distanzierungsarbeit kommen Fachkräfte im Strafvollzug häufig mit gefährdeten Klient*innen in Kontakt. Das folgende Kapitel widmet sich aus diesem Grund der Suizidalität im Haftkontext.



3. Suizidalität im Haftkontext

3.1 Epidemiologie/Statistik

Verschiedene Studien zeigen, dass für Menschen in Haft ein erhöhtes Suizidrisiko besteht. Exemplarisch hierfür steht die Studie von Opitz-Welke et al. aus dem Jahr 2013. In seinem Artikel konstatiert das Forscher*innenteam, dass die Suizidrate für männliche Inhaftierte in Deutschland nach Messungen der Jahre 2000 bis 2011 5,5-mal höher als in der männlichen Allgemeinbevölkerung war. Bei weiblichen Inhaftierten war die Rate 8,7-mal höher (Opitz-Welke et al., 2013). Es ist davon auszugehen, dass diese erhöhten Zahlen einerseits darauf zurückzuführen sind, dass Inhaftierte ohnehin von allgemeingültigen Risikofaktoren betroffen sind (siehe Kapitel 2.3 Risikofaktoren). Andererseits geht eine Inhaftierung mit diversen Herausforderungen für einen Menschen einher. Exemplarisch sind der weitgehende Autonomieverlust sowie die Isolation vom bekannten sozialen Umfeld zu nennen (Meischner-Al-Mousawi et al., 2020).

Gesamtheitlich wird die Suizidrate in Deutschland im Rahmen einer Vollerhebung seit 2000 erfasst. Demnach haben sich von 2000 bis 2019 insgesamt 1.449 Gefangene suizidiert, darunter 1.407 Männer und 42 Frauen. Die Gesamtzahlen schwanken zwischen den Jahren. Im Jahr 2019 gab es beispielsweise 43 Suizide in Haft, während sich im Jahr 2000 insgesamt 117 Gefangene das Leben nahmen. Insgesamt ist ein Rückgang von Selbsttötungen im Justizkontext zu beobachten (Meischner-Al-Mousawi et al., 2020).

Im Zeitraum von 2000 bis 2011 gehörten Suizide zu den häufigsten Todesursachen in Gefängnissen (Opitz-Welke et al., 2013; Opitz-Welke et al., 2022). Ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung ist die Suizidrate bei inhaftierten Männern in absoluten Zahlen erhöht. Betrachtet man die Entwicklung der Suizidraten, gelten junge Gefangene zwischen 14 - 21 Jahren, ältere männliche sowie weibliche Inhaftierte als eine besondere Risikogruppe im Hinblick auf Selbsttötung in Haft (Opitz-Welke et al., 2022; ten Hövel et al., 2019).¹¹

Insgesamt zeigen die Zahlen, dass es keinen Kausalzusammenhang zwischen Inhaftierung und Suiziden gibt. Der Haftkontext scheint jedoch das Risiko zu erhöhen, eine Selbsttötung zu begehen. Vor diesem Hintergrund ist eine indizierte Prävention in Haft wichtig.

¹¹ Diese Zahlen können zu der Hypothese führen, dass es sinnvoll ist, für diese Zielgruppe spezifische Präventionsprogramme sowie -maßnahmen zu entwickeln und zu etablieren.

3.2 Risikofaktoren im Haftkontext

Wie bereits in Kapitel 2.3 Risikofaktoren beschrieben, gibt es verschiedene Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit von Suizidalität erhöhen können. Risikofaktoren dürfen dabei nie monokausal interpretiert werden. Ihre Kenntnis sensibilisiert Fachkräfte gegenüber suizidalen Tendenzen, ohne dabei die Individualität jedes Falles zu vernachlässigen.

Oft gehören inhaftierte Menschen zu einer vulnerablen Gruppe und weisen unabhängig von der Inhaftierung allgemeine Risikofaktoren für Suizidalität auf. Dazu zählen zum Beispiel das Empfinden von Hoffnungslosigkeit, fehlende soziale und/oder finanzielle Ressourcen sowie Suchterkrankungen. Zusätzlich können haftspezifische Risikofaktoren hinzukommen, die die Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten im Strafvollzug erhöhen. Sie sollten im gesamten Verlauf der Inhaftierung mitgedacht werden. Im Folgenden werden einige dieser haftspezifischen Risikofaktoren dargestellt:¹²

Erstinhaftierung: Die erste Inhaftierung geht regelmäßig mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Sie stellt für Betroffene eine gänzlich unbekannt Situation dar, die mit einer drastischen Veränderung der Lebensumstände einhergeht. Dazu gehört unter anderem der Verlust der persönlichen Freiheit. Weiterhin ist die Erstinhaftierung oft geprägt von Stress, Angst, Isolation sowie der Trennung von unterstützenden sozialen Beziehungen (Sonneck, 2000).

Zeitpunkt im Verlauf der Haft: Circa 28 % der Suizide in Gefängnissen ereignen sich im ersten Monat nach Zugang in den Strafvollzug; 54,2 % der Gefängnissuizide finden während der ersten vier Monate in Haft statt (Meischner-Al-Mousawi et al., 2020). Die Zahlen zeigen, dass Suizide im Gefängnis generell häufiger am Anfang der Inhaftierung geschehen; sie können aber genauso während der gesamten Haftzeit aufkommen.

Untersuchungshaft: Forschungen zeigen ein erhöhtes Suizidrisiko während der Untersuchungshaft im Vergleich zur Strafhaft (Meischner-Al-Mousawi et al., 2020; ten Hövel et al., 2019). Neben der veränderten Lebenssituation spielt vor allem die Ungewissheit eine Rolle, die wiederum eine krisenhafte Entwicklung begünstigen kann (Meischner-Al-Mousawi et al., 2020).

Einschneidende Ereignisse während der Haft: Während der Inhaftierung kann das Suizidrisiko bei einschneidenden oder bevorstehenden (juristischen) Entscheidungen steigen. Zeiträume, in denen wichtige Termine liegen, wie bspw. Prozessbeginn, Urteilsverkündung oder Verlegung in andere Anstalten, sollten eng begleitet

¹² Die angegebenen Zahlen basieren auf den Auswertungen der Datenbögen von Meischner-Al-Mousawi et al. zwischen den Jahren 2000 und 2019.

werden. Gefährdet sind ebenso geflüchtete Menschen, denen die Abschiebung bevorsteht (Sonneck, 2000).

Bestimmte Deliktgruppen: Betrachtet man Unterschiede in der Suizidrate zwischen verschiedenen Delikttypen fällt auf, dass Inhaftierte sich insbesondere bei Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit und die sexuelle Selbstbestimmung suizidierten. Zudem variiert die Suizidrate bei Diebstählen je nach Altersgruppe stark, wobei Jugendliche höhere Raten aufwiesen. Ähnliche Trends zeigen sich bei Raub- und Drogendelikten zwischen Jugendlichen und Erwachsenen.¹³ Mögliche Faktoren für eine erhöhte Suizidrate in diesen Deliktgruppen sind eingeschränkte Impulskontrolle, Erfahrung mit Gewalt, lange Haftstrafen und soziale Missbilligung der Taten. Diese Faktoren können zu Zugehörigkeitsverlust, Belastung und Hoffnungslosigkeit führen, was wiederum das Suizidrisiko erhöht.

Isolation in Haft: Das Suizidrisiko kann durch eine Einzelunterbringung oder Isolation in einem Haftraum erhöht werden. Aber auch eine fehlende soziale Integration, durch zum Beispiel die Untersagung der Teilnahme an Arbeits- und Freizeitmaßnahmen oder durch Sprachbarrieren, die nicht berücksichtigt werden, kann die Wahrscheinlichkeit für Suizidalität während der Haft steigen lassen (Sonneck, 2000; ten Hövel et al., 2019).

Suizide in Justizvollzugsanstalten geschehen oftmals während weniger „geschäftigen“ Zeiten, zum Beispiel während der Nachtruhe oder des Schichtwechsels der Bediensteten.

Auch die Phase der Haftentlassung kann als krisenhaft erlebt werden, da sich – je nach Länge der Inhaftierung – die Lebensumstände der Betroffenen drastisch ändern. Sie müssen sich an ihre Freiheit, den Wegfall fester Strukturen und die Anforderungen des Alltags außerhalb der Haftanstalt gewöhnen. Dies kann mit Überforderung, Ängsten und Hoffnungslosigkeit mit Blick auf die Zukunft einhergehen. Bestehen kein unterstützendes soziales Umfeld sowie Perspektivlosigkeit, wird eine gesellschaftliche Reintegration nach der Inhaftierung erschwert und kann im schlimmsten Fall die Entwicklung von Suizidalität beeinflussen.

In Hinblick auf Schutzfaktoren für Suizidalität verweisen wir auf das Kapitel 2.3. Haftspezifische Schutzfaktoren sind zudem das Wegnehmen von potenziell letalen Gegenständen¹⁴, die Unterbringung mit anderen Inhaftierten, die Eingliederung in Arbeits- und Freizeitmaßnahmen sowie die Zusammenarbeit mit psychologischen und psychiatrischen Anlaufstellen.

¹³ In der Altersgruppe 14 bis 21 Jahre waren Suizide überrepräsentiert, insbesondere bei jugendlichen Häftlingen in Erwachsenengefängnissen (Radeloff et al., 2019).

¹⁴ Kontrolle gehört zu den Aufgaben des Vollzugspersonals (Sonneck, 2000).

3.3 Praxisimpuls: Umgang mit Suizidalität im Haftkontext

Da der Strafvollzug spezifische Risikofaktoren für suizidales Verhalten birgt, sollte ein besonderes Augenmerk auf die allgemeine Suizidprävention sowie die Bedürfnisse für besonders gefährdete Inhaftierte gelegt werden. Oftmals ist ein standardisiertes Suizidscreening Bestandteil der Aufnahmeroutine. Damit können suizidgefährdete Personen identifiziert sowie im Verlauf der Inhaftierung begleitet werden. Bei diesem Prozess sollten insbesondere medizinische Informationen erfasst werden, die auf eine Substanzkonsumstörung oder eine psychische Vorerkrankung hinweisen. Neben der Aufnahme einer sinnstiftenden Tagesstruktur können Gespräche, beispielsweise mit den psychologischen Diensten, schützend wirken.

Impulse für den Umgang mit Suizidalität im Haftkontext

In der Distanzierungs- und Deradikalisierungsarbeit im Justizvollzug ist die Abklärung von Suizidalität essenziell. Im Optimalfall besteht ein vertrauensvoller Austausch zwischen externen Berater*innen und den Mitarbeitenden der Haftanstalt über die mögliche Suizidalität von Klient*innen. Besteht dieser nicht, sollte er, wenn möglich, eingefordert werden.

Bei Äußerungen oder Andeutungen suizidaler Gedanken oder Vorhaben von Klient*innen müssen externe Fachkräfte die JVA darüber informieren. Die Verantwortung liegt dann bei den psychologischen oder medizinischen Diensten der Haftanstalt. Dies trifft umso mehr zu, wenn die Suizidalität der JVA noch nicht bekannt ist oder sich die Klient*innen im Übergangsmanagement befinden. Die vollständige Dokumentation der Suizidalität hat hohe Priorität.

Anknüpfend an Kapitel 2.5. sollten Arbeitgeber*innen externer Träger klare Richtlinien für den Umgang mit Suizidalität in Haft bereitstellen.

Exkurs: Psychotherapeutische Versorgung im Vollzug und nach Haftentlassung mit Fokus auf Suizidalität

Unterschiede in der Unterbringung

Im deutschen Vollzug gibt es verschiedene Unterbringungsmöglichkeiten, die nach Art, individuellen Bedürfnissen und Sicherheitsanforderungen der Inhaftierten variieren. Allen Unterbringungsarten gemein ist die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams aus Vollzugspersonal, Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen. Je nach Art ist der therapeutische Fokus jedoch verschieden.

Vom Strafvollzug abzugrenzen ist die Unterbringung in einer Forensischen Psychiatrie. Eine Unterbringung in der Forensischen Psychiatrie kann bei festgestellter Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit bei der Begehung einer Tat aufgrund einer psychischen Störung oder schweren Suchterkrankung erfolgen. Dort liegt der Fokus unter anderem auf therapeutischen Maßnahmen. Da diese Einrichtung kein Bestandteil des Justizvollzuges ist, wird sie im weiteren Verlauf nicht näher betrachtet.



Abbildung 2: Unterschiede in der Unterbringung, eigene Darstellung.

Durch die Kombination von individueller Therapie, Gruppentherapie, Arbeitstherapie und Freizeitaktivitäten wird versucht, eine umfassende und ganzheitliche Unterstützung anzubieten.

Psychotherapeutische Versorgung im Strafvollzug

Das psychotherapeutische Versorgungsangebot im deutschen Strafvollzug variiert je nach Haftanstalt und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Grundsätzlich haben alle Gefangenen in Deutschland das Recht auf medizinische Versorgung, einschließlich ihrer psychischen Gesundheit. Zugleich ist die medizinische Versorgung in den jeweiligen Strafvollzugsgesetzen der Bundesländer geregelt, sodass die Organisation und Bereitstellung von Therapieplätzen den jeweiligen Bundesländern und den einzelnen Justizvollzugsanstalten obliegen und entsprechend variieren können. Die Kosten für Therapien und medizinische Behandlungen werden in der Regel nicht von der regulären Krankenkasse der Inhaftierten übernommen, sondern durch den Justizvollzug bzw. die Haftanstalten selbst, die eigenständige Bereiche sind und spezifische Regelungen und gesetzliche Vorgaben für die medizinische Versorgung haben.

Die Bereitstellung von Therapieplätzen hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie der Größe der Justizvollzugsanstalt, den verfügbaren Ressourcen, dem Bedarf an therapeutischer Unterstützung und den behördlichen Vorgaben in den einzelnen Bundesländern. Diese Dienste umfassen in der Regel eine Vielzahl von Leistungen, wie Diagnosestellung, Behandlung und Prävention von psychischen Erkrankungen. In den vergangenen Jahren lässt sich ein Zuwachs externer Fachkräfte beobachten, der mit dem Personalmangel im Justizvollzugssystem in Zusammenhang steht (Stukenberg, 2019).

Zusammenarbeit mit externen Fachkräften im Vollzug und nach Haftentlassung

Das Äquivalenzprinzip, wie zum Beispiel im Berliner Justizvollzugsgesetz festgeschrieben, besagt, dass Gefangene einen gleichwertigen Anspruch auf medizinische Versorgung besitzen wie gesetzlich Krankenversicherte (Berliner Justizvollzug, o. D.). Je nach Behandlungsbedarf und Unterbringungsform (siehe Abbildung 2) ist eine therapeutische Begleitung sogar verpflichtend. Diese Fürsorgepflicht und das Wissen über die erhöhte Suizidprävalenz in Gefängnissen haben dazu geführt, dass Suizid-Screeningverfahren zur Standarddiagnostik bei Haftantritt gehören (Opitz-Welke et al., 2013).

Die Angst vor Sanktionen und das fehlende Vertrauen zum Personal sind Gründe, weswegen Suizidgedanken häufig nicht geäußert werden (Stukenberg, 2019). Die Rolle als externe Fachkraft beim Thema Suizidalität sollte deshalb besonders berücksichtigt werden. Sowohl externe Fachkräfte als auch das Vollzugspersonal sollten regelmäßig in Suizidprävention, -erkennung und -intervention geschult werden. Um die Sicherheit und das Wohlergehen der Betroffenen zu gewährleisten, ist es während des gesamten Inhaftierungspro-

zesses, einschließlich Entlassung und Reintegration, für die intra- sowie extramurale Struktur wichtig, Eigengefährdung zu erkennen und umgehend Maßnahmen zu ergreifen (Mann et al., 2021). Wichtige Aspekte des Übergangsprozesses sind ein individualisierter Übergangsplan, Sozialarbeit, Begleitung, Arbeit oder Ausbildung, Bewährungshilfe, Risikoeinschätzung und Behandlung.

Auch nach der Entlassung sind ehemalige Gefangene einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt. Das macht Nachverfolgung suizidaler gefährdeter Personen unabdingbar, um bei einer krisenhaften Verschlechterung rechtzeitig eingreifen zu können (Opitz-Welke et al., 2021). Studien aus den USA und Australien zeigen ein ca. 3,4 bis ca. 4,8-fach erhöhtes Suizidrisiko für kürzlich entlassene Gefangene (Karminia et al., 2006; Binswanger et al., 2007). Daher ist bei der Begleitung eine stabile Folgeanbindung an örtliche Krisendienste sowie direkte Ansprechpartner*innen und Therapeut*innen zu gewährleisten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine (insbesondere erstmalige) Inhaftierung, die Zeit in Haft sowie die Haftentlassung für die meisten Menschen einen Einschnitt im Leben markieren und von ihm verschiedene Anpassungsprozesse unter anderem auf der Ebene des Verhaltens, Erlebens und Affekts erfordern. Diese können mitunter als Impuls für einen „positiven“ Veränderungsprozess dienen. Gleichzeitig können sie auch den Beginn einer tiefgreifenden Krise initiieren oder eine bereits bestehende verstärken. Verbunden damit existieren verschiedene haftspezifische Risikofaktoren, die im Kontext der Suizidprävention mitgedacht werden müssen (vergleiche Kapitel 3.2 Risikofaktoren im Haftkontext). Mit Blick auf Extremismus kann eine Inhaftierung auch den Beginn einer Radikalisierung darstellen oder Auswirkungen auf einen bereits bestehenden Radikalisierungs- sowie Distanzierungsprozess haben. Mit diesem Thema setzen sich bereits verschiedene Publikationen und Arbeitsgruppen auseinander. Zudem gibt es etablierte Präventionsansätze mit dem Ziel der Extremismusprävention in Haft sowie nach Haftentlassung. In diesem Kontext stellt sich die Frage: Wie interagieren Radikalisierungs- und Distanzierungsprozesse mit dem Thema Suizid, und was bedeutet dies für die Suizidprävention?

4. Suizidalität im Kontext von Extremismus¹⁵

Konträr zu den zahlreichen Forschungen zum Thema Haft und Extremismus kann festgestellt werden, dass die empirische Grundlage zum Zusammenhang von Suizidalität und Extremismus defizitär ist. Im folgenden Kapitel wird Suizidalität im Kontext von Hinwendungs- und Distanzierungsprozessen von bzw. zu extremistischen Gruppierungen betrachtet. Die genauere Betrachtung der Interaktion kann Implikationen sowohl auf die Präventionsarbeit mit Blick auf Extremismus, aber auch auf die Suizidprävention haben. Der Schwerpunkt im Kontext dieses Artikels liegt auf der Suizidprävention. Hypothetisch und idealtypisch¹⁶ können folgende Interaktionsprozesse auftreten:

- Suizidgedanken bestehen bereits vor einer Radikalisierung.
- Suizidgedanken entstehen im Radikalisierungsprozess.
- Suizidgedanken treten im freiwilligen oder unfreiwilligen Distanzierungsprozess erstmalig oder erneut auf.

Mit Blick auf die Suizidpräventionsarbeit kann es einen Unterschied machen, ob suizidale Gedanken bereits vor der Radikalisierung bzw. unabhängig von der Radikalisierung entstanden sind oder der auslösende Faktor im Radikalisierungsprozess liegt.

Unter Rückbezug auf das vorherige Kapitel sollen mögliche Suizid-Risikofaktoren in Radikalisierungs- und Distanzierungsprozessen allgemein sowie im Zusammenhang mit den Begebenheiten in Haft bzw. dem Übergangmanagement beleuchtet werden.¹⁷

4.1 Allgemeine Risikofaktoren

In Kapitel 2.3 Risikofaktoren wurden verschiedene Faktoren beschrieben, die das Suizidrisiko erhöhen. Ähnlich wie bei inhaftierten Personen, lassen sich bei Menschen im Radikalisierungsprozess häufig Risikofaktoren für Suizidalität beobachten (vgl. Kapitel 2.3 Risikofaktoren und Srowig et al., 2018).

15 Das Phänomen des sog. „lone actor“ (dt.: Einsamer Wolf), also ein*e terroristische*r Akteur*in, der*die unabhängig von einer Gruppe agiert, wird nicht näher beleuchtet. Mit ihm*ihr sind vermutlich weitere spezifische Risikofaktoren mit Blick auf Suizidprävention verbunden.

16 In der Realität sind die Übergänge regelmäßig fließend, sodass eine genaue Abgrenzung der Prozesse schwierig ist. Weiterhin wirken zahlreiche weitere Faktoren auf den Prozess ein. Die Reduktion der Realität kann notwendig sein, um Präventionsansätze zu entwickeln.

17 Die Überlegungen basieren auf praktischen Erfahrungen sowie umfassender Recherchearbeit der Autor*innen und sind hypothetischer Natur.

Zugleich ist es mit Blick auf Extremismus wichtig mitzudenken, dass psychische Störungen eine der größten Risikofaktoren für Suizidalität sind. Betrachtet man diesen Aspekt, muss zunächst konstatiert werden, dass es kein empirisches Fundament gibt, auf dessen Grundlage konstatiert werden kann, dass Angehörige von extremistischen Gruppierungen per se klinisch auffälliger sind als die durchschnittliche Gesamtbevölkerung. Vorhandene Studien beziehen sich meist auf Personen im Bereich des gewaltbereiten Extremismus/Terrorismus oder spezifische Untergruppen (siehe z. B. Gil et al., 2021, Trimbur et al., 2021).

Extremisspezifische Risikofaktoren für Suizidalität können während...

- ...der Hinwendung zu extremistischen Gruppierungen
- ...der Zeit in einer extremistischen Gruppierung
- ...der Distanzierung von einer extremistischen Gruppierung auftreten.

Ausgewählte Aspekte mit Blick auf das Thema Suizid und Risikofaktoren werden im Folgenden hypothetisch betrachtet.

Hinwendung zu extremistischen Gruppierungen - Krisen vor der Radikalisierung:

In der Literatur wird berichtet, dass der Radikalisierungsprozess oft mit Sinnkrisen in Verbindung gebracht werden kann (Emser et al., 2022). Menschen, die, womöglich bedingt durch kritische Lebensereignisse, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Resignation erleben, können suizidal werden, wenn alle anderen Handlungsoptionen ausweglos oder unerreichbar erscheinen. Diese Faktoren finden sich insbesondere in stresstheoretischen Modellen zur Erklärung von suizidalem Verhalten wieder (mehr dazu siehe Kaczinski, 2007).

In diesem Kontinuum können auch verschiedene Forschungen zu den Grundbedürfnissen des Menschen stehen. Nach Abraham Maslow lassen sich folgende Bedürfnisse unterscheiden (1) Physiologische Bedürfnisse, (2) Sicherheitsbedürfnisse, (3) Soziale Bedürfnisse, (4) Individuelle Bedürfnisse und (5) Selbstverwirklichung. Wenn diese Bedürfnisse nicht oder nur unzureichend erfüllt sind, können sie handlungsleitend werden. In der Forschung zu Radikalisierungsprozessen ist zu beobachten, dass durch den Anschluss an eine extremistische Gruppierung diese Bedürfnisse erfüllt werden können (siehe dazu unter anderem Feddes et al., 2020).

Sofern eine mögliche Schnittmenge von Risikofaktoren und Erklärungsansätzen für Radikalisierung und Suizidalität theoretisch zu bestehen scheint, stellt sich die Frage, ob Radikalisierung (in eini-

gen Fällen) auch als Vereitelung von Suizidalität (bzw. depressiver Symptomatik) gesehen werden kann (siehe hierzu auch Coid, 2016 in Allroggen, 2019). In der Literatur gibt es Ansätze, dass Radikalisierung als Versuch verstanden werden kann, anders nicht weiter aushaltbare Emotionen erträglich zu machen (Benslama, 2017; Rolling und Corduan, 2017; Bialluch und Sischna, 2021). Eine empirische Fundierung der Hypothese, Radikalisierung könnte eine Art Schutzfaktor vor Suizidalität sein, besteht nicht.

Falls dies aber der Fall ist, könnte der Radikalisierungs- und Distanzierungsverlauf einen starken Einfluss auf das zukünftige Suizidrisiko einer Person haben. Im Kontext von Suizidprävention und Hinwendungsprozessen könnte dies bedeuten:

Die initiale Motivation sich einer extremistischen Gruppierung anzuschließen kann Auswirkungen auf das zukünftige Suizidrisiko haben und sollte somit in der Suizidprävention bedacht werden.

Zugehörigkeit zu einer extremistischen Gruppierung - Der Einfluss des Radikalisierungsprozesses: Medial wird Suizidalität im Kontext von Extremismus und Radikalisierung vordergründig mit sogenannten „Selbstmordattentätern“ in Verbindung gebracht. Hierbei handelt es sich um eine Form des erweiterten Suizids, bei dem nicht nur die Person selbst, sondern auch weitere Menschen sterben. Damit ist ein terroristisches Motiv verknüpft. Das bedeutet, dass der Suizid ideologisch aufgeladen wird. Als „Selbstmordattentäter“ bezeichnete Personen wollen sich freiwillig, je nach extremistischer Orientierung, einer Idee oder Sache opfern und dabei ein Zeichen setzen¹⁸. Aus dieser Perspektive handelt es sich bei dem Attentat um die letzte Möglichkeit, mit der der anvisierten Veränderung gedient werden kann (beispielsweise durch die strategische Tötung einer bestimmten Person oder einer bestimmten Personengruppe). Der*die Attentäter*in stirbt entweder während des Anschlags oder tötet sich danach. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Suizid in diesem Kontext sowohl Folge eines Ideologisierungsprozesses als auch die Konsequenz einer bereits zuvor bestehenden Selbsttötungsabsicht sein kann, die durch die Zugehörigkeit zu einer extremistischen Gruppierung legitimiert und/oder befördert wurde¹⁹.

Entsprechend des integrativen motivational-volitionalen Modells²⁰ der Suizidalität hängt der Übergang von suizidalen Gedanken zur tatsächlichen Durchführung eines Suizidversuches von sogenannten volitionalen Moderatoren ab (O'Connor, 2018; Zeisig, 2022). Damit sind zum Beispiel die Fähigkeit zum Suizid, die Verfügbarkeit oder auch Imitationslernen gemeint. Volitionale Moderatoren können durch die Zugehörigkeit zu einer extremistischen Gruppierung beeinflusst werden. Exemplarisch kann die Ideologie als Legitimation für die Durchführung genutzt oder durch Berichte über vorherige „Selbstmordattentäter“ die letzte Hemmschwelle genommen werden. Zeitgleich ist der Einfluss durch die extremistische Gruppierung unter anderem bei der Festigung des Entschlusses sowie bei der Durchführung mitzudenken.

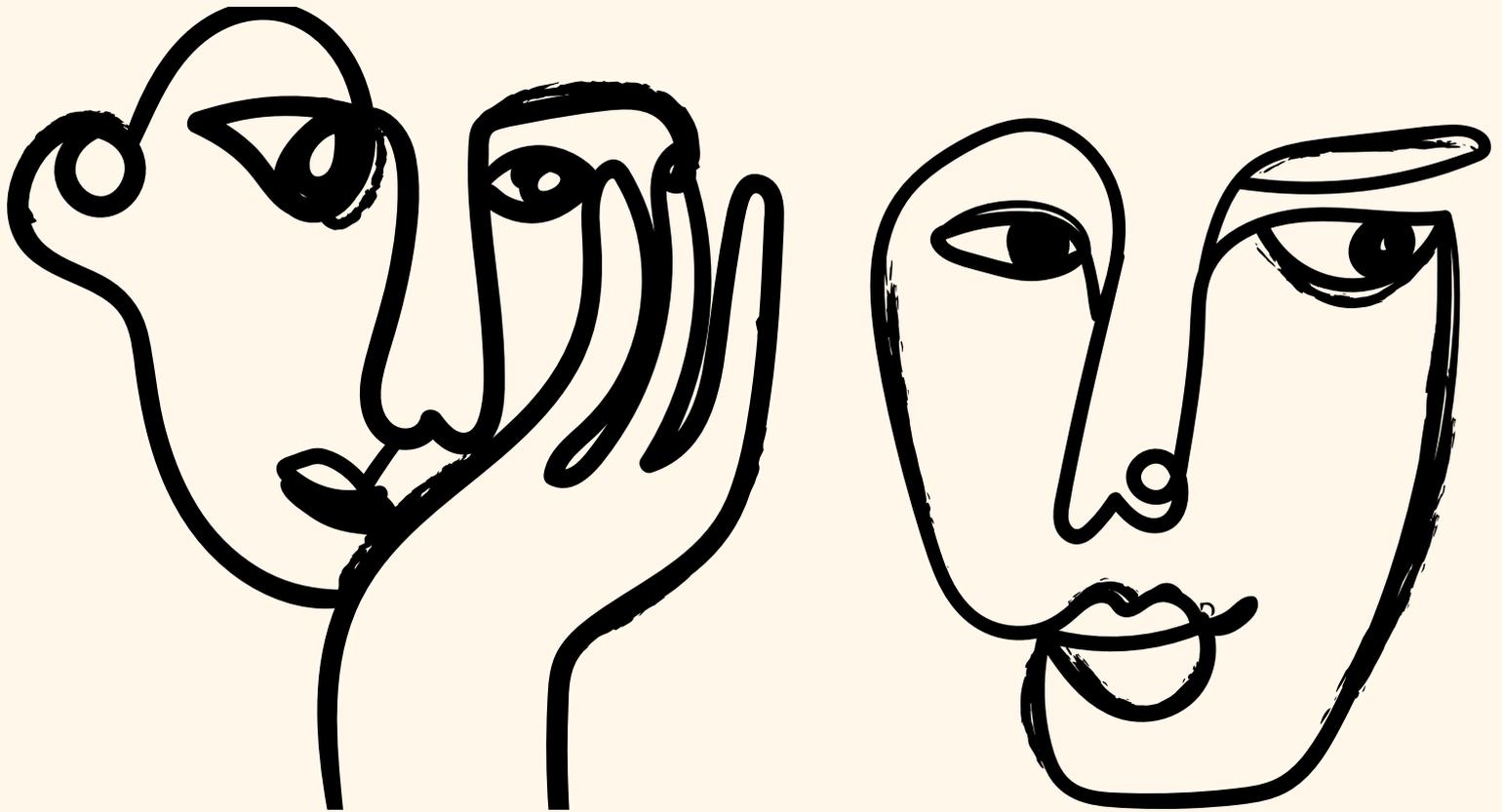
Auch unabhängig von medial wirksamen Attentaten kann das Thema Suizidalität im Radikalisierungsprozess eine Rolle spielen. Neben belastenden Lebensereignissen, die unabhängig von der Ideologie auftreten, können extremismusspezifische Risikofaktoren der initiale oder erneute Auslöser für eine suizidale Krise sein. Exemplarisch hierfür kann stehen, dass Erwartungen an die Befriedigung von Bedürfnissen durch die Gruppierung nur unzureichend erfüllt wurden, Anforderungen von der Gruppe nicht erfüllt werden können oder belastende Erlebnisse im Kontext der Radikalisierung vorgefallen sind. Im Kontext von Suizidprävention könnte dies bedeuten:

Eine Aufarbeitung der Biografie mit Schwerpunkt auf den Erlebnissen im Radikalisierungsprozess kann Aufschluss über ein bestehendes oder entstehendes Suizidrisiko geben.

¹⁸ Diese Form des Suizids wird auch als altruistischer Suizid bezeichnet. Mehr zu dieser Thematik findet sich u. a. in der Dissertation von Kaczinski, 2007.

¹⁹ Die Mechanismen aus Suizidalität und Radikalisierung interagieren in der Realität. Eine klare Abgrenzung ist in der Praxis nicht möglich.

²⁰ Beim integrativen motivational-volitionalen Modell (IMV) handelt es sich um ein theoretisches Erklärungsmodell für Suizidalität, dessen Kernmerkmal die Unterteilung der Suizidalität in drei Phasen ist: Die prämotivationale, die motivationale und die volitionale Phase. Jede Phase repräsentiert bestimmte Faktoren, die den Übergang vom ersten suizidalen Gedanken bis zum tatsächlichen Suizidversuch beschreiben (vgl. O'Connor, 2018).



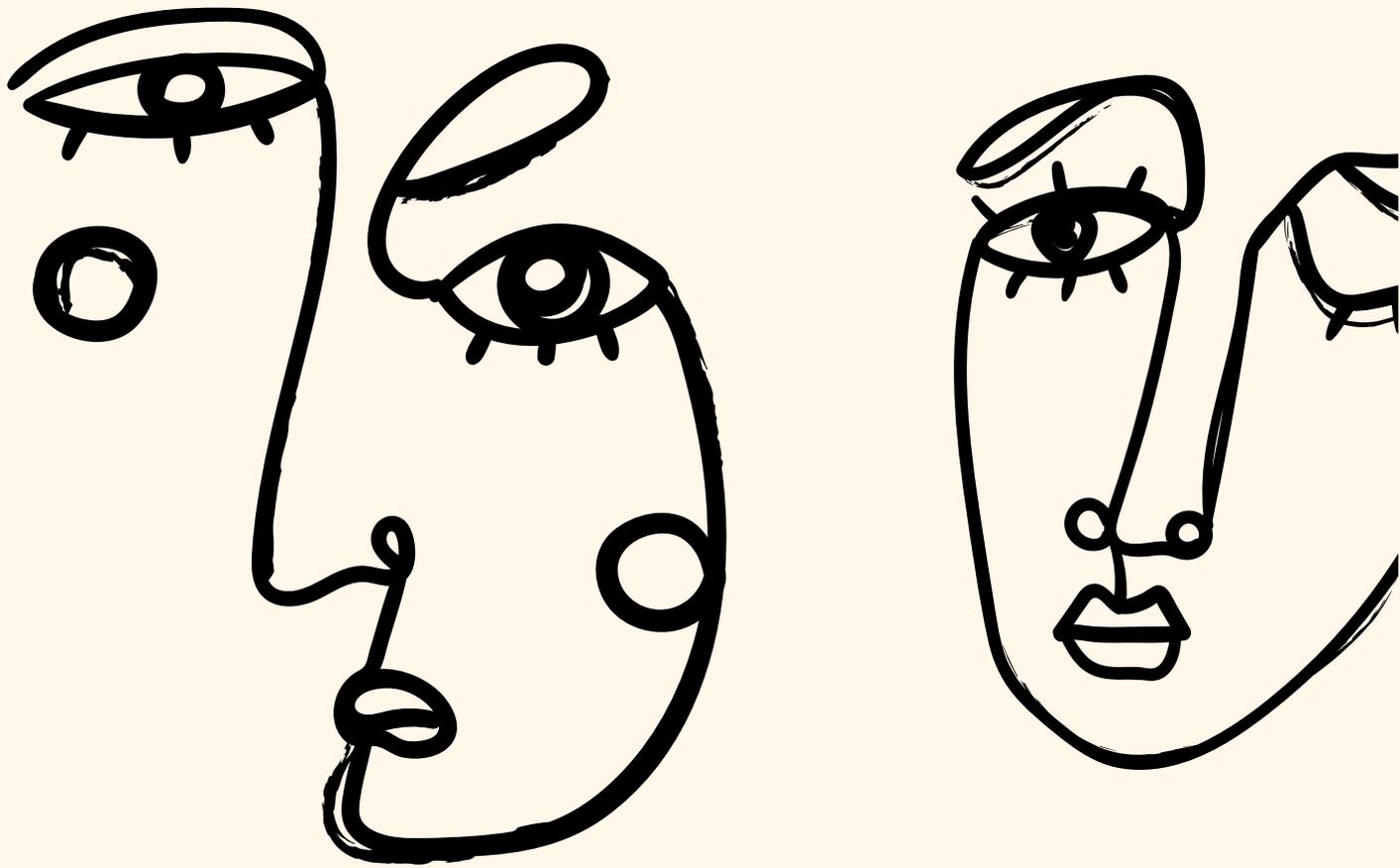
Distanzierung von einer extremistischen Gruppierung - Krisen nach der Radikalisierung ²¹:

Auch die Distanzierung nach der Zeit in einer extremistischen Gruppierung kann als womöglich krisenauslösendes Momentum fungieren (Allroggen, 2019). Exemplarisch können junge Menschen als Teil einer extremistischen Gruppierung traumatischen Erlebnissen gegenüberstehen, für die sie mitunter selbst verantwortlich sind. Dies kann unter anderem zu psychischen

²¹ Distanzierungsprozesse können sowohl freiwillig als auch unfreiwillig eingeleitet werden. Beide Varianten können mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen. Die Differenzierung führt jedoch in diesem hypothetischen Rahmen, der insbesondere auf Beobachtungen aus der Praxis beruht, zu weit. Insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass, wenn eine Person, die bereits ein Suizidrisiko hat, inhaftiert (verbunden mit den weitreichenden freiheitlichen Einschränkungen) und mit einem unfreiwilligen Distanzierungsprozess konfrontiert wird, ein nochmals erhöhtes Suizidrisiko hat.

und sozialen Krisen führen. Vollzogene Suizide von Extremisten*innen im Distanzierungsprozess könnten hypothetisch so betrachtet werden, als dass der Suizid die Folge des Scheiterns von extremistischen Bestrebungen war. Wenn die Radikalisierung von einer Person als Lösungsversuch für Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Resignation verstanden wurde, besteht das Risiko, dass die damit verbundene Fantasie sich für die betroffene Person in der Realität nicht bewahrheitet und sich die Person daher wieder in ihrer Ausgangssituation befindet – womöglich mit zusätzlichen Gefühlen von Enttäuschung, Scham oder Schuld, weil das zugrunde liegende Leid nicht gemindert werden konnte.

Mit der Abkehr von extremistischen Haltungen können auch andere psychosozialen Stressoren einhergehen, wie zum Beispiel ein Wohnortwechsel, die Distanzierung vom alten sozialen Umfeld



(evtl. einhergehend mit der Ablehnung durch das neue soziale Umfeld aufgrund der extremistischen Vergangenheit) oder anstehende Strafverfahren. Gefühle von Scham und/oder Schuld können ebenfalls in der inneren Distanzierung von ideologischen Überzeugungen und der daraus womöglich resultierenden kognitiven Dissonanz²² begründet sein. All diese Punkte entsprechen möglichen Risikofaktoren für Suizidalität. Distanzierungsprozesse können für betroffene Personen zahlreiche Herausforderungen mit sich bringen. Sie können starke Gefühle auslösen, erfordern zahlreiche Anpassungsleistungen und können psychosoziale Belastungen hervorrufen. Weiterhin kann es sein, dass betroffene Personen in der Mehrheits-

gesellschaft auf Ablehnung stoßen und somit eine soziale Isolation entsteht. Zeitgleich schauen betroffene Personen regelmäßig auf eine belastende Vergangenheit zurück. Im Kontext von Suizidprävention könnte dies bedeuten:

Insgesamt sollte bei der Arbeit im Distanzierungsprozess das suizidale Risiko der Klient*innen zumindest geprüft werden. Es ist wichtig zu bedenken, dass objektive Fortschritte in der Distanzierung zugleich die psychische Vulnerabilität der betroffenen Personen erhöhen können. Mitarbeitende in der Extremismusprävention sollten dann besonders auf Anzeichen einer beginnenden Destabilisierung achten.

²² Kognitive Dissonanz beschreibt ein belastendes/unangenehmes Gefühl bei widersprüchlichen Kognitionen.

4.2 Risikofaktoren im Zusammenspiel von Extremismus, Distanzierung und Haft

Wie in Kapitel 3 „Suizidalität im Haftkontext“ ausgeführt, weisen inhaftierte Personen oft vermehrte Risikofaktoren auf, die im Zusammenhang mit Suizidalität stehen können. Sowohl die praktische Arbeit mit Extremist*innen im Distanzierungsprozessen als auch die Forschung zeigen, dass Menschen, die sich radikalieren, regelmäßig mit verschiedenen Risikofaktoren im Kontext Suizidalität konfrontiert sind. Zu diesen Risikofaktoren kommen im Haftkontext noch die haftspezifischen Risikofaktoren hinzu (vergleiche Kapitel 2.2). Zudem können im Kontext von Extremismus weiterhin die im vorangehenden Abschnitt exemplarisch entwickelten Risikofaktoren Hinwendungs-, Radikalisierungs- sowie Distanzierungsprozess hinzukommen. Es wurde bereits verdeutlicht, dass sich die Wahrscheinlichkeit eines Suizids insbesondere dann erhöht, wenn mehrere Risikofaktoren zusammentreffen.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass das „Phänomen Extremismus“ mit haftspezifischen Risikofaktoren einhergeht. Das heißt, dass zusätzlich zu den oben beschriebenen Risikofaktoren noch weitere hinzukommen können (vergleiche hierzu unter anderem Fußnote 21).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Zusammenspiel der Risikofaktoren aus „generellen Risikofaktoren“, „haftspezifischen Risikofaktoren“ und „extremismusspezifischen Risikofaktoren“ komplex ist und es hierzu zu wenig evidenzbasierte Forschung gibt, so dass dieses Thema nur hypothetisch und exemplarisch diskutiert werden konnte.

Zugleich wird hier ein zentraler Punkt für die Suizidprävention im Kontext von Extremismus deutlich: Es braucht mehr Forschung zu diesem Thema, präventive Ansätze müssen etabliert werden bzw. in bereits bestehende Ansätze integriert werden. Zudem sollten spezifische Fortbildungen zur Sensibilisierung für diese spezielle Risikogruppe bereitgestellt werden.

Schließlich muss festgehalten werden, dass eine suizidale Krise auch eine Chance bildet, die, wenn sie „überstanden wird“, auch der Auslöser für einen Neubeginn darstellen kann.

4.3 Praxisimpuls: Selbstfürsorge im beruflichen Umgang mit Suizidalität

Die Konfrontation mit Suizidalität betrifft vielfältige Berufsgruppen aus dem medizinischen, (psycho-)therapeutischen, pädagogischen und sozialarbeitenden Bereich. Der Umgang mit suizidalen Patient*innen und Klient*innen kann für die helfende/betreuende

Person eine bedeutende Herausforderung darstellen, die oft mit Gefühlen der Ohnmacht, Überforderung und Angst einhergeht. Zu diesen Ängsten und Sorgen, die nach einem Suizid(-versuch) auftreten können, gehören: die Angst vor Schuldgefühlen/Selbstvorwürfen, die Angst vor Fehleinschätzungen und den damit verbundenen Konsequenzen, die Angst vor juristischen Konsequenzen sowie die Angst vor Vorwürfen durch Andere (z. B. von Angehörigen, Kolleg*innen) (Conrad et al., 2020).

Die Konfrontation mit Suizidalität bei den Betroffenen verdeutlicht den Helfenden die Begrenztheit ihrer Einflussnahme und kann mit dem Erleben von persönlichem Versagen, Kränkung und Bedrohung oder Inkompetenz einhergehen (Sonneck, 2000). Es erfordert eine Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung zu Themen wie Suizid, Sterben und Tod sowie eine Reflexion über den eigenen Sinn im Leben, um Menschen zu begleiten, deren Lebenssinn verloren gegangen zu sein scheint (Sonneck, 2000). Um mit eigenen Krisen umzugehen, die sich aus der Suizidalität Anderer ergeben können, ist es durchaus ratsam, sich auch in der beratenden/therapeutischen Rolle Gedanken zu machen, wie und wo in kritischen Situationen Unterstützung gefunden werden kann. Die Basis hierfür sollten auf struktureller Ebene festgelegte Notfallleitlinien sein, die den beratenden Mitarbeiter*innen zur Verfügung stehen und vermittelt werden sollten.

Wenn Suizidalität im Raum steht...

Suizidales Verhalten bedeutet sowohl für den*die Klient*in als auch für die beratende Person einen besonderen Ausnahmezustand. Es ist für den*die Berater*in wichtig, eine innere Balance zu finden: Einerseits sollte auf die eigene Befindlichkeit geachtet werden, andererseits gilt es, auf die aktuelle Situation und die Belastungen des*der Klient*in einzugehen, zu unterstützen, zu stabilisieren, Perspektiven aufzuzeigen und gegebenenfalls Notfallstrategien einzuleiten, falls eine akute Suizidalität besteht.

Auf sich selbst zu achten bedeutet, eigene (unangenehme) Emotionen und körperliche Reaktionen in Verbindung mit dem Thema Suizidalität zu registrieren und möglichst nicht zu verdrängen. Viel eher kann es hilfreich sein, die wahrgenommenen Reaktionen, wie Angst, Sorge, Überforderung, Stress und Unruhe, zu benennen und einzuordnen (z. B. durch Aufschreiben, Dokumentieren), um sich dann wieder in die helfende Rolle zu begeben (Hoffmann et al., 2012).

Neben der intensiven Auseinandersetzung mit Suizidalität bei der Arbeit ist es in solchen Phasen ebenso ratsam, auch andere Seiten des eigenen Lebens zu beleuchten und Freizeitaktivitäten nachzugehen, die Freude und Leichtigkeit bringen. Bei der Arbeit selbst ist der ständige Austausch mit Kolleg*innen und die Inanspruchnahme von Supervision als wichtigster Faktor zu bewerten. Bleiben Sie mit der Thematik nicht allein!

Insgesamt lohnt sich in der Arbeit mit (akut) suizidalen Patient*innen eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Kompetenz, um Überforderungserleben in Bezug auf Suizidalität wahrzunehmen und darauf reagieren zu können, z. B. indem andere erfahrene und vertrauensvolle Kolleg*innen oder Vorgesetzte miteinbezogen werden.

Nachdem ein Suizid geschehen ist...

Der Tod eines*einer Klient*in ist auch auf Seiten der betreuenden Personen im Hilfesystem zumeist mit Schock und Trauer verbunden, die sich wenig von der Trauer um eigene Angehörige unterscheidet (Sonnenmoser, 2011). In dieser Situation ist es von großer Bedeutung, die Trauer anzuerkennen, sich ihr zu stellen und sie zu verarbeiten, um eine gesunde Psychohygiene zu bewahren. Die Verdrängung der Trauer könnte zu einer destruktiven Entwicklung und einem Risiko für „Selbstzweifel“ (Sonnenmoser, 2011) führen.

Wenn eine enge Arbeitsbeziehung zum*zur Klient*in bestand, können auch Schuldgefühle und Selbstvorwürfe auftreten. Um diese einzuordnen, kann es hilfreich sein, sich darüber klar zu sein, dass als helfende Person nur die Verantwortung für das eigene Handeln übernommen werden kann, nicht aber für das Handeln eines*einer Klient*in.

Konkrete Hinweise für trauernde Betreuende/Helfende (nach Webb, 2011):

- Bleiben Sie mit ihren Gefühlen nicht allein. Besprechen Sie das Geschehen (anonymisiert) im privaten oder beruflichen Kontext. Lassen Sie sich helfen!
- Ggf. mit Angehörigen des Verstorbenen sprechen und die Beerdigung besuchen.
- Umgeben Sie sich in Ihrer Freizeit mit Dingen, die Ihnen guttun und die nichts mit Ihrer Arbeit zu tun haben.
- Sorgen Sie für sich: Ernähren Sie sich gesund, und bewegen Sie sich ausreichend!
- Legen Sie genügend Pausen ein, nehmen Sie sich Auszeiten, finden Sie Entspannung!
- Akzeptieren Sie die Begrenztheit Ihres Handelns; die Verantwortung für das Verhalten anderer Menschen liegt nicht bei Ihnen.

Helfende Personen können eine wichtige Rolle im Leben von Menschen in Krisen spielen. Um tatsächlich helfen zu können, führt kein Weg daran vorbei, auf sich zu achten und in diesen schwierigen Situationen für sich zu sorgen.

5. Kontaktliste – Professionelle Anlaufstellen zum Umgang mit Suizidalität

In Deutschland existieren vielfältige Hilfsangebote für Menschen, die sich mit Gedanken an Suizid tragen. Gleichzeitig existieren auch Anlaufstellen für Angehörige und Hinterbliebene und es gibt vielfältige Angebote für Fachkräfte. Durch die Vielzahl ist es nicht möglich, eine ortspezifische Übersicht bereitzustellen. Für Fachkräfte der Sozial- und Gesundheitsberufe kann es hilfreich sein, ein solches ortsspezifisches Netzwerk zur Verfügung zu haben.

An dieser Stelle werden einige Kontaktstellen genannt, die bundesweit agieren und/oder Suchmaschinen für eine ortsspezifische Recherche bereithalten:

Akute Fremd- oder Selbstgefährdung

- Nächste psychiatrische Klinik kontaktieren
- Rettungsleitstelle unter: 112
- Polizei unter: 110

Notfallkontakte mit bundeseinheitlicher Nummer

- Bundesweite Telefonseelsorge: 0800/1110222
- Nummer gegen Kummer für Kinder: 116 111
- Nummer gegen Kummer für Eltern 0800/111 0 550

Bundesweite Datenbanken zur Kontaktsuche:

- **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention**
(<https://www.suizidprophylaxe.de/>):
Hier findet sich neben allgemeinen Informationen eine Übersicht über diverse Hilfsangebote für Betroffene, Hinterbliebene und Gesprächsempfehlungen. Zudem steht eine bundesweite Suchfunktion zu Beratungsangeboten zur Verfügung.
- **Nationale Kontakt- und Informationsstelle (NAKOS)**
(<https://www.nakos.de/>):
Hier finden sich neben allgemeinen Informationen insbesondere Anregungen und Unterstützung für Selbsthilfegruppen. Zudem steht eine bundesweite Suchfunktion zur Suche nach Selbsthilfegruppen zur Verfügung.
- **AGUS e. V. - für Suizidtrauernde bundesweit**
(<https://www.agus-selbsthilfe.de/>):
Hier finden sich Angebote und Informationen zum Umgang mit der Trauer nach dem Suizid einer nahestehenden Person (auch für Fachkräfte).

6. Literaturverzeichnis

- Allroggen, Marc. 2017. „Radikalisierung unter Jugendlichen und Zusammenhänge zu psychischen Störungen.“ In *Herein-, Heraus-, Heran- Junge Menschen wachsen lassen - Dokumentation des 30. Deutschen Jugendgerichtstages vom 14. bis 17. September 2017 in Berlin*. Schriftenreihe der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e. V. <https://www.dvjj.de/wp-content/uploads/2019/09/Tagungsband-30.-JGT-2017-Berlin.pdf>. Zuletzt abgerufen am 18. August 2023.
- Arsenault-Lapierre, Geneviève, Caroline Kim, und Gustavo Turecki. 2004. „Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-Analysis.“ *BMC Psychiatry* 4: 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Benslama, Fethi. 2017. „Der Übermuslim: Was junge Menschen zur Radikalisierung treibt“. Übersetzt von Monika Mager und Michael Schmid. 1. Aufl. Berlin: Matthes & Seitz Berlin.
- Berliner Justizvollzug. (o. D.). „Berliner Justizvollzug“. <https://www.berlin.de/justizvollzug/anstalten/jva-ploetzensee/die-anstalt/justizvollzugskrankenhaus-jvk/oft-gefragt/>. Zuletzt abgerufen am 15. August 2023.
- Bialluch, Christoph und Kerstin Sischka. 2021. „Aufeinandertreffen: Ein psychoanalytischer Essay zu Begegnungen mit jungen Menschen, die sich islamistisch radikalisiert haben.“ *Jahrbuch der Psychoanalyse* 62 (2): 131–54. <https://doi.org/10.30820/0075-2363-2021-2-131>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Binswanger, Ingrid, Marc Stern, Richard Deyo, Patrick Heagerty, Allen Cheadle, Joann Elmore, und Thomas Koepsell. 2007. „Release from Prison - A High Risk of Death for Former Inmates.“ *The New England Journal of Medicine* 356 (2): 157–65. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa064115>. Zuletzt abgerufen am 13. September 2023.
- Brieger, Peter, Susanne Menzel, und Johannes Hamann. 2022. „Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet?“ *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 65 (1): 25–29. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Cavanagh, Jonathan und Carson, Alan und Sharpe, Michael und Lawrie, Stephan. 2003. „Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review.“ *Psychological Medicine* 33 (3): 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Coid, Jeremy W., Kamaldeep Bhui, Deirdre MacManus, Constantinos Kallis, Paul Bebbington, und Simone Ullrich. 2016. „Extremism, Religion and Psychiatric Morbidity in a Population-Based Sample of Young Men.“ *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 209 (6): 491–97. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.186510>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Conrad, Katharina, Tobias Teismann, Dajana Rath, und Thomas Forkmann. 2021. „Ängste im Umgang mit suizidalen Patient/innen: Eine vergleichende Untersuchung von approbierten Psychotherapeut/innen und Psychotherapeut/innen in Ausbildung.“ *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 71 (1): 9–17. <https://doi.org/10.1055/a-1153-9187>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Deisenhammer, Eberhard. 2012. „Suizid und Suizidalität“. In *Lehrbuch Psychiatrie*, 395–403. Wien: Springer Vienna.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2023). „Suizidalität - Zahlen, Fakten, Warnsignale“. Suizidalität. <https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet1/allgemeine-informationen/>. Zuletzt abgerufen am 1. September 2023.
- Emsler, Corinna und Imke Haase, Mika Moeller, Christoph Nagel, und Robert Pelzer. 2022. „Distanzierungsverläufe vom salafistischen Extremismus“. *Beiträge zur Migration und Integration*, Band 11. Forschungszentrum Migration Integration und Asyl. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Beitragsreihe/beitrag-band-11-deradikalisierung-pradera.pdf?__blob=publicationFile&v=22. Zuletzt abgerufen am 18. August 2023.
- Feddes, Allard R., Nickolson, Lars, Mann, Liesbeth und Doosje, Bertjan. 2020. „Psychological Perspectives on Radicalization“. Routledge, New York.
- Fiedler, Georg, Reinhard Lindner, Astrid Altenhöfer, Ilan Gans, Benigna Gerisch, Monika Richter, und Paul Götzke. 2020. „Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete: Suizidalität, Psychotherapie und gesellschaftliche Intervention“. *Forum der Psychoanalyse* 36 (2): 123–39. <https://doi.org/10.1007/s00451-020-00397-3>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Fiedler, Georg, Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Ina Giegling, Sina Müller, Hannah Müller-Pein, Dan Rujescu, und Barbara Urban. 2021. „Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven“. <https://doi.org/10.17170/ko-bra-202107014195>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Fu, Q., A. C. Heath, K. K. Bucholz, E. C. Nelson, A. L. Glowinski, J. Goldberg, M. J. Lyons, u. a. 2002. „A Twin Study of Genetic and Environmental Influences on Suicidality in Men“. *Psychological Medicine* 32 (1): 11–24. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004846>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Fu, Xue-Lei, Yan Qian, Xiao-Hong Jin, Hai-Rong Yu, Hua Wu, Lin Du, Hong-Lin Chen, und Ya-Qin Shi. 2023. „Suicide Rates among People with Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis“. *Psychological Medicine* 53 (2): 351–61. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.

- Giernalczyk, Thomas. 2003. „Suizidgefahr: Verständnis und Hilfe“. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Gill, Paul, Caitlin Clemmow, Florian Hetzel, Bettina Rottweiler, Nadine Salman, Isabelle Van Der Vegt, und Zoe Marchment. 2021. „Systematic Review of Mental Health Problems and Violent Extremism“. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 32 (1): 51–78. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1820067>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Hoffmann, Nicolas, und Birgit Hofmann. 2012. „Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater“. 2. Aufl. Weinheim: Julius Beltz.
- Kaczinski, Uwe. 2007. „Das Suizidgeschehen bei Kindern und Jugendlichen“ Dissertation. Freie Universität Berlin. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/3881/04_kap3.pdf?sequence=5. Zuletzt abgerufen am 18. August 2023.
- Kariminia, Azar und Butler, Tony und Corben, S. und Levy, M. und Grant, L. und Kaldor, J. und Law, M. 2007. „Extreme Cause-Specific Mortality in a Cohort of Adult Prisoners–1988 to 2002: A Data-Linkage Study“. *International Journal of Epidemiology* 36 (2): 310–16. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl225>. Zuletzt abgerufen am 23. August 2023.
- Logvinov, Michail. 2019. „Zur Psychopathologie des Extremismus und Terrorismus“. Wiesbaden: Springer VS.
- Mann, John, Christina Michel, und Randy Auerbach. 2021. „Improving Suicide Prevention through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review“. *The American Journal of Psychiatry* 178 (7): 611–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Meischner-Al-Mousawi, Maja, Sven Hartenstein, Katharina Spanaus, und Sylvette Hinz. 2020. „Suizide und Suizidprävention im deutschen Justizvollzug“. *Forum Strafvollzug*, 69, 250–255.
- O'Connor, Rory C., Seonaid Cleare, Sarah Eschle, Karen Wetherall, und Olivia J. Kirtley. 2018. „The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: An update“. In *The International Handbook of Suicide Prevention*, 220–40. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Opitz-Welke, Annette, Katharina Bennefeld-Kersten, Norbert Konrad, und Justus Welke. 2013. „Prison Suicides in Germany from 2000 to 2011“. *International Journal of Law and Psychiatry* 36 (5–6): 386–89. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.018>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Opitz-Welke, Annette und Norbert Konrad. 2022. „Suizide im deutschen Strafvollzug: Häufigkeit, Risikofaktoren und Prävention“. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 65 (1): 18–24. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03460-4>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Radeloff, Daniel, Franziska Stoeber, Thomas Lempp, Matthias Kettner, und Katharina Bennefeld-Kersten. 2019. „Mörder oder Diebe in Gefahr? Suizidraten im Zusammenhang mit Straftaten in jugendlichen und erwachsenen Gefängnisinsassen.“ *PLoS one* 14 (4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214936>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Robert-Koch-Institut. o. D. „Suizid“. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Suizid/Suizid_node.html. Zuletzt abgerufen am 16. August 2023.
- Rolling, J., und G. Corduan. 2017. „La radicalisation, un nouveau symptôme adolescent ?“ *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.10.002>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Rujescu, Dan, P. Zill, Marcella Rietschel, und W. Maier. (2009). *Genetik suicidalen Verhaltens*. *Nervenheilkunde*, 28(04), 211-216. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1628601>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Schelhase, Torsten. 2022. „Suicides in Germany: Results from the Official Cause of Death Statistics“. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 65 (1): 3–10. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03470-2>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.
- Sonneck, Gernot (Hrsg.). 2000. „Krisenintervention und Suizidverhütung“. (1. Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Sonnenmoser, Marion. 2011. „Selbstfürsorge: Wenn Patienten sterben“. *Deutsches Ärzteblatt* 10: 506–507.
- Srowig, Fabian, Viktoria Roth, Daniela PISOIU, Katharina Seewald, und Andreas Zick. 2018. „Radikalisierung von Individuen: Ein Überblick über mögliche Erklärungsansätze“. *PRIF Report Gesellschaft Extrem* 6. https://www.hsfk.de/fileadmin/Hsfk/hsfk_publicationen/prif0618.pdf. Zuletzt abgerufen am 18. August 2023.
- Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online. „Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen, Geschlecht 2023“. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23211-0002&sachmerkmal=TODUR1&sachschlüssel=TODESURST8&startjahr=1980#abreadcrum>. Zuletzt abgerufen am 4. September 2023.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. 2016. „Suizidprävention: Eine globale Herausforderung“. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf>. Zuletzt abgerufen am 4. September 2023.
- Stukenberg, Timo. 2019. „Erhöhtes Suizidrisiko bei Inhaftierten“. <https://www.deutschlandfunk.de/strafvollzug-erhoehtes-suizidrisiko-bei-inhaftierten-100.html>. Zuletzt abgerufen am 10. August 2023
- Ten Hövel, Marian, Franziska Stöber, Katharina Bennefeld-Kersten, und Daniel Radeloff. o.D. „Suizidprävention im Justizvollzug - Eine evidenz-basierte Dar-

stellung der Risikofaktoren und Risikopopulationen". Bundesgesundheitsministerium. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Suizidpraevention_im_Justizvollzug.pdf. Zuletzt abgerufen am 4. September 2023.

Trimbur, Margot, Amad, Ali, Horn, Mathilde, Thomas, Pierre und Fovet, Thomas. (2021). „Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review". *Journal of psychiatric research*, 141: 214-222.

Turecki, Gustavo, David A. Brent, David Gunnell, Rory C. O'Connor, Maria A. Oquendo, Jane Pirkis, und Barbara H. Stanley. 2019. „Suicide and Suicide Risk". *Nature Reviews. Disease Primers* 5 (1): 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.

Violence Prevention Network. 2021. „Violence Prevention Network Schriftenreihe Heft 7: Erfolgreiche Distanzierungs- und Deradikalisierungsarbeit". <https://violence-prevention-network.de/wp-content/uploads/2021/12/Violence-Prevention-Network-Schriftenreihe-Heft-7.pdf>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.

Webb, Kristin B. 2011. „Care of Others and Self: A Suicidal Patient's Impact on the Psychologist". *Professional Psychology, Research and Practice* 42 (3): 215–21. <https://doi.org/10.1037/a0022752>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.

Zeisig, Yvonne. 2022. „Behandlungsprävalenz suizidalen Verhaltens und Erlebens in einer stationär-psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation" (Doctoral dissertation, Dissertation, Chemnitz, Technische Universität Chemnitz, 2022). <https://d-nb.info/125280749X/34>. Zuletzt abgerufen am 6. September 2023.

7. Literaturempfehlungen

Bundeszentrale für politische Bildung. 2022. „Extremismus und Radikalisierung". bpb.de. Bundeszentrale für politische Bildung. 4. Februar 2022. <https://www.bpb.de/themen/extremismus-radikalisierung/>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.

Kaczinski, Uwe. 2007. „Das Suizidgeschehen bei Kindern und Jugendlichen" Dissertation. Freie Universität Berlin. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/3881/04_kap3.pdf?sequence=5. Zuletzt abgerufen am 18. August 2023.

Petermann, F. und D. Nitkowski. 2008. „Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf". *Der Nervenarzt* 79 (9): 1017–22. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2538-7>. Zuletzt abgerufen am 19. September 2023.

Bisher erschienen in der Violence Prevention Network Schriftenreihe:

- #1** Rückkehrer*innen aus den Kriegsgebieten in Syrien und im Irak (2019)
- #2** Einschätzung und Bewertung von Risiken im Kontext der Extremismusprävention und Deradikalisierung (2019)
- #3** Zivilgesellschaftliche Organisationen in der Tertiärprävention (2019)
- #4** Rückkehrerinnen und ihre Kinder (2020)
- #5** Kontinuität – Ambivalenz – Spaltung - Zur Genese von Verschwörungsmaythen im islamistischen Extremismus (2021)
- #6** Rekrutierung in den islamistischen Extremismus - Ein Beitrag zur Definition und Systematisierung (2021)
- #7** Erfolgreiche Distanzierungs- und Deradikalisierungsarbeit - 20 Jahre Violence Prevention Network (2021)
- #8** Antifeminismus: Warum sexistische Ideologien eine Aufgabe für die Extremismusprävention sind (2021)
- #9** Herausforderung „Hochrisikopersonen“ - Chancen und Grenzen der Zusammenarbeit von Zivilgesellschaft und Sicherheitsbehörden (2022)
- #10** Was wir über Distanzierung wissen - Aktuelle Erkenntnisse der Forschung und Empfehlungen für die Praxis der Distanzierungsarbeit (2022)
- #11** Die unsichtbaren Schwestern - Akteurinnen auf TikTok und Instagram im Spektrum Extremismus, Salafismus, Islamismus und Aktivismus (2023)
- #12** „Mein Bruder, wer glaubt noch der Zeitung?“ - Medien als Feindbild und Bezugspunkt in der Kommunikation islamistischer Online-Akteure (2023)

Impressum

📍 Violence Prevention Network gGmbH
Judy Korn, Thomas Mücke - Geschäftsführung
Alt-Reinickendorf 25
13407 Berlin

☎ Tel.: (030) 917 05 464
📠 Fax: (030) 398 35 284
✉ post@violence-prevention-network.de
🌐 www.violence-prevention-network.de

©Violence Prevention Network | 2023

Eingetragen beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg unter der Handelsregisternummer: HRB 221974 B.

Bildnachweis: Bibadash/Shutterstock.com

Redaktion: Cornelia Lotthammer, Paul Merker, Marvin Stipp
Gestaltung: Part | www.part.berlin.de

Spenden sind herzlich willkommen!

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE14100205000001118800
BIC: BFSWDE33BER
Oder online über www.violence-prevention-network.de

📘 www.facebook.de/violencepreventionnetworkdeutschland
🐦 www.twitter.com/VPNderad

Diese Publikation erscheint im Rahmen des Projekts *Just X Berlin - Prävention und Deradikalisierung im Berliner Justizvollzug* und wird gefördert durch das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* im Rahmen des Bundesprogramms *„Demokratie leben!“* sowie kofinanziert durch die *Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Vielfalt und Antidiskriminierung*.

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Senatsverwaltung
für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration,
Vielfalt und Antidiskriminierung

BERLIN



Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor*innen die Verantwortung.

