



Nadine Heil

Suizidalität und Suizidprävention im Justizvollzug

Bachelorarbeit

an der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm

Fakultät Sozialwissenschaften

Betreuerin: Prof. Gabriele Kawamura-Reindl

Nürnberg 2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
1. Einleitung	5
2. Begriffliche Einordnung und rechtliche Betrachtungsweise.....	8
2.1 Begriffsklärungen	8
2.2 Motive suizidaler Handlungen	21
2.3 Klassifikation nach ICD-10	22
2.4 Rechtliche Aspekte suizidaler Handlungen	23
3. Prävalenz und Suizidmethoden im Justizvollzug	25
3.1 Probleme bei der Erfassung von suizidalen Verhaltensweisen.....	25
3.2 Suizidalität im Justizvollzug.....	26
3.3 Methoden suizidalen Verhaltens	35
4. Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität	37
4.1 Demografische Risikofaktoren	38
4.2 Medizinische Risikofaktoren.....	40
4.3 Psychopathologische Risikofaktoren.....	42
4.4 Neurobiologische und genetische Risikofaktoren	47
4.5 Biografische Risikofaktoren.....	50
4.6 Kriminologische Risikofaktoren	51
4.7 Gefängnispezifische Risikofaktoren.....	53
4.8 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	59
5. Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Justizvollzug	59
5.1 Erstellung eines integrativen Modells	60
5.2 Stadien suizidaler Entwicklung nach Pöldinger	64
5.3 Das präsuizidale Syndrom nach Ringel.....	65
5.4 Zeitabläufe suizidaler Handlungen	68
5.5 Schlussfolgerungen für die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Justizvollzug	70

6. Suizidprävention im Justizvollzug	71
6.1 Identifizierung von Gefangenen mit Suizidalität.....	71
6.2 Erkennen und Erheben von Suizidalität	75
6.2.1 Allgemeine Regeln zur Diagnostik von Suizidalität	75
6.2.2 Inhalt der Abschätzung.....	79
6.2.3 Indikatoren für akute Suizidalität.....	81
6.2.4 Schlussfolgerungen für weitere Maßnahmen.....	83
6.3 Krisenintervention	84
6.3.1 Theoretische Grundlagen der Krisenintervention.....	85
6.3.2 Das Kriseninterventionskonzept	90
6.3.3 Grenzen der Krisenintervention	96
6.4 Projekt „Listener“	97
6.4.1 Entstehung und Entwicklung des Projekts	97
6.4.2 Projektbeschreibung.....	98
6.4.3 Evaluation der Maßnahme.....	99
6.5 Zusammenfassung der suizidpräventiven Maßnahmen	100
7. Fazit	102
Literaturverzeichnis	104

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Suizidalitätspyramide (eigene Darstellung).....	19
Abb. 2: Entstehung und Entwicklung von Suizidalität angelehnt am Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität nach Wolfersdorf (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 77) (eigene Darstellung)	64
Abb. 3: Stadien der suizidalen Entwicklung (Pöldinger, 1982, S. 13).....	65
Abb. 4: Das präsuizidale Syndrom nach Ringel (eigene Darstellung)	68
Abb. 5: Entscheidungsmöglichkeiten über nötige Maßnahmen nach einer Suizidabschätzung (eigene Darstellung).....	84

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gesamtzahl Suizide von Gefangenen und Suizidrate vom Jahr 2000 bis 2016 (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 4)	28
Tab. 2: Suizide in Untersuchungshaft in den Jahren 2000-2016 (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 9)	30
Tab. 3: Suizide in Strafhaft in den Jahren 2000-2016 (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 13).....	31
Tab. 4: Screeninginstrument for suicide risk nach Blaauw, Kerkhof, Winkel und Sheridan (eigene Darstellung)	72
Tab. 5: Erweiterung des Screeninginstruments for suicide risk von Blaauw, Kerkhof, Winkel und Sheridan nach Dahle, Lohner und Konrad (eigene Darstellung)	73
Tab. 6: Gesamtmodell - VISCI für Untersuchungshäftlinge (eigene Darstellung)	73
Tab. 7: Gesamtmodell - VISCI für Strafhaftlinge (eigene Darstellung)	74
Tab. 8: Verlauf akuter Krisen (Sonneck, Kapusta, Tomandl & Voracek, 2016, S. 61)	89

1. Einleitung

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation sterben weltweit jährlich rund 800.000 Menschen durch Suizid (World Health Organization [WHO], 21.08.2019). Das bedeutet, dass sich alle 40 Sekunden jemand suizidiert. In der Zeit, in der eine Person durch Suizid stirbt, versuchen 20 andere, sich zu suizidieren (WHO, n.d.). Weltweit ist Suizid eines der größten Gesundheitsprobleme. Auf dieser Grundlage rief die Weltgesundheitsorganisation den Welt-Suizid-Präventionstag aus. Dieser findet seit 2003 jährlich am 10. September statt (WHO & International Association for Suicide Prevention, n.d.). Allein in Deutschland sind im Jahr 2016 9838 Menschen durch Suizid verstorben (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2019a). Verglichen mit Tod durch Verkehrsunfällen, Illegalen Drogen, AIDS/ HIV und Mord zusammen tritt Tod durch Suizid fast doppelt so häufig auf (Statistisches Bundesamt, Robert Koch-Institut & Bundeskriminalamt, 2019). Ungefähr jede 100. Person ist 2016 aufgrund einer suizidalen Handlung aus dem Leben geschieden (Destatis, n.d.). Jedoch sind die Ergebnisse der Suizidstatistik nur die Spitze des Eisbergs, da nach Erwin Ringel, österreichischer Arzt, „das Selbstmordproblem in Wirklichkeit viel größer ist, als es die Statistik erscheinen lässt [sic!]“ (Ringel, 1969, S. 11). Einige Wissenschaftler/-innen sehen dies ähnlich (Reynders, Scheerder & Van Audenhove, 2011, S. 120; Williams, 2001, S. 18). In einer internationalen Studie zur Erhebung der Gesundheit von Gefangenen wurde festgestellt, dass Suizid zu den vier wichtigsten Problemen des europäischen Strafvollzugs gehört (Tomáševski, 1992, S. 62). Von diversen Forschenden wurde die Thematik rund um die Suizidalität bereits erkannt und mehrere Länder versuchen, die Suizidzahlen zu senken. Da man lange Zeit der Auffassung war, dass Suizidalität ein medizinisches, spezifisch gesagt ein psychiatrisches Problem ist, ist die Anzahl ärztlichen Fachpersonals im Justizvollzug erhöht worden. Diese arbeiteten Risikofaktoren heraus, welche einen Menschen anfällig für suizidale Handlungen machen. Somit wurden die ersten Risikoprofile für Inhaftierte erstellt (Liebling, 1999, S. 295). Allein die Unterbringung in einer totalen Institution, zum Beispiel in einer Justizvollzugsanstalt, stellt einen Risikofaktor dar. Eine Inhaftierung bedeutet immer Einschränkung der Autonomie und Freiheitsentzug. Für viele Personen stellt die Haftzeit eine Herausforderung dar, welche gemeistert werden muss. Dies ist jedoch nicht immer möglich, oftmals kann sie als Krise erlebt werden, aus der kein Ausweg ersichtlich ist. Vor allem vulnerable Menschen sind dann anfällig für suizidale Handlungen. Nach dem Anstieg an vollendeten Suiziden in mehreren Justizvollzugsanstalten in Niedersachsen zwischen 1992 und 1994 wurde die Arbeitsgruppe „Suicidprophylaxe [sic!] im Strafvollzug“, eine Expertengruppe, welche sich das Thema der Suizide im Gefängnis vornahm, gegründet (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 80). Der Zusammenhang zwischen der Inhaftierung und dem erhöhten Suizidrisiko war immer wieder Inhalt wissenschaftlicher Untersuchungen. Nachdem das

Thema in den Fokus der Öffentlichkeit geriet, wurden mehrere Versuche unternommen, suizidale Handlungen während der Haftzeit zu minimieren. Zwar nahm seitdem die Anzahl an vollendeten suizidalen Handlungen unter Inhaftierten ab, jedoch ist sie noch immer höher als in der Allgemeinbevölkerung. Somit zählt Tod durch Suizid während der Haftzeit auch jetzt noch zu den größten Problemen des Justizvollzuges (Forrester & Slade, 2014, S. 1109; Jenkins et al., 2005, S. 258). Deswegen lässt sich leicht der Schluss ziehen, dass dies mit den Umständen innerhalb der Justizvollzugsanstalt zusammenhängt. Die besonderen Gegebenheiten könnten somit zu suizidalen Handlungen führen.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist von großer Bedeutung. „While we know more about jail suicide prevention than ever before, the need for additional research has never been greater. Only by continuing to learn more about the problem and transmitting that knowledge to those entrusted with the custody and care of inmates, will we be in the best possible position to prevent the tragedy of jail suicide“ (Hayes, 1989, S. 27). Den Ausführungen von Lindsay M. Hayes, Direktor des National Center on Institutions and Alternatives in Massachusetts, USA, kann ich mich anschließen. Nur durch die Auseinandersetzung mit der Angelegenheit sind wir in der Lage, Suizide zu verhindern.

Mit vorliegender Arbeit möchte ich einen Überblick über das Themengebiet der Suizidalität und Suizidprävention im Justizvollzug geben. Dabei sollen vier zentrale Fragen beantwortet werden:

- 1) Welche Faktoren haben Einfluss auf die Entstehung von Suizidalität?
- 2) Wie entsteht und entwickelt sich Suizidalität?
- 3) Wie kann Suizidalität im Haftalltag erkannt werden und wie erfolgt die Einschätzung dieser?
- 4) Wie kann Suizidalität während der Inhaftierung verhindert werden und wie erfolgt innerhalb der Haftanstalt eine Intervention bei vorhandener Suizidalität?

Bevor ich mit der Beantwortung der eben genannten Fragestellungen beginne, erfolgt die Einbettung des Themas in seine theoretischen Grundlagen. Zuerst stelle ich im zweiten Kapitel alle Begrifflichkeiten rund um Suizidalität dar. Ebenso erläutere ich die Motive suizidaler Handlungen und die Kodierung der Suizidalität nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kurz dem ICD. Dabei beziehe ich mich auf die aktuell international gültige zehnte Ausgabe, dem ICD-10. Des Weiteren erläutere ich die gesetzlichen Grundlagen, welche mit einer suizidalen Handlung verbunden sind sowie den gesetzlichen Auftrag der Mitarbeiter/-innen im Justizvollzug bei solchen Handlungen (Kapitel 2). Im dritten Kapitel befasse ich mich mit der Auftretenswahrscheinlichkeit von Suizidalität im Justizvollzug. Zuerst benenne ich einige Probleme, die bei der

epidemiologischen Betrachtungsweise dieses Phänomens auftreten können und stelle danach konkretere Daten zu der Thematik vor. Außerdem betrachte ich die Methodenwahl suizidaler Handlungen. Im Anschluss beschäftige ich mich mit den Risikofaktoren und Auslöser von Suizidalität (Kapitel 4) sowie der Entstehung und Entwicklung von Suizidalität (Kapitel 5). Das letzte Kapitel widme ich der Suizidprävention. Ich gebe konkrete Hinweise im Umgang mit suizidalen Inhaftierten, befasse mich mit der Diagnostik von Suizidalität und nenne Indikatoren für akute Suizidalität. Des Weiteren stelle ich präventive Maßnahmen zur Verhinderung suizidaler Handlungen vor (Kapitel 6).

Bei vorliegender Bachelorarbeit stütze ich mich hauptsächlich auf Literatur aus dem europäischen Raum sowie aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Fachliteratur aus Australien, Neuseeland und Kanada ziehe ich ergänzend heran. Publikationen aus anderen Ländern lasse ich nicht in die Ausarbeitung einfließen, da dort die Haftumstände mit den hiesigen nicht vergleichbar sind.

2. Begriffliche Einordnung und rechtliche Betrachtungsweise

In diesem Kapitel beleuchte ich die begrifflichen Grundlagen von Suizidalität (Kapitel 2.1). Danach zeige ich die verschiedenen Motive suizidaler Handlungen auf (Kapitel 2.2) und ordne den Terminus in das in Deutschland verwendete Internationale Klassifikationssystem psychischer Störungen, welches zur Diagnose von Krankheiten verwendet wird, ein (Kapitel 2.3). Im letzten Unterpunkt gehe ich der Frage nach der rechtlichen Sichtweise auf suizidale Handlungen nach. Ebenso betrachte ich dabei die Rolle des Justizvollzugs, seiner Mitarbeiter/-innen und deren rechtlichen Pflichten bei suizidalen Verhaltensweisen (Kapitel 2.4).

2.1 Begriffsklärungen

Rund um das Thema Suizidalität tauchen eine Vielzahl von Begrifflichkeiten auf, welche für eine fachliche Auseinandersetzung damit definiert werden müssen. Marsha M. Linehan, US-amerikanische Psychologin, spricht sogar von einer „definitional obfuscation“ (Linehan, 1997, S. 304). Derzeit existieren keine standardisierten und verbindlichen Definitionen. Durch die Vereinheitlichung würden viele Vorteile entstehen, da dies 1) die Risikoabschätzung und Behandlung erleichtert; 2) die Kommunikation zwischen Fachkräften verbessert; 3) die Dokumentation der Risikoabschätzung verbessert und die Entscheidungsfindung bezüglich des weiteren Vorgehens nach einer Abklärung der Suizidalität erleichtert; 4) ungenaue und abwertende Terminologie eliminiert; 5) die Kommunikation und die Beziehung zwischen der Fachkraft und dem Patienten verbessert; sowie 6) die Vorhersage für zukünftig auftretende Suizidalität verbessert, indem die Bedeutsamkeit und Komplexität von indirekter und direkter Suizidabsicht erkannt wird, was entscheidend für das bestmögliche Behandlungsergebnis ist (Rudd, 2000, S. 58-59). Ebenso können dadurch die Resultate mehrerer Forschungsarbeiten leichter vergleichbar gemacht werden (Silverman, 2006, S. 520). Mehrere Wissenschaftler/-innen fordern vereinheitliche Definitionen (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006, S. 5; Maris, 2002, S. 319; Marušič, 2004, S. 146; O'Carroll, Berman, Maris, Móscicki, Tanney & Silverman, 1996, S. 237; Silverman, 2006, S. 519; Silverman & De Leo, 2016, S. 86). Leider konnte sich das bis heute nicht durchsetzen. Zwar gab es bereits erste Ansätze, in welchen sich internationale Forschungsgruppen bestehend aus Fachpersonal zusammensetzten und Definitionen entwickelten (z.B. Crosby, Ortega & Melanson, 2011; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007a; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007b), jedoch wurden diese bisher nicht aufgegriffen.

Ausgehend von dem Terminus Suizidalität setze ich mich mit den damit verbundenen Ausprägungen auseinander, ordne und definiere diese. Dabei beschränke ich mich auf die Begriffe, welche für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind. Eine vollständige Übersicht aller Termini zu diesem Thema ist aufgrund der Vielzahl der Begrifflichkeiten und des begrenzten Umfangs der Bachelorarbeit nicht möglich. In der weiteren Ausarbeitung habe ich mich entschieden, Suizidalität, Suizidgedanken und suizidale Handlung näher zu betrachten. Die verschiedenen Formen dieser sollen ebenfalls definiert werden. Die Begriffe sind nicht separat zu betrachten, sondern sind miteinander verbunden (Bertolote & Wasserman, 2009, S. 89; Liebling, 1999, S. 304). Um den Überblick zu behalten, definiere ich sie erst einzeln und stelle im letzten Teil des Kapitels die Verbindung zueinander her. Dabei fasse ich die gewonnenen Ergebnisse nochmals in Kurzform zusammen und beurteile diese.

Suizidalität

Eine sehr ausführliche Definition stammt von Thomas Haenel, schweizer Arzt, und Walter Pöldinger, österreichischer Psychiater. „Unter Suizidalität verstehen [...] [sie] das Potential aller seelischer Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert“ (Haenel & Pöldinger, 1986, S. 107).

Michael Eink, deutscher Biologe und Pädagoge, und Horst Haltenhof, deutscher Arzt, verstehen unter Suizidalität „alle Gefühle, Gedanken, Impulse und Handlungen [...], die selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigene Versterben aktiv oder durch Unterlassung anstreben bzw. direkt oder indirekt in Kauf nehmen. Suizidalität umfasst einen breiten Bereich menschlichen Erlebens und Verhaltens, der sich vom Bedürfnis nach Ruhe oder eine Pause im Leben über den Wunsch, (ohne eigenes Zutun) tot zu sein, Gedanken an und Pläne für die Selbsttötung bis hin zu konkreten suizidalen Handlungen erstreckt. Die einzelnen Stufen dieser Abfolge zeichnen sich meist durch eine Zunahme von Handlungsdruck und Aktivität aus“ (Eink & Haltenhof, 2017, S. 22).

Nach Manfred Wolfersdorf, deutscher Psychiater und Psychotherapeut, ist Suizidalität „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf, 1995, S. 4; Wolfersdorf, 2000, S. 18; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 26). Somit ist das Bewusstsein oder die Inkaufnahme des eigenen Sterbens ein wichtiger Faktor. Jedoch meint er ebenso, dass Suizidalität „meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit [ist], sondern von Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer,

2011, S. 26). Er sieht, ähnlich wie Eink und Haltenhof, Suizidalität als eine Art Kontinuum, auf welchem sich ein Mensch bewegt. Je nachdem, auf welcher Ebene er sich befindet, ist das Handlungsrisiko, eine suizidale Handlung zu begehen, geringer oder erhöht (Wolfersdorf, 2000, S. 25; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 28-29).

Sowohl Eink und Haltenhof als auch Wolfersdorf sehen den Beginn der Suizidalität nicht etwa bei Suizidgedanken, sondern bei dem Wunsch einer Person nach Ruhe, Pause und Unterbrechung des Lebens oder einem Todeswunsch (Eink & Haltenhof, 2017, S. 22; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 28-29). Während Eink und Haltenhof diese Begrifflichkeiten nicht näher ausführen, werden sie von Wolfersdorf klar definiert. Mit dem Wunsch nach Ruhe, Pause und Unterbrechung im Leben meint er Personen, „die meist vordergründig aus einem ‚Schlafbedürfnis‘ heraus eine Überdosis von Benzodiazepinen genommen haben, mit der Einstellung ‚wenn ich wieder aufwache, sollen alle Sorgen weg sein, wenn ich nicht mehr aufwache, dann ist es auch recht‘“ (Wolfersdorf, 2000, S. 25). Mit dem Todeswunsch wird „bereits die konkrete Zielrichtung und Intention benannt, entweder durch eine Handlung jetzt oder in einer unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen, als z.B. weiterhin an einer Depression so zu leiden“ (Wolfersdorf, 2000, S. 25). Demnach ist Suizidalität auf einem Kontinuum angesiedelt, welches mehrere Ebenen umfasst: 1) Wunsch nach Ruhe, Pause und Unterbrechung im Leben, 2) Todeswunsch, 3) Suizidgedanken und -pläne sowie 4) suizidale Handlungen.

Demzufolge kann Suizidalität als ein Oberbegriff für die eben genannten Termini verwendet werden. Sie stehen durch den Handlungsdruck in Verbindung (Eink & Haltenhof, 2017, S. 22; Wolfersdorf, 2000, S. 125). Dieser bestimmt „die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung einer aktuellen Suizididee in eine suizidale Handlung in der unmittelbar nachfolgenden Zeit“ (Wolfersdorf, 2000, S. 125; Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 404). Nimmt der Handlungsdruck zu, so steigt auch das Risiko, eine suizidale Handlung zu begehen (Wolfersdorf, 2000, S. 125; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 28). Ist der Handlungsdruck hoch, so spricht man von akuter Suizidalität oder akuter Suizidgefahr. In diesem Fall ist die Person akut suizidal. Im Gegensatz dazu existiert die passive Suizidalität. Bei geringen Handlungsdruck ist das Risiko zur Durchführung einer suizidalen Handlung eher niedrig, weswegen dann von einer passiv suizidalen Person gesprochen wird (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 35). Der Handlungsdruck bestimmt somit das Ausmaß der Suizidgefährdung, verbindet die einzelnen Begriffe miteinander und findet bei der Einschätzung des Suizidrisikos Verwendung. Nach Eink und Haltenhof wird mit dem Suizidrisiko „die Häufigkeit [...], mit der Selbsttötungen bzw. Selbsttötungsversuche unter bestimmten Lebensumständen oder bei bestimmten psychischen oder körperlichen Erkrankungen erfahrungsgemäß oder aufgrund von statistischen Erhebungen bzw. wissenschaftlichen Untersuchungen erwartet

werden können“ gemeint (Eink & Haltenhof, 2017, S. 23). Wolfersdorf sieht dies ähnlich, vermeidet jedoch eine explizite Definition (Wolfersdorf, 2000, S. 32). Meist wird die Bezeichnung „erhöhtes Suizidrisiko“ gewählt, da damit Personen(gruppen) mit besonderen gemeinsamen Merkmalen gemeint sind, bei denen einzelne Hinweise vorliegen, die auf eine akute suizidale Gefährdung schließen, da die „eine deutlich erhöhte Suizidrate über 100 auf 100 000 der jeweiligen Bezugsgruppe pro Zeiteinheit im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung aufweist“ (S. 32) (ebd., S. 31-32). Wolfersdorf und Etzersdorfer nennen Personengruppe, welche ein erhöhtes Suizidrisiko haben, „High-risk-group“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 35). Die Risikofaktoren, welche das Suizidrisiko erhöhen, werden in Kapitel 4 näher beleuchtet.

Für meine weitere Ausarbeitung schließe ich mich der Begriffsdefinition nach Wolfersdorf an, da diese sehr umfangreich ist und meines Erachtens alle relevanten Elemente enthält.

Nun erläutere ich die in der Suizidalität enthaltenen Begriffe Suizidgedanken und suizidale Handlung und die mit ihr verbundenen Ausprägungen.

Suizidgedanken

Suizidgedanken sind „Gedanken, Ideen und Fantasien, die immer um das eine Thema kreisen: ‚Was wäre, wenn ich mich umbrächte? Wie würde ich das tun? Soll ich nicht einfach?‘ Diese Gedanken werden möglicherweise bewusst heraufbeschworen, jedoch drängen sie sich häufig auch auf unabweisbare Weise auf“ (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2011, S. 26). Sie können unter drei differenzierten Blickwinkeln betrachtet werden: (1) Auftretenshäufigkeit (gelegentlich, begrenzt/ vergänglich, dauerhaft, aktiv, passiv), (2) Ausmaß der Suizidabsicht (ohne, unklar, mit) und (3) Auswirkung/ Ergebnis der Handlung (ohne Verletzung, mit Verletzung, tödlich) (Silverman et al., 2007b, S. 265-266). Synonym kann auch der Begriff Suizidfantasie verwendet werden, welcher „Gedanken, Bilder und Vorstellungen, sich zu verletzen oder zu töten“ (Chehil & Kutcher, 2013, S. 21) meint. Suizidideen beinhalten das „Nachdenken über den Tod im Allgemeinen und den eigenen Tod, Todeswünsche und suizidale Ideen im engeren Sinne. Hierbei handelt es sich um direkte Vorstellungen von der Suizidhandlung, d.h. ‚ich möchte mich umbringen‘ und ‚wie kann ich mich umbringen‘“ (Bronisch, 1999, S. 141). Der Terminus Suizididee kann auch umfangreicher betrachtet werden, indem die Gedanken „bereits das angestrebte Ziel, nämlich am Ende der Handlung tot zu sein“ (Wolfersdorf, König & Franke, 2002, S. 412), umfassen. Erfolgt der Prozess des Abwägens, also wird über den Tod als Lösungsmöglichkeit nachgedacht, so wird von einer Suizidabsicht gesprochen. Diese ist definiert als „Vorankündigung[...] geplanten Handelns“ (ebd., S. 412). Sie geht oft mit der konkreten Planung der Suizidhandlung einher (ebd., S. 412). Der Plan für einen Suizid, also ein Suizidplan, „is a proposed method of carrying out

a design that will lead to a potentially self-injurious outcome; a systematic formulation of a program of action that has the potential for resulting in self-injury“ (Silverman et al., 2007b, S. 268).

Demzufolge sind Suizidgedanken bzw. -fantasien von Suizidideen, der Suizidabsicht und dem Suizidplan zu trennen. Gemein haben sie lediglich, dass sich alle Gedanken um das Thema „Tod“ drehen. Jedoch sind sie in ihrem Ausmaß unterschiedlich. Suizidideen sind somit eine konkretere Form von Suizidgedanken, die Suizidabsicht ist wiederum eine deutlichere Form von Suizidideen und der Suizidplan ist die eindeutigste Form der Suizidgedanken, da diese bereits einen konkreten Vorgang zur Begehung einer Selbstverletzung enthält.

Suizidhandlung bzw. suizidale Handlung

Eink und Haltenhof definieren suizidale Handlungen als „alle Handlungen [...], die unter Verwendung einer vom Betreffenden als geeignet erachteten Methode in der Absicht durchgeführt werden, das eigene Leben zu beenden. Bei unmittelbar oder mittelbar tödlichem Ausgang bezeichnet man eine solche Handlung als ‚Suizid‘“ (Eink & Haltenhof, 2017, S. 24).

Für Artur Reiner, katholischer Pfarrer, und Christoph Kulesa, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeut, wird der Begriff Suizidhandlung „als Oberbegriff verstanden und meint jede gegen das eigene Leben gerichtete Handlung, unabhängig davon, ob der Tod intendiert wird oder nicht und unabhängig davon, ob sie zum Tode führt oder nicht“ (Reiner & Kulesa, 1981, S. 17).

Erwin Stengel, britisch-österreichischer Psychiater, Neurologe und Psychotherapeut beschreibt die Suizidhandlung als „any act of deliberate self-damage which the person committing the act could not be sure of surviving“ (Stengel, 1970, S. 237).

Wolfersdorf beschreibt suizidale Handlungen als „alle begonnenen, vorbereiteten oder auch abgebrochenen bzw. durchgeführten Versuche, sich das Leben zu nehmen, sofern sie in dem Wissen, in der Erwartung, in dem Glauben, dass mit der erwählten Methode das Ziel, tot zu sein, erreichbar sei, durchgeführt werden“ (Wolfersdorf, 2000, S. 28).

Die Definitionen von Wolfersdorf sowie Eink und Haltenhof beinhalten, dass der Person bewusst ist, dass die Handlung, die sie mit der dafür ausgewählten Methode durchgeführt hat, zum Tod führen kann. Dieser soll auch das Ergebnis des Vorgangs sein. Reiner und Kulesa sehen dies nicht so. Nach ihnen ist es unerheblich, ob der Tod erreicht werden sollte oder nicht und ob dieser erreicht wurde oder nicht. Dem stimme ich nicht zu, da meiner Meinung nach, der Tod zumindest billigend in Kauf genommen werden muss, um als

suizidale Handlung zu gelten. Die Begriffsbestimmung von Stengel ist nicht ausführlich genug, um eine Position diesbezüglich zu erkennen. Deswegen findet die Definition von Wolfersdorf in der weiteren Ausfertigung Verwendung. Eine Suizidhandlung schließt die Begriffe Suizidversuch und Suizid ein. Diese möchte ich später definieren, nachdem ich die suizidale Handlung vom Risikoverhalten, chronisch selbstschädigenden Verhalten und der Selbstverletzung abgegrenzt habe.

Bei der Betrachtung suizidaler Handlungen fallen oftmals die Begriffe Risikoverhalten und chronisch selbstschädigendes Verhalten. Diese dürfen nicht synonym verwendet, sondern müssen strikt unterschieden werden. Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Essstörungen oder riskante sportliche Aktivitäten sind nicht zwingend mit selbstschädigenden Verhaltensweisen gleichzusetzen. Zwar zeigen einige Personen durchaus suizidale Intentionen bei der Durchführung von Freizeitriskoverhalten, jedoch muss eine strikte Trennung erfolgen (Bronisch, 2014, S. 14; Klimke, 2002, S. 1099; Steinert, 1993, S. 45, 51). Aus diesem Grund ist die Betrachtung der Intention einer Handlung von großer Relevanz. Um eine Handlung als suizidal einzuordnen, muss der Tod intendiert sein.

Suizidale Handlungen sind von selbstverletzenden Verhalten abzugrenzen. Selbstverletzendes Verhalten wird häufig mit Begrifflichkeiten wie „Autoaggression, Autodestruktion, Selbstbeschädigung oder Selbstverletzung“ (Sachsse, 2011, S. 391) gleichgesetzt und kann „als eine wiederholt selbst zugefügte, direkte, körperliche Verletzung, die nicht gezielt lebensbedrohlich ist“ (ebd., S. 391) definiert werden. Das Justizministerium in England und Wales beschreibt Selbstverletzung als „any act where a prisoner deliberately harms themselves irrespective of the method, intent or severity of any injury“ (Pope, 2018, S. 8). Selbstverletzendes Verhalten geht grundsätzlich nicht mit suizidalen Absichten einher (Petermann & Winkel, 2007, S. 125). Dies wird oftmals zur Affektregulation und Selbstbestrafung genutzt (Klonsky, 2007, S. 226; Klonsky, 2009, S. 260; Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002, S. 1337; Swannell, Martin, Scott, Gibbons & Gifford, 2008, S. 101; Zetterqvist, Lundh, Dahlström & Svedin, 2013, S. 767). Selbstverletzende Verhaltensweisen unterscheiden sich somit von suizidalen Handlungen insofern, dass mit der durchgeführten Handlung der Tod nicht erwartet und nicht auf ihn abgezielt wird. Das Verhalten geht primär mit anderen Absichten einher und ist somit kein Akt gegen das eigene Leben. Unternimmt eine Person eine selbstverletzende Handlung, ist wichtig zu unterscheiden, ob der Tod intendiert wird oder nicht. Wird die eigene Tötung angestrebt, so kann von einer suizidalen Handlung gesprochen werden. Wird der Tod nicht abgezielt, dann liegt selbstverletzendes Verhalten vor. Ein selbstverletzendes Verhalten kann durchaus zum Tod führen, ist dann jedoch nicht als Suizid zu bezeichnen, sondern als Unfall mit Todesfolge. Somit ist die suizidale Handlung eine besondere Form der Selbstverletzung, welche mit suizidalen Absichten einhergeht.

Die beiden Phänomene weisen lediglich die Gemeinsamkeit auf, dass es sich um eine absichtliche Selbstschädigung des eigenen Körpers handelt. Die Abgrenzung lässt sich in der Theorie durch das Vorhandensein oder Fehlen der suizidalen Absicht deutlich definieren, in der Praxis ist eine klare Trennung jedoch nicht möglich. Selbstverletzende Verhaltensweisen gehen oftmals mit Suizidalität einher, beispielsweise sind bei 28-41% aller Personen, welche sich selbst verletzen, zum Zeitpunkt der Handlung suizidale Gedanken vorhanden (Lohner, 2008, S. 125; Muehlenkamp, 2005, S. 327). 41-74% der Personen nutzen eine Selbstverletzung, um suizidale Ideen oder Vorbereitungen für einen Suizid(versuch) zu stoppen (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, S. 452; Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002, S. 1337; Swannell et al., 2008, S. 101).

Suizidversuch/ Parasuizid

Kreitman, Philip, Greer und Bagley führten 1969 erstmals den Begriff Parasuizid ein. Dieser wird im englischen Sprachraum häufig als Synonym für den Suizidversuch eingesetzt, meint jedoch einen Suizidversuch ohne die Absicht, durch diesen zu sterben (Kreitman, Philip, Greer & Bagley, 1969, S. 746-747).

„Wird eine Handlung, die das eigene Versterben zum Ziel hatte, überlebt, das heißt bei ungewollt nicht tödlichem Ausgang, spricht man von »Suizidversuch«“ (Eink & Haltenhof, 2017, S. 24).

Nach Reiner und Kulesa ist ein Suizidversuch „eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung, die nicht zum Tode geführt hat, unabhängig davon, ob der Tod intendiert wurde oder nicht“ (Reiner & Kulesa, 1981, S. 17).

Ein Suizidversuch ist „eine selbst herbei geführte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung, [h]äufig mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens [...] etwas verändern zu wollen [...] mit der Erwartung, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung: der Handelnde überlebt“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 29).

Um den Suizidversuch vom Suizid zu unterscheiden, muss nach Erwin Stengel der Zweck eines Suizids betrachtet werden. Ziel der Handlung ist der Tod. Misserfolg kann vier mögliche Gründe haben (Stengel, 1969a, S. 65):

- 1) Suizident(inn)en waren nicht zielstrebig genug,
- 2) die Handlung wurde nur halbherzig unternommen,
- 3) die Methode war unzuverlässig, was die Suizident(inn)en nicht wussten, oder
- 4) sie sind aufgrund einer Geistesstörung in ihrer Entschlusskraft beeinträchtigt.

Für Stengel ist ein Suizidversuch „jede Handlung der Selbstbeschädigung, die mit der Absicht der Selbstvernichtung begangen wurde, so vage und zweifelhaft diese sein mag. Manchmal muß [sic!] diese Absicht aus dem Verhalten des Patienten indirekt erschlossen werden“ (ebd., S. 70). Er merkt jedoch an, dass nicht nur die Ernsthaftigkeit und Lebensgefährdung der Selbstvernichtungsabsicht notwendig ist, sondern, dass der Begriff weiter gefasst werden kann. Grundsätzlich sollen alle Handlungen, welche wie eine Suizidhandlung aussehen, wie eine betrachtet und behandelt werden. Somit ist es nicht von Belangen, ob jemand, der sich selbst verletzt, den Tod währenddessen herbeisehnt (ebd., S. 73-74). Demzufolge setzt er selbstverletzende Verhaltensweisen mit suizidalen Handlungen gleich.

Ein Suizidversuch oder Parasuizid kann sowohl von der Person selbst als auch von anderen unterbrochen oder abgebrochen werden (Crosby, Ortega & Melanson, 2011, S. 21).

Nach Auswertung und Vergleich der Definitionen ist festzustellen, dass der Parasuizid im Rahmen einer Selbstverletzung das Äquivalent des Suizidversuchs im Rahmen der suizidalen Handlung ist. In der weiteren Ausarbeitung schließe ich mich der Begriffsbestimmung von Wolfersdorf und Etzersdorfer an, da diese dies berücksichtigt.

Suizid

Für den Begriff Suizid werden die Begrifflichkeiten Selbstmord, Freitod und Selbsttötung häufig synonym eingesetzt (Eink & Haltenhof, 2017, S. 24; Watzka, 2008, S. 23). Die Verwendung des Ausdrucks Freitod ist jedoch zweifelhaft. Der Terminus suggeriert Freiheit, jedoch macht eine selbstmörderische Handlung nicht frei (Dickhaut, 1995, S. 15). Meines Erachtens wirkt der Terminus mildernd und verschleiern. Auch das Wort Selbstmord kann kritisch gesehen werden, da die Bezeichnung „Mord“ die Suizidhandlung moralisch bewertet. Im 6. Jahrhundert wurde der Ausdruck zur Verweigerung des christlichen Begräbnisses eines durch Suizid Verstorbenen verwendet. Deswegen wird Selbstmord noch heute häufig als ein Vergehen angesehen (Bronisch, 2014, S. 10-11). Aus diesen Gründen sollte von der Verwendung der Termini Freitod und Selbstmord abgesehen werden.

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt den Suizid als „the result of an act deliberately initiated and performed by a person in the full knowledge or expectation of its fatal outcome“ (WHO, 2001, S. 37).

Nach Reiner und Kulesa ist ein Suizid „eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung mit tödlichem Ausgang, unabhängig davon, ob der Tod intendiert wurde oder nicht“ (Reiner & Kulesa, 1981, S. 17).

Ein Suizid ist „eine selbst herbei geführte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung, mit dem Ziel, tot zu sein [...] in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit

der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung: der Tod des Handelnden“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 29).

Die Beschreibung des Begriffes ist unterschiedlich ausgeprägt. Reiner und Kulesa sehen einen Suizid auch dann vorherrschend, wenn die Handlung nicht auf die Selbsttötung abgezielt hat. Sowohl die Weltgesundheitsorganisation als auch Wolfersdorf und Etzersdorfer sehen dies nicht so. Nach ihnen ist der Person bewusst, dass die von ihr durchgeführte Handlung mit der speziell ausgewählten Methode zur vorsätzlichen Beendigung des Lebens führt. Diesbezüglich verwende ich die Begriffsklärung von Wolfersdorf und Etzersdorfer in der weiteren Ausarbeitung.

Insgesamt existierten vier Formen des Suizids. Diese stelle ich in Kurzform vor.

Auf der einen Seite gibt es den Suizid mit mehreren Personen, wobei einer von beiden dabei die Initiative ergreift und den anderen dazu überredet, sich gemeinsam zu suizidieren. Dieses gegenseitige Übereinkommen wird Selbstmord-Pakt, Doppelsuizid oder auch „dyadic suicide“ genannt (Große Perdekamp, Pollak & Thierauf, 2010, S. 59; Marcicic, Vuksic, Dumencic, Matuzalem & Cacinovic, 2011, S. 201; Stengel, 1969a, S. 31; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 37).

Auf der anderen Seite besteht der „Homizid-Suizid“. Homizid meint die Tötung eines anderen Menschen ohne dessen Einverständnis. Für eine Homizid-Suizid müssen grundsätzlich drei Voraussetzungen erfüllt sein:

- 1) Selber Ort oder räumliche Nähe (Cohen, Llorente & Eisdorfer, 1998, S. 391; Große Perdekamp, Pollak & Thierauf, 2010, S. 60; Liem & Nieuwebeerta, 2010, S. 141),
- 2) Rasche und chronologische Abfolge (Cohen, Llorente & Eisdorfer, 1998, S. 391; Große Perdekamp, Pollak & Thierauf, 2010, S. 59; Flynn et al., 2009, S. 306). Diese ist jedoch unterschiedlich definiert und kann bis zu eine Woche dauern (Jensen, Gilbert & Byard, 2009, S. 30) und
- 3) Abgrenzung zur Selbsttötung als Reaktion auf einen Mord beziehungsweise eines Doppelsuizids (Wolfersdorf & Jockusch, 1988, S. 21; Jensen, Gilbert & Byard, 2009, S. 31).

Eine ausführliche Definition dafür bietet Stefan Pollak, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Freiburg. Ein Homizid-Suizid liegt vor, wenn „eine zu Selbsttötung entschlossene Person einen (oder mehr) Menschen ohne dessen/ deren Einverständnis oder gegen dessen/ deren Willen in die Tötungshandlung einbezieht [...]. Ausgenommen sind [...] gemeinschaftliche Suizide mit einvernehmlicher Partnertötung. Nicht zu den erweiterten Suiziden gehören auch jene Selbsttötungen,

die erst im Anschluss an einen Homizid – quasi als Reaktion auf diesen – verübt werden und wesentlich von Reue, Schuldgefühl und Furcht vor Strafe bestimmt sind. Ein wichtiges Merkmal des erweiterten Suizids ist die rasche Aufeinanderfolge von Fremd- und Selbsttötung. [...] Homicide [sic!] und Suizid werden meist am selben Ort oder in räumlicher Nähe begangen“ (Pollak, 2005, S. 237). Diese Form wird auch oft als Mitnahmesuizid, erweiterter Suizid bzw. Selbstmord und „murder-suicide“ bezeichnet (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 37; Wolfersdorf & Jockusch, 1988, S. 21). Meistens wird dabei ein Familienmitglied, Kind(er) oder die Partner der Suizident(inn)en im Vorfeld getötet (Flynn et al., 2009, S. 306; Liem, Postulart & Niewubeerta, 2009, S. 109; Logan et al., 2008, S. 1058). Zu dieser Art des Suizids können auch Amoktaten, Geisterfahrten und der Tod durch einen terroristischen Akt gezählt werden (Adler, 2010, S. 9; Hempel, Levine, Meloy & Westermeyer, 2000, S. 582; Pohlmeier, 1995, S. 50).

Der Begriff des Bilanzsuizids geht in das Jahr 1919 zurück und wurde von Alfred Erich Hoche, einem deutschen Psychiater und Neurologen, geprägt (Haenel, 1989, S. 101). Ein Bilanz- oder Abwägungssuizid ist „eine Selbsttötung, die nicht aufgrund einer situations- oder krankheitsbedingt eingeschränkten oder aufgehobenen Entscheidungsfreiheit durchgeführt wird, sondern das Ergebnis einer weitgehend freien, Pro und Kontra abwägenden Willensentscheidung ist“ (Eink & Haltenhof, 2017, S. 25). Uwe Henrik Peters, deutscher Psychiater und Neurologe, entwickelte eine weitgefaste Definition. Dieser beschreibt den Bilanzsuizid als „überlegte Selbsttötung psychisch gesunder Personen als freie Willenshandlung. Die Bilanz des bisherigen Lebens und der gegenwärtigen Situation wird aufgerechnet, als negativ befunden und als Konsequenz die Selbstvernichtung ausgeführt, z.B. wenn ein an unheilbarer Krankheit leidender alter Mensch ohne Angehörige Suizid begeht“ (Peters, 1990, S. 74). Dies wird in der Literatur auch „premeditated suicide“ oder „rational suicide“ genannt. Umstritten ist, ob ein Suizid das Ergebnis einer rationalen Entscheidung sein kann (Améry, 1976; Etzersdorfer, 1994; Fenner, 2007; Geppert, 17.01.2015; Hume, 2013; Kjervik, 1984; Mayo, 1986; McCue & Balasubramaniam, 2017; Onkay, 2014; Siegel, 1986; Stengel, 1969a, S. 114; Stengel, 1969b, S. 47).

Eine weitere Form ist der „victim precipitated homicide“. Marvin Eugene Wolfgang, US-amerikanischer Kriminologe und Soziologe, prägte den Begriff. Bei dieser Art der Selbsttötung nehmen sich die Suizident(inn)en nicht selbst das Leben, sondern werden durch eine andere Person getötet. Jedoch ist das Opfer Auslöser der Tötung (Wolfgang, 1958, S. 252). In den Vereinigten Staaten von Amerika findet diese Art des Suizids häufiger als in Deutschland statt, meist wird sie durch Polizisten vollzogen. Dort wird das Phänomen „Suicide-by-Cop“ genannt (Klinger, 2001, S. 206; Mohandie, Meloy & Collins, 2009, S. 456).

In meiner Ausarbeitung beschränke ich mich beim Suizid lediglich auf die Tötung der eigenen Person durch die eigene Person ohne weitere involvierte Menschen. Andere Formen während der Haftzeit sind nicht bekannt oder werden nur sehr selten ausgeführt, wodurch wenig Literatur diesbezüglich vorhanden ist, was eine Auseinandersetzung mit diesen Typen nicht möglich macht (Felthous & Saß, 2010, S. 177).

Zusammenfassende Beurteilung der gewonnenen Ergebnisse

Suizidalität ist ein breit gefächertes Thema, welches eine Vielzahl an Phänomenen umfasst. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihres Intensitätsgrades. Wie schon genannt, ist Suizidalität „meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 26). Zwar existieren durchaus Personen, welche primär den Tod suchen, zum Beispiel im Rahmen von Selbstmordattentaten von ideologisch-politischen oder religiösen Überzeugungen oder Stammesritualen (ebd., S. 27-28), jedoch wird lediglich die vorsätzliche Beendigung des Lebens nur von einem Bruchteil der Personen verfolgt. Oftmals stehen weitere Motive im Vordergrund (vgl. Kapitel 2.2 Motive suizidaler Handlungen).

Das Verhältnis der Begrifflichkeiten zueinander fasst Alison Liebling, großbritannische Kriminologin, folgendermaßen zusammen: „It may be useful to see suicide – both in action and intent – as a continuum. Self-injury may be the first overt symptom of a level of distress only steps away from a final act of despair“ (Liebling, 1999, S. 304).

Folgende schematische Darstellung zeigt den Zusammenhang zwischen den einzelnen Komponenten der Suizidalität. Bei der Erstellung der Illustration orientiere ich mich an den Darstellungen weiterer Autor(inn)en (Eink & Haltenhof, 2012, S. 21; Wolfersdorf, 2000, S. 24; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 28; Wolfersdorf, Franke, Mauerer & Dobmeier, 2002, S. 18; Wolfersdorf, Heydt, Potschigmann, Vogel, Vogel & Hole, 1992, S. 323).

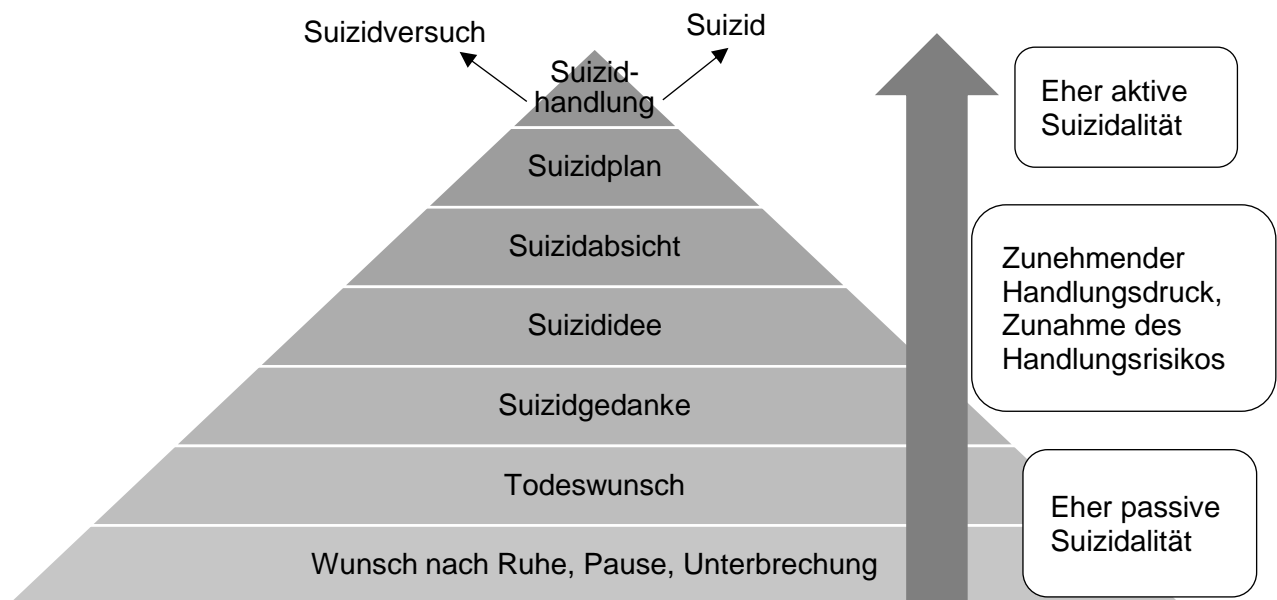


Abb. 1: Suizidalitätspyramide (eigene Darstellung)

Abschließend wiederhole ich nochmals die von mir für die weitere Ausarbeitung genutzten Begrifflichkeiten und ihre dazugehörige Beschreibung:

- „*Suizidalität* ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ereignis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf, 1995, S. 4; Wolfersdorf, 2000, S. 18; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 26).
- Mit dem *Wunsch nach Ruhe, Pause und Unterbrechung im Leben* sind Personen gemeint, „die meist vordergründig aus einem ‚Schlafbedürfnis‘ heraus eine Überdosis von Benzodiazepinen genommen haben, mit der Einstellung ‚wenn ich wieder aufwache, sollen alle Sorgen weg sein, wenn ich nicht mehr aufwache, dann ist es auch recht‘“ (Wolfersdorf, 2000, S. 25).
- Mit dem *Todeswunsch* wird „bereits die konkrete Zielrichtung und Intention benannt, entweder durch eine Handlung jetzt oder in einer unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen, als z.B. weiterhin an einer Depression so zu leiden“ (Wolfersdorf, 2000, S. 25).
- Der *Handlungsdruck* bestimmt „die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung einer aktuellen Suizididee in eine suizidale Handlung in der unmittelbar nachfolgenden Zeit“ (Wolfersdorf, 2000, S. 125; Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 404). Ist der Handlungsdruck hoch, so liegt aktive Suizidalität vor, ist er gering, dann passive Suizidalität (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 35).
- Das *Suizidrisiko* meint „die Häufigkeit [...], mit der Selbsttötungen bzw. Selbsttötungsversuche unter bestimmten Lebensumständen oder bei bestimmten

psychischen oder körperlichen Erkrankungen erfahrungsgemäß oder aufgrund von statistischen Erhebungen bzw. wissenschaftlichen Untersuchungen erwartet werden können“ (Eink & Haltenhof, 2017, S. 23).

- *Suizidgedanken* bzw. *Suizidfantasien* sind „Gedanken, Ideen und Fantasien, die immer um das eine Thema kreisen: ‚Was wäre, wenn ich mich umbrächte? Wie würde ich das tun? Soll ich nicht einfach?‘ Diese Gedanken werden möglicherweise bewusst heraufbeschworen, jedoch drängen sie sich häufig auch auf unabweisbare Weise auf“ (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2011, S. 26).
- *Suizidideen* beinhalten das „Nachdenken über den Tod im Allgemeinen und den eigenen Tod, Todeswünsche und suizidale Ideen im engeren Sinne. Hierbei handelt es sich um direkte Vorstellungen von der Suizidhandlung, d.h. ‚ich möchte mich umbringen‘ und ‚wie kann ich mich umbringen‘ (Bronisch, 1999, S. 141).
- Eine *Suizidabsicht* liegt vor, wenn der Tod in Gedanken als Lösungsmöglichkeit erwogen wird (Wolfersdorf, König & Franke, 2002, S. 412).
- Ein *Suizidplan* „is a proposed method of carrying out a design that will lead to a potentially self-injurious outcome; a systematic formulation of a program of action that has the potential for resulting in self-injury“ (Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll & Joiner, 2007b, S. 268).
- Eine *Suizidhandlung* bzw. *suizidale Handlung* beschreibt „alle begonnenen, vorbereiteten oder auch abgebrochenen bzw. durchgeführten Versuche, sich das Leben zu nehmen, sofern sie in dem Wissen, in der Erwartung, in dem Glauben, dass mit der erwählten Methode das Ziel, tot zu sein, erreichbar sei, durchgeführt werden“ (Wolfersdorf, 2000, S. 28).
- Eine *Selbstverletzung* ist „eine wiederholt selbst zugefügte, direkte, körperliche Verletzung, die nicht gezielt lebensbedrohlich ist“ (Sachsse, 2011, S. 391). Sie geht nicht mit suizidalen Absichten einher.
- Ein *Suizidversuch* ist „eine selbst herbei geführte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung, [h]äufig mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens [...] etwas verändern zu wollen [...] mit der Erwartung, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung: der Handelnde überlebt“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 29).
- Ein *Suizid* bzw. *Selbsttötung* ist „eine selbst herbei geführte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung, mit dem Ziel, tot zu sein [...] in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung: der Tod des Handelnden“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 29).

Da Suizidalität „meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit [ist]“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 26), müssen suizidale Handlungen aufgrund anderer Motive durchgeführt und der Tod dabei billigend in Kauf genommen werden. Welche Intentionen dabei vorherrschend sein können lege ich im nächsten Kapitel dar.

2.2 Motive suizidaler Handlungen

Von äußerster Bedeutung ist, die Intention einer suizidalen Handlung zu beleuchten. Je nach im Vordergrund stehenden Motivs wird eine entsprechende Präventionsmaßnahme eingeleitet (Kulesa & Reiner, 1981, S. 75-77). Nach Stengel ist das bewusste Motiv einer Suizidhandlung „der letzte, auslösende Faktor unter einer Vielzahl von Ursachen“ (Stengel, 1969a, S. 32). Die primäre Suche nach dem Tod wird nur von einem Teil der Suizident(inn)en verfolgt. Grundlegend wird auf weitere Absichten angezielt und das Sterben wird billigend in Kauf genommen oder als einzige Möglichkeit gesehen. Dabei lassen sich diverse Abgrenzungen bezüglich der Motivstruktur vornehmen. Meist ist die Intention einer Handlung sehr komplex, da sich die Motive überschneiden können und mehrere gleichzeitig vorherrschend sein können. Auch können einige Absichten von den Personen als bedeutender erlebt werden als andere (Chopin, Kerkhof & Arensman, 2004, S. 53; Feuerlein, 1971, S. 128). Hinter jeder Handlung steckt ein Motiv, auch wenn es auf den ersten Blick der Klientelen nicht ersichtlich ist und möglicherweise erst im Laufe einer therapeutischen Aufarbeitung zu Tage kommt (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 72-73).

Vielfach Verwendung findet die Einteilung von Wilhelm Feuerlein, einem deutschen Psychiater. Er teilte die Intentionen suizidaler Handlungen in drei Gruppen ein. Sie können einen Appellcharakter haben (Parasuizidale Geste), dazu dienen, eine Situation, welche für die Person unerträglich ist, zu unterbrechen (Parasuizidale Pause) oder der Wunsch sein, sich selbst zu verletzen (missglückter Suizid) (Feuerlein, 1971, S. 128). Jedoch ist diese Einteilung meiner Meinung nach zu kurz gefasst, da eine Vielzahl von weiteren Motivstrukturen suizidalen Verhaltens beschreibbar sind. Einige möchte ich im Folgenden nennen, wobei die Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt (Callahan, 1996, S. 113-114; Farberow & Shneidman, 1961, S. 74; Hawton, Rodham & Evans, 2008, S. 53; Hjelmeland et al., 2002, S. 385; Leenaars, Lester, Wenckstern & Heim, 1994, S. 100-101; Linden, 1969, S. 82-84, 88; Phillips, 1974, S. 340; Pohlmeier, 1995, S. 49-53; Preti, 2008, S. 546; Reiner & Kulesa, 1981, S. 78-79; Ringel, 1997, S. 73, 95, 204; Snow, 2002, S. 24-25; Stengel, 1969a, S. 33, 102-106; Zemishlany, Weinberger, Ben-Bassat & Mell, 1987, S. 704): Affektregulation, Appellwirkung, beispielsweise um anderen Menschen die eigene Verzweiflung zu zeigen oder als eine Art „Schrei nach Hilfe“, indem die Person ein

Kommunikationsangebot an die Umwelt sendet, um auf seine Situation aufmerksam zu machen, Suizid als Trauerreaktion, Abfuhr aufgetauter Spannung um das emotionale Gleichgewicht wiederherzustellen (katharsische Wirkung), Selbstbestrafung, Reaktion auf ein belastendes Ereignis und somit den Wunsch, einer Situation zu entfliehen, Imitationssuizid, zum Beispiel aufgrund der Medienberichterstattung oder durch einen Suizid einer anderen Person, Wunsch nach Ruhe und Auszeit, Beendigung des aktuellen Leidens, Aggression, suizidale Handlung, um eine andere Person zu verletzen oder sich an einer anderen Person zu rächen, Rebellion.

Suizidales Verhalten muss nicht zwingend ein Motiv zugrunde liegen, sondern kann auch im Rahmen einer psychischen Erkrankung, etwa aufgrund eines psychotischen Wahns oder halluzinatorischem Erlebens, auftreten (Tonn, Reuter, Gerlach, Dahmen & Pajonk, 2008, S. 544).

2.3 Klassifikation nach ICD-10

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen, kurz ICD-10, welche von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird, gruppiert Suizidalität und Suizidgedanken im Kapitel XVII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99) ein. In der Gruppe R40-R46 Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen unter R 45.8 Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen. Ausgeschlossen sind die Phänomene, wenn sie im Rahmen des fünften Kapitels, F00-F99 und somit einer psychischen oder Verhaltensstörung auftreten (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018, S. 652).

Die Suizidalen Verhaltensweisen sind im Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84) zu finden. Die vorsätzliche Selbstbeschädigung ist in der Gruppe X60-X84 zu finden. Unter der Ziffer X84.9! wird sowohl die vorsätzlich selbstzugefügte Vergiftung oder Verletzung als auch die Selbsttötung einschließlich des Versuchs der Selbsttötung eingeordnet. Dazu zählt die Selbstvergiftung aufgrund diverser Medikamente, Betäubungsmittel und sonstige Substanzen, Drogen, Lösungsmittel, Gasen und Dämpfen und Chemikalien sowie die Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung, Ersticken, Ertrinken, Waffen, Rauch, Feuer, Explosivstoffen, Dämpfe, heiße, scharfe, stumpfe Gegenstände, Sturz in die Tiefe, absichtlich verursachter Unfall mit einem Kraftfahrzeug, Sturz in die Tiefe und weitere nicht näher bezeichnete Arten der Selbstbeschädigung, z.B. durch elektrischen Strom (ebd., S. 807-810). Von Bedeutung dabei ist, dass die oben genannten

Arten der Handlung mit Schädigungsabsicht zustande gekommen sind. Ein Unfall darf nicht vorliegen (ebd., S. 807).

Der Suizid ist im Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99), klassifiziert. Unter der Gruppe Z 80-Z99 Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen bei Punkt Z91.5 Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese ist der Parasuizid, die Selbstvergiftung und die versuchte Selbsttötung einzuordnen (ebd., S. 866).

2.4 Rechtliche Aspekte suizidaler Handlungen

Das Leben wird von vielen Gesetzesvorschriften geschützt. Völkerrechtlich ist dies in Art. 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention verbrieft. Im Wortlaut heißt es dort:

„¹Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. ²Niemand darf absichtlich getötet werden, außer durch Vollstreckung eines Todesurteils, das ein Gericht wegen eines Verbrechens verhängt hat, für das die Todesstrafe gesetzlich vorgesehen ist“

Auch im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist das Recht auf Leben ein Grundrecht. In Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz steht Folgendes geschrieben:

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“

Grundsätzlich stellt sowohl ein Suizidversuch sowie ein Suizid keinen strafrechtlichen Tatbestand dar. Es handelt sich zwar um ein Tötungsdelikt, jedoch wird nicht eine zweite Person getötet, sondern die Täter selbst (Eink & Haltenhof, 2017, S. 16; Weber, 2002, S. 111). Gestützt wird dieses Recht auch durch Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz, welcher besagt, dass die Freiheit der Person unverletzlich ist, also somit auch die Entscheidung, sich selbst das Leben zu nehmen, nicht strafbar ist (Baumann, 2012, S. 644-645; Bottke, 1992, S. 346). Voraussetzung dafür ist jedoch, dass den Suizident(inn)en das Ausmaß ihrer Handlung bewusst ist und ihre freie Verantwortlichkeit während der Tatbegehung nicht eingeschränkt oder aufgehoben ist (Eink & Haltenhof, 2017, S. 16). Jedoch steht dem gegenüber die Verhinderungs- und Rettungspflicht sowie die Garantenpflicht des Personals in Justizvollzugsanstalten. Nach Artikel 39 der Europäischen Gefängnisregeln, welche vom Europarat verfasst wurden, ist die Gefängnisleitung dazu verpflichtet, die Gesundheit der Gefangenen zu schützen (Council of Europe, 2006, S. 63). Ebenso die Vereinten Nationen sehen den

Justizvollzug in der Pflicht, die Gesundheit der Inhaftierten zu schützen (United Nations, 1955, S. 4). Auch nach dem Strafvollzugsgesetz (StVollzG) ist die Justizvollzugsanstalt verpflichtet, für die geistige und körperliche Gesundheit zu sorgen (§ 56 Abs. 1 StVollzG). Des Weiteren soll schädlichen Folgen, welche durch die Inhaftierung auftreten können, entgegengewirkt werden (§ 3 Abs. 2 StVollzG). Durch die Garantenstellung sind die Arbeitnehmer rechtlich dazu verpflichtet, Suizide zu verhindern (vgl. zur Garantenstellung § 13 StGB; Bennefeld-Kersten, 2009, S. 78; Bottke, 1992, S. 349-350; Laubenthal, 2015, S. 132). Somit ist der Justizvollzug in eine Art Fürsorgepflicht gegenüber den Inhaftierten. Elementar dabei ist die Vorbeugung suizidalen Verhaltens. Die Suizidprophylaxe beginnt nicht erst, wenn Gefangene Suizidgedanken äußern, sondern muss schon bei der Eingangsuntersuchung erfolgen (Lesting & Stöver, 2012, S. 414). Bei der Aufnahmeuntersuchung ist eine Einschätzung der Suizidgefährdung notwendig (Feest & Straube, 2012, S. 55). Erfolgt eine Suizidhandlung mit beeinträchtigter oder aufgehobener Willensbestimmung der Suizident(inn)en, so können die Mitarbeiter/-innen der Justizvollzugsanstalt bei Nichtverhinderung eines Suizids strafrechtlich verantwortlich gemacht werden. Grundlage dafür bieten die §§ 212, 213, 222 und 223 Strafgesetzbuch (Eink & Haltenhof, 2017, S. 17). Dies ist der Fall, wenn das Suizidrisiko nicht erkannt wurde, obwohl es erkennbar sein müsste und wenn das Suizidrisiko erkannt wurde, aber nicht interveniert wurde (Müller & Nedopil, 2017, S. 329, Weber, 2002, S. 116). Des Weiteren schützt sich der Justizvollzug so vor möglichen Klagen auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Sowohl Gefangene, welche eine suizidale Handlung überlebten, als auch ihre Angehörigen können dies einfordern, falls entsprechenden Hinweisen zur Beendigung des Lebens, wie Äußerungen oder Verhaltensweisen, im Vorfeld der suizidalen Handlung nicht entsprechend nachgegangen wurde (Eink & Haltenhof, 2017, S. 17).

Nach § 88 StVollzG können bei der Gefahr eines Suizids oder einer Selbstverletzung besondere Sicherungsmaßnahmen, zum Beispiel Einzelhaft oder die Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände, angeordnet und eingeleitet werden. Nach der Verwaltungsvorschrift Nummer 1 zu § 92 des Strafvollzugsgesetzes (VV) ist alsbald der Anstaltsarzt zu informieren (VV Nr. 1 zu § 92 StVollzG). Neben den eben genannten Möglichkeiten zum Umgang mit suizidgefährdeten Personen kann auch der Einsatz von Mentor(inn)en, sogenannten „Listenern“ oder eine Krisenintervention erfolgen. Voraussetzung dafür ist die vorherige Abklärung des Suizidrisikos. Sind Gefangene akut suizidal, also ist die Gefahr, eine suizidale Handlung zu begehen, sehr hoch, und ist eine stationäre neurologische oder psychiatrische Behandlung erforderlich, so können die Inhaftierten in eine psychiatrische Abteilung innerhalb der Justizvollzugsanstalten oder in ein Bezirkskrankenhaus verlegt werden, solange eine Behandlung notwendig und intendiert

ist (§ 136 StVollzG; Bayerisches Staatsministerium der Justiz, 03.02.2018, S. 6). Bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht der Gefangenen können diese auch mit unmittelbarem Zwang gemäß 94 ff. StVollzG vollzogen werden. Jedoch sind diese Möglichkeiten beschränkt und nur auf Fälle der akuten Suizidalität anwendbar (Bottke, 1992, S. 358).

Bei jedem Todesfall einer sich in Haft befindenden Person wird die Staatsanwaltschaft informiert. Um den genauen Todesumstand zu ermitteln erfolgt in den meisten Fällen eine Obduktion des Leichnams. Ist eine Selbsttötung Todesursache, so werden die Aufzeichnungen und Mitschriften innerhalb der Gefangenenpersonalakten inhaltlich kontrolliert. Dabei wird dann der Frage nachgegangen, ob die Mitarbeiter/-innen der Anstalt ihre durch den Gesetzgeber übertragenen Fürsorgepflicht mit der gebotenen Genauig- und Gewissenhaftigkeit nachgekommen sind (Bayerisches Staatsministerium der Justiz, 03.02.2018, S. 4; Bennefeld-Kersten, 2009, S. 80).

3. Prävalenz und Suizidmethoden im Justizvollzug

Konkrete Zahlen über die Suizidalität im Justizvollzug liegen nicht vor. In diesem Kapitel versuche ich mich diesen etwas anzunähern, indem ich die totale Anzahl an Suiziden während der Inhaftierung betrachte und dann die Situation von Selbstverletzungen, Suizidversuchen und -gedanken analysiere. Des Weiteren gehe ich auf die besondere Situation von Untersuchungs-, Strafhäftlingen, Sicherungsverwahrten, Jugendlichen, Frauen und älteren Inhaftierten ein. Danach schildere ich die methodische Vorgehensweise und nenne wichtige Aspekte bezüglich der Methodenwahl suizidalen Verhaltens. Abschließend beurteile ich die gewonnenen Ergebnisse. Bevor ich mich jedoch mit der Prävalenz befasse, erläutere ich zunächst einige Probleme, welche bei der Erfassung von suizidalen Verhaltensweisen, Suizidversuchen und Suiziden entstehen können.

3.1 Probleme bei der Erfassung von suizidalen Verhaltensweisen

Nicht jede Person mit Suizidgedanken oder welche suizidale Handlungen durchgeführt hat sucht Hilfe und gibt Gedanken und/ oder Handlungen preis. Oftmals werden Handlungen mit suizidaler Absicht abgestritten, da sich das Individuum schämt und schuldig fühlt (Chehil & Kutcher, 2013, S. 16; Stengel, 1969a, S. 70). Vor allem bei Männern wird die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oftmals vermieden, da dies „mit einem unvermeidlichen Verlust an Ansehen und 'Männlichkeit' [...] assoziiert [wird]“ (Witte, 2004, S. 219).

Ebenso ist oftmals nicht zwischen einem möglichen Unfall und einem Suizid zu unterscheiden. Fehlende Suizidankündigungen, Abschiedsbriefe, etc. können dazu führen, dass beispielsweise eine Überdosis als Unfall und nicht als Suizid eingestuft wird (Pollak, 2005, S. 241). Dementsprechend kann von einer höheren Dunkelziffer ausgegangen werden.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Suizidrate, welche die Anzahl der Suizide pro 100.000 Inhaftierte beschreibt, auf die Belegung des Justizvollzugs zum Stichtag des 31. März jedes Jahres geschätzt wird. Durch die kontinuierliche Zu- und Abnahme von Inhaftierten kann somit das vollkommene Personenpotential nicht erfasst werden. Folglich ist die notwendige Anzahl aller Gefangenen eines Jahres nicht gegeben (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 5). Analog zur Suizidrate ist bei Suizidversuchen von der Suizidversuchsrate und bei Suizidalität im Allgemeinen von der Suizidalitätsrate zu sprechen.

Schwieriger gestaltet sich die repräsentative Darstellung von Suizidversuchen. Diese werden nicht systematisch erfasst, weswegen nur von Schätzungen ausgegangen wird. Ebenfalls die unklare Definition des Suizidversuchs lässt eine eindeutige Erhebung von Suizidversuchsraten nicht zu (Bronisch, 2014, S. 20). Außerdem gestaltet sich dies bei anderen Begrifflichkeiten wie Suizidgedanken ebenso schwierig. Marsha M. Linehan beschreibt das Durcheinander der Begriffe folgendermaßen: „Unfortunately, the misuse of the term in this manner simply confounds the interpretability of research on suicidal behavior“ (Linehan, 1997, S. 305). Dies führt auch dazu, dass nur Schätzungen zu Suizidgedanken und -versuchen und keine konkreten Zahlen vorhanden sind.

Erschwerend kommt hinzu, dass verschiedene Prävalenzarten angeführt werden, was einen Vergleich der Ergebnisse nicht möglich macht. Einige Wissenschaftler geben ihre Resultate in Punktprävalenz, andere in Periodenprävalenz an.

3.2 Suizidalität im Justizvollzug

Weltweit ist Tod durch Suizid die häufigste Todesursache von Gefangenen. Ungefähr die Hälfte aller Todesfälle im Justizvollzug geht auf Suizid zurück (Fazel & Baillargeon, 2011, S. 959). Die Suizidrate im Gefängnis ist höher als die Rate in der Allgemeinbevölkerung (Konrad, 2002, S. 134; Snow, Paton, Oram & Teers, 2002, S. 5). Je nach Land ist Tod durch Suizid im Gefängnis drei bis sogar zehn Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (Fazel, Grann, Kling & Hawton, 2011, S. 191). Im internationalen Vergleich mit 12 Ländern heben sich europäische von den anderen teilnehmenden Ländern besonders ab, da in Europa Suizid prozentual am Gefangenenanteil weit häufiger stattfindet. Besonders in Gefängnissen in Norwegen, England und Wales ist der Tod durch Suizid bei Männern bis zu

7,7 Mal häufiger als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Betrachtet man die Frauen-
seite, so sind die Ergebnisse nochmals erhöht. Sowohl in Norwegen, England und Wales
ist Suizid als Todesursache 35 bis 37 Mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. An der
Spitze steht Neuseeland mit einem 56 Mal höherem Vorkommen (ebd., S. 193). Bei Be-
trachtung der Entwicklung der Suizidrate mehrerer europäischer Länder, Nordamerikas und
Australiens mit seinen Nachbarinseln von 2011 bis 2014 ist ersichtlich, dass in Deutschland
im Durchschnitt 81 von 100.000 Gefangene durch Suizid sterben. Somit liegt die Suizidrate
leicht unter dem europäischen Durchschnitt mit 87,95 und ist über doppelt so hoch als die
Suizidrate von 39,25 von Australien, Neuseeland, Kanada und den Vereinigten Staaten von
Amerika zusammen (Fazel, Ramesh & Hawton, 2017, S. 949).

In diesem Kapitel lege ich verschiedene Schwerpunkte bei der Betrachtungsweise von Sui-
zidalität im Justizvollzug. Zuerst beleuchte ich die konkrete Anzahl und Entwicklung von
Suiziden, danach betrachte ich die Situation von Suiziden in der Untersuchungs-, Straf- und
Abschiebehaft sowie der Sicherungsverwahrung. Als nächstes widme ich mich der Verbrei-
tung von Suizidgedanken und -versuche. Ebenso begutachte ich die besondere Situation
von Suizidalität bei Frauen, Jugendlichen und älteren Gefangenen ab 50 Jahren. Als letztes
erfolgt eine kurze Zusammenfassung und Bewertung der Erkenntnisse.

Suizide

Folgende Tabelle zeigt die Gesamtzahl von Suiziden Gefangener sowie die Suizidrate in
Deutschland:

Jahr	Zahl Suizide insgesamt	Belegung am 31.3. des Jahres	Suizidrate
2000	117	79507	147,2
2001	104	78959	131,7
2002	79	74904	105,5
2003	84	81176	103,5
2004	94	81166	115,8
2005	93	80410	115,7
2006	75	78581	95,4
2007	71	75756	93,7
2008	67	75056	89,3
2009	62	73592	84,2
2010	61	72052	84,7
2011	53	71200	74,4
2012	59	67671	87,2
2013	48	64414	74,5
2014	55	65710	83,7
2015	68	63628	106,9
2016	75	64397	116,5

Tab. 1: Gesamtzahl Suizide von Gefangenen und Suizidrate vom Jahr 2000 bis 2016 (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 4)

Somit ist festzustellen, dass insgesamt 1265 Suizide in Deutschen Haftanstalten in den Jahren 2000 bis 2016 festgestellt wurden. Unter allen Todesfällen im Justizvollzug ist somit fast die Hälfte aller Personen durch Suizid verstorben (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 3). Insgesamt ist sowohl die totale Anzahl an Suiziden als auch die Suizidrate rückläufig, unterliegt jedoch einigen Schwankungen. Besonders in den letzten zwei Berichtsjahren ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

In einer Studie von Todesfällen im Hamburger Justizvollzug von 1990-2001 ist Suizid mit 39% die häufigste Todesursache während der Inhaftierung. Im Berichtszeitraum sind lediglich etwas weniger, 38%, eines natürlichen Todes gestorben (Anders, Tsokos & Püschel, 2003, S.77). Petersen revidierte diese Ergebnisse und kam während eines Erhebungszeitraums von 1996-2012 in Hamburger Justizvollzugsanstalten zu dem Ergebnis, dass die Haupttodesursache mit 43,1% natürlichen Todesfällen zuzuschreiben ist, und Suizide erst an zweiter Stelle mit 38,5% liegen (Petersen, 2016, S. 127). Somit ist die Position Deutschlands, gemessen an der Anzahl von vollendeten Selbsttötungen, im internationalen Vergleich im Mittelfeld. In Australien, England und Wales ist Suizid die häufigste Todesursache im Gefängnis (Dalton, 1999, S. 1; Dooley, 1990, S. 40; Fazel, Benning & Danesh, 2005, S. 1301). In der Schweiz ist Suizid (28,2%) nach einem natürlichen Tod (34,6%) und dem Tod einer Drogenüberdosis (28,6%) die dritthäufigste Todesursache während der Haftzeit (Sattar & Killias, 2005, S. 323).

Über 75% aller Suizident(inn)en sind zwischen 20 und 45 Jahre alt. Nur 5% sind unter 20 Jahre (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 17). Im Durchschnitt sind Frauen mit 40,5 Jahren etwas älter als männliche Suizidenten mit 36,7 Jahren (ebd., S. 16). Ähnliche Ergebnisse erzielte Petersen (2016, S. 45).

Besonders der Haftbeginn ist ein kritischer Zeitpunkt. Ein Drittel aller Suizident(inn)en töten sich innerhalb des ersten Monats. Fast die Hälfte innerhalb der ersten drei Monate (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 23; Bogue & Power, 1995, S. 527; Petersen, 2016, S. 58).

Fast die Hälfte aller Personen, welche sich suizidierten, wurden zwischen 05:00 und 09:00 Uhr tot aufgefunden (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 12-13). Bei Betrachtung des Todeszeitpunkts kann somit davon ausgegangen werden, dass sich die meisten Suizide nachts ereignen (Petersen, 2016, S. 57). Auch auf internationaler Ebene suizidieren sich die meisten Inhaftierten nachts während der Einschlusszeit (Hayes, 1989, S. 19; Hayes, 2012, S. 237; Liebling, 2013, S. 426; Mumola, 2005, S. 9).

Ein Viertel aller Todesfälle ereignet sich an Sonn- und Feiertagen (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 14; Petersen, 2016, S. 57). Die Anzahl der Selbsttötungen variiert je nach Monat. Insgesamt lassen sich, je nach Untersuchung, unterschiedliche Ergebnisse finden. Bei der Totalerhebung von Suiziden im Justizvollzug vom kriminologischen Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs starben die wenigsten Personen im Dezember. Im Januar war die Anzahl der Todesfälle am höchsten, dort betrug sie 95 (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 14). Petersen fand heraus, dass sich die meisten Gefangenen zwischen Februar und April sowie im September suizidierten. Die Monate Juni und August wiesen die wenigsten Suizide auf (Petersen, 2016, S. 56). In internationalen Studien lassen sich wieder andere Ergebnisse finden. Ein Großteil der Inhaftierten suizidierten sich in den Sommermonaten. Möglich wäre, dass dies mit der Personalplanung zusammenhängt, da während der Zeit weniger Beschäftigte eingesetzt werden und dadurch weniger Aktivitäten als in den anderen Monaten stattfinden (Hayes, 1989, S. 19; Hayes, 2012, S. 236; Liebling, 1993, S. 385). Trotz alledem lässt sich kein Zusammenhang zwischen Suiziden an Wochenenden, religiösen Feiertagen oder Jahreszeiten finden (Frühwald, Frottier, Matschnig, König, Lehr & Eher, 2004, S. 263; Hayes, 2012, S. 237; Joukamaa, 1997, S. 167).

Die meisten Suizident(inn)en befanden sich in einer Einzelzelle. Selten finden Suizide in Gemeinschaftsunterbringungen, während der Absonderung oder im besonders gesicherten Haftraum statt (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 26-27; Liebling, 2013, S. 57).

Untersuchungshaft

Ein Großteil der Personen stirbt während des Zeitraums der Untersuchungshaft (Petersen, 2016, S. 52). Die ersten zwei Wochen nach Beginn dieser sind entscheidend, denn dort suizidieren sich die meisten Inhaftierten (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 61). Die Suizidrate der Untersuchungshäftlinge ist fünfmal so hoch wie die der Strafgefangenen (ebd., S. 16).

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Suizide im Erwachsenen- und Jugendvollzug während der Untersuchungshaft:

Jahr	Suizide in U-Haft Erwachsenen-vollzug	Suizide in U-Haft Jugend-vollzug	Alter der Suizidenten									
			Un- ter 18	18 bis un- ter 20	20 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	>55
2000	61	1	1	1	10	6	10	9	13	5	2	5
2001	61	1	1	5	7	9	13	11	6	3	1	6
2002	45	1	0	2	9	7	5	7	3	4	3	6
2003	52	2	2	3	7	4	5	7	11	10	2	3
2004	45	0	0	2	6	3	8	4	8	5	5	4
2005	51	0	1	1	5	5	12	9	9	3	2	4
2006	44	1	0	2	5	6	9	10	3	4	2	4
2007	31	0	0	0	5	1	8	3	4	5	3	2
2008	32	0	1	1	3	4	5	3	5	2	4	4
2009	26	1	0	0	3	3	2	3	4	4	3	5
2010	22	0	0	1	2	2	1	2	3	1	4	6
2011	30	0	0	0	2	1	1	6	6	5	3	6
2012	27	0	0	1	3	2	5	2	4	7	2	1
2013	24	0	0	0	2	4	2	3	4	2	3	4
2014	25	0	0	1	1	3	4	1	3	5	3	4
2015	36	0	0	0	3	5	6	2	4	5	4	7
2016	36	1	1	0	5	6	1	4	3	8	5	4

Tab. 2: Suizide in Untersuchungshaft in den Jahren 2000-2016 (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 9)

Strafhaft

Die Suizidraten während der Strafhaft sind unterschiedlich. Rund die Hälfte der Inhaftierten suizidiert sich im Zeitraum von sieben bis 60 Monaten nach Eintritt in die Haftanstalt. Während der restlichen Haftdauer liegen die Raten zwischen sieben und 18 Prozent (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 61).

Bei Betrachtung der vollendeten Suizide von weiblichen im Gegensatz zu männlichen Gefangenen, so ist festzustellen, dass Frauen in Abhängigkeit ihres Anteils in Haft mehr Suizide vollziehen (Mackenzie, Oram & Borrill, 2003, S. 34).

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Suizide im Erwachsenen- und Jugendvollzug während der Strafhaft:

Jahr	Suizide in Strafhaft Erwachsenen-vollzug	Suizide in Strafhaft Jugend-vollzug	Alter der Suizidenten									
			Un-ter 18	18 bis un-ter 20	20 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	>55
2000	44	6	1	2	5	9	5	13	4	3	2	6
2001	35	4	1	1	10	2	9	8	3	2	1	2
2002	29	3	0	1	6	4	8	6	3	0	2	2
2003	27	3	0	2	5	4	6	2	3	2	2	4
2004	45	4	1	2	6	7	9	6	9	5	1	3
2005	34	5	0	1	9	5	6	4	2	4	4	4
2006	24	4	2	0	4	5	4	3	4	1	4	1
2007	34	5	0	1	7	7	7	8	0	0	6	3
2008	28	5	1	2	3	4	6	5	9	2	1	0
2009	30	4	0	2	6	8	3	5	4	4	2	0
2010	32	4	1	0	5	3	4	10	3	3	5	2
2011	20	1	0	0	2	6	1	0	3	3	4	2
2012	27	1	0	1	4	1	11	1	4	2	2	2
2013	21	2	0	0	4	5	4	3	3	2	2	0
2014	24	3	1	1	3	6	1	4	3	1	3	4
2015	30	1	0	1	2	1	9	4	5	3	1	5
2016	33	3	0	1	6	3	2	4	8	4	2	6

Tab. 3: Suizide in Strafhaft in den Jahren 2000-2016 (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 13)

Sonstige Freiheitsentziehung (Abschiebegewahrsam und Sicherungsverwahrung)

Bei Personen, welche in Abschiebehäft untergebracht sind, kann ein höheres Ausmaß an suizidalen Handlungen, insbesondere Selbstverletzungen, gesehen werden (Schmitt, 2006, S. 301; Singh Bhui, 2007, S. 374). Konkrete Daten dazu sind jedoch nicht vorhanden, weswegen das genaue Ausmaß nicht bestimmt werden kann.

Ein Suizid eines sicherungsverwahrten Gefangenen ist ein seltenes Ereignis. Bisher ist nur ein Todesfall im Jahr 2000 und ein weiterer im Jahr 2015 bekannt (Deutscher Bundestag, 15.06.2018, S. 16). Bezüglich der Ausprägung von Suizidgedanken und suizidalen Handlungen sind keine Informationen bekannt. Somit ist auch hier keine weitere Aussage zu treffen.

Selbstverletzungen, Suizidgedanken und -versuche

Wie schon im Kapitel 3.1 erklärt, geht die Erhebung von Suizidgedanken und -versuchen mit einigen Schwierigkeiten einher, weswegen nur wenige Studien vorhanden sind, welche

sich der Thematik widmen. Grundsätzlich berichten Gefangene häufiger über Suizidgedanken und führen mehr Suizidversuche durch als Personen der Allgemeinbevölkerung (Jenkins et al., 2005, S. 262; Konrad, 2009, S. 119). Laut der Weltgesundheitsorganisation liegt die Suizidversuchsrate von Untersuchungsgefangenen ungefähr 7,5fach und von Strafgefangenen etwa 6fach höher als von der Normalbevölkerung (WHO, 2007, S. 7). Eine australische Studie mit 996 Gefängnisinsassen zeigte, dass die 12-Monats-Prävalenz für Suizidgedanken 9,3% und für Suizidversuche 2,6% beträgt. Die Lebenszeitprävalenzrate für Suizidgedanken liegt bei 33,7% und ungefähr ein Fünftel aller Studienteilnehmer/-innen unternahmen im Laufe ihres Lebens schon einen Suizidversuch. In der Allgemeinbevölkerung beläuft sich die Lebenszeitprävalenz für Suizidgedanken auf 13,3% und für Suizidversuche auf 3,2% (Larney, Topp, Indig, O'Driscoll & Greenberg, 2012, S. 3). In einer umfangreichen Untersuchung in England und Wales mit insgesamt 3139 Gefangenen und 8886 Personen aus der Allgemeinbevölkerung fanden Wissenschaftler heraus, dass 40% aller männlichen und 55% aller weiblichen Inhaftierten im Laufe ihres Lebens schon mindestens einmal Suizidgedanken gehabt haben. Die Rate der Allgemeinbevölkerung beziffert sich auf rund 14% der Männer und 4% der Frauen. 20-27% der männlichen und 37-43% der weiblichen Gefangenen unternahmen im Laufe ihres Lebens mindestens einen Suizidversuch. Im Gegensatz dazu waren es lediglich 3,6% der Männer und 5,3% der Frauen der Allgemeinbevölkerung (Jenkins et al., 2005, S. 262). Laut einer belgischen Studie berichten 23,7% aller Personen während ihrer Haftzeit von Suizidgedanken (Favril, Vander Laenen, Vandeviver & Audenaert, 2017, S. 24). Eine US-amerikanische Studie mit 511 Proband(inn)en kommt zu einem geringeren Ergebnis von ungefähr 16% (Schaefer, Esposito-Smythers & Tangney, 2016, S. 698). Des Weiteren scheinen sich Gefangene häufiger selbst zu verletzen (Dixon-Gordon, Harrison & Roesch, 2012, S. 45). Das Justizministerium von England und Wales gibt jährlich eine Statistik heraus, welche der Häufigkeit der Selbstverletzungen von Inhaftierten nachgeht. Seit Beginn der Erhebung im Jahr 2004 hat sich die Anzahl der selbstzugefügten Verletzungen fast verdreifacht. Während sich zu dieser Zeit 70 von 1000 Gefängnisinsassen selbst verletzten, so waren es 2018 mit 151 von 1000 über doppelt so viele. Besonders bei Männern ist ein starker Anstieg zu erkennen, die Zahl verdreifachte sich fast. Verletzten sich anfangs 57 von 1000 Inhaftierten selbst, so liegt die Zahl für das aktuelle Berichtsjahr 2018 bei 143 von 1000. Auch bei weiblichen Gefangenen ist ein Anstieg von 279 auf 322 von 1000 Gefangene zu verzeichnen. Nicht nur die Anzahl der Selbstverletzer/-innen nahm zu, auch die Häufigkeit selbstverletzendes Verhalten hat sich erhöht. Insgesamt wurden im Jahr 2004 264 Verletzungen pro 1000 Personen registriert. 2018 konnten schon 667 verzeichnet werden. Auffallend ist, dass sich zwar Frauen weitaus häufiger selbst verletzen, jedoch die Anzahl in den 14 Berichtsjahren nicht im gleichen Maß angestiegen ist wie bei Männern. 2004 konnten 140 Verletzungen festgestellt

werden, 2018 schon 570 pro 1000 männlichen Straftätern. Weibliche Gefängnisinsassen verletzten sich im Jahr 2004 2212 mal und im Jahr 2018 2675 Mal pro 1000 Personen (Ministry of Justice, 25.04.2019).

Frauen

Während des Erhebungszeitraumes von 2000-2010 gab es lediglich 23 Suizide von Frauen, während 884 Suizide von Männern festgestellt worden sind (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 10). Jedoch ist die Anzahl an weiblichen Gefängnisinsassen weitaus geringer als von männlichen, weswegen ein Vergleich totaler Zahlen keine Aussagekraft besitzt.

Wissenschaftler/-innen fanden im Rahmen einer Studie in England und Wales heraus, dass sich während des Zeitraumes 1978 bis 2004 ungefähr 20 mal mehr Frauen suizidierten als in der Allgemeinbevölkerung in der gleichen Altersgruppe. Vor allem junge Gefangene unter 25 Jahren sind besonders häufig unter den Verstorbenen. Vergleicht man das Ergebnis mit einer Kontrollgruppe bestehend aus männlichen Gefangenen, so zeigt sich, dass die Suizidrate von Frauen mehr als fünffach so hoch ist als die von Männern (Fazel & Benning, 2009, S. 184; Fazel, Benning & Danesh, 2005, S. 1301). Darüber hinaus ist in mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen die Suizidziffer, die Auftretenswahrscheinlichkeit von Suizidgedanken und die Durchführung von Selbstverletzungen sowie von Suizidversuchen im Justizvollzug bei Frauen höher als in der Allgemeinbevölkerung (Humber, Piper, Appleby & Shaw, 2011, S. 2275; Weßels, 2015, S. 181; vgl. Abschnitt über Suizidgedanken und -versuche). In einer belgischen Studie mit 123 Teilnehmer(inne)n berichteten 36,6% aller Proband(inn)en während ihrer Haftzeit über Suizidideen (Favril & Vander Laenen, 2018, S. 7).

Jugendliche

Suizidgedanken während einer Inhaftierung sind weit häufiger verbreitet als bei Nicht-inhaftierten Jugendlichen. Vor allem weibliche Jugendliche sind davon betroffen (Abram, Choe, Washburn, Teplin, King & Dulcan, 2008, S. 5; Humber et al., 2011, S. 2275; Stokes, McCoy, Abram, Byck & Teplin, 2015, S. 236; Suk et al., 2009, S. 380-381; Wasserman & McReynolds, 2006, S. 239). Außerdem führen Jugendliche, prozentual abhängig von ihrer Häufigkeit im Vollzug, häufiger als Nicht-Inhaftierte der gleichen Altersgruppe sowie häufiger als erwachsene Gefangene Suizidversuche durch oder sterben durch Suizid (Radeloff et al., 2012, S. 268; Radeloff, Lempp, Herrmann, Kettner, Bennefeld-Kersten & Freitag, 2015, S. 223-224; Wasserman, McReynolds, Schwalbe, Keating & Jones, 2010, S. 1367). In einer US-amerikanischen Studie mit 9819 Personen fanden Forscher heraus, dass jugendliche Serientäter/-innen drei Mal häufiger Suizidversuche durchführen als Erstinhaftierte (Wasserman et al., 2010, S. 1370). Für männliche Gefangene ist das Suizidrisiko im Vergleich

zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung um ein 16 bis 18-Faches erhöht (Fazel, Benning & Danesh, 2005, S. 1301; Radeloff et al., 2015, S. 222). Weibliche Adolezente haben sogar eine 44-fach erhöhte Mortalitätsrate (Fazel & Benning, 2009, S. 183). Generell scheint auch das Suizidrisiko für weibliche höher als für männliche Jugendliche zu sein (Webb, Qin, Stevens, Appleby, Shaw & Mortensen, 2013, S. 54).

Ältere Gefangene ab 50 Jahren

Für diese spezielle Gefangenenpopulation existierten unterschiedliche Ergebnisse. In einer Auswertung der Suizide der Jahre 2000 bis 2013 zeigte sich, dass die Suizidrate bei älteren Gefangenen ab 50 Jahren höher ist als bei jüngeren. Auch die Suizidziffer ist gegenüber der gleichen Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung höher (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 16-17; Opitz-Welke, Konrad, Welke, Bennefeld-Kersten, Gauger & Voulgaris, 2019, S. 3). Ältere Gefangene scheinen, im Vergleich zu einer ähnlichen Kontrollgruppe in der Allgemeinbevölkerung, öfter Suizidgedanken zu haben (Barry, Wakefield, Trestman & Conwell, 2016, S. 91). Demgegenüber steht eine Studie, welche sich über den Erhebungszeitraum von 2004 bis 2009 erstreckt mit insgesamt 26510 Inhaftierten, welche, im Vergleich zu den restlichen Gefangenen, eine niedrigere Selbstverletzungs- und Suizidrate aufwiesen (Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan & Fazel, 2014, S. 1150).

Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

Die oben genannten Zahlen zeigen, dass das Thema Suizidalität im Justizvollzug von enormer Relevanz ist. Die Anzahl der Personen, welche über Suizidgedanken und -ideen berichten, sich selbst verletzen, Suizidversuche unternehmen und suizidieren ist, im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung, um ein Vielfaches erhöht. Mehrere Gruppen, welche besonders betroffen sind, könnten identifiziert werden. Meiner Meinung nach muss sich in den kommenden Jahren das Augenmerk vermehrt auf ältere Gefangene ab 50 Jahren richten, da ihre Anzahl im Vollzug in den nächsten Jahren ansteigen wird. Zwar werden ältere Menschen weniger oft straffällig als jüngere, jedoch nahm ihre Anzahl im Vollzug in den letzten Jahren zu und das Durchschnittsalter der Gefangenen erhöhte sich (Hanslmaier, Kemme, Stoll & Baier, 2014, S. 48-49; Mößle, 2013, S. 549). Sie gehören weltweit zu den am schnellsten wachsenden Insassengruppen (American Civil Liberties Union, 2012, S. 6; Davoren et al., 2015, S. 747; Ministry of Justice, 2010, S. 85; Trotter & Baidawi, 2015, S. 201). Bisher sind lediglich wenig Forschungsergebnisse für sie vorhanden.

Wie hoch nun die tatsächlichen Zahlen von Suizidgedanken, -ideen, selbstverletzenden Verhaltensweisen, suizidalen Handlungen, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden ist, kann lediglich geschätzt werden. Die Ermittlung der Dunkelziffer wird nicht gelingen und

sämtliche Todesursachen können nicht stets dem korrekten Beweggrund zugeordnet werden.

3.3 Methoden suizidalen Verhaltens

Methoden suizidalen Verhaltens können nach „harten“ und „weichen“ Methoden eingeteilt werden. „Weiche“ Methoden umfassen Selbstvergiftung, Vergasung sowie Tabletten- und Drogeneinnahme, während „harte“ Methoden Erhängen, Erdrosseln und Ersticken, Erschießen und Sprung aus der Höhe betragen (Bronisch, 2014, S. 15; Held, Hawellek, Dickopf-Kaschenbach, Schneider-Axmann, Schmidtke & Möller, 1998, S. 506; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 59-61). Weiche Methoden müssen nicht unbedingt ein geringeres Potential für einen fatalen Ausgang haben. Somit dürfen keinesfalls Rückschlüsse von der Methodenwahl auf die Ernsthaftigkeit eines suizidalen Verhaltens gezogen werden (Bronisch, 2007, S. 15). Um die Ernsthaftigkeit einer Handlung zu ermitteln, ist eine umfangreiche Exploration notwendig, die im sechsten Kapitel, Abschätzung von Suizidalität, näher erläutert wird.

In der Allgemeinbevölkerung suizidieren sich Männer am häufigsten durch Erhängen, Ersticken oder Strangulieren (Ajdacic-Gross et al., 2008, S. 728; Destatis, 2019b; Destatis, 2019c). Bei Frauen dominiert ebenso diese Methode, jedoch wird sie prozentual nicht so häufig genutzt wie bei Männern (Ajdacic-Gross et al., 2008, S. 728; Destatis, 2019c; Destatis, 2019d). Mit großer Mehrheit überwiegt die Vorgehensweise auch im Justizvollzug (Anders, Tskokos & Püschel, 2003, S. 77; Bennefeld-Kersten, 2012, S. 11; Bogue & Power, 1995, S. 533; Borrill, 2002, S. 32; Favril, Wittouck, Audenaert & Vander Laenen, 2019, S. 46; Hayes, 2012, S. 237; Petersen, 2016, S. 59).

Die Methodenwahl ist von mehreren Faktoren abhängig. Der Tod durch Erhängen wird meist gewählt, da die Methode im Lebensumfeld der Suizident(inn)en zugänglich ist (Ajdacic-Gross et al., 2008, S. 726; McClure, 2000, S. 66; Puzo, Qin & Mehlum, 2016, S. 8; Rivlin, Fazel, Marzano & Hawton, 2011, S. 1). Außerdem wird bei dieser Vorgehensweise die Wirksamkeit besonders hoch eingestuft, da die Wahrscheinlichkeit, einen Suizidversuch zu überleben, gering ist. Schon ein Zeitraum von ungefähr zehn Minuten ist ausreichend, um eine irreparable Schädigung des Gehirns zu erreichen, was eine Wiederbelebung nicht mehr möglich macht (Hanna, 2004, S. 253; Wiesner, 2004, S. 1103). Einfluss hat auch der vermutete Umfang der Agonie. Der Tod soll möglich rasch und ohne qualvolles Leid herbeigeführt werden (Rhyne, Timpler, Brown & Peters, 1995, S. 373). Generell zeigt sich, dass „harte“ Methoden eher von Männern bevorzugt werden (Denning, Conwell, King &

Cox, 2010, S. 282; Ringel, 1969, S. 19). Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass sie eine höhere Entschlossenheit, durch die Handlung zu sterben, zeigen, weswegen ihre Methodenwahl eine höhere Letalität aufweist (Cibis et al., 2011, S. 14-15). Jedoch ist dies umstritten. Möglicherweise wählen Männer die Vorgehensweise aus kulturellen und traditionellen Gründen (Canetto & Sakinofsky, 1998, S. 20; Tsirigotis, Gruszczynski & Tsirigotis, 2011, S. 68). Andere Suizidmethoden finden in Abhängigkeit der Gesamtzahl an Inhaftierten eher selten Verwendung (Anders, Tskokos & Püschel, 2003, S. 77; Bennefeld-Kersten, 2012, S. 11; Bogue & Power, 1995, S. 533; Borrill, 2002, S. 32; Hayes, 2012, S. 237; Peters, 2016, S. 59).

Die Betrachtung der Methodenwahl bei selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidversuchen gestaltet sich komplexer. Zwar sind vereinzelte Studien zu der Thematik vorhanden, jedoch lassen sich aufgrund der Erfassungsproblematik keine fundierten Aussagen darüber treffen. Laut einer Untersuchung mit insgesamt 31 Teilnehmer(inne)n erfolgen die meisten Suizidversuche während der Haft durch Erhängen, Schneiden und Überdosierung. Weitere Methoden werden eher selten verwendet. Gefangene verletzen sich selbst hauptsächlich durch die Einführung von Objekten in die Urethra. Gelegentlich werden Handgelenke aufgeschnitten, spitze Objekte geschluckt, wird sich Erhängen und Drogen überdosiert (Fulwiler, Forbes, Santangelo & Folstein, 1997, S. 72-73). Bei den meisten Forschungsarbeiten überwiegen die Methoden Erhängen und Strangulieren (Borrill, Snow, Medlicott, Teers & Paton, 2005, S. 59; Marzano, Fazel, Rivlin & Hawton, 2010, S. 220-221; Rivlin, Hawton, Marzano & Fazel, 2010, S. 314). Eine umfangreiche Studie, welche vom Justizministerium von England und Wales in Auftrag gegeben wurde, kam zu dem Ergebnis, dass sich, unabhängig vom Geschlecht, 36.317 von 55.598 Teilnehmer(inne)n schneiden oder kratzen. Weitere Vorgehensweisen wie Verbrennen (203), Erhängen (3.575), Überdosierung, Selbstvergiftung oder Verschlucken von Gegenständen (3.740), Strangulation (6.022) und andere Handlungen, beispielsweise den Kopf gegen die Wand Schlagen (5.741), ereignen sich statistisch gesehen nicht so häufig (Ministry of Justice, 25.04.2019). Eine ebenso umfangreiche wissenschaftliche Untersuchung mit 26510 Inhaftierten, welche sich in dem Erhebungszeitraum 139195 Mal selbst verletzten, revidierte die Ergebnisse des englischen und walisischen Justizministeriums (Hawton et al., 2014, S. 1149).

4. Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität

Um die hohe Anzahl an suizidalen Handlungen zu verringern ist es von entscheidender Bedeutung, zu wissen, warum eine so erhebliche Diskrepanz der Fälle im Vergleich mit der Allgemeinpopulation besteht. Wie schon in Kapitel 2.1 Begriffsklärungen definiert, ist die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Suizidalität bei bestimmten Personengruppen und unter bestimmten Lebensumständen deutlich erhöht. Welche Faktoren Einfluss darauf haben, wird in diesem Kapitel ausführlich dargestellt. Dabei lassen sich zwei gegensätzliche Grundvorstellungen unterscheiden: (1) Die Importationstheorie besagt, dass die Gefängnispopulation aus bestimmten Personen mit ihren individuellen Lebensumständen besteht, welche die Risikofaktoren in die Haftanstalt importieren (Irwin & Cressey, 1962). (2) Die Deprivationstheorie sieht die Inhaftierung und die mit ihr verbundenen Begleitumstände während der Gefangennahme für die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität verantwortlich (Goffman, 1973; Sykes, 1964). Die Importationstheorie wird durch die Erkenntnis gestützt, dass die Selbstverletzungs- und Suizidrate von ehemals Inhaftierten nach der Haftentlassung ebenfalls höher ist als die der Allgemeinbevölkerung (Borschmann et al., 2017, S. 250; Haglund et al., 2014, S. 1047; Kariminia et al., 2007, S. 387; Pratt, Appleby, Piper, Webb & Shaw, 2010, S. 827; Pratt, Piper, Appleby, Webb & Shaw, 2006, S. 119). Die beiden Modelle dürfen jedoch nicht exakt getrennt voneinander werden. Eine Vielzahl an Wissenschaftler(inne)n sehen eine Mischung aus beiden Theorien für die Entstehung von Suizidalität verantwortlich. Somit gibt es einen Zusammenhang zwischen der generellen Vulnerabilität des Inhaftierten, den mit ihm eingebrachten Risikofaktoren und den erheblich höheren situativen Stress der Inhaftierung (Dye, 2010, S. 796; Frottier, Frühwald, Ritter & König, 2001, S. 94; Hayes, 2012, S. 234; Konrad et al., 2007, S. 114; Liebling, 1995, S. 184; Marzano, Hawton, Rivlin, Smith, Piper & Fazel, 2016, S. 331; Noll & Endrass, 2014, S. 5; Schmidt, 2014, S. 16-17).

Ein Risikofaktor ist „a measurable characterization of each subject in a specified population that precedes the outcome of interest and which can be used to divide the population into 2 groups (the high-risk and the low-risk groups that comprise the total population)“ (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997, S. 338).

In einer Studie von 17 afrikanischen, amerikanischen, asiatischen und europäischen Ländern mit über 84000 Teilnehmer(inne)n kamen die Forscher/-innen zu dem Ergebnis, dass die Risikofaktoren für suizidales Verhalten weltweit größtenteils übereinstimmend sind (Nock et al., 2008, S. 98; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008, S. 133). Das Vorhandensein eines oder mehrerer Risikofaktoren kann das Suizidrisiko deutlich erhöhen, ist jedoch nicht zwingend nötig (Dooley, 1997, S. 188; Vitiello & Pearson, 2008, S. 324).

Insgesamt teile ich die Risikofaktoren in sieben Gruppen ein. Zuerst betrachte ich demografische, dann medizinische, psychopathologische, neurobiologische und genetische, biografische, kriminologische und abschließend gefängnispezifische Risikofaktoren. Die gefängnispezifischen Faktoren eruieren, durch welche besonderen Umstände während der Inhaftierung die Suizidalität begünstigt, gefördert und ausgelöst werden kann.

4.1 Demografische Risikofaktoren

Alter

Die von der Weltgesundheitsorganisation erstellten Suizident(inn)enprofile sollen helfen, Personen, welche ein hohes Risiko für Suizidalität haben, zu erkennen. Somit sollen Suizide verhindert werden. Das durchschnittliche Alter für gefährdete Untersuchungsgefangene beträgt 20-25 Jahre, das von Strafgefangenen 30-35 Jahre (WHO, 2007, S. 8). In der Literatur lassen sich ähnliche Ergebnisse finden. Insgesamt ist das Durchschnittsalter von 29-37 Jahren mit erhöhtem Risiko verbunden (Favril et al., 2019, S. 44; Fazel & Danesh, 2002, S. 546; Frottier et al., 2001, S. 93; Hayes, 2012, S. 235). In einer Auswertung von 19 Studienergebnissen zeigte sich, dass viele Suizidopfer auch über 40 Jahre alt waren und ab diesem Alter das Risiko ansteigt (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69). Folglich reichen die Studienergebnisse von 20 bis 40 Jahren weit auseinander. In Kapitel 3.2 lassen sich weitere Altersgruppen erkennen, welche ein hohes Suizidrisiko aufweisen, beispielsweise ältere Gefangene über 50 Jahre und Jugendliche. Meines Erachtens ist das Alter ein Risikofaktor, welcher über wenig Aussagekraft verfügt, da die Forschungsergebnisse sehr heterogen sind. Folglich kann eine klare Einordnung und somit eine eindeutige Aussage, welche Altersgruppe ein besonders hohes Suizidrisiko hat, nicht getroffen werden.

Geschlecht

Ähnlich wie im vorher stehenden Abschnitt „Alter“ beschrieben, ist auch das Geschlecht kein gehaltvoller Risikofaktor, da sowohl Männern als auch Frauen in Haft, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, überproportional häufig von Suizidalität und ihren Ausprägungen betroffen sind. Trotzdem ist für Suizide das männliche und für Suizidversuche das weibliche Geschlecht als Risikofaktor anzusehen (Bronisch, 2002, S. 14; Isometsä, 2014, S. 124; WHO, 2007, S. 8). Dies ist konform mit den Ergebnissen, welche in Kapitel 3.2 zu finden sind.

Nationalität

In Abhängigkeit ihrer Anzahl im Vollzug begehen Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft genauso viele Suizide wie Inhaftierte mit deutscher Staatsbürgerschaft (Radeloff, Lempp, Kettner, Rauf, Bennefeld-Kersten & Freitag, 2017, S. 1). Eine französische Untersuchung von 353 Suiziden kam zu dem Ergebnis, dass Menschen ohne französische Staatsangehörigkeit sogar ein geringes Suizidrisiko aufweisen, sofern sie nicht eine Freiheitsstrafe wegen einer Vergewaltigung verbüßen, denn dann weisen diese Personen ein höheres Risiko auf (Duthé, Hazard, Kensey & Ké Shon, 2013, S. 275). Ebenso eine italienische und eine niederländische Studie revidierten das Ergebnis der französischen Untersuchung. So zeigten auch dort Personen ohne die italienische bzw. niederländische Staatsangehörigkeit ein niedrigeres Suizidrisiko (Kerkhof & Bernasco, 1990, S. 123; Preti & Cascio, 2006, S. 131).

Sexuelle Orientierung

Unabhängig vom Geschlecht haben vor allem homo- und bisexuelle Inhaftierte ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Suizidgedanken und führen häufiger Suizidversuche und Suizide durch (di Giacomo, Krausz, Colmegna, Aspesi & Clerici, 2018, S. 1145; King et al., 2008, S. 1; Plöderl, Kralovec & Fartacek, 2010, S. 1403; Plöderl, Sauer, Fartacek, 2006, S. 283; Wang, Häusermann, Wydler, Mohler-Kuo & Weiss, 2012, S. 980). Negative Begleiterscheinungen, welche mit der sexuellen Orientierung im Zusammenhang stehen, wie Ablehnung, Stigmatisierung und Diskriminierung sowie Vorurteile durch Andere können das Risiko erhöhen (Meyer, 2003, S. 674).

Familienstand

Besonders alleinstehende, unverheiratete, getrennte, getrennt lebende, geschiedene und verwitwete Inhaftierte haben ein höheres Suizidalitätsrisiko (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69; Favril et al., 2019, S. 44; He, Felthous, Holzer, Nathan & Veasey, 2001, S. 896; Humber, Emsley, Pratt & Tarrier, 2013, S. 169; Marzano, Hawton, Rivlin & Fazel, 2011, S. 877; Shaw, Baker, Hunt, Moloney & Appleby, 2004, S. 264; WHO, 2007, S. 8). Die Ergebnisse decken sich auch mit Suizidstatistiken, in denen mindestens 67% alleinlebend sind (Bennefeld-Kersten, 2012, S. 19).

Wohn- und Lebensverhältnisse sowie Bildungsqualifikation vor der Inhaftierung

Gefangene, mit keiner oder geringer beruflichen Qualifikation, haben ein höheres Risiko für die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität (Marzano et al., 2011, S. 877). Durch einen hohen sozioökonomischen Status vor der Gefangennahme steigt das Suizidrisiko an (Bourgoin, 1993, S. 146). Bezüglich der Wohnverhältnisse vor der Inhaftierung lässt sich

feststellen, dass Personen ohne festen Wohnsitz und Menschen, welche in einer Wohngemeinschaft lebten, ein erhöhtes Suizidrisiko im Gefängnis aufweisen (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69).

4.2 Medizinische Risikofaktoren

Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten, wie Hepatitis und das HI-Virus, welches AIDS auslöst, sind ein Risikofaktor für Suizidalität. Besonders Personen, welche sich mit dem HI-Virus angesteckt haben, zeigen ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und suizidale Handlungen (Catalan, Harding, Sibley, Clucas, Croome & Sherr, 2011, S. 588; Jia, Mehlum & Qin, 2012, S. 1315; WHO, 2002, S. 82). Gefangene in Deutschland sind bis zu 7-12-mal häufiger mit dem HI-Virus infiziert als Menschen in der Allgemeinbevölkerung (Opitz-Welke, Lehmann, Seidel & Konrad, 2018, S. 808). Eine Infektion mit dem Virus steht oft im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten und Substanzmissbrauch, welche schon für sich allein genommen Risikofaktoren sind (Arseniou, Arvaniti & Samakouri, 2014, S. 96; Bing et al., 2001, S. 721; Colfax et al., 2010, S. 458; Nanni, Caruso, Mitchell, Meggiolaro & Grassi, 2015, S. 1). Vor allem die Zeit nach der Diagnosestellung und der Beginn des Auftretens von körperlichen Symptomen der Erkrankung ist von besonderer Bedeutung, da dort das Risiko für Suizidalität am höchsten ist (Carrico et al., 2007, S. 1200; Cooperman & Simoni, 2005, S. 149; Sherr et al., 2008, S. 1651). Rund ein Viertel aller Personen suizidiert sich innerhalb der ersten Woche und ungefähr 40% innerhalb des ersten Monats nach der Diagnosestellung (Cooperman & Simoni, 2005, S. 149).

Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten, wie Asthma, Diabetes, Multiple Sklerose, chronische Nieren-, Leber-, Lungen- oder andere Gastrointestinale Erkrankungen, Knochen- und Gelenkstörungen mit chronischen Schmerzen, kardio- und neurovaskuläre Krankheiten, Erkrankungen der Wirbelsäule, sexuelle Störungen sowie Bewegungs-, Seh- und Hörstörungen sind mit einem erhöhten Suizidalitätsrisiko verbunden (Bohman, Jonsson, Päären, von Knorring, Olsson & von Knorring, 2012, S. 1; Crump, Sundquist, Sundquist & Winkleby, 2014, S. 279; Kaplan, McFarland, Hugueta & Newom, 2007, S. 56; Pompili et al., 2009, S. 16; Pompili et al., 2012, S. 411; Ratcliffe, Enns, Belik & Sareen, 2008, S. 204; Verrotti et al., 2008, S. 365; WHO, 2002, S. 82). Menschen mit Krebserkrankungen sind auffallend stark gefährdet (Crump et al., 2014, S. 279; Henson, Brock, Charnock, Wickramasinghe, Will & Pitman, 2019, S. 51; WHO, 2002, S. 82). Drei bis zwölf Monate nach Diagnosestellung der Krankheit

ist das höchste Suizidrisiko zu erkennen. Insbesondere weisen Menschen, bei denen eine Krebsart mit einer schlechten Prognose diagnostiziert wurde, ein erhöhtes Risiko auf (Yousaf, Christensen, Engholm & Strom, 2005, S. 995). Wird die Erkrankung während der Inhaftierungszeit festgestellt, so steigt das Risiko erneut an (Way, Miraglia, Sawyer, Beer & Eddy, 2005, S. 207).

Verletzungen des Gehirns

Bei Personen, welche zum Beispiel durch einen Unfall eine Verletzung des Gehirns, beispielsweise in Form einer Gehirnerschütterung, durch Schädelbrüche oder infolge eines Schädel-Hirn-Traumatas aufweisen, haben ein höheres Suizidrisiko (Brenner, Ignacio & Blow, 2011, S. 257; Fazel, Wolf, Pillas, Lichtenstein & Långström, 2014, S. 326; Fralick, Thiruchelvam, Tien & Redelmeier, 2016, S. 497; Madsen, Erlangsen, Orlovskaja, Mofaddy, Nordentoft & Benros, 2018, S. 580; Simpson & Tate, 2002, S. 687; Wasserman, Shaw, Vu, Ko, Bollegala & Bhalerao, 2008, S. 811). Schwerwiegendere Verletzungen wie Schädel-Hirn-Traumata sowie mehrere Erkrankungen erhöhen das Risiko (Bryan & Clemans, 2013, S. 686; Teasdale & Engberg, 2001, S. 436).

Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen ohne psychopathologische Relevanz

Personen mit aggressiven oder gewalttätigen Verhaltensweisen weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf (Conner, Cox, Duberstein, Tian, Nisbet & Conwell, 2001, S. 1701; Gvion & Apter, 2011, S. 100-102; Jokinen, Forslund, Ahnemark, Gustavsson, Nordström & Åsberg, 2010, S. 1025).

Des Weiteren lässt sich ein Zusammenhang zwischen Impulsivität und dem Suizidrisiko erkennen (Conner, Meldrum, Wieczorek, Duberstein & Welte, 2004, S. 363; Giegling et al., 2009, S. 1262; Gvion & Apter, 2011, S. 97-98; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999, S. 181). Häufig ist die Zeit vor einem Suizidversuch von impulsiven Verhaltensweisen geprägt (Hall, Platt & Hall, 1999, S. 18; Westheide, 2006, S. 144). Auch der Zeitraum zwischen mehreren Suizidversuchen ist von Impulsivität geprägt. Jedoch ist das Verhalten nicht konstant impulsiv, sondern unterscheidet sich je nach Geschlecht, einer eventuell vorhandenen psychischen Erkrankung und dem möglicherweise Vorhandensein von Life-Events (Weyrauch, Roy-Byrne, Katon & Wilson, 2001, S. 311). Häufig lässt sich Impulsivität jedoch auf eine psychische Krankheit wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung zurückführen (Mann et al., 1999, S. 185). Thomas E. Joiner, ein US-amerikanischer Psychologe, ist der Auffassung, dass impulsig gesteuerte Menschen die Neigung haben, provokative und schmerzhaft erlebte Erlebnisse erleben zu wollen, um sich an die damit verbundene Angst und den Schmerz zu gewöhnen. Die Fähigkeit zur Gewöhnung ist eine unter vielen Eigenschaften, die notwendig sind, um einen weiteren Suizidversuch durchzuführen. Er sieht darin einen Prozess des

Lernens durch Verstärkung (Joiner, 2007, S. 75). Die von ihm aufgestellte These wurde bisher in zwei Studien mit jeweils 182 und 516 Proband(inn)en überprüft und belegt. Somit zeigt sich ein indirekter Zusammenhang zwischen Impulsivität und suizidalem Verhalten. Vermittler dieser Beziehung sind provokative und schmerzhaftere Ereignisse (Bender, 2009, S. 12-13, Bender, Gordon, Bresin & Joiner, 2011, S. 301).

Persönlichkeiten, welche durch Neurotizismus gekennzeichnet sind, entwickeln ein größeres Level der Hoffnungslosigkeit, verfügen über eine niedrigere Problemlösekompetenz und zeigen häufiger suizidales Verhalten (Walker, Chang & Hirsch, 2017, S. 80). Insbesondere Neurotizismus in Verbindung mit Extrovertiertheit oder Unzufriedenheit steigert das Risiko (McCann, 2010, S. 368).

Menschen, welche zu Suizidalität neigen, zeigen ein spezifisches Erleben. Dieses ist geprägt vom inadäquaten Umgang mit Angst, Aggression, Ärger, Frustration und Trauer, Depressivität, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, welche sich unter anderem durch negative Erwartungen und eine generelle pessimistische Einstellung in Bezug auf die Zukunft zeigt, Perfektionismus, geringen Problemlösefähigkeiten, wenig Selbstwertgefühl, Verzweiflung sowie der Wahrnehmung, eine Last für andere zu sein und Wut (Arie, Apter, Orbach, Yefet & Zalzman, 2008, S. 22; Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000, S. 372-373; Ivanoff & Jang, 1991, S. 398; Konrad, 2002, S. 132; Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod & McGlashan, 2003, S. 237; van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby & Joiner, 2010, S. 44; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64).

4.3 Psychopathologische Risikofaktoren

Eine aus dem Jahr 2019 stammende belgische Studie mit 262 Todesopfern durch Suizid ergab, dass bei 86,7% aller Teilnehmer/-innen mindestens einmal im Leben eine psychische Erkrankung und/ oder Suchterkrankung diagnostiziert wurde (Favril et al., 2019, S. 45-46). Eine umfangreichere Untersuchung aus dem Jahr 2004, bei welcher 3275 Suizide ausgewertet wurden, kam zu einem ähnlich hohen Ergebnis. Auch dort wurde bei 87,3% aller Suizident(inn)en eine psychische Erkrankung diagnostiziert (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004, S. 6). Psychische Krankheiten stehen häufig im Zusammenhang mit Suiziden (Harris & Barraclough, 1997, S. 205). In mehreren psychologischen Autopsiestudien kann zum Todeszeitpunkt bei ungefähr 90% aller Suizident(inn)en mindestens eine psychische Störung festgestellt werden (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004, S. 1; Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003, S. 395). Zwar zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen psychischen Krankheiten und suizidalem Verhalten, jedoch muss dieser mit einer

gewissen Vorsicht betrachtet werden. Die meisten Menschen, die an psychischen Störungen erkrankt sind, zeigen kein suizidales Verhalten, weswegen es sinnvoll ist, von einer psychiatrischen Komorbidität von Suizident(inn)en zu sprechen (WHO, 2014, S. 42). Das Vorhandensein von Personen mit psychischen Störungen im Justizvollzug ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (Fazel & Danesh, 2002, S. 545; Foerster, 2005, S. 143; Madge et al., 2011, S. 499; Stompe, Brandstätter, Ebner & Fischer-Danzinger, 2010, S. 22). Insgesamt lässt sich feststellen, dass, je nach Studie, bei 35-95% aller inhaftierten Personen während des Erhebungszeitpunktes eine psychische Störung vorliegt (Blasko, Jeglic & Malkin, 2008, S. 68; Dumont, Brockmann, Dickman, Alexander & Rich, 2012, S. 329; James & Glaze, 2006, S. 1; Watzke, Ullrich & Marneros, 2006, S. 416; Zoccali et al., 2008, S. 447). Eine Untersuchung mit insgesamt 76 männlichen und 63 weiblichen Gefangenen zeigte, dass in einem Zeitraum von sechs Monaten bei 83,5% mindestens eine psychische Störung vorlag. Zwischen den Geschlechtern ist kein bedeutsamer Unterschied zu erkennen. Bei Betrachtung der Lebenszeitprävalenz zeigte sich mit 86,3% ein ähnliches Ergebnis, wobei jedoch Frauen etwas häufiger betroffen waren (von Schönfeld, Schneider, Schröder, Widmann, Botthof & Driessen, 2006, S. 836-837). Andere Länder wie Australien, Frankreich und Spanien kommen zu ähnlichen Studienergebnissen. Besonders häufig sind dabei Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit diagnostiziert (Butler, Andrews, Allnutt, Sakashita, Smith & Basson, 2006, S. 272; Falissard et al., 2006, S. 4; Teplin, Abram, McClelland, Dulcan & Mericle, 2002, S. 1133; Tye & Mullen, 2006, S. 268-269; Vicens et al., 2011, S. 326-328). Eine Metaanalyse über 62 Studien aus 12 Ländern revidierte diese Resultate (Fazel & Danesh, 2002, S. 548). Vor allem unbehandelte psychische Störungsbilder können suizidale Handlungen begünstigen (Kopp, 2012, S. 18-19). Dabei ist nicht entscheidend, ob die psychische Krankheit chronisch ist oder akut auftritt (Goss, Peterson, Smith, Kalb & Brodey, 2002, S. 577).

Psychische Störungen stehen auch häufig im Zusammenhang mit den üblichen Risikofaktoren, wie beispielsweise frühere Suizidversuche, Hoffnungslosigkeit, psychische Krankheiten in der Familie (Hawton, Casañas i Comabella, Haw & Saunders, 2013, S. 17; McGirr, Paris, Lesage, Renaud & Turecki, 2007, S. 721).

Eine vorangegangene psychiatrische Behandlung und/ oder die Unterbringung in einer psychiatrischen Institution erhöhen das Suizidrisiko (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69; Lekka, Argyriou & Beratis, 2006, S. 90; Qin, Agerbo & Mortensen, 2003, S. 765).

Da Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch und -abhängigkeit auffallend häufig bei Gefangenen diagnostiziert werden kann, möchte ich diese nun näher

betrachten. Abschließend beleuchte ich weitere psychische Krankheiten und analysiere den Zusammenhang beim Vorliegen mehrerer Erkrankungen.

Depressionen

Vor allem depressiv Erkrankte sind prozentual häufig unter den Suizident(inn)en und den Personen, welche sich oftmals selbst verletzen (Bertolote & Fleischmann, 2002, S. 184; Harrington, 2001, S. 53; Henriksson, Boëthius & Isacson, 2001, S. 304). Ungefähr 3-4% aller depressiv Erkrankten sterben durch Suizid (Wolfersdorf, 2008, S. 445). Depressionen sind im Gefängnis weit verbreitet. Eine umfangreiche französische Studie mit 800 Teilnehmer(inne)n kam zu dem Ergebnis, dass insgesamt 21,4% aller Proband(inn)en an einer affektiven Störung erkrankt sind. Die Depression trägt mit insgesamt 17,9% aller Teilnehmer/-innen den größten Anteil daran (Falissard et al., 2006, S. 4). Die Zusammenfassung von insgesamt 54 Untersuchungsergebnissen zeigt, dass 10,2% der männlichen und 14,1% der weiblichen Inhaftierten an einer Depression erkrankt sind (Fazel & Seewald, 2012, S. 366). Insgesamt ist eine depressive Erkrankung bei ungefähr 10-14% aller Gefangenen vorhanden (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici & Trestman, 2016, S. 871). Bei Betrachtung der Lebenszeitprävalenz ist bei 41% der Gefangenen eine depressive Störung vorhanden (Vicens et al., 2011, S. 321). Die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt zwischen 11,1-14,6% (Bromet et al., 2011, S. 1). Innerhalb der 12-Monats-Prävalenz sind 17,5% der inhaftierten Personen depressiv erkrankt. In der Allgemeinbevölkerung sind dies lediglich 5,5-8,8% (Bromet et al., 2011, S. 1; Butler et al., 2006, S. 275). Bei adoleszenten Gefangenen zeigt sich, dass 6-12% an einer depressiven Störung erkrankt sind (Colins, Vermeiren, Vreugdenhil, van den Brink, Doreleijers & Broekaert, 2010, S. 255; Köhler, Heinzen, Hinrichs & Huchzermeier, 2009, S. 217). In der Allgemeinbevölkerung lässt sich für die gleiche Altersgruppe eine Prävalenzrate von 0,4-10% finden (Seiffge-Krenke, 2007, S. 193).

Mindestens 10% aller durch Suizid Verstorbenen im Gefängnis litten zum Zeitpunkt des Todes unter einer Depression (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69). Psychologische Autopsiestudien der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass sogar bei 17-89% aller durch Suizid Verstorbenen eine depressive Störung diagnostiziert werden kann (Wolfersdorf, 2008, S. 447).

Bei depressiven Personen können die Krankheitssymptome durch vollzugliche Belastungen weiter ausgeprägt werden. Unterforderung, Bewegungs- und Reizarmut sowie Monotonie im Alltagsleben sind dabei ausschlaggebend (Keppler, Stöver, Schulte & Reimer, 2010, S. 240). Ebenso lässt sich ein Zusammenhang zwischen Depression und gefühlter

Einsamkeit herstellen, was das Risiko für Suizidalität erhöht (Brown & Day, 2008, S. 433; Lasgaard, Goossens & Elklit, 2011, S. 137).

Persönlichkeitsstörungen

Das Suizidversuchs- und Suizidrisiko ist bei Persönlichkeitsstörungen, vor allem der Borderline-Persönlichkeitsstörung, erhöht (Ansell et al., 2015, S. 161; Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004, S. 226; Hoertel et al., 2015, S. 720; Paris & Zweig-Frank, 2001, S. 482; Samuels, 2011, S. 231; Schneider, Schnabel, Wetterling, Bartusch, Weber & Georgi, 2008, S. 237). Außerdem berichten Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung 9,66-mal häufiger von einem Suizidversuch in ihrem Leben als Menschen ohne Persönlichkeitsstörung (Trull, Jahng, Tomko, Wood & Kenneth, 2010, S. 417). Das Suizidrisiko bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung ist im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen erhöht (Hiroeh, Appleby, Mortensen & Dunn, 2001, S. 2111; Kapur et al., 2013, S. 67; Qin, 2011, S. 1445).

Zwischen Persönlichkeitsstörungen und Alkohol- und Drogenabhängigkeit existiert ein Zusammenhang (Agrawal, Narayanan & Oltmanns, 2013, S. 55; Goldstein, Dawson, Chou & Grant, 2012, S. 941). Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer Abhängigkeit von Alkohol bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen liegt bei 42% (Trull et al., 2010, S. 417). In der Bevölkerungsgruppe ohne Persönlichkeitsstörung liegt die Prävalenzrate für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bei ungefähr 5% (Laux & Möller, 2011, S. 14). Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung haben ein über 12-mal höheres Risiko für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit als Menschen ohne eine Diagnose (Trull et al., 2010, S. 417-418).

Ungefähr bei 26,2-80% der Inhaftierten kann eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden (Dudeck et al. 2009, S. 219; Fazel & Danesh, 2002, S. 547; Ukere, 2012, S. 52; Watzke, Ullrich & Marneros, 2006, S. 417). Innerhalb der 12-Monats-Prävalenz liegt die Rate bei 43,1%. Im Gegensatz dazu kann bei nur 7,5% der Allgemeinbevölkerung eine Persönlichkeitsstörung erkannt werden (Butler et al., 2006, S. 275).

Vor allem Menschen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung suizidieren sich besonders häufig (Köhler et al., 2009, S. 217; Links, Gould & Ratnayake, 2003, S. 309). Mindestens drei Viertel aller Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen unternehmen einen Suizidversuch und ungefähr 10% sterben durch Suizid (Black et al., 2004, S. 226).

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, sowohl in Form von Alkoholismus als auch bei substanzbezogenen Drogen wie Heroin, und Suizidalität ist zu erkennen (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69; Brady, 2006, S. 473; Poorolajal, Haghtalab, Farhadi & Darvishi, 2016, S. 282; Sher, 2006, S. 13). Drogenabhängige haben ein 10- bis 14-fach erhöhtes Suizidrisiko (Darke & Ross, 2002, S. 1383; Wilcox, Conner & Caine, 2004, S. 18). Unerheblich dabei ist, ob der Missbrauch von Substanzen bereits vor der Inhaftierung stattfand oder erst während dieser begann (WHO, 2007, S. 8).

Bei 10-29,7% aller Gefangenen kann ein Missbrauch von Alkohol diagnostiziert werden (Fazel et al., 2016, S. 871; Köhler et al., 2009, S. 217). Der Drogenmissbrauch ist mit 10-60% weiter verbreitet (Fazel et al., 2016, S. 871). Ungefähr 9,4%-20,8% aller Straftäter/-innen sind abhängig von Alkohol, 10,8% von Drogen (Falissard et al., 2006, S. 4; Köhler et al., 2009, S. 217). Eine Lebenszeitprävalenz von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit ist bei insgesamt 76,2% aller Inhaftierten zu erkennen (Vicens et al., 2011, S. 321). Insgesamt kann bei 65,7% der Straftäter/-innen innerhalb der letzten 12 Monate ein Missbrauch von Substanzen festgestellt werden. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Prozentsatz bei lediglich 9,6. Besonders häufig ist dabei der Missbrauch von Alkohol (21,6% vs. 8,1%) und Opioiden (39,5% vs. 0,3%) zu verzeichnen (Butler et al., 2006, S. 275).

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit ist vielfach in Verbindung mit anderen psychischen Krankheiten wie affektiven Störungen, einer Posttraumatischen Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen zu setzen (Britton et al., 2015, S. 151; Goldstein et al., 2012, S. 941; Klimkiewicz, Klimkiewicz, Jakubczyk, Kieres-Salomoński & Wojnar, 2015, S. 268; Oquendo, Currier, Liu, Hasin, Grant & Blanco, 2010, S. 902).

Sonstige Störungsbilder

Personen mit einer Angststörung, einer phobischen Störung sowie einer Posttraumatischen Belastungsstörung haben ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Suizidgedanken sowie für die Durchführung von Suizidversuchen und Suiziden (Harris & Barraclough, 1997, S. 212-214; Sareen, Houlahan, Cox & Gordon, 2005, S. 452). Ungefähr 37,9% der Gefangenen zeigen innerhalb der letzten 12 Monate die Diagnosekriterien einer Angststörung. Den meisten Anteil daran macht die Posttraumatische Belastungsstörung mit 25,6% aus. In der Allgemeinbevölkerung zeigen lediglich 13,4% der Personen die Voraussetzungen für die Diagnose einer Angststörung und 4,2% für eine Posttraumatische Belastungsstörung (Butler et al., 2006, S. 275). Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer Angststörung bei Gefangenen beträgt 45,3%, für die Allgemeinbevölkerung 31,9-49,3% (Kessler,

Petukhova, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012, S. 176-177; Merikangas et al., 2010, S. 980; Vicens et al., 2011, S. 321).

Psychotische Krankheiten wie schizophrene und schizoaffektive Störungen sind ein Risikofaktor für Suizidalität (Baxter & Appleby, 1999, S. 322; Carlborg, Winnerbäck, Jönsson, Jokinen & Nordström, 2010, S. 1154; Hor & Taylor, 2010, S. 81). Rund 4% der Gefangenen leiden unter psychotischen Krankheiten (Falissard et al., 2006, S. 4; Fazel & Danesh, 2002, S. 547; Fazel et al., 2016, S. 871; Fazel & Seewald, 2012, S. 366).

Komorbidität

Das Vorhandensein mehrerer Störungsbilder kann das Suizidalitätsrisiko erhöhen (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004, S. 6; Bachmann, 2018, S. 9; Blasco-Fontecilla, Rodrigo-Yanguas, Giner, Lobato-Rodriguez & de Leon, 2016, S. 2-4; Cavanagh et al., 2003, S. 395; Holmstrand, Bogren, Mattisson & Brådvik, 2015, S. 466; Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010, S. 868). Besonders das Vorliegen einer anankastischen beziehungsweise zwanghaften Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit einer Depression steigert das Suizidrisiko (Diaconu & Turecki, 2009, S. 1551; Raja & Azzoni, 2007, S. 184). Darüber hinaus kann das Suizidrisiko von Personen mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung mit chronischen und körperlichen Krankheiten sowie Infektionskrankheiten steigen (Jia, Mehlum & Qin, 2012, S. 1351; Qin, Hawton, Mortensen & Webb, 2014, S. 432; Rasic, Belik, Bolton, Chochinov & Sareen, 2008, S. 660).

4.4 Neurobiologische und genetische Risikofaktoren

In einigen Untersuchungen wurden Auffälligkeiten der Neurotransmittersysteme, wie dem serotonergen, dopaminergen und noradrenergen System, dem präfrontalen Kortex sowie der genetischen Ausstattung gefunden. Die Weltgesundheitsorganisation sieht einen Zusammenhang zwischen den Veränderungen und suizidalem Verhalten (WHO, 2014, S. 33). Jedoch müssen die Ergebnisse mit Bedacht betrachtet werden, da sich eine Vielzahl der Resultate mit den Ergebnissen von Forschungsarbeiten über neurologische und genetische Auffälligkeiten von Personen mit psychischen Erkrankungen decken. Beispielsweise zeigt sich bei Menschen mit Depressionen eine Störung des serotonergen Systems und somit ist nicht zu unterscheiden, ob sich die Veränderungen des Gehirns auf das Suizidrisiko auswirken oder aus der psychischen Krankheit resultieren. Des Weiteren werden viele Studien mit relativ wenig Studienteilnehmer(inne)n durchgeführt und veröffentlicht, was sich für eine Verallgemeinerung als schwierig gestaltet (Cox Lippard, Johnston & Blumberg, 2014, S. 152; Dell'Osso, Berlin, Serati & Altamura, 2010, S. 170-174; Kunert; Herpertz & Saß, 2005,

S. 322-330; Owens & Nemeroff, 1994, S. 288; Palazidou, 2012, S. 141-142; Soloff, Pruitt, Sharma, Radway, White & Diwadkar, 2012, S. 516).

Serotonerges System

Das Serotonerge System versorgt den präfrontalen Kortex, die Amygdala und den Nucleus accumbens, eine Kernstruktur im unteren Vorderhirn (Bortolato, Pivac, Seler, Perkovic, Pessia & Di Giovanni, 2013, S. 162-163). Änderungen und Anomalien des Systems können das Suizidrisiko erhöhen (Arango, Huang, Underwood & Mann, 2003, S. 375; Audenaert, Peremans, Goethals & van Heeringen, 2006, S. 125; Mann, Brent & Arango, 2001, S. 472-473; Reiter, 2012, S. 86). Bereits 1976 wurde die erste Untersuchung am Gehirn von Suizidopfern durchgeführt. Dabei konnte ein niedrigerer Spiegel von 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIAA), ein Abbauprodukt von Serotonin, nachgewiesen werden. Somit ist von einem Serotoninmangel auszugehen (Åsberg, Träskman & Thorén, 1976, S. 1193). Durch eine Störung des Serotonergen Neurotransmittersystems können Suizidideen entstehen (van Heeringen & Mann, 2014, S. 63).

Präfrontaler Kortex

Der orbitofrontale Kortex und der dorso-laterale präfrontale Kortex, Anteile des präfrontalen Kortex, sind von Wichtigkeit in dem Prozess der Entstehung von Suizidalität. Forscher/innen gehen davon aus, dass in diesem Bereich des Gehirns die Entscheidungsfindung stattfindet und es einen Zusammenhang zwischen dieser und der Suizidalität gibt. Folglich existiert eine Verbindung zwischen den präfrontalen Kortex und Suizidalität (van Heringen, Bijttebier & Godfrin, 2011, S. 688). Weitere Teile des präfrontalen Kortex, wie der ventromediale präfrontale Kortex, haben ebenfalls Einfluss auf das Suizidrisiko (Mann, 2003, S. 819).

Weitere Neurotransmitter

y-Aminobuttersäure und Glutamat sind wichtige Neurotransmitter im zentralen Nervensystem und lassen sich in Verbindung mit Suiziden bringen (Yin et al., 2016, S. 414). Ebenso könnte das dopaminergene und noradrenergene System Einfluss auf das Suizidrisiko haben, jedoch ist dies unschlüssig und konnte bisher noch nicht ausreichend bewiesen werden (Mann, 2003, S. 819).

Opiatsystem

Das Opiatsystem kann Einfluss auf eine suizidale Handlung haben, jedoch ist die Studienlage dessen bisher unvollständig. Viele Untersuchungen beziehen sich auf bestimmte Personengruppen wie Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ebenso ist

unklar, ob eine Änderung des Opioidlevels die Ursache oder die Konsequenz von selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen ist (Gross-Iseroff, Dillon, Israeli & Biegon, 1990, S. 312; Kirtley, O'Carroll & O'Connor, 2015, S. 186; Rujescu, Möller & Riederer, 2002, S. 23; Sher & Stanley, 2008, S. 299).

Amygdala, Thalamus und Hippocampus

Eine Volumenvergrößerung der Amygdala und erweitertes Volumen des Thalamus kann ein Risikofaktor sein, wenngleich er doch umstritten ist (Lopez-Larson et al., 2013, S. 1; Spoletini et al., 2011, S. 30). In einer Studie mit insgesamt 253 Teilnehmer(inne)n konnte keine Veränderung gefunden werden (Gifuni et al., 2016, S. 101). In mehreren Untersuchungen konnte ein kleineres Volumen des Hippocampus festgestellt werden, jedoch sehen mehrere Wissenschaftler/-innen dies eher als das Ergebnis eines traumatischen Ereignisses, welches sich dann auf suizidales Verhalten auswirken kann, als einen eigenständigen Risikofaktor (Colle et al., 2015, S. 13; Gifuni et al., 2016, S. 101).

Genetik

David A. Brent, US-amerikanischer Psychiater, und J. John Mann, Professor für Psychiatrie und Radiologie an der Columbia University und Leiter der Abteilung für Neurobiologie vom New York State Psychiatric Institute, werteten mehrere Adoptions-, Zwillings- und Familienstudien aus und gingen dabei der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und der Genetik gibt. Sie bejahten dies, da Adoptionsstudien zeigten, dass es eine Korrelation zwischen dem Suizid des biologischen Elternteils und dem des adoptierten Kindes gibt. Die Kinder pflegten keinen Kontakt zu den Eltern und zeigten ein höheres Suizidrisiko. Somit kann von keiner Imitation suizidaler Handlungen ausgegangen werden. Es scheint eine genetische Prädisposition zu existieren. Brent und Mann meinen, dass die Anfälligkeit zu psychischen Erkrankungen, Aggressivität und Impulsivität vererbt wird und dies dann in einem höheren Risiko für suizidales Verhalten resultiert (Brent & Mann, 2005, S. 22). In weiteren Forschungsarbeiten wurden Gene gesucht, welche suizidales Verhalten vererben können. Es scheint Anomalien zu geben, jedoch sind bisher keine konkreten Ergebnisse veröffentlicht (Bijttebier et al., 2015, S. 1; Guintivano et al., 2014, S. 1287; Papadimitriou, Linkowski, Delarbre & Medniewicz, 1991, S. 417).

4.5 Biografische Risikofaktoren

Suizidalität in der Vergangenheit

Selbstverletzungen und Suizidversuche in der Lebensgeschichte erhöhen das Suizidrisiko erheblich (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69; Hawton et al., 2014, S. 1147; Hawton, Zahl & Weatherall, 2003, S. 537; Konrad, 2002, S. 132; Lekka, Argyriou & Beratis, 2006, S. 90; Teismann & Dormann, 2013, S. 299). Vor allem weibliche Inhaftierte zeigten schon vor Haftbeginn suizidales Verhalten (Hurley & Dunne, 1991, S. 465; Völlm & Dolan, 2009, S. 747). Wichtig ist zu klären, wann eine frühere Selbstverletzung stattgefunden hat. Verlaufuntersuchungen zeigen, dass die Suizid-Wahrscheinlichkeit erheblich erhöht ist, wenn im Zeitraum davor eine bewusste Selbstverletzung stattfand. Das Risiko, einen Suizid(versuch) durchzuführen liegt ein Jahr nach der Selbstverletzung bei 0,7% und ist somit 66 Mal höher als bei Personen ohne eine Selbstverletzung. Insgesamt ist zu erkennen, dass das Risiko für eine suizidale Handlung ansteigt, je länger die Selbstverletzung zurückliegt. Liegt diese 5 Jahre zurück, so ist das Risiko schon bei 1,7%, bei 10 Jahren bei 2,4% und bei 15 Jahren sogar bei 3,0% (Hawton, Zahl & Weatherall, 2003, S. 539-540). Menschen, welche mehrere Suizidversuche unternommen haben, zeigten erhöhte impulsive Reaktionen (Dougherty, Mathias, Marsh, Papageorgiou, Swann & Moeller, 2004, S. 374; Westheide, 2006, S. 144). Impulsivität ist, wie schon in Kapitel 4.2 medizinische Risikofaktoren beschrieben, ein Risikofaktor für suizidales Verhalten. Hat eine Person schon frühere Suizidversuche unternommen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, einen weiteren durchzuführen, weitaus höher. Bei Suizidversuchen ist die Wahrscheinlichkeitsberechnung gegensätzlich. In den ersten zwei Jahren nach dem Suizidversuch liegt die Wahrscheinlichkeit bei 13-35%, in dem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren bei 6-8% und nach 10-30 Jahren unternehmen 10-13% einen erneuten Suizidversuch (Bronisch, 2014, S. 51). Auch selbstverletzendes Verhalten während der Haftzeit steigert das Risiko für eine weitere Handlung (Teismann, Forkmann, Wachtel, Edel, Nyhuis & Glaesmer, 2015, S. 264). 20-50% der Personen, welche einen Suizidversuch unternommen haben, sterben durch Suizid (Bronisch, 2014, S. 51).

Familiäre Auffälligkeiten

Suizidales Verhalten und Suizide von Familienmitgliedern sind Risikofaktoren für die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität (Goodwin, Beautrais & Fergusson, 2004, S. 159; Lekka, Argyriou & Beratis, 2006, S. 90; Runeson & Åsberg, 2003, S. 1526). Besonders bei Frauen erhöht sich dadurch das Suizidrisiko (Quin, Agerbo & Mortensen, 2003, S. 765). Durch den Suizid eines Elternteils verdoppelt sich das Suizidrisiko des Kindes (von Borczyskowski, Lindblad, Vinnerljung & Hjern, 2009, S. 110). Verstarb die Mutter durch

Suizid, so ist das Risiko für Suizidgedanken 5-fach erhöht und für Suizidversuche sogar 9-fach (Lieb, Bronisch, Höfler, Schreier & Wittchen, 2005, S. 1667-1668). Eine Auswertung von 21 Familienstudien zeigte, dass sogar ein fünffach erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten entsteht, wenn ein naher Familienangehöriger suizidales Verhalten zeigte (Baldesarini & Hennen, 2004, S. 2). Für eineiige Zwillinge gibt es ein vierfach erhöhtes Risiko für Suizidversuche (ebd., S. 6). Eine andere Untersuchung zeigte, dass das Risiko für suizidales Verhalten bei eineiigen Zwillingen bei 11%, bei zweieiigen Zwillingen bei 2% liegt. Bei vollendeten Suiziden sprechen die Forscher/-innen sogar von einem Risiko für suizidales Verhalten von 43% (McGuffin, Marušič & Farmer, 2001, S. 61).

Ein dysfunktionaler Familienhintergrund, beispielsweise aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils oder Gewalterfahrungen durch diese, ist ein weiterer Risikofaktor (Laishes, 1997, S. 160).

Gewalt-, Missbrauchs- und Lebenserfahrungen

Traumata in der Lebensgeschichte wie Vergewaltigung, körperlicher und/ oder sexueller Missbrauch sowie Gewalterlebnisse werden als Risikofaktoren für Suizidalität angesehen (Cliquennois, 2010, S. 1027; Statham et al., 1998, S. 847; Teismann et al., 2015, S. 264; WHO, 2014, S. 33). Von besonderer Bedeutung ist die Anwesenheit von Familie. Wird ein Kind von den Eltern verlassen und es erfolgt eine Heimunterbringung, so ist das Suizidrisiko erhöht (Cliquennois, 2010, S. 1027). Erlebte Deprivation und Diskriminierung beeinflussen suizidales Verhalten (Ivanoff & Jang, 1991, S. 398; Harding & Zimmermann, 1989, S. 42; WHO, 2014, S. 33). Diese eben aufgezählten Traumata können das Suizidrisiko durchaus erhöhen, müssen dies jedoch nicht. Sie haben zwar Einfluss auf die Entwicklung und somit die Anfälligkeit, eine psychische Störung herauszubilden, aber sie stehen in keinem direkten Zusammenhang mit suizidalen Verhalten von Inhaftierten (Osváth, Vörös & Fekete, 2004, S. 36).

4.6 Kriminologische Risikofaktoren

Art der Straftat

Mehrere Wissenschaftler/-innen beschäftigten sich mit der Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Art der Straftat und Suizid gibt. Alan R. Felthous, Direktor der Forensischen Psychiatrie des Lehrstuhls Psychiatry und Behavioral Neuroscience der Saint Louis University School of Medicine, und Henning Saß, deutscher Psychiater, werteten mehrere Untersuchungen aus und kamen zu dem Resultat, dass sich erhöhte Suizidraten bei Personen, welche wegen Gewaltstraftaten wie Entführung und Tötung inhaftiert sind, finden.

Vor allem bei Tötungsdelikten ist eine erhöhte Suizidrate zu erkennen, jedoch sehen sie nicht unbedingt die Art der Straftat als Ursache dessen an. Möglicherweise könnte dafür ursächlich die Beziehung zum Tatopfer sein, sofern das Tötungsoffer die geehelichte Person, ein Familienmitglied oder eine geliebte Person im Umfeld des Täters war. Wichtig ist, künftig zu untersuchen, ob eine Beziehung zwischen den Gefangenen und Geschädigten vorlag und wie die psychische Verfassung und Reaktion der Täter zum Tatzeitpunkt war sowie die zukünftigen Folgen des Deliktes. Diese Faktoren könnten tendenziell einen größeren Einfluss auf mögliches suizidales Verhalten haben als die Art der Straftat (Felthous & Saß, 2010, S. 179). Eine Vielzahl von Wissenschaftler(inne)n weist auf ein höheres Suizidrisiko bei Inhaftierten mit Gewaltdelikten hin (Bennefeld-Kersten, 2018, S. 75; Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69; Dooley, 1990, S. 40; Hayes, 2009, S. 11; Kovasznay, Miraglia, Beer & Way, 2004, S. 66; Radeloff, Stoeber, Lempp, Kettner, Bennefeld-Kersten, 2019, S. 1). Ebenso ist neben Gewaltstraftäter(inne)n die Suizidneigung bei Gefangenen mit Sexualstraftaten überdurchschnittlich hoch (Duthé et al., 2013, S. 273; Frühwald, Matschnig, Koenig, Bauer & Frottier, 2004, S. 497; Humber et al., 2013, S. 169; Konrad, 2001, S. 103; Mumola, 2005, S. 7; Webb, Shaw, Stevens, Mortensen, Appleby & Qin, 2012, S. 3416). Bis zu 30% der Suizident(inn)en sind wegen Gewaltdelikten inhaftiert und zwischen 7,2-11,5 der Gewalt- und Sexualstraftäter/-innen sterben durch Suizid (Hayes, 2009, S. 11; Radeloff et al., 2019, S. 5). Diese Zahlen sind auffallend hoch, wenn man bedenkt, dass diese nur 20-25% der Gefangenenpopulation darstellen (Drenkhahn, 2018, S. 58). Im Vergleich dazu ist das Suizidrisiko bei Personen, welche wegen Diebstahl, Betrug, Drogen und Verkehrsdelikten inhaftiert wurden, unter dem Durchschnitt (Radeloff et al., 2019, S. 6). Schon allein der Tatvorwurf eines Aggressions- oder Sexualdelikts wird als Risikofaktor gesehen (Konrad, 2002, S. 132).

Länge der Strafe

Bezüglich der Straflänge sind unterschiedliche Forschungsergebnisse zu finden. Einige Expert(inn)en sind der Meinung, dass lebenslange Freiheitsstrafen ein Risikofaktor für Suizidalität sind (Dooley, 1990, S. 40; Liebling, 1995, S. 182; Ministry of Justice, 24.08.2017, S. 11). Eine Untersuchung mit 20 Gefangenen, welche zu lebenslangen Freiheitsstrafen verurteilt wurden, zeigte, dass die Strafhöhe keinen Einfluss auf die Suizidrate hat. Der einzige Unterschied ist, dass sie während des Suizids häufig älter sind und längere Zeit in Haft verbrachten (Borrill, 2002, S. 38). Eine weitere Studie mit 353 Suizident(inn)en revidierte dies und sieht ebenfalls keinen Zusammenhang mit der Länge der Haftstrafe (Duthé et al., 2013, S. 273). Eher andere Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit der Langzeitstraftäter und führen letztlich zu Suizidalität. Insbesondere der Verlust von Beziehungen zu Familie und Freund(inn)en außerhalb des Gefängnisses ist dabei von entscheidender

Bedeutung. Auch Probleme, die während der Inhaftierung entstehen, werden nicht adäquat bearbeitet, sondern eher „in sich Hineingefressen“. Dies liegt daran, dass kein Vertrauen zu Mithäftlingen und dem Personal vorhanden ist (Flanagan, 1980, S. 155-156).

Vorstrafen

Ist eine Person vorbestraft, so ist dies als Risikofaktor anzusehen (Marzano et al.2011, S. 877). Hauptsächlich bei Inhaftierten, welche schon im Vorfeld wegen einer oder mehreren Gewaltstraftaten angeklagt oder verurteilt wurden, ist das Risiko erhöht (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 69). Sowohl die Erstinhaftierung als auch eine einmalige oder mehrere vorherige Gefängnisaufenthalte erhöhen das Suizidalitätsrisiko (ebd.; Cliquennois, 2010, S. 1027; Favril et al., 2017, S. 19; Patterson & Hughes, 2008, S. 677; Salvatore, Dodson, Kivisalu, Caulkins & Brown, 2018, S. 5; Winter, 2003, S. 133).

4.7 Gefängnispezifische Risikofaktoren

Eine Inhaftierung stellt für jedes Individuum ein prägendes Ereignis dar, da sie einen gravierenden Eingriff in das Leben bedeutet. Wie schon im Vorwort zu Kapitel 4 beschrieben, trägt die Haftanstalt zu der Entstehung und Entwicklung von Suizidalität bei. Welchen Beitrag sie dazu leistet, möchte ich im Folgenden näher erläutern. Von großer Bedeutung ist dabei das Deprivationsmodell, welches auf den Arbeiten von Erving Goffman, einem kanadischen Soziologen, und Gresham M. Sykes, einem US-amerikanischen Soziologen und Kriminologen, basiert und meint, dass fehlangepasstes Verhalten während der Inhaftierung seinen Ursprung in dem restriktiven Gefängnismilieu hat.

Erving Goffman sieht den Justizvollzug als „totale Institution“ (Goffman, 1973, S. 16). Eine totale Institution ist definiert als „Räume, Wohnungen, Gebäude oder Betriebe, in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird“ (ebd., S. 15). Kennzeichen dafür sind (ebd., S. 17):

1. „Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird

von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.

4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“

Totale Institutionen kontrollieren die Lebensäußerungen der Insassen und unterwerfen sie ihren Zielen. Außerdem ist der Tagesablauf vorgeplant, woran sich die Häftlinge mit ihren Bedürfnissen orientieren müssen (ebd., S. 21). Alle Kontakte nach Außen werden kontrolliert und zum Teil beschränkt (ebd., S. 20). Durch den Eintritt in die Institution müssen Gefangene Demütigungen und Verluste hinnehmen. Kleidung, Kosmetika, und weitere Gegenstände werden ihnen entwendet und gegeben falls werden Habseligkeiten zur Einlagerung einbehalten. Außerdem müssen sie diverse Aufnahmeverfahren hinnehmen, wie die Abnahme von Fingerabdrücken und Aufnahme des Lebenslaufes (ebd., S. 27). Der „Verlust der Identitäts-Ausrüstung [kann] das Individuum daran hindern, anderen gegenüber sein normales Selbstbild zu präsentieren“ (ebd., S. 31). Darüber hinaus verlieren die Inhaftierten ihre Freiheit, ihnen werden materielle und immaterielle Güter sowie heterosexuelle Beziehungen entzogen, die Autonomie beschränkt und die Gefangenen werden vor kriminellen Mithäftlingen nicht ausreichend geschützt (Sykes, 1964, S. 63-78). Die Handlungsautonomie der in der Justizvollzugsanstalt inhaftierten Personen wird verletzt. Sie müssen um Erlaubnis bitten, wenn sie beispielsweise telefonieren oder einen Brief abschicken möchte. Allein schon das Lesen persönlicher Briefe durch die Vollzugsbediensteten stellt eine Bloßstellung dar (Goffman, 1973, S. 40). Was außerhalb der totalen Institution selbstverständlich ist und ohne Probleme verrichtet werden kann, ist innerhalb dieser nur mit Kontrolle möglich (ebd., S. 47). Diese Maßnahmen können sich die Insassen nicht entziehen, sie sind diesen ausgesetzt (ebd., S. 48). Gefangene müssen sich an Regeln, die beispielsweise durch die Hausordnung aufgestellt sind, anpassen. Bei Missachtung derer folgen Strafen und Entzug von Privilegien (S. 54-57). Diese Beeinträchtigungen, Erniedrigungen und Demütigungen können psychischen Stress hervorrufen (ebd., S. 53-54). Durch eine Untersuchung von 180 Jugendlichen und Heranwachsenden konnte festgestellt werden, dass diese Belastung so hoch sein kann, dass sie von klinisch relevantem Ausmaß ist. Bei 69,4% der Teilnehmer/-innen war dies innerhalb von 2 Wochen nach der Inhaftierung der Fall (Obschonka, Wams, Schulte-Markwort & Barkmann, 2010, S. 101-102). Vor allem für vulnerable Personen kann eine Inhaftierung hohen emotionalen Stress zur Folge und Auswirkungen auf den psychischen Zustand haben (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 119-121; Laubenthal, 2015, S. 132; Liebling, 1999, S. 288). „Strafvollzug bedeutet für den Verurteilten [...] die deutlichste Form einer Stigmatisierung als »Krimineller«“ (Laubenthal, 2015, S.

132). Jede Form der Stigmatisierung, sei es durch die Inhaftierung, wegen einer psychischen Krankheit oder aufgrund suizidaler Gedanken und Handlungen in der Vergangenheit, hat Einfluss auf die psychische Verfassung und somit auf die Gesundheit der Person (Oexle & Rüscher, 2018, S. 780; Pompili, Mancinelli & Tatarelli, 2003, S. 173; Schnittker & John, 2007, S. 115).

Nachfolgend zähle ich Risikofaktoren und Auslöser auf, welche Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität haben. Dabei unterscheide ich zwischen der Haftzeit und der Unterbringungsart, den Haftbedingungen und Stressoren, welche sowohl innerhalb als auch außerhalb des Justizvollzugs ihren Ursprung haben können. Bei den Stressoren betrachte ich kürzlich stattgefundenere Ereignisse, welche Stress und Hoffnungslosigkeit und letztlich Suizidalität auslösen können und somit als Risikofaktoren anzusehen sind (Foster, Gillespie, McLelland & Patterson, 1999, S. 175; Kőlves, Värnik, Schneider, Fritze & Allik, 2006, S. 2891; Liebling & Ludlow, 2016, S. 234; Mościcki, 1997, S. 510-511). Weitere Ausführungen, welche keiner der oben genannten Kategorien zuzuordnen sind, sind im letzten Unterpunkt Sonstiges anzufinden.

Haftzeit und Unterbringungsart

Der Haftbeginn wird als kritischer Zeitpunkt gesehen, da sich kurze Zeit nach der Inhaftierung viele Menschen suizidieren (vgl. Kapitel 3.2 Suizidalität im Justizvollzug). Möglich ist, dass der Suizid in dieser Zeit ein impulsiver Akt ist, welcher durch Scham- und Schuldgefühlen ausgelöst wird und von Verlegenheit geprägt ist, welcher mit dem Eintritt in eine Haftanstalt einhergeht (Winkler, 1992, S. 321). Aber auch die Angst und Unsicherheit bezüglich der unvertrauten Haftumgebung, dem Verlust von Beziehungen sowie der Sorge über die erwartete Straflänge und die Angst vor den noch unbekanntem Mitinhaftierten tragen dazu bei, dass die Inhaftierung als stressreich angesehen wird (Cox & Morschauser, 1997, S. 178-179; Laishes, 1997, S. 157). Mehrere Wissenschaftler/-innen sprechen dabei von einem „Inhaftierungsschock“ (Cox & Morschauser, 1997, S. 178; Konrad, 2001, S. 103; Marcus & Alcabes, 1993, S. 260).

Die Untersuchungshaft ist ein besonders starker Risikofaktor (Fazel, Cartwright, Norman-Nott & Hawton, 2008, S. 1721; Marzano et al., 2011, S. 874; Shaw et al., 2004, S. 264). Vor allem zu Beginn dieser ist die Stressbelastung, die Spannung, die Ungewissheit und die Verzweiflung, welche die Person damit verbindet, sehr hoch. Die Neuzugänge können nicht für die Zukunft planen, der Ausgang des laufenden Verfahrens ist ungewiss und sie müssen sich im Rahmen ihres Strafprozesses mit ihrer Straftat auseinandersetzen (Hassan et al., 2011, S. 40; Liebling & Ludlow, 2016, S. 229). Erfolgt dann die Urteilsverkündung oder die

Zustellung des schriftlichen Urteils, so kann dies Auslöser von Suizidalität sein (Cliquennois, 2010, S. 1027; Favril et al., 2019, S. 47; He et al., 2001, S. 896).

Ähnliche Gefühle wie zu Beginn der Inhaftierung löst eine Verlegung in eine andere Haftanstalt aus. Ist diese weit von dem Wohnort der Inhaftierten entfernt, ist dies besonders risikohaft (Cliquennois, 2010, S. 1027; Favril et al., 2019, S. 47; Liebling, 1993, S. 397; Suto & Arnaut, 2010, S. 301).

Die meisten Gefangenen suizidierten sich während der Einzelunterbringung (vgl. Kapitel 3.2). Deswegen wird sie als Risikofaktor angesehen (Bonner, 2006, S. 252; Daniel & Fleming, 2006, S. 29; Fazel et al., 2008, S. 1721; Frühwald et al., 2004, S. 497; Marzano et al., 2011, S. 877; Patterson & Hughes, 2008, S. 681). Wird die Einzelhaft in einem besonderen Haftraum, beispielsweise zum Schutz vor anderen Inhaftierten, als Disziplinarmaßnahme oder wegen Suizidgefährdung, vollzogen, so ist das Suizidrisiko erhöht (Cliquennois, 2010, S. 1027; Marzano et al., 2011, S. 877). Ebenso ist dies der Fall, wenn die alleinige Unterbringung in Verbindung mit sozialer Isolation erfolgt (Marcus & Alcabas, 1993, S. 260).

Haftbedingungen

Ungünstige Haftbedingungen haben einen starken Einfluss auf die psychische Verfassung der Gefangenen. Dabei ist besonders die Überbelegung hervorzuheben, da dieser den Effekt der Deprivation bedingt (Huey & McNulty, 2005, S. 507; Spinellis & Themell, 1997, S. 155; Leese, Thomas & Snow, 2006, S. 355). Die durch die Inhaftierung erlebte Fremdbestimmung und Monotonie können zu einer Interessen- und Mutlosigkeit, Depression, Lethargie und Passivität führen (Stöver, Tielking & Becker, 2003, S. 43).

Stressoren während der Inhaftierung (von außen)

Ereignisse während der Inhaftierung werden negativer bewertet, da Inhaftierten die gewohnte soziale Unterstützung fehlt (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 118). Verlusterlebnisse wie ein Trauerfall im Freundes- oder Familienumfeld, Scheidung oder Trennung der Partner/-innen können für die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität verantwortlich sein (Konrad, 2002, S. 132; Marzano et al., 2001, S. 880; Rivlin et al., 2011, S. 305; Tartaro & Lester, 2005, S. 419-420). Schon die Erwartung einer Trennung kann ein Auslöser sein (Liebling, 1993, S. 396-397). Ebenso sind die durch die Inhaftierung verursachte erschwerte Aufrechterhaltung oder gar der Abbruch der Beziehung zu Familie, Kindern und Freund(inn)en und die dadurch verursachten Beziehungs- und Eheprobleme kritisch zu sehen (Duthé et al., 2013, S. 275; Hayes, 1995, S. 436; He et al., 2001, S. 896; Way et al., 2005, S. 207; WHO, 2014, S. 33). Vor allem für Frauen ist dieser Verlust von besonderer

Bedeutung (Hassan et al., 2011, S. 40-41). Die daraus resultierende Isolation wird insbesondere für Jugendliche als besonders belastend erlebt (Enzmann, 2002, S. 265). Schon Émile Durkheim, französischer Soziologe und Ethnologe, wies darauf hin, dass ein Suizid auf eine mangelnde Integration in eine Gruppe oder Gemeinschaft zurückzuführen ist (Durkheim, 1973, S. 232). Mit mangelnder Integration ist oftmals ein Gefühl der Einsamkeit verbunden. Viele Inhaftierte fühlen sich von der Welt außerhalb des Gefängnisses isoliert, da sich der Kontakt zu Familienmitgliedern oftmals schwierig gestaltet. Schon das subjektive Erleben von Einsamkeit erhöht das Suizidrisiko (Brown & Day, 2008, S. 433; Cluquennois, 2010, S. 1027; Stravynski & Boyer, 2001, S. 32; Suto & Arnaut, 2010, S. 296; WHO, 2014, S. 33). Gefangene mit wenig oder ohne jegliche soziale Unterstützung sind deswegen besonders gefährdet (Jenkins et al., 2005, S. 257; Laishes, 1997, S. 161). Aber auch ein sehr hoher Grad an sozialer und familiärer Integration im Vorfeld des Gefängnis-aufenthalts ist ein weiterer Risikofaktor (Bourgoin, 1993, S. 146).

Stressoren während der Inhaftierung (von innen)

Suizidale Handlungen von Mitinhaftierten können zu Nachahmungstaten führen (Favril et al., 2017, S. 24; Hales, Davison, Misch & Taylor, 2003, S. 667; Haw, Hawton, Niedzwiedz & Platt, 2013, S. 102-103). Nach einer englischen und walisischen Studie können bis zu sechs Prozent der Gefängnissuizide durch die Imitation eines vorangegangenen Suizids entstanden sein. Bis zu 120 Tage nach einem vollendeten Suizid sind höhere Suizidziffern bekannt (McKenzie & Keane, 2007, S. 540-541). Bei den Selbstverletzungen sind sogar 15% als Nachahmungstaten zu deklarieren (Hawton et al., 2014, S. 1152).

Viele Häftlinge werden während der Inhaftierung Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt. Die Gewalt durch Mitgefangene ist ein Risikofaktor für Suizidalität (Encrenaz et al., 2014, S. 20). In einer 2012 erschienenen Studie mit 6.384 Teilnehmer(inne)n aus Nord- und Ostdeutschland fanden Mitarbeiter/-innen des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen heraus, dass ungefähr 24,6% innerhalb der letzten vier Wochen während ihrer Inhaftierung Gewalt erlebten (Bieneck & Pfeiffer, 2012, S. 31). In diesem Zeitraum wurden 4,5% Männer, 3,6% Frauen und 7,1 % der Jugendlichen Opfer sexueller Gewalt. Körperliche Gewalt erlebten 25,7% der Männer, 25,6% der Frauen und 49,0% der Jugendlichen (ebd., S. 11). Eine Zusammenstellung mehrerer Studien zeigt, dass 0,5-20% der Gefangenen während des Inhaftierungszeitraums mindestens einmal sexuell genötigt oder vergewaltigt wurden (Gaes & Goldberg, 2004, S. 55-58). Eine aktuellere Befragung in Jugendhaftanstalten gelangte zu dem Ergebnis, dass bis zu 49,7% körperliche Gewalt sowie die Androhung derselben erlebten und zwischen 0,3 und 1,9% sexuelle Gewalt erfuhren (Baumeister, 2017, S. 129). Somit ist körperliche und sexuelle Gewalt ein weit verbreitetes

Ereignis im Vollzug. Schon allein die Androhung dieser Art von Gewalt kann Suizidalität auslösen (Blaauw, Winkel & Kerkhof, 2001, S. 279; Konrad et al., 2007, S. 115; Liebling, 1993, S. 396; Lohner, 2008, S. 147). Das Suizidalitätsrisiko kann ebenso durch verbale Konflikte mit anderen Inhaftierten oder dem Personal erhöht sein (Marzano et al., 2011, S. 878; Way et al., 2005, S. 207). Weitere haftspezifische Stressoren können im Vorfeld eines Suizids stattfinden. Eine kürzlich ausgesprochene Disziplinarmaßnahme, eine neu eingeleitete Ermittlung, eine neu erhobene Anklage oder die Rekonstruktion der Straftat, zum Beispiel während einer Therapiemaßnahme, sind Risikofaktoren für Suizidalität (Cliquennois, 2010, S. 1027; Favril et al., 2019, S. 47; Way et al., 2005, S. 207). Auch negative justizielle Entscheidungen, wie beispielsweise die Ablehnung der Berufung, sind Stressoren während der Haftzeit (Liebling, 1993, S. 397; Office of the Correctional Investigator of Canada, 2014, S. 8; Sonneck, Kapusta, Tomandl & Voracek, 2016, S. 220).

Sonstiges

Wird das Hilfesuchverhalten bei einer krisenhaften Situation von Anderen als negativ angesehen oder stigmatisiert, so ist das als Risikofaktor zu sehen (WHO, 2014, S. 33). Viele Mitarbeiter des Justizvollzugs fühlen sich bezüglich Gefangener, welche sich selbst verletzen, unzureichend gestützt. Auch ist der interdisziplinäre Austausch innerhalb der Angestellten unzureichend (Ramluggun, 2013, S. 23). Die mangelnde fachliche Kompetenz bezüglich der Thematik kann dazu führen, dass das Personal nicht adäquat auf eine Selbstverletzung reagiert, was weitere Handlungen zur Folge haben kann. Vor allem Männer neigen dazu, eine eher negative Haltung gegenüber Inhaftierten, welche sich selbst verletzen, zu zeigen. Eine ablehnende Haltung bleibt den Gefangenen dann im Gedächtnis (Ireland & Quinn, 2007, S. 63). Dies kann ausschlaggebend sein, warum Inhaftierte keine Unterstützung bei den Beschäftigten suchen.

Erfolgte bereits eine Suizidankündigung und/ oder wurde eine suizidale Handlung vorbereitet und nicht ausreichend interveniert, so ist das Suizidrisiko deutlich erhöht (Konrad, 2002, S. 132).

Des Weiteren ist die Versorgung von psychiatrischen Patienten innerhalb des Gefängnisses von entscheidender Bedeutung. Derzeit sind die Diagnose- und Behandlungsstrukturen unzureichend (Salize & Dressing, 2008, S. 353). Ist die medizinische Betreuung unzureichend oder sogar erschwert, so ist dies ebenfalls ein Faktor, welcher Einfluss auf die psychische Verfassung des Individuums hat und letztlich zu Suizidalität führen kann (WHO, 2014, S. 33).

4.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität haben eine Vielzahl von Faktoren. Unklar ist, welche besonders bedeutsam oder weniger bedeutsam sind. Somit kann abschließend nicht geklärt werden, welche einen größeren oder kleineren Einfluss haben. Das Wechselspiel aus der Prädisposition des Einzelnen, seinen Erlebnissen und Erfahrungen, sowohl vor der Haft als auch während dieser, und die Interaktion mit seinen sozialen Netzwerken spielen eine Rolle. Dementsprechend stimme ich der These, dass zum Einen die Risikofaktoren für Suizidalität in den Justizvollzug importiert werden (Importationstheorie) und zum Anderen die Inhaftierung und die mit ihr einhergehenden Umstände dazu beitragen können (Deprivationstheorie). Zwar habe ich eine Vielzahl an Faktoren aufgezählt, welche viele suizidale Häftlinge gemeinsam haben, jedoch existiert keine „suizidale Persönlichkeit“. Jeder Mensch besitzt Eigenschaften, sammelt Erfahrungen und Erlebnisse, welche dazu beitragen können, das Suizidrisiko zu erhöhen. Oftmals benötigt es lediglich einen Auslöser in Form eines Risikofaktors, beispielsweise die Trennung der Ehepartner/-in, um die eventuell schon vorher vorhandene Suizidalität zu verstärken und zu einer suizidalen Handlung zu führen. Wie der Ablauf dessen ist erkläre ich im nächsten Kapitel.

5. Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Justizvollzug

Nachdem ich die Risikofaktoren für die Entstehung von Suizidalität beschrieben habe, möchte ich erklären, auf welche Weise diese letztlich zu Suizidalität führen können. Dabei betrachte ich die Entstehung und Entwicklung dieser. Die Unterscheidung zwischen Entstehung und Entwicklung ist von großer Bedeutung, da nicht alle Personen, welche Suizidalität beispielsweise in Form von Suizidgedanken, Suizidideen oder sogar Suizidplänen beschreiben, einen Suizidversuch unternehmen. Laut dem World Mental Health Survey der Weltgesundheitsorganisation berichten zwischen 18,5 und 43,5% aller Personen mit Suizidgedanken, einen Suizidplan zu haben. Des Weiteren fanden sie heraus, dass Suizidversuche meist geplant sind. 26,8%-73,3% hatten vor der suizidalen Handlung einen Suizidplan, während 1,9%-30,1% über keinerlei Plan verfügten und der Suizidversuch ein impulsiver Akt war (Borges et al., 2012, S. 66-68).

Insgesamt möchte ich drei verschiedene Modelle vorstellen, welche zur Entstehung und Entwicklung von Suizidalität herangezogen werden können. Ich stelle die Stadien der suizidalen Entwicklung nach Pöldinger (Kapitel 5.2), das präsuizidale Syndrom nach Ringel

(Kapitel 5.3) vor und beginne mit einem selbst erstellten Erklärungsmodell, welches speziell für den Justizvollzug entwickelt wurde (Kapitel 5.1). Dieses beinhaltet die im Kapitel 4 vorgestellten Risikofaktoren und betrachtet die Entstehung und Entwicklung und Suizidalität. Da Suizidalität einen prozesshaften Charakter besitzt und somit über einen längeren Zeitraum verläuft, beschreibe ich abschließend die Zeitabläufe suizidaler Handlungen (Kapitel 5.4).

5.1 Erstellung eines integrativen Modells

Bei der Betrachtung mehrerer Erklärungsansätze (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 90-124; Blumenthal & Kupfer, 1986, S. 329-333; Liebling, 1999, S. 305; Mann et al., 1999, S. 184-186; O'Connor, 2011, S. 182-193; Rudd, 2012, S. 594-596; Wenzel & Beck, 2008, S. 190-193; Williams, 2001, S. 136-154; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64-65, S. 77, S. 94-97), welche die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität beinhalten, zeigt sich, dass diese unvollständig sind. Meist wird nicht ein ganzheitlicher Erklärungsansatz verwendet, sondern beispielsweise von einer bestimmten Zielgruppe, wie psychisch kranken Personen, ausgegangen (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 94-97), Suizidalität lediglich als ein Ergebnis einer Person-Umwelt-(Fehl)Passung und anderen Bewältigungsverhalten der Gefangenen gesehen (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 90-124) oder, bei dem Versuch eines komplexeren Modells, ausschließlich die Einflussfaktoren dargestellt ohne Ausführung und Zusammenhang dieser (Blumenthal & Kupfer, 1986, S. 329-333).

In diesem Kapitel stelle ich ein Modell vor, welches eine Vielzahl an Erklärungsansätzen zur Entstehung und Entwicklung von Suizidalität beinhaltet (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 90-124; Blumenthal & Kupfer, 1986, S. 329-333; Liebling, 1999, S. 305; O'Connor, 2011, S. 182-193; Rudd, 2012, S. 594-596; Wenzel & Beck, 2008, S. 190-193; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64-65, S. 77). Das von mir erstellte Modell weist Ähnlichkeiten zum Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität nach Wolfersdorf (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 77) auf, beleuchtet jedoch noch zusätzlich den kognitiven Vorgang während der Bewältigung der Situation und bezieht Protektivfaktoren mit ein.

Grundlegend dabei ist, dass Suizidalität das Ergebnis eines Bewältigungsvorgangs ist, welcher durch Risiko- und Protektivfaktoren sowie der Bewältigungseigenart der Gefangenen bestimmt ist (Bennefeld-Kersten, 2009, S. 90-124; Blumenthal & Kupfer, 1986, S. 329-333; O'Connor, 2011, S. 182-193; Rudd, 2012, S. 594-596; Wenzel & Beck, 2008, S. 190-193). Auf der einen Seite sind die biografischen, biologischen, genetischen und psychopathologischen Risikofaktoren, welche die generelle Vulnerabilität der Gefangenen herstellen und

somit zu einem spezifischen Erleben führen. Die Lebensgeschichte, die Lebenserfahrungen und das Lebensumfeld haben Einfluss auf die Entwicklung einer Person und somit auf ihr spezifisches Erleben (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64-65; zum spezifischen Erleben vgl. Kapitel 4.2 medizinische Risikofaktoren). Dieses spezifische Erleben zeigt sich bei der Bewältigung von Problemen und in Stresssituationen im affektiven und kognitiven Bereich. Oftmals ist dies dann durch den inadäquaten Umgang mit Angst, Ärger, Depressivität, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Wut geprägt. Eine Zukunftsperspektive wird nicht gesehen. Die Vulnerabilität wird ebenso durch die Impulsivität und Isolation von der Familie, wenig Gedanken an die Zukunft, der Neigung zu Sorge und Depression geprägt. Dies wiederum hat ihren Ursprung in den Lebenserfahrungen der Inhaftierten, wenig Selbstwertgefühl, sozialer und ökonomischer Deprivation, eventuell wenig Familiensupport im Laufe des Lebens, und weiterer Faktoren (Liebling, 1999, S. 305). Dieses spezifische Erleben in Verbindung mit den Protektivfaktoren, also Faktoren, welche der Person helfen können, das Problem zu überwinden, beispielsweise der Kontakt zu Familie, Hoffnungen und Pläne für die Zukunft, hat Einfluss darauf, wie ein Auslöser, zum Beispiel die Inhaftierung oder Trennung der Partner/-in wahrgenommen wird (O'Connor, 2011, S. 182-193; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64-65). Durch die besondere Situation in der Haftanstalt, welche durch Angst, Isolation, Einsamkeit und Langeweile geprägt ist, kann Stress ausgelöst werden, welchen ich im Folgenden gefängnisverursachender Stress nenne. Durch diverse Auslöser wie Kontaktschwierigkeiten mit der Familie, mit Freund(inn)en und mit Mithäftlingen, eventuellen Problemen, Beziehungsabbrüchen, Disziplinarmaßnahmen oder durch sonstige Faktoren (vgl. Kapitel 4.7 Gefängnispezifische Risikofaktoren), kann der Stress verstärkt oder gar ausgelöst werden, falls eine Person den gefängnisverursachenden Stress adäquat bewältigen kann (O'Connor, 2011, S. 182-193; Rudd, 2012, S. 594-596; Wenzel & Beck, 2008, S. 190-193; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 77). Wird der gefängnisverursachende Stress bzw. der Auslöser dann als gefährdend oder kränkend empfunden (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64-65), dann ist der Gefangene verpflichtet, sein emotionales Ungleichgewicht, welches durch den gefängnisverursachenden Stress und/ oder den Auslöser verursacht wurde, wiederherzustellen.

Die Wiederherstellung des Gleichgewichts geschieht innerhalb eines Bewältigungsvorgangs. Dabei sind sowohl die Art und Ausprägung der Protektivfaktoren als auch das spezifische Erleben entscheidend. Darüber hinaus geschieht ein kognitiver Prozess, welchen ich im folgenden Abschnitt erklären möchte. Dabei beziehe ich mich auf Richard S. Lazarus, US-amerikanischer Psychologe, und Susan Folkman, US-amerikanische Psychologin. Sie definieren das Bewältigungsverhalten (Coping), welches innerhalb dieses Prozesses stattfindet, als „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external

and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (Lazarus & Folkman, 1984, S. 141). „Coping refers to the persons’s cognitive and behavioral efforts to manage (reduce, minimize, master, or tolerate) the internal and external demands of the person-environment transaction that is appraised as taxing or exceeding the person’s resources. Coping has two major functions: dealing with the problem that is causing the distress (problem-focused coping) and regulating emotion (emotion-focused coping)“ (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986, S. 572).

Lazarus und Folkman sehen die Bewältigung von Stressereignissen als einen Prozess an, beginnend mit einer kognitiven Bewertung des Ereignisses und der vorhandenen Ressourcen, welche zur Bewältigung dieses Ereignisses eingesetzt werden können. Die Ergebnis- und Ressourceneinschätzung ist zum einen von der derzeitigen Umwelt bzw. Situation, beispielsweise der Größe des sozialen Netzwerkes, sowie von Personenmerkmalen, wie bestimmten Persönlichkeitseigenschaften, abhängig. Die Bewertung kann auf insgesamt drei Arten geschehen. In der Primärbewertung muss das Ereignis als herausfordernd, bedrohlich, kränkend, gefährdend und/ oder schädigend empfunden werden. Im Rahmen der Sekundärbewertung erfolgt eine Abschätzung eigener Ressourcen und Möglichkeiten, welche genutzt werden können, um das stressige Ereignis erfolgreich bewältigen zu können. Dabei können sich bestimmte Bewertungsstile in verschiedenen Stresssituationen wiederholen. Kommen neue Informationen oder veränderte, modifizierte situative Bedingungen hinzu, so kann es zu einer Neubewertung der Person-Umwelt-Beziehung kommen, was die dritte Art der Bewertung umfassen kann. Möglich ist, dass die primäre negative Bewertung der Situation durch eine positive Bewertung der vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten in ihrem Belastungsausmaß abgeschwächt wird (ebd.; Lazarus & Folkman, 1987, S. 151-152).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Zusammenspiel der primären und sekundären Bewertung eine Stressreaktion bewirken kann und somit Einfluss auf die Bewältigungsstrategien (Coping) hat, welche eine Person einsetzt, um mit einer stressigen Situation umzugehen.

Sie unterscheiden dabei zwischen zwei verschiedenen Bewältigungsstrategien: dem emotionsfokussierten Coping und dem problemfokussierten Coping. Beim emotionsfokussierten Coping sind kognitive Prozesse darauf gerichtet, den emotionalen Stress abzuschwächen und beinhalten Strategien wie Vermeidung, Minimierung, Entfernen, Selektivität der Aufmerksamkeit, positiver Vergleich und das Losreißen der positiven Bedeutung des negativen Ereignisses. Emotionsfokussierte Prozesse können die Bedeutung von einer stressreichen Situation transformieren, ohne die Wirklichkeit zu verzerren. Die problemfokussierte Form des Copings definiert das Problem direkt, stellt alternative Lösungsmöglichkeiten, wiegt die

Alternativen bezüglich ihres Kostens und Nutzens ab, wählt eine der Alternativen und die Person reagiert danach. Dieses Vorgehen impliziert, dass das problemfokussierte Coping ein objektiver und analytischer Prozess ist, welcher hauptsächlich auf die Umgebung fokussiert ist. Dies ist jedoch nicht korrekt, da nicht ausschließlich die Umwelt in den Copingprozess einbezogen wird, sondern auch Persönlichkeitseigenschaften und -merkmale Einfluss darauf haben (Lazarus & Folkman, 1984, S. 150-152; Lazarus & Folkman, 1987, S. 153).

Inhaftierte zeigen ein anderes Bewältigungsverhalten als Personen, welche nicht inhaftiert sind. Generell scheinen Gefangene dazu zu neigen, unzureichende, mangelhafte sowie fehlangepasste Copingstrategien zu verwenden, welche sich meist auf die emotionale Bewältigung fokussieren. Dabei werden problemlösungsorientierte Strategien selten angewandt (Brown & Ireland, 2006, S. 656; Gullone, Jones & Cummins, 2000, S. 178; Zamble & Porporino, 1988, S. 93). Eine kanadische Untersuchung mit 169 Teilnehmer(inne)n zeigte, dass eine Inhaftierung zu emotionalen Problemen führen kann. Besonders zu Beginn der Haftzeit zeigen Gefangene Anzeichen emotionaler Störungen, welche sich jedoch nach einer gewissen Akklimatisierungsphase, welche in der Regel mehrere Monate umfasst, wieder reduzieren (Zamble & Porporino, 1988, S. 113). In einem weiteren Interview, welches ein Jahr später und somit eineinhalb Jahre nach Haftbeginn stattfand, zeigte sich, dass bei den meisten Teilnehmer/-innen das emotionale Trauma, welches zu Haftbeginn mit Studie 1 gesehen wurde, zurückgekommen ist. Die Probleme führen zur gleich starken emotionalen Belastung wie zu Haftbeginn. Während des Untersuchungszeitraums sind jedoch keine neuen Stressoren hinzugekommen. Die Copingstrategien änderten sich kaum (ebd., S. 119-121). Schlussfolgernd ist festzustellen, dass sich Inhaftierte versuchen, an den Gefängnisalltag anzupassen, was jedoch nicht immer oder nur vorübergehend gelingt (ebd., S. 149).

Oftmals sind suboptimale Copingstrategien sowohl in Verbindung mit als auch das Ergebnis von psychischen Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung, oder Depressionen (Bijttebier & Vertommen, 1999, S. 847; Knafo et al., 2015, S. 46; Wingenfeld et al., 2009, S. 424).

Kann die Stresssituation bewältigt werden, so stärkt das die Kompetenzen des Inhaftierten und führt zu einer Anpassung an die Situation und einer Beendigung der damit verbundenen negativen Emotionen. Erfolgt die Bewältigung nicht oder nicht ausreichend, so kann dies zu einer Belastungsreaktion in Form von Suizidalität führen. Entscheidend ist, dass der gefängnisverursachende Stress bzw. der Auslöser als kränkend, gefährdend, demütigend oder niederschmetternd empfunden wird und nicht oder nicht ausreichend bewältigt werden

kann. Nur so kann eine Belastungsreaktion in Form von Suizidalität entstehen. Andere Reaktionen wie Aggressivität sind ebenfalls möglich, jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit, weswegen ich weitere Aspekte nicht beleuchte.

Folgende schematische Darstellung zeigt den Zusammenhang der Faktoren für die Entstehung von Suizidalität im Justizvollzug:

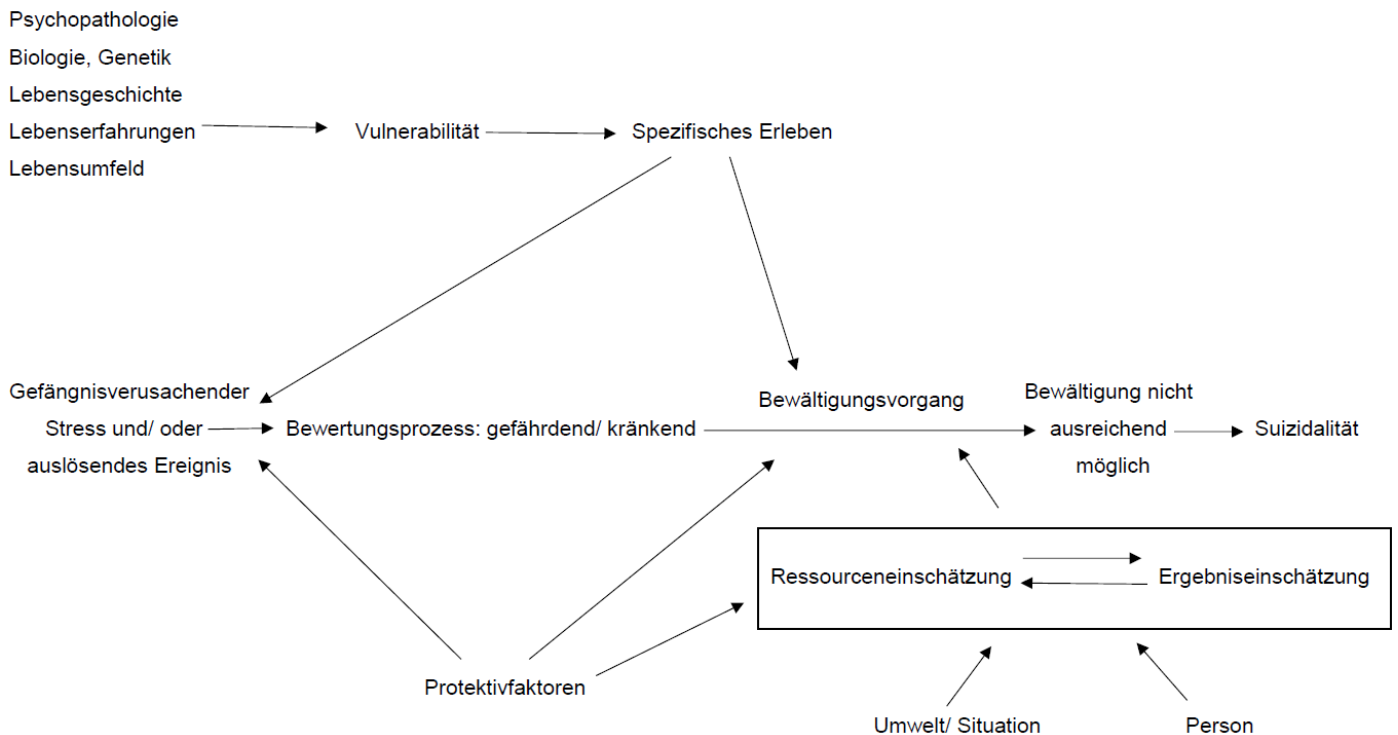


Abb. 2: Entstehung und Entwicklung von Suizidalität angelehnt am Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität nach Wolfersdorf (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 77) (eigene Darstellung)

5.2 Stadien suizidaler Entwicklung nach Pöldinger

Nach Walter Pöldinger, einem österreichischen Psychiater, geht einer Suizidhandlung eine präsuizidale Entwicklung voraus. Ausgangspunkt für den Verlauf ist ein Problem, welches es zu lösen gilt. Im 1. Stadium, der Erwägung, wird die Selbsttötung als mögliche Lösung des Problems bedacht. Einfluss auf das Stadium haben zum einen suggestive Momente wie beispielsweise Suizide in der Familie und Umgebung, in Literatur und Film und in Pressemeldungen, aber auch psychodynamische Faktoren. Zu diesen Faktoren zählt die soziale Isolierung und die Aggressionen, die sich gegen die eigene Person wenden, da sie nicht nach außen getragen werden können. Nun entsteht ein innerlicher Kampf zwischen Kräften der Selbsterhaltung und Selbstzerstörung, welche jeder Mensch besitzt. Innerhalb dieses Kampfes entsenden die potentiellen Suizident(inn)en an ihre Umgebung Hilferufe, zum Beispiel indem sie über Suizid reden oder Andeutungen in diese Richtung machen (2.

Stadium). Im 3. Entwicklungsstadium sind die Klient(inn)en entschlossen, sich zu suizidieren. Pöldinger spricht dabei von der „Ruhe vor dem Sturm“ (Pöldinger, 1982, S. 14), da die Patient(inn)en beruhigt sind und die Umgebung vermeintlich vermutet, dass die Krise vorbei ist und damit die Gefahr eines Suizids gebannt ist. Jedoch muss dies nicht zwingend zutreffen, es kann auch zu einer Suizidhandlung kommen (ebd., S. 13-14).

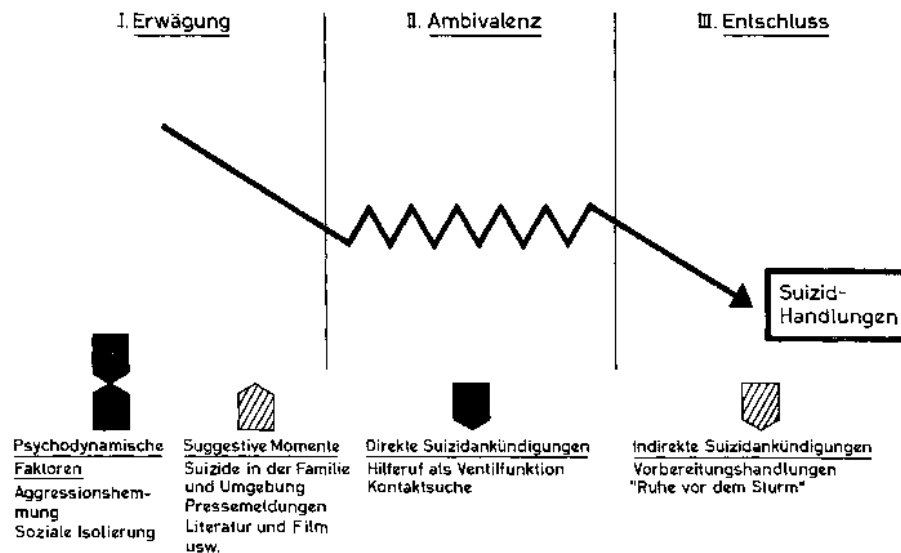


Abb. 3: Stadien der suizidalen Entwicklung (Pöldinger, 1982, S. 13)

Neben dem kognitiven Vorgang gehen einer suizidalen Handlung meist noch drei Phasen voraus, welche den Suizidversuch ankündigen. Diese werden nun beschrieben.

5.3 Das präsuizidale Syndrom nach Ringel

Erwin Ringel, österreichischer Arzt, untersuchte in den 1950er Jahren 745 Personen, welche einen Suizidversuch durchführten und diesen überlebten. Vor einem Suizid gingen bei der Mehrzahl der untersuchten Patient(inn)en drei Phasen voraus. Diese Merkmale sollen einen Hinweis auf die Suizid tendenz geben (Ringel, 1997, S. 104). Das Gefühl der Einengung, also das „erlebte [...] Gefühl des Schwindens unserer Möglichkeiten“ (Ringel, 1969, S. 55), steigt mit jeder Stufe, was zur Folge hat, dass die innere Unruhe der Betroffenen wächst. Ringel nennt die Entwicklung zum Suizid eine präsuizidale Entwicklung. Im Folgenden werden die drei Vorboten eines Suizidversuchs, die Einengung, die Aggression und die Flucht in die Irrealität bzw. die Selbstmordphantasien, was Ringel auch das „präsuizidale Syndrom“ nennt, näher beschrieben (Ringel, 1969, S. 52-67; Ringel, 1997, S. 117-153):

Einengung

Die Einengung geschieht auf vier Ebenen: die Einengung der persönlichen Möglichkeiten, die dynamische Einengung, die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen und die Einengung der Wertwelt.

1) Einengung der persönlichen Möglichkeiten (situative Einengung)

Grundsätzlich geht Ringel davon aus, dass jeder Mensch neugierig ist und seinen Lebensraum aufbauen und erweitern möchte. Dies bezeichnet er „als ein unendlich lustbetonte[n], Glücksgefühl verursachende[n] Vorgang“ (Ringel, 1969, S. 52). Die Einengung der persönlichen Möglichkeiten kann durch Außenfaktoren, zum Beispiel einen Schicksalsschlag, und durch Innenfaktoren, welche in der Persönlichkeit des Betroffenen liegen, bedingt sein. Jedoch können Außenfaktoren allein nicht ausschlaggebend für einen Suizid sein. Nach Günter Schmitt wird die situative Einengung durch die besondere Situation während einer Inhaftierung gefördert. So müssen sich die Gefangenen während der Haftzeit beispielsweise an die Hausordnung halten und physische Veränderungen, welche durch die Lebensführung z.B. in Form einer Reduktion des Tabakkonsums oder der Abstinenz von Alkohol und Drogen, innerhalb der Justizvollzugsanstalt entstehen, erleben (Schmitt, 2006, S. 296). Eine suizidale Handlung erfolgt jedoch erst, wenn zu der situativen Einengung eine dynamische Einengung, welche im Zusammenhang mit der psychischen Verfassung der Person steht, hinzukommt.

2) Dynamische Einengung

Die dynamische Einengung ist durch einen starren Ablauf der Apperzeption und der Assoziationen, fixierten Verhaltensmustern, affektiver Einengung und einer Einengung der Abwehrmechanismen gekennzeichnet. Die Dynamik der Persönlichkeit entwickelt sich nur noch in eine Richtung, andere Entwicklungen verkümmern. Dies zeigt sich oft in Hemmungen, passivem Verhalten und dem Verlust von Spontanität.

Starrer Ablauf der Apperzeption und der Assoziationen: Gedankenabläufe und -inhalte sind gleichbleibend und wiederholen sich stets. Das einseitige Denken geht in eine negative Richtung, alle Geschehnisse werden verzerrt wahrgenommen und interpretiert.

Fixierte Verhaltensmuster: Durch die ständige Wiederholung starrer Verhaltensmuster werden die Reaktionsmöglichkeiten der Persönlichkeit verringert. Die Einengung bezieht sich auf jegliche Bereiche der Persönlichkeit.

Affektive Einengung: Gezeigt wird lediglich ein affektives Muster, meist eine depressive oder ängstliche Gefühlswelt. Die Vielzahl von anderen Verhaltensmustern werden

unterdrückt. Außerdem spielt der Zeitfaktor eine wichtige Rolle. Dieser verschwindet vollständig. Die Person glaubt, dass sich die Situation und seine Verfassung nie ändern werden.

Einengung der Abwehrmechanismen: Abwehrmechanismen können eine Person vom Suizid abhalten. Je geringer die Anzahl dieser ist, desto wahrscheinlicher ist eine suizidale Handlung. Dabei kann der Mechanismus „Umkehr der Aggression gegen die eigene Person“ (Ringel, 1967, S. 56) präsen- ter werden.

3) Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen

Die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen kann in drei Formen erscheinen. Die vorhandenen Beziehungen werden entwertet oder auf ein Minimum reduziert. Daraus erfolgt die Abhängigkeit einer Person. Ebenso kann die vollständige Isolierung vorhandener Beziehungen erfolgen. Der durch die Inhaftierung erfolgte Freiheitsverlust führt zu einer Einschränkung der Beziehungen sowie zum Verlust sozialer Rollen, zum Beispiel der Vaterrolle (Schmitt, 2006, S. 297).

4) Einengung der Wertwelt

Gegenstände werden gesehen, jedoch nicht registriert. Im Rahmen der passiven Grundhaltung führt dies zu einer zunehmenden Entwertung der Lebensgebiete.

Aggression

Bei der Aggression ist grundlegend, dass die Person unter einem starken Aggressionsdruck leidet, aber diese negativen Emotionen nicht nach außen abreagieren kann. Gründe dafür können die Persönlichkeitsstruktur, psychische Erkrankung, fehlende zwischenmenschliche Beziehungen oder fehlende Möglichkeiten zur Aggressionsreduktion sein. Als Beispiel für fehlende Bedingungen nennt Ringel Kriege, da dort die Suizidrate gering ist, da die angestauten Aggressionen nach außen getragen werden können und sogar erlaubt und belohnt werden. Durch die oben genannten Faktoren kann die Aggression eingedämmt werden. Eine Aggressionshemmung wird für die Umkehr der Aggression gegen die eigene Person benötigt. „Die angestaute Kraft muß [sic!] ein Ziel finden, das einzige, welches dafür dann letztlich zur Verfügung steht, ist das eigene Ich“ (Ringel, 1969, S. 61).

Selbstmordphantasien

Eine „Flucht in die Irrealität“ (Ringel, 1997, S. 147) wird als Entlastungsmechanismus gesehen, da sie zunächst positive Assoziationen hervorruft, zum Beispiel im Falle eines Inhaftierten die Vorstellung von Freiheit. Im Laufe der Zeit wird dadurch die Realität trostloser als bisher empfunden erlebt, weswegen an Tod und Suizid gedacht wird. Meistens beginnt

dies noch nicht mit dem Suizid an sich, sondern lediglich mit seinem Resultat, das Totsein. Dieses wird als einfacher als das Weiter-Leben empfunden. Danach erfolgt die Vorstellung, sich selbst zu verletzen. Über die genaue Durchführung wird erst im weiteren Verlauf nachgedacht. Dort werden dann konkrete Methoden explizit in Gedanken durchgespielt. Diese Fantasie kann realer werden und somit als die Wirklichkeit erlebt werden, wodurch die Person beginnt, die Kontrolle über die Realität zu verlieren. Letztlich führen die fantasierten Inhalte zu praktischen Handlungen. Also kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Selbstmordphantasien passiv beginnen und aktiv mit der konkreten Todeshandlung enden. Dies kann letztlich zur Suizidhandlung führen.

Folgende schematische Übersicht gibt einen Überblick über das Modell:

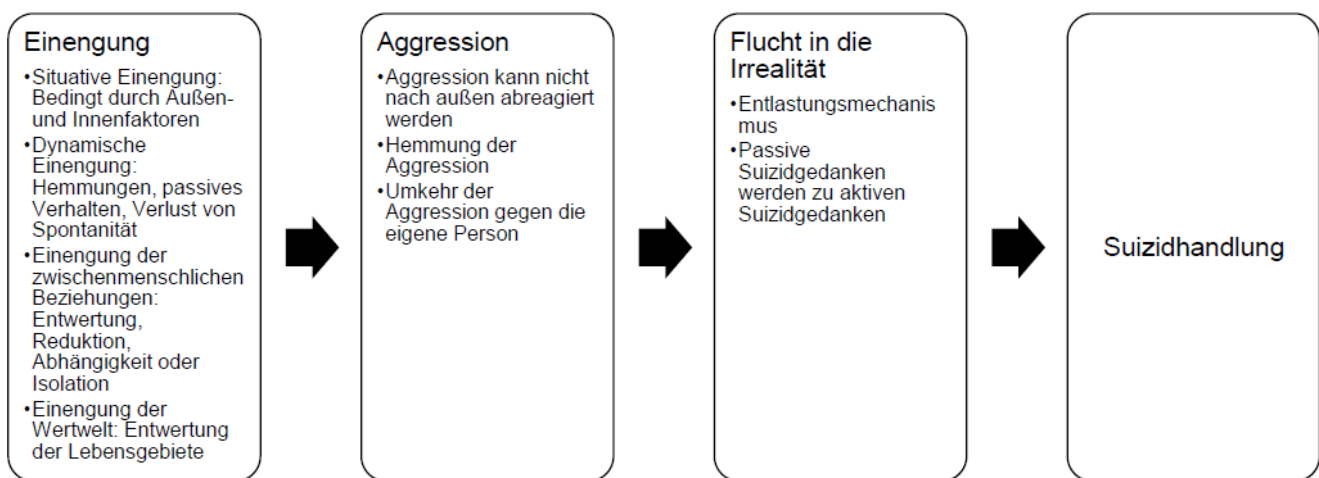


Abb. 4: Das präsuizidale Syndrom nach Ringel (eigene Darstellung)

5.4 Zeitabläufe suizidaler Handlungen

Da zwischen den Suizidgedanken bis zur eigentlichen suizidalen Handlung in der Regel mehrere Schritte durchlaufen werden, kann folglich davon ausgegangen werden, dass es eine berechenbare Zeitspanne zwischen den einzelnen Schritten gibt. Karl-Joachim Linden untersuchte 1969 den Zeitablauf suizidaler Handlungen. In einer Studie mit 203 Teilnehmer(inne)n, 149 Frauen und 54 Männern, welche einen Suizidversuch überlebten, erforschte er die Zeitspanne von dem Zeitpunkt der ersten Gedanken an einen Suizid bis zur Durchführung einer suizidalen Handlung. Dabei unterschied er zwischen der „Bedenkzeit“, also der „Zeit vom ersten Bewußtwerden [sic!] der Suizidgedanken bis zur eigentlichen Suizidhandlung“ sowie der „Entschlusszeit“, also der „Zeit vom Entschluß [sic!] bis zur Ausführung“ (Linden, 1969, S. 24). Dabei zeigte sich, dass 39% der Teilnehmer/-innen ihren Suizidversuch planvoll vorbereiteten. Fast die Hälfte (46,8%) stellten eine kurze Überlegung an und wählten das Suizidmittel bewusst. Lediglich 3,5% versuchten sich spontan zu

suizidieren (ebd., S. 37). Bezüglich der Bedenkzeit stellte er fest, dass 42,0% bis zu einer Stunde vor Tatbeginn an Suizid dachten. Nur ungefähr die Hälfte (21,8%) dachte mehr als einer Woche daran (ebd., S. 40). Über die Hälfte der Untersuchten (58,5%) vollzogen den Suizid bereits bis zu einer Stunde nach dem Entschluss, sich zu suizidieren. 38,5% warteten bis zu einen Tag und lediglich 1,5% setzten ihre Suizidhandlung erst mehr als einen Tag später nach ihrem Entschluss, sich das Leben zu nehmen, um (ebd., S. 40-41). Zusammenfassend kam er zu dem Entschluss, dass Suizidversuche nur bei den wenigsten Teilnehmern geplant waren. Vielmehr zeigte sich ein Suizidversuch als eine impulshafte Reaktion auf kritische Umstände. In diesem Zusammenhang ist jedoch abschließend wichtig zu erwähnen, dass in 92,5% aller Fälle der Suizid so geplant wurde, dass eine Rettung möglich, wahrscheinlich oder sicher erschien (ebd., S. 86). Mit dieser Untersuchung zeigte er, dass der Versuch sich zu suizidieren meist impulshaft ist und als Reaktion auf ein kritisches Erlebnis oder kritische Umstände gesehen werden kann. Mehrere Wissenschaftler/-innen revidierten die gewonnenen Resultate, von denen ich einige nun vorstelle.

Eine österreichische Untersuchung mit 82 Personen, welche einen Suizidversuch überlebten, kam zu dem Ergebnis, dass fast die Hälfte aller Teilnehmer/-innen (47,6%) berichteten, dass zwischen den ersten Suizidgedanken und dem im Anschluss durchgeführten Suizidversuch nur zehn Minuten oder weniger lagen. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass bei Personen, bei welchen dieser Prozess über einen längeren Zeitraum andauerte, diese einen höheren Vorsatz zeigten. Sie zeigten sich gewillter, durch die Handlung zu sterben (Deisenhammer, Ing, Strauss, Kemmler, Hinterhuber & Weiss, 2009, S. 19). Lohner revidierte diese Ergebnisse und zeigte in einer Studie in Berliner Justizvollzugsanstalten mit insgesamt 140 Teilnehmer(inne)n, wobei die Hälfte dieser einen Suizidversuch unternahmen und/ oder sich selbst verletzten, dass Gefangene, welche ihre Handlungen planten, eine höhere Suizidabsicht beschrieben und eine höhere Letalität aufwiesen (Lohner, 2008, S. 127).

Eine andere Forschungsarbeit mit 27 Personen, welche durch Suizid starben, identifizierte drei verschieden lang andauernde Zeitabläufe. Bei der ersten Gruppe dauerte der Prozess Jahrelang, wobei sich die Personen vor ihrem Tod selbst verletzten und mit ihren Freund(inn)en und ihrer Familie über ihre Suizidideen und -pläne kommunizierten. Die Dauer des Ablaufs zog sich bei Gruppe zwei zwischen fünf bis neun Jahre und bei der dritten Gruppe, welche mit fünf die wenigsten Teilnehmer/-innen enthielt, nur eine kurze Zeit. Ihre suizidale Handlung war ein impulsiver Akt auf ein im Vorfeld stattgefundenes Ereignis. Jedoch gaben zwei aus dieser Gruppierung an, Wochen vor ihrem Tod bereits Suizidabsichten gehabt zu haben, sie jedoch erst durch das Ereignis zu einer konkreten Handlung motiviert wurden (Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007, S. 199).

Eine englische und walisische Studie mit 60 Häftlingen, welche einen Suizidversuch unternahmen, kam zu dem Ergebnis, dass lediglich 40% der Handlungen impulsiver Natur waren, die Verbliebenen waren geplant. Die Planungszeit betrug entweder mehr als drei Stunden (40%) oder drei Stunden oder weniger (20%). Ein Drittel aller Gefangenen erzählte von seinem Wunsch zu sterben, zum Beispiel einem Familienmitglied oder Justizpersonal. 3% gaben an, unklare Andeutungen gemacht zu haben (Rivlin et al., 2011, S. 10). Die Autor(inn)en der Studie gehen jedoch davon aus, dass die Zeit vom Entschluss bis zur Umsetzung der suizidalen Handlung länger dauerte, da sich viele Teilnehmer/-innen Sicherheitsvorkehrungen und -pläne ausdachten, um nicht entdeckt zu werden, Pläne oder Arrangements für den Tod trafen, sich vorher auffallend sozial isolierten oder einen Abschiedsbrief verfassten (ebd., S. 17). Andere Wissenschaftler/-innen sehen dies ähnlich. Vermutlich ist jedoch den Suizident(inn)en selbst die Planungszeit nicht bewusst (Hawton & Catalán, 1987, S. 60).

5.5 Schlussfolgerungen für die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität im Justizvollzug

Die Entstehung von Suizidalität im Gefängnis kann als dynamischer Prozess verstanden werden, welcher von individuellen, sozialen und kontextualen Faktoren abhängig ist. Entscheidend dabei ist, dass durch das Zusammenspiel dieser Faktoren eine Situation als bedrohlich, gefährlich und/ oder kränkend empfunden wird und sich die Häftlinge nicht in der Lage sehen, die Situation entsprechend zu bewältigen. Durch die Bewältigungseigenart, welche infolge der Inhaftierung durch den Verlust protektiver Faktoren verändert werden kann, kann sich die Person nicht auf anderen Wege aus den emotional belastenden Umständen befreien und sieht eine suizidale Handlung als einzige Möglichkeit. Dies alles geschieht über einen Zeitraum, in welchem interveniert werden kann (vgl. Kapitel 5.4). Zwar kann eine suizidale Handlung durchaus impulsiv erfolgen, jedoch muss sie das nicht zwingend. Durch die Ausarbeitung von Ringel (Kapitel 5.3) zeigt sich, dass es sich bei einer Handlung nicht um ein von der Außenwelt isoliertes Geschehen handelt, sondern, dass sie mit der Umwelt in Verbindung steht und somit auch von Außenstehenden erkannt werden kann.

6. Suizidprävention im Justizvollzug

Suizidprävention ist eine Aufgabe mit hoher Relevanz angesichts der vielen Selbstverletzungen und vollendeten Suizide im Gefängnis. Möglich ist zwar, dass sowohl der Wunsch als auch die Umsetzung entsprechender Maßnahmen innerhalb von Minuten aufkommen und vollzogen werden kann (Simon, Swann, Powell, Potter, Kresnow & O'Carroll, 2001, S. 52; Stengel, 1969a, S. 70), jedoch kündigen viele Menschen ihre suizidale Handlung im Vorfeld bereits an (Frühwald, Frottier, Eher, Benda & Ritter, 2001, S. 326). Suizidprävention „ist die Verhütung von suizidaler Handlung und Suizid, die Verhütung von Selbstschädigung und Tod“ (Wolfersdorf, 2000, S. 88). Sie zielt darauf ab, dass, unter der entsprechenden Interventionsmöglichkeit, die Lösungsmöglichkeit der suizidalen Handlung nochmals überdacht wird und als überflüssig erachtet werden soll (ebd., S. 89). Die präventiven Maßnahmen können auf drei Ebenen stattfinden. Die Primärprävention meint „die Verhinderung der Entstehung suizidaler Krisen bei gesunden und kranken Menschen“ (Eink & Haltenhof, 2017, S. 118). Bei der Sekundärprävention ist „die Verhinderung suizidaler Handlungen bei suizidgefährdeten Personen“ (ebd.) entscheidend und die Tertiärprävention umfasst „die Verhinderung erneuter suizidaler Handlungen nach einem nicht tödlich ausgegangen Suizidversuch“ (ebd.). Im Rahmen jeder Präventionsebene existierten verschiedene Angebote und Maßnahmen, welche vorbeugend oder intervenierend auf den Gefangenen einwirken können. Insgesamt zwei verschiedene suizidpräventive Maßnahmen möchte ich vorstellen. Zum einen befasse ich mich in Kapitel 6.3 mit einer tertiären Präventionsmethode, der Krisenintervention, welche nach einem Suizidversuch erfolgen muss, zum anderen stelle ich das „Listener“-Projekt vor, eine praktischen Methode zur primären Prävention von Suizidalität (Kapitel 6.4). Im Vorfeld nenne ich noch Möglichkeiten zur Identifizierung von Inhaftierten mit Suizidalität (6.1) und Indikatoren zur Erhebung von Suizidalität und akuter Suizidalität sowie allgemeine Regeln bei der Erhebung dieser (Kapitel 6.2). Alle diese Angebote und Maßnahmen sind der Suizidprävention zuzuordnen, da sie darauf abzielen, (weitere) suizidale Handlungen zu minimieren, bestenfalls zu vermeiden oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

6.1 Identifizierung von Gefangenen mit Suizidalität

Da nach Beginn der Inhaftierung viele Suizide vollzogen werden, soll schon zu diesem Zeitpunkt das erste Gespräch zur Suizidabschätzung stattfinden. Dabei werden bestimmte Kriterien, wie zum Beispiel demografische Daten, aber auch suizidale Handlungen in Vergangenheit, abgefragt. Somit können Inhaftierte, welche eine erhöhte Suizidgefahr haben, identifiziert werden (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen

Justizvollzugs, 2013, S. 47). Ziel ist die Zuordnung potentiell suizidgefährdeter Häftlinge zu den „High-risk-group[s]“ (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 35). Gefangene sind durch eine Vielzahl von Aspekten geprägt, welche in der Allgemeinbevölkerung bereits einen Anhaltspunkt für ein erhöhtes Suizidrisiko darstellen, zum Beispiel Drogenabhängigkeit, suizidales Verhalten in der Vergangenheit und/ oder eine oder mehrere psychische Erkrankung(en). Ebenso sind Inhaftierte schon allein durch ihren Gefangenenstatus der Gruppe mit erhöhtem Suizidrisiko zuzuordnen, was folglich bedeutet, dass bei jeder Person ein umfangreiches Screening notwendig ist. Da dies dagegen weder administrativ noch kostengünstig umsetzbar ist, wurden Instrumente zur Einschätzung des Suizidrisikos in Haft entwickelt, welche nicht nur von psychiatrischem, psychologischem und/ oder ärztlichem Fachpersonal, sondern auch von Justizbeamten, durchgeführt werden können (Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005, S. 64; Blaauw, Kerkhof, Winkel & Sheridan, 2001, S. 23; Frottier, König, Matschnig, Seyringer & Frühwald, 2008, S. 1).

Drei verschiedene Screeninginstrumente stelle ich nun vor:

Das Dutch Suicide Screening

Das Messinstrument wurde ausgehend von Informationen aus den Akten von 95 Patient(inn)en aus Haftanstalten und forensischen Psychiatrien erstellt, welche zwischen 1987 und 1997 durch Suizid verstorben sind sowie einer Kontrollgruppe mit 221 Inhaftierten, welche nicht suizidal sind. Insgesamt beinhaltet das Instrument acht Items, welche durch ein Punktesystem verschiedene Gewichtung erlangen.

Item	Score
40 Jahre oder älter	17
Wohnungslosigkeit vor der Inhaftierung	23
Einmalige vorherige Inhaftierung	14
Multipler, schwerer Drogenmissbrauch in Kombination mit weichen Drogen, Alkohol oder nichtverschriebenen Medikamenten	13
Frühere Behandlung wegen einer psychischen Krankheit oder Symptomen	27
Psychische Krankheit (Schizophrenie, Angststörung, affektive, somatoforme oder dissoziative Störung)	24
Frühere Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten	13
Aktuelle Suizidideen oder -versuche (seit Haftbeginn)	24

Tab. 4: Screeninginstrument for suicide risk nach Blaauw, Kerkhof, Winkel und Sheridan (eigene Darstellung)

Ab einem Score von 24 werden Gefangene als potentiell suizidal eingestuft. Dies bedeutet, dass eine Abschätzung der Suizidalität erfolgen muss (Blaauw et al., 2001, S. 23-27).

Erweiterung des Dutch Suicide Screening nach Dahle, Lohner und Konrad

Ausgehend von der Arbeit von Blaauw et al. (2001) entwickelten Dahle, Lohner und Konrad ein neues Screeninginstrument für die Identifikation von potentiellen suizidalen Inhaftierten. Die Studienpopulation bestand insgesamt aus 60 Untersuchungshäftlingen, von denen 30 durch Suizid Verstorbene sind. Die Forscher identifizierten insgesamt 6 Items, welche wieder durch das Punktesystem verschieden gewichtet werden.

Item	Score
40 Jahre oder älter	1
Wohnungslosigkeit vor der Inhaftierung	1
Keine oder einmalige vorherige Inhaftierung	1
Schwerer Drogenmissbrauch in Kombination mit weichen Drogen, Alkohol oder nichtverschriebenen Medikamenten	1
Frühere Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten	1
Aktuelle Suizidideen oder -versuche (seit Haftbeginn)	3

Tab. 5: Erweiterung des Screeninginstruments for suicide risk von Blaauw, Kerkhof, Winkel und Sheridan nach Dahle, Lohner und Konrad (eigene Darstellung)

Ab drei Punkten muss eine Abschätzung der Suizidalität erfolgen (Dahle, Lohner & Konrad, 2005, S. 54-59).

VISCI – Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft

Ausgangspunkt des Screeningverfahrens sind die Ergebnisse einer retrospektiven fallkontrollierten Studie mit insgesamt 220 Suizidenten aus den Jahren 1975-1999 (Frottier et al., 2008, S. 2; Frühwald et al., 2004, S. 494). Das Screeningtool beinhaltet insgesamt 21 Parameter. Dabei werden je nach Haftart unterschiedliche Parameter als relevant erachtet. Diese stelle ich in den Tabellen 6 und 7 näher vor. Lassen sich diese Daten mit „ja“ beantworten, so erhält der Gefangene einen spezifischen Score.

Untersuchungshaft

Parameter	Score
Verheiratet	0,59
Aktuell Eigentumsdelikt	0,74
Aktuell hoch gewalttätiges Delikt	1,98
Psychiatrische Diagnose	2,98
Suizidankündigung bekannt	1,80
Suizidversuch bekannt	2,00
Keine oder eine vorherige Inhaftierung	1,78

Tab. 6: Gesamtmodell - VISCI für Untersuchungshäftlinge (eigene Darstellung)

Strafhaft

Parameter	Score
Arbeitslosigkeit vor der Inhaftierung	1,07
Früheres hoch gewalttätiges Delikt	1,10
Aktuell Suchtgiftdelikt	1,21
Aktuell hoch gewalttätiges Delikt	1,08
Psychiatrische Diagnose	2,30
Kontakt zu Psychiater	0,70
Suizidankündigung bekannt	2,97
Suizidversuch bekannt	0,86

Tab. 7: Gesamtmodell - VISCI für Strafgefährtinge (eigene Darstellung)

Die gesammelten Scores, später dann VISCI-Wert genannt, werden summiert und entsprechend der spezifischen Schwellenwerte farblich kodiert und wenn nötig entsprechende Handlungsmaßnahmen ergriffen. Je höher der VISCI-Wert ist, desto höher ist die Suizidgefährdung. Die Kodierung erfolgt analog zu den Farben einer Ampel: keine Gefährdung (grün) – keine weiteren Maßnahmen, Gefährdung – Gruppenunterbringung und Beschäftigung der Inhaftierten am Tag, hohe Gefährdung (rot) – schnelle Zuweisung zum Fachdienst und Gruppenunterbringung sowie Beschäftigung der Gefangenen tagsüber. Bei Untersuchungshäftlingen liegt der Schwellenwert bei 3,12 (gelb) und 6,89 (rot), bei Strafgefangenen bei 1,93 (gelb) und 5,45 (rot) (Frottier et al., 2008, S. 3-6).

Eine Evaluierung der oben vorgestellten Screeninginstrumente gestaltet sich schwierig. Bisher konnten sie in nur kleinen Studieneinheiten evaluiert werden, erzielten jedoch gute Ergebnisse. Eine Reduzierung der Suizidrate konnte festgestellt werden. Generell zeigt sich, dass z.B. mit dem Instrument von Blaauw, Kerkhof, Winkel und Sheridan 95 Prozent der suizidalen Inhaftierten identifiziert wurden, jedoch wurden aufgrund des erhöhten Scores 18% der Insassen mit erhöhtem Suizidrisiko fälschlicherweise als potentiell suizidgefährdet festgestellt (Blaauw et al., 2001, S. 26; Frühwald, Drexler & Frottier, 2011, S. 1898).

Grundsätzlich sind Screeninginstrumente, wie die eben vorgestellten, durchaus positiv zu betrachten, da es äußerst wichtig ist, Personen mit erhöhtem Suizidrisiko zu identifizieren (Shein, 2016, S. 2). Jedoch lässt sich damit nicht vorhersagen, wer sich das Leben nehmen wird oder nicht. Somit ist das Vorhandensein einzelner Risikofaktoren kein Indikator dafür, dass Inhaftierte suizidales Verhalten zeigen werden (Large, Ryan & Nielssen, 2011, S. 507). Heidi Hjelmeland, norwegische Psychologin und Professorin am Department of Mental Health der Norwegian University of Science and Technology, und Birthe Loa Knizek, Professorin am gleichen Institut, beschreiben die Problematik dabei folgendermaßen:

„The problem with risk factor studies is that they do not tell us *how* the common risk factors are related to suicidal behavior, if indeed they are, or *why* it is that the vast majority of people suffering from one or some of them do *not* kill themselves“ (Hjelmeland & Knizek, 2016, S. 697).

Deswegen darf man sich nicht ausschließlich auf die oben vorgestellten Messinstrumente stützen. Diese sollen nur verwendet werden, um Personen mit entsprechenden Merkmalen zu identifizieren und dann bei diesen die Suizidalität abzuklären (Forkmann, Teismann & Glaesmer, 2016, S. 28). Weitere Zugänge zu potentiell suizidgefährdeten Inhaftierten finden sich aufgrund eines Hinweises von Kolleg(inn)en, Mitgefangenen oder von Personen aus dem sozialen Netzwerk der Inhaftierten, durch Andeutungen und Hinweise während des Kontaktes mit Gefangenen oder durch auffällige Verhaltensweisen, wie das Verschenden von Wertgegenständen oder Verabschieden von geliebten Personen.

6.2 Erkennen und Erheben von Suizidalität

Ziel der Diagnostik ist die Erfassung der aktuellen Gefährdung, um dann gemeinsam mit den Betroffenen über das weitere Vorgehen zu sprechen (Eink & Haltenhof, 2017, S. 83; Kelly, Jorm, Kitchener & Langlands, 2008, S. 8; Teismann & Dorrman, 2014, S. 32-33). Sie erfolgt in der Regel durch eine Zusammenarbeit von Psycholog(inn)en und Ärzt(inn)en (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, 2013, S. 28, S. 33). Eine Suizidabschätzung kann auch von Sozialpädagog(inn)en durchgeführt werden. Bei akuter Suizidalität muss jedoch zwingend ärztliches und psychologisches Fachpersonal hinzugezogen werden. Bei der Diagnostik ist von entscheidender Wichtigkeit, dass die Fachkraft entsprechende Regeln zur Bestimmung von Suizidalität kennt und befolgt. Diese stelle ich zuerst vor (Kapitel 6.2.1), danach den Inhalt der Abschätzung (Kapitel 6.2.2) und nenne Indikatoren für akute Suizidalität (Kapitel 6.2.3). Im letzten Unterkapitel (Kapitel 6.2.4) zeige ich Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen auf, welche aus der Erhebung von Suizidalität erfolgen müssen.

6.2.1 Allgemeine Regeln zur Diagnostik von Suizidalität

Zur Diagnostik von Suizidalität sollen sich die zuständigen Mitarbeiter/-innen an folgende Richtlinien halten:

Sie dürfen keine Angst vor der Thematik haben und müssen sich im Vorfeld schon selbst mit ihrer eigenen Haltung bezüglich der Suizidalität auseinandergesetzt haben und

psychisch stabil sein (Chehil & Kutcher, 2013, S. 70; Dormann, 2018, S. 15-24; Eink & Haltenhof, 2017, S. 77-78). Vor allem sollten sie sich immer wieder in den Kopf rufen, dass sie einen Suizid möglicherweise nicht verhindern können und somit auch keine Verantwortung tragen, falls sich Gefangene suizidieren (Chehil & Kutcher, 2013, S. 70; Heidenreich & Noyon, 2013, S. 146-147; Kelly et al., 2008, S. 8). Die Diagnostiker/-innen sollten sich schon vorher mit dem Themenbereich ausführlich beschäftigt und Wissen über die Erhebung und Einschätzung von Suizidalität angeeignet haben. Wichtig ist vor allem das Fachwissen über die Entstehung und Entwicklung von Suizidalität (vgl. Kapitel 5), Risikofaktoren und Stressoren (Kapitel 4), der Inhalt eines Explorationsgesprächs (vgl. Kapitel 6.2.2), um Warnzeichen und -hinweise für akute Suizidalität (6.2.3) sowie Kenntnisse über die Interventionsmöglichkeiten (Eink & Haltenhof, 2017, S. 70; Heidenreich & Noyon, 2013, S. 136-138; Kelly et al., 2008, S. 8; Reiner & Kulesa, 1974, S. 110). Entscheidend ist, dass die Fachkraft Vertrauen in ihre eigenen Fertigkeiten hat (Chehil & Kutcher, 2013, S. 71). Jedoch dürfen die eigenen Kompetenzen nicht überschätzt werden (Eink & Haltenhof, 2017, S. 127).

Zur Abklärung und Einschätzung der Suizidalität stehen verschiedene Checklisten, Leitfäden für Interviewverfahren und Screeninginstrumente zur Verfügung, welche den Fokus auf verschiedene Teilbereiche, welche bei der Abfrage von Suizidalität wichtig sind, legen, z.B. auf die Hoffnungslosigkeit. Diese sollen nur ergänzend zum individuellen diagnostischen Gespräch angewandt werden (Forkmann, Teismann & Glaesmer, 2016, S. 36; Runeson, Odeberg, Pettersson, Edbom, Adamsson & Waern, 2017, S. 9; Teismann & Dormann, 2014, S. 20). Ausschlaggebend dafür ist zum einen, dass nicht alle Aspekte mit Hilfe eines Testverfahrens erfasst werden können und die Validität und Reliabilität dieser Instrumente noch nicht ausreichend erforscht ist (Department of Veterans Affairs [VA] & Department of Defense [DoD], 2013, S. 50; McPherson, 2005, S. 1129). Zum anderen existieren, wie schon ausführlich im Kapitel 2.1 Begriffsdefinitionen beschrieben, keine allgemein gültigen Definitionen von Suizidgedanken, -ideen, -plänen und suizidalen Handlungen. Somit besteht die Möglichkeit, dass die eigens gesetzten Definitionen der Diagnostiker/-innen nicht mit der Deutung der Erhebungsinstrumente übereinstimmen. Besser ist, die notwendigen Informationen für die Einschätzung in einem fließenden Gespräch zu erheben, mit den individuell passenden Worten und den für die Person typischen Redestil (Meerwijk, van Meijel, van den Bout, Kerkhof, de Vogel & Grypdonck, 2009, S. 73).

Zu beachten ist, dass jede Erhebung lediglich die momentane Situation widerspiegelt und sich binnen kurzer Zeit ändern kann. Dies ist wichtig zu wissen, da Suizidalität durchaus kurzfristig auftreten kann (Chehil & Kutcher, 2013, S. 20; Heidenreich & Noyon, 2013, S. 138; vgl. Kapitel 5.4).

Erfolgt die Abschätzung der Suizidalität nach einer bereits durchgeführten suizidalen Handlung, so muss im Vorfeld die medizinische Versorgung erfolgt sein (New Zealand Guidelines Group [NZGG] & Ministry of Health, 2003, S. 26). Des Weiteren muss die Person in der Lage sein, einem Gespräch zu folgen und sich aktiv daran zu beteiligen (NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 13-14).

Fragen nach Suizidalität dürfen nicht wertend und vorurteilsbelastet gestellt werden (Eink & Haltenhof, 2017, S. 77; Giernalczyk & Doll, 2004, S. 88; Kelly et al., 2008, S. 8). Fallen Ärzt(inn)en oder Psycholog(inn)en Hinweise auf eine mögliche Suizidalität auf, so muss die Frage danach direkt und konkret gestellt werden (Dorrmann, 2018, S. 42; Eink & Haltenhof, 2017, S. 79; Kelly et al., 2008, S. 8; NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 13). Entgegen der landläufigen Meinung verstärkt die Ansprache keine möglichen Suizidgedanken oder lässt diese dadurch überhaupt erst entstehen (Kelly et al., 2008, S. 8). Die Thematisierung ist für die Betroffenen meist sogar eine Entlastung und kann sie nicht erst auf die Idee bringen, sich selbst zu verletzen (Dorrmann, 2018, S. 42). Voraussetzung dafür ist jedoch, dass eine respektvolle, vertrauensvolle und wertschätzende Beziehung, bestenfalls schon im Vorfeld, aufgebaut wurde (Eink & Haltenhof, 2017, S. 77; Reiner & Kulesa, 1974, S. 110). Die Gefangenen, ihre Absichten und Gefühle müssen ernst genommen werden, dürfen jedoch nicht dramatisiert werden (Dorrmann, 2018, S. 42; NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 13; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 125). Die Diagnostiker/-innen dürfen sich an den Bagatellisierungstendenzen der Inhaftierten nicht beteiligen, sondern müssen den Ernst der Lage adäquat einschätzen können (Wolfersdorf, 2000, S. 190). Sie müssen akzeptieren, dass Suizidalität ein Ausdruck seelischer Not ist (Wolfersdorf, Mauerer, Franke, Schiller & König, 1999, S. 149). Die Klient/-innen dürfen ihre Gefühle, Gedanken und Ideen klar benennen und sollen auch ermutigt werden, diese auszudrücken. Suizidale Impulse dürfen verbalisiert werden (Kelly et al., 2008, S. 8; NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 60). Die suizidale Person darf über ihre Gründe, warum sie den Tod herbeisehnt, offen sprechen (Kelly et al. 2008, S. 8). Die Diagnostiker/-innen sollen die Klient(inn)en dabei nicht die Vorzüge des Lebens darbieten und versuchen, sie zu überzeugen, dass das (Weiter-)Leben schön ist (Heidenreich & Noyon, 2013, S. 148). Hat eine suizidale Handlung vor der Beurteilung oder in länger zurückliegender Zeit bereits stattgefunden, so darf diese nicht bagatellisiert und abwertend betrachtet werden (Reiner & Kulesa, 1974, S. 109). Am Ende des Explorationsgesprächs müssen klare Absprachen getroffen werden und den Inhaftierten muss konkrete Hilfe vermittelt oder weiteres Vorgehen angeboten werden (Heidenreich & Noyon, 2013, S. 148). Wichtig ist, auf nonverbale Signale wie Gestik, Mimik und Körpersprache zu achten (Chehil & Kutcher, 2013, S. 74; Reiner & Kulesa, 1974, S. 109).

Auch bei der Betrachtung der situativen Bedingungen müssen Vorkehrungen getroffen werden. Das Explorationsgespräch sollte in einem ruhigen Zimmer und in einer ungestörten Gesprächsatmosphäre stattfinden (Eink & Haltenhof, 2017, S. 78; Ontario Hospital Association [OHA], 2011, S. 13). Wird der Inhaftierte vom Personal in der Zelle aufgesucht, so wird empfohlen, sich zu ihm zu setzen (Schmitt, 2006, S. 305). Ausreichend Zeit muss eingeplant werden (Eink & Haltenhof, 2017, S. 78; Giernalczyk & Doll, 2004, S. 89; OHA, 2011, S. 13; Reiner & Kulesa, 1974, S. 109).

Wolfram Dorrman, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, entwickelte eine Liste mit neun Kriterien, welche für eine günstige beraterische Haltung relevant sind und sich während seiner langjährigen Arbeit mit suizidalen Patient(inn)en als hilfreich erwiesen haben. Diese Aufzählung ermöglicht eine erste Handlungsorientierung und beinhaltet die notwendige Reflexion des eigenen beruflichen professionellen Handelns, respektiert die Grenzen der eigenen Belastbarkeit und legt besonderen Wert auf die Balance zwischen veränderbaren Dingen und Dingen, welche sich nicht verändern lassen und die Akzeptanz dieser. Folgende Leitlinien sind zu beachten (Dorrman, 2018, S. 27-28):

1. „Ich kann letztlich niemanden davon abhalten, sich das Leben zu nehmen.
2. Es hilft dem Patienten, wenn er merkt, daß [sic!] ich meine Angst, er könnte sich umbringen, aushalten kann.
3. Solange jemand andere an seiner Tat Anteil nehmen läßt [sic!] oder z. B. mich in sein Vorhaben einweiht, will er noch irgend etwas. Genau das berechtigt mich zur Hilfe oder zum Handeln.
4. Ich muß [sic!] meinen Patienten nicht schon vorher darüber informieren, ob ich ihn möglicherweise hindern würde, wenn er sich irgendwann im Laufe der Therapie mit meinem Wissen gegen das Leben entscheidet und vorhat, seine Entscheidung in die Tat umzusetzen.
5. Ich bin mir sicher, daß [sic!] ich selbst viele extreme Lebenssituationen durchstehen bzw. ertragen würde (evtl. ausgenommen sind Krankheiten im finalen Stadium).
6. Bei Suizidabsichten können die üblichen sinnvollen therapeutischen Regeln oder Prinzipien unsinnig werden und vorübergehende Ausnahmen gemacht werden.
7. Wenn ich mich überfordert fühle, werde ich umgehend Inter- oder Supervision beanspruchen oder eine stationäre Unterbringung vorschlagen bzw. einleiten.
8. Mit einer unfreiwilligen Einweisung hebe ich die Autonomie des Patienten auf und beende damit die therapeutische Beziehung. Diese sollte dann nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und nach ausführlicher Reflexion weitergeführt werden.

9. Wenn ich in Diagnostik und Interventionen nach meinem besten Wissen und Möglichkeiten gehandelt habe, und ein Patient dennoch den Tod gewählt hat, werde ich mir nochmals klarmachen, daß [sic!] ich letztlich niemanden davon abhalten kann (siehe Punkt 1.). ich bin nichts schuldig, außer zu reflektieren, auf welche Hinweise ich noch zusätzlich hätte achten können. Ich werde umgehend mit den nahen Angehörigen oder nahestehenden Mitpatienten Kontakt aufnehmen.“

6.2.2 Inhalt der Abschätzung

Die Abschätzung der Suizidalität zielt auf eine Risikoabschätzung zur Durchführung einer suizidalen Handlung ab. Dabei wird das Ausmaß der suizidalen Gefährdung ermittelt und auf dieser Grundlage die gemeinsame Entscheidung über die Einleitung weiterer Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten getroffen. Die Suizidabschätzung ist mehrdimensional und stützt sich auf insgesamt sechs Bereiche (Fowler, 2012, S. 87; NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 19). Der inhaltliche Kontext überschneidet sich zwischen den einzelnen Bereichen.

1) Identifizieren von relevanten Risikofaktoren

Auf der einen Seite erfolgt die Abfrage von Risikofaktoren, welche die Häftlinge direkt betreffen und auf der anderen Seite müssen Faktoren, welche sich in deren Umfeld finden, abgefragt werden. Dabei wird erörtert, ob und in welchem Ausmaß ein Alkohol- und Drogenmissbrauch stattfand und ob eine psychische Störung bereits diagnostiziert wurde (Goodman, Roiff, Oakes & Paris, 2012, S. 83). Des Weiteren ist die Frage nach früher stattgefundenen Suizidversuchen von entscheidender Bedeutung. Die Diagnostiker/-innen müssen sich nach der Häufigkeit, der Methode, der Planungszeit und den vorbereiteten Handlungen, der eventuell im Anschluss stattgefundenen medizinischen Behandlung, den Umständen, dem Auslöser, des vorherrschenden Motivs und der subjektiven nachträglichen Bewertung des Geschehenen erkundigen (Chehil & Kutcher, 2013, S. 37-39; Teismann & Dormann, 2014, S. 91). Diese Punkte müssen auch im Rahmen der Familienanamnese der Inhaftierten abgefragt werden. Konkret handelt es sich dabei um Fragestellungen nach suizidalen Handlungen und psychischen Störungen im familiären Umfeld (Wolferdsdorf, 2000, S. 131).

2) Identifizierung des Motivs

Das Ziel ist hierbei das zugrundeliegende Motiv der Suizidalität festzustellen (Teismann & Dormann, 2014, S. 34). Dabei darf die Fachkraft die Gefangenen fragen, ob sie den Tod erwartet und herbeisehnt haben (Chehil & Kutcher, 2013, S. 75). Um Suizidalität im

Rahmen einer psychischen Krankheit auszuschießen, ist von immenser Bedeutsamkeit, psychopathologisch suizidfördernde Symptome wie Wahn oder Halluzinationen zu ermitteln (Teismann & Dorrman, 2014, S. 34; Wolfersdorf, 1991, S. 27).

3) Identifizierung der Auslöser

Ereignisse und Probleme, wie eine Trennung oder ein Konflikt während der Inhaftierung (vgl. dazu Stressoren in Kapitel 4.7 Gefängnispezifische Risikofaktoren), welche der Suizidalität vorangegangen sind, werden ausfindig gemacht (Chehil & Kutcher, 2013, S. 75; NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 48; Teismann & Dorrman, 2014, S. 34). Dabei empfiehlt sich die Frage „Warum genau jetzt?“ (NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 48).

4) Aktuelles Befinden

Im Rahmen der Ermittlung des aktuellen Befindens soll auf Gefühle wie Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Resignation, Ohnmacht, Verzweiflung, Interessen- und Freundlosigkeit, vermindertes Selbstwert, Selbstvorwürfe, Ärger, Wut sowie auf Schuld und Insuffizienz und Anzeichen einer Depression geachtet werden (Chehil & Kutcher, 2013, S. 73; Eink & Haltenhof, 2017, S. 67-68; Rudd et al., 2006, S. 259; Shaffer & Pfeffer, 2001, S. 26). Die Klient(inn)en müssen gefragt werden, ob sie derzeit innere Unruhe verspüren und zu Impulsivität neigen oder sich unter Kontrolle haben (Goodman et al., 2012, S. 83; Teismann & Dorrman, 2014, S. 34). Bewährt hat sich die direkte Frage, ob die inhaftierte Person den Eindruck hat, für andere eine Last zu sein und ob andere besser daran sind, wenn sie tot ist (ebd., S. 34).

5) Identifizieren protektiver Faktoren

Entscheidend ist es, protektive Faktoren zu finden. In diesem Kontext sind dies Faktoren, welche positiven Einfluss auf die Verhinderung einer suizidalen Handlung haben, indem sie den Leben einen Sinn geben und somit Gründe zum Weiterleben liefern (Chehil & Kutcher, 2013, S. 24-25). Protektive Faktoren können zum Beispiel kulturelle, spirituelle und religiöse Verbindungen und Glauben, die Angst vor möglichen Schmerzen beim Sterben oder den Tod selbst, mögliche realistische Ziele für die Zukunft, aber auch eine starke Bindung zu Familienmitgliedern oder sozialen Netzwerken sowie familiäre Verpflichtungen sein (Fowler, 2012, S. 86; Kelly et al., 2008, S. 8; Linehan & Goodstein, 1983, S. 279; OHA, 2011, S. 10; Shaffer & Pfeffer, 2001, S. 26; Teismann & Dorrman, 2014, S. 34; Wolfersdorf, 2000, S. 124). Zum Sammeln von Aspekten, welche sich gegen eine (weitere) suizidale Handlung richten, ist folgende Fragestellung hilfreich: „Was hat sie bislang davon abgehalten, sich etwas anzutun?“ (Heidenreich & Noyon, 2013, S. 139). Nicht vergessen werden darf, dass auch der Kontakt mit den Diagnostiker(inne)n eine Entlastung sein kann, weswegen die

Einstellung der Klient(inn)en dazu erörtert werden sollte (Teismann & Dormann, 2014, S. 34; Wolfersdorf, 2000, S. 124).

6) Ermitteln der aktuellen Suizidalität

Bei der Ermittlung der aktuellen Suizidalität gilt es, die Art und das Ausmaß der vorherrschenden Suizidalität zu bestimmen. Dabei müssen die Häufigkeit, Dauer und Intensität der Suizidgedanken, sowie mögliche Pläne, Vorbereitungen und eventuell schon durchgeführte Probehandlungen abgefragt werden (Teismann & Dormann, 2014, S. 34, S. 89).

7) Risikolevel ermitteln

Das Ziel ist es, das Risiko für eine (erneute) suizidale Handlung zu ermitteln. Dabei muss die Absprache- und Distanzierungsfähigkeit der Gefangenen festgestellt werden. Im Rahmen der Distanzierungsfähigkeit ist entscheidend, ob sich die Inhaftierten von ihren suizidalen Tendenzen Abstand nehmen können (Heidenreich & Noyon, 2013, S. 138). Die Absprachefähigkeit geht der Frage nach, ob es den Gefangenen möglich ist, die Vereinbarung zu treffen, sich nicht selbst zu verletzen oder zu suizidieren. Es muss herausgefunden werden, ob die Klient(inn)en Hilfemaßnahmen in Anspruch nehmen und somit eine weitere (Zukunfts-)Planung möglich ist (ebd.; Wolfersdorf, 2000, S. 124). Des Weiteren muss das Fachpersonal herausfinden, ob die Klient(inn)en Gefahr laufen, die Kontrolle zu verlieren und eine erhöhte Entschlossenheit besitzen, die Handlung durchzuführen (Teismann & Dormann, 2014, S. 34; Wolfersdorf, 2000, S. 124). In der Praxis hat sich die Fragestellung, wie lange die suizidale Person gewillt ist, zu leben, als hilfreich erwiesen (Drye, Goulding & Goulding, 1973, S. 171).

6.2.3 Indikatoren für akute Suizidalität

Es existieren eine Vielzahl von Anhaltspunkten, anhand derer erkannt werden kann, ob eine Individuum akut suizidal ist. Sowohl durch Informationen aus dem Diagnostikgespräch als auch durch Hinweise auf der Verhaltens- und Gefühlsebene lässt sich dies erfassen. Einige Anzeichen zähle ich im Folgenden auf.

Informationen aus dem Diagnostikgespräch

Die Inhaftierten nennen keine Gründe zum Weiterleben oder zählen mehr Gründe zum Sterben als für das Leben auf, sie sehen in ihrem aktuellen Leben keinen Sinn mehr und können keine Zukunftsperspektive feststellen (D'Amelio & Pajonk, 2011, S. 341; Rudd et al., 2006, S. 259). Ihr Denken ist geprägt von Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung und Schuldgefühlen (Wolfersdorf, Wedler & Welz, 1992, S. 33). Protektive Faktoren wie

religiöse Überzeugungen, Verpflichtungen für die Familie, et cetera werden als nicht mehr relevant erachtet (D'Amelio & Pajonk, 2011, S. 341). Die Distanzierungsfähigkeit von Suizidideen ist nicht ausreichend vorhanden (ebd.; VA & DoD, 2013, S. 48). Es ist ein starker Handlungsdruck vorhanden, bei welchem der Tod als Ergebnis einer Handlung herbeigesehnt und erwartet wird (Chehil & Kutcher, 2013, S. 34; VA & DoD, 2013, S. 48). Ein konkreter Hinweis auf akute Suizidalität ist das Vorhandensein psychotischer Symptome, da dadurch die Absprachefähigkeit deutlich erschwert ist (NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 12). Auch das treffen von Vorkehrungen, um nicht gefunden zu werden, ist ein Anhaltspunkt (Wenzel, Berchick, Tenhave, Halberstadt, Brown & Beck, 2011, S. 375) oder wenn bereits die Methode der Selbstverletzung bereitgestellt wurde, beispielsweise durch das Sammeln von Tabletten (Meurer, 2004, S. 201; Rudd et al., 2006, S. 259). Wenn intensive, unkontrollierbare, plötzlich einsetzende, anhaltende und hartnäckige Suizidgedanken und/ oder ein sorgfältig durchdachter Suizidplan gegeben ist, dann ist ebenfalls von akuter Suizidalität auszugehen (Chehil & Kutcher, 2013, S. 34).

Verhaltensebene

Ein zunehmender sozialer Rückzug oder die vollständige soziale Isolierung ist zu beobachten (Meurer, 2004, S. 201; Rudd et al., 2006, S. 259; van Orden et al., 2010, S. 5). Die Inhaftierten haben offene oder verdeckte verbale Äußerungen oder Ankündigungen, sich das Leben zu nehmen, gemacht (Meurer, 2004, S. 201; Rudd et al., 2006, S. 259). Neben mündlichen Ausdrücken können auch schriftliche Äußerungen, beispielsweise in Form eines Abschiedsbriefs oder der Erstellung eines Testaments, erfolgen (Meurer, 2004, S. 201; Rudd et al., 2006, S. 259). Auch das vorherige Verabschieden von Menschen, zum Beispiel in Form von Abschiedsbriefen oder durch das Verschenken von Wertgegenständen, ist ein Indikator (Althaus & Hegerl, 2004, S. 1131; Meurer, 2004, S. 201). Im Rahmen des Gesprächs berichten die akut suizidalen Personen von ausgeprägten Schlafstörungen (van Orden et al., 2010, S. 6). Ihr Verhalten ist geprägt von einer starken Impulsivität, Agitation, massiver quälenden Unruhe und/ oder Aggressivität (NZGG & Ministry of Health, 2003, S. 12; van Orden et al., 2010, S. 6; Wolfersdorf, Wedler & Welz, 1992, S. 33). Nehmen die Diagnostiker/-innen im Laufe der Kommunikation wahr, dass sich eine plötzliche unerklärliche Verhaltensänderung ergibt, so ist dies ein starkes Warnsignal und kann die „Ruhe vor dem Sturm“ (Pöldinger, 1982, S. 14; vgl. auch Kapitel 5.3 Stadien der suizidalen Entwicklung) sein. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sich die Inhaftierten nach einer anfangs vorherrschenden Ängstlichkeit, Depressivität oder Verzweiflung abrupt gelassen oder heiter zeigen (D'Amelio & Pajonk, 2011, S. 341).

Gefühlsebene

Die Gefangenen zeigen starke Stimmungsschwankungen (Meurer, 2004, S. 201; Rudd et al., 2006, S. 259). Sie fühlen große Hoffnungslosigkeit, haben starke Schuldgefühle und erleben sich selbst als Last (Althaus & Hegerl, 2004, S. 1131; van Orden et al., 2010, S. 6). Zu beachten ist, dass bei starken Schuld- oder Wutgefühlen die Gefahr eines erweiterten Suizids erhöht ist (D'Amelio & Pajonk, 2011, S. 341). Ein wichtiger Indikator für bestehende akute Suizidalität nach einer bereits durchgeführten suizidalen Handlung ist, dass die Person bedauert, am Leben geblieben zu sein (Henriques, Wenzel, Brown & Beck, 2005, S. 2180). Ebenso der starke Wunsch zu sterben ist ein Hinweis darauf (Chehil & Kutcher, 2013, S. 34).

6.2.4 Schlussfolgerungen für weitere Maßnahmen

Nach Abklärung der Suizidalität sind vier verschiedene Ergebnisse möglich. Ist keine Suizidalität erkennbar, so sind keine weiteren Interventionen nötig. Lässt sich Suizidalität diagnostizieren, muss entschieden werden, ob sich die Klient(inn)en glaubwürdig davon distanzieren können und absprachefähig zeigen. Ist beides der Fall, so ist die Suizidalität bis zu ihrem Abklingen regelmäßig zu prüfen. Dabei kann auch der Einsatz von „Listener“ in Erwägung gezogen werden. Nähere Informationen dazu erfolgen in Kapitel 6.4. Zeigen sich Veränderungen in der Intensität von suizidalen Impulsen, beispielsweise berichten die Inhaftierten von konkreteren Suizidgedanken, dann muss das weitere Vorgehen entsprechend der gewonnenen Ergebnisse aufgrund der erneuten Abklärung angepasst werden. Sind die Klient(inn)en suizidal, können sich davon jedoch nicht distanzieren und sind nicht absprachefähig, so spricht man von akuter Suizidalität. Ist dies der Fall, so ist eine Zwangsmaßnahme wie die Kameraüberwachung oder die Einweisung in eine psychiatrische Abteilung innerhalb einer Justizvollzugsanstalt nötig. Zwar wäre auch eine Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum möglich, jedoch sollte dies nicht automatisch erfolgen. Sinnvoll ist diese bei akuter Suizidgefahr in Einzelfällen, wenn zum Beispiel bei psychotischen Schüben eine Reizabschirmung notwendig ist. Dies muss den Insassen unverzüglich klar und offen mitgeteilt werden. Auch bei der letzten Möglichkeit ist Suizidalität diagnostiziert worden, jedoch sind sich die Diagnostiker/-innen unklar, ob sich die Klient(inn)en ausreichend davon distanzieren können und sich an die getroffenen Absprachen halten. Dann muss eine weitere Exploration angestrebt werden. Im Zweifelsfall sollte stets eine Einweisung in eine psychiatrische Abteilung erfolgen (Heidenreich & Noyon, 2013, S. 141-146; Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, 2013, S. 44; Lohner, 2015, S. 112).

Folgende Abbildung veranschaulicht das weitere Vorgehen in Kurzform:

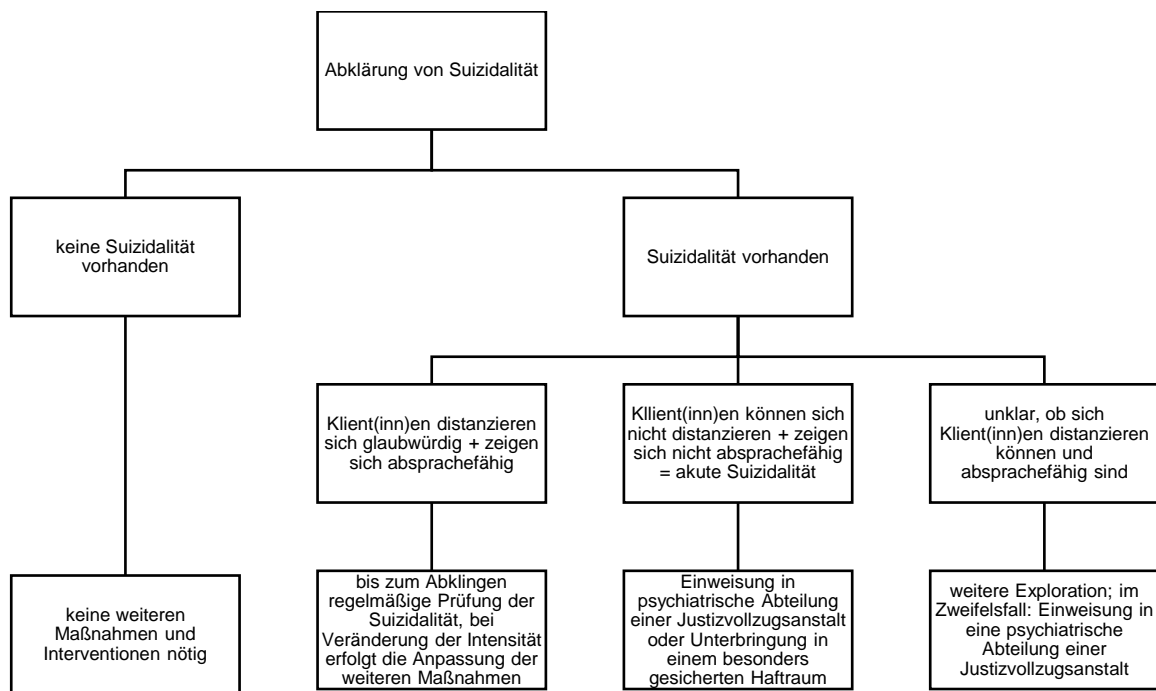


Abb. 5: Entscheidungsmöglichkeiten über nötige Maßnahmen nach einer Suizidabschätzung (eigene Darstellung)

6.3 Krisenintervention

Suizidale Handlungen stehen erfahrungsgemäß im Zusammenhang mit psychosozialen Krisen und psychischen Erkrankungen (Wolfersdorf, 1995, S. 3; Wolfersdorf, 2000, S. 19). Die Krisenintervention ist eine Maßnahme, welche nach einer suizidalen Handlung durchgeführt werden muss. Diese stelle ich in diesem Kapitel vor. Dabei beziehe ich mich lediglich auf die Intervention bei psychosozialen Krisen. Ist eine psychische Krankheit Auslöser einer suizidalen Handlung, so muss eine entsprechende Intervention, meist in einer psychiatrischen Abteilung, stattfinden.

Die Darstellung der Krisenintervention ist an das ausführlich dargestellte Buch „Krisenintervention und Suizidverhütung“ von Gernot Sonneck, österreichischer Arzt und Psychotherapeut, Nestor Kapusta, Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und individualpsychologischer Analytiker, Gerald Tomandl, klinischer Psychologe und Psychotherapeut, und Martin Voracek, österreichischer Psychologe, angelehnt. Diese beschäftigten sich sehr gründlich mit der Thematik und haben alle notwendigen Aspekte bereits zusammengefasst, sodass dies ein gutes Werk über die gesamte Krisenintervention darstellt. Die Ausführungen weiterer Autor(inn)en beziehen sich meist auf diese Publikation, weswegen ich ihre Gedanken dazu ergänzend verwende. Das grundsätzliche Vorgehen, welches die

Verfasser beschreiben, übertrage ich im Folgenden auf das Vorgehen für eine Krisenintervention nach einem Suizidversuch im Justizvollzug. Unternimmt nun ein Gefangener einen Suizidversuch, so muss, nach einer körperlichen Untersuchung durch die zuständige ärztliche Fachkraft, die darauffolgende Intervention zwei wesentliche Bestandteile enthalten: Ausführliche Diagnostik der Suizidalität und Krisenintervention (Sonneck, Kapusta, Tomandl & Voracek, 2016, S. 166). Die Krisenintervention im Justizvollzug kann von Ärzt(inn)en, Psycholog(inn)en und Sozialpädagog(inn)en durchgeführt werden.

Bevor ich jedoch ein Kriseninterventionskonzept vorstelle (Kapitel 6.3.2), nenne ich die theoretischen Grundlagen der Krisenintervention (Kapitel 6.3.1).

6.3.1 Theoretische Grundlagen der Krisenintervention

In diesem Kapitel kläre ich alle notwendigen Grundlagen, welche im Rahmen der Krisenintervention bekannt sein müssen. Da es sowohl für den Begriff Krise als auch für die Krisenintervention keine allgemein gültige Begriffsbestimmung gibt, beginne ich mit den Definitionen der Begrifflichkeiten, der Zielsetzung der Intervention und grenze sie von anderen Therapiemaßnahmen ab. Danach stelle Krisentypen und deren -verlauf sowie Aspekte von Krisen vor und zähle allgemeine Prinzipien auf, die im Rahmen der Krisenintervention beachtet werden müssen.

Krise

Margret Dross, deutsche Psychologin und Biologin, definiert eine Krise folgendermaßen (Dross, 2001, S. 10):

„Von einer Krise ist aber erst dann zu sprechen, wenn:

- ein Zustand psychischer Belastung eingetreten ist, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit einschließlich ihrer Schwankungen abhebt, als kaum mehr erträglich empfunden wird und zu einer emotionalen Destabilisierung führt,
- die widerfahrenen Ereignisse und Erlebnisse die bisherigen Lebensgewohnheiten und -umstände und die Ziele massiv infrage stellen oder unmöglich machen,
- die veränderte Situation nach Lösungen verlangt, die aber mit den bisher verfügbaren oder selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigt werden können. “

Diese Definition möchte ich besonders hervorheben, da ich mich in folgender Ausarbeitung hauptsächlich auf die Arbeit von Sonneck, Kapusta, Tomandl und Voracek beziehe und somit auch auf ihre Darlegung der Krise. Sie verstehen unter einer Krise „den Verlust des

seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Sonneck, Kapusta, Tomandl & Voracek, 2016, S. 32). Die Definition ist an den Arbeiten von Gerald Caplan und Johan Cullberg angelehnt.

Diese eben vorgestellten und noch weitere Definitionen haben viele Gemeinsamkeiten. Pascal Berger, Oberarzt an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel, und Anita Riecher-Rössler, Chefärztin der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel und Ordinaria für Psychiatrie an der Universität Basel, fassen diese folgendermaßen zusammen (Berger & Riecher-Rössler, 2004, S. 19):

- „die Krise steht in Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder aber mit einer Veränderung der Lebensumstände,
- es handelt sich um einen akuten Zustand,
- dieser wird vom Betroffenen als bedrohlich und überwältigend wahrgenommen und
- überfordert momentan seine Bewältigungsmöglichkeiten“

Jede Krise umfasst insgesamt drei Charakteristika: Auslöser, Dauer und Folgen. Auslöser einer Krise ist ein akutes Ereignis oder das Vorhandensein mehrerer Belastungen, welche summiert zum sogenannten Krisenauslöser werden (Berger & Riecher-Rössler, 2004, S. 20). Sigrun-Heide Philipp und Peter Aymanns, beide ehemalige Lehrende im Fach Psychologie an der Universität Trier, nennen die Auslöser auch „kritische Lebensereignisse“ (Philipp & Aymanns, 2010). Diese können akut auftreten. Eine Krise ist zeitlich begrenzt, manchmal dauert sie wenige Stunden, manchmal mehrere Wochen (Simmich et al., 1999, S. 394). Sonneck et al. sprechen sogar von einer Dauer von vier bis fünf Wochen (Sonneck et al., 2016, S. 77-78). Eine Krise löst ein Ungleichgewicht aus, was wieder überwunden werden soll. Die Krise kann, je nach individueller Bedeutung, Angst oder eine depressive Verstimmung auslösen oder als Bedrohung oder Herausforderung wahrgenommen werden. Die psychischen Auswirkungen der Krise können sich auch in Form von körperlichen Beschwerden wie Herzrasen, Schweißausbrüchen, Appetitverminderung und/ oder Zittern äußern. Weitere Störungen, wie Beziehungsprobleme, können die Folge sein (ebd., S. 62). Der Ausgang einer Krise ist offen und kann zwei verschiedene Entwicklungen zur Folge haben: Ein positiver Ausgang liegt vor, wenn die Krise überwunden und bewältigt werden kann. Dies kann den Handlungsspielraum erweitern und die Person kann in ihren Kompetenzen wachsen. Gelingt die Überwindung der Krise nicht, so kann eine Person zu maladaptiven

Bewältigungsformen, zum Beispiel in Form von gesteigertem Drogenkonsum oder Suizidalität greifen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 15). Nichtbewältigte Krisen können kurzfristige und langfristige Folgen nach sich ziehen. So können sie kurzfristig zu einer Selbstgefährdung in Form von Suizidalität und/ oder zu einer Fremdgefährdung durch körperliche und seelische Schädigung weiterer Personen führen. Langfristig kann sich eine Krise in körperlichen, psychischen und/ oder psychosomatischen Störungen manifestieren und/ oder soziale, familiäre, partnerschaftliche Folgen haben. Sogar eine Chronifizierung der Symptome ist möglich (Sonneck et al., 2016, S. 63-64).

Krisenintervention und ihre Ziele

Die Definition der Krisenintervention gestaltet sich schwierig, da der Begriff inflationär verwendet wird. Sowohl professionelle, als auch laienhafte Interventionsstrategien werden dazu gezählt und finden häufig auch bei Maßnahmen im Politik-, Sport- und Wirtschaftsbe- reich Anwendung (Berger & Riecher-Rössler, 2004, S. 19; Etzersdorfer, 2008, S. 29-30). Eine sehr weit gefasste, aber vage Definition stammt von Sonneck et al.. Sie beschreiben Krisenintervention als „jene Form psychosoziale[r] Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht“ (Sonneck et al., 2016, S. 65). Nach Dross ist sie eine „kurzfristig wirksame professionelle Hilfe für Menschen, die sich in einer akuten psychischen Notlage befinden“ (Dross, 2001, S. 9). Sie kann als unterstützende Maßnahme von Personen in akuten krisenhaften Phasen gesehen werden (Stein, 2012, S. 107). Zur Beschreibung der Krisenintervention schließe ich mich der Begriffsbestimmung nach Dross an, da mir die anderen Definitionen zu ungenau sind und die Krisenintervention nicht nur eine unterstützende sondern, wie der Name schon sagt, eine intervenierende Maßnahme ist, welche von fachkundigen Beschäftigten durchgeführt werden muss. Um die Krisenintervention zu be- schreiben, empfiehlt es sich, die Ziele dieser zu nennen und von weiteren Therapiemaß- nahmen abzugrenzen. Dadurch wird der Umfang der Maßnahme und die Aufgabe des Kri- senbegleiters erkennbar. Des Weiteren wird damit die Anforderung an die Kriseninterven- tion herausgearbeitet und kann somit auch von der Arbeit durch Laien abgegrenzt werden.

Oberstes Ziel der Krisenintervention ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Gefangenen sollen durch die Betreuung eines Krisenbegleiters befähigt werden, ihre eigenen Fähigkeiten so einzusetzen, dass sie sich selbst helfen können. Sie sollen zu aktiver, innovativer und kon- struktiver Bewältigung der Krise sowie zu selbstständiger und kompetenter Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit bekräftigt werden. Die Begleiter/-innen nehmen dabei die Funktion des Unterstützers an, welcher den Inhaftierten ermutigen soll, Gefühle von Aggression, Feindseligkeit, Schmerz und Trauer zu zeigen. Die Klient(inn)en sollen, in Zusammenarbeit

mit den Therapeut(inn)en, die Krise und zukünftige ähnliche Situationen meistern. Somit soll eine erneute suizidale Handlung vermieden werden (Eink & Haltenhof, 2017, S. 86-88; Sonneck & Etzersdorfer, 1992, S. 60-61; Sonneck et al., 2016, S. 66-67). Die Ziele sollen während der Begleitung erreichbar sein und nicht in allzu ferner Zukunft liegen. Dies ist vor allem bei suizidalen Inhaftierten von besonderer Wichtigkeit, da dadurch Zeit gewonnen werden kann, in welcher sich der Klient der Krise stellen und diese auf andere Art und Weise bewältigen kann. Dies soll zu einem Überdenken der Suizidalität führen (Eink & Haltenhof, 2017, S. 91-92). Durch die Krisenintervention sollen die Häftlinge entlastet und ihre emotionale Stabilität, welche vor Beginn der Krise vorherrschend war, zurückerlangen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 315; Rupp, 2004, S. 101).

Abgrenzung der Krisenintervention zu notfallpsychiatrischen Interventionen und Psychotherapie

Grundsätzlich geht das Krisenkonzept von einem psychisch gesunden Menschen aus, welcher eine Situation mit seinen bisherigen Coping-Strategien nicht mehr bewältigen kann und deswegen mit Suizidalität reagiert. Die Konzeption ist lösungs- und ressourcenorientiert. Liegt eine Krise vor, welche den Ursprung in einer sich zuspitzenden psychischen Erkrankung hat, so spricht man vom psychiatrischen Notfall, welcher zwingend einer medizinisch-psychiatrischen Therapie bedarf. Auch bei akuter Selbstgefährdung, Verwirrtheit und/ oder Aggression ist keine Krisenintervention möglich (Rupp, 2004, S. 101; Simmich et al., 1999, S. 395; Sonneck et al., 2016, S. 100; Wolfersdorf et al., 1999, S. 147). In der Praxis sind beide Interventionsformen oft nur schwer zu trennen (Wolfersdorf et al., 1999, S. 147). Die Krisenintervention bedient sich zwar pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen, bei der ebenso die ursächlichen Hintergründe der aktuellen Krise herausgearbeitet werden sollen, ist jedoch strikt von der Psychotherapie zu unterscheiden. Die Krisenintervention fokussiert sich lediglich auf den aktuellen Anlass, während die Psychotherapie auf die Begleitung, Beratung und Behandlung der vielfältigen Hintergründe von ein oder auch mehreren Krisen eingeht und somit längerfristig angelegt ist (Eink & Haltenhof, 2017, S. 89-90). Eine Krisenintervention kann jedoch der Einstieg in eine längerfristige Therapie sein (Sonneck & Etzersdorfer, 1992, S. 61).

Krisentypen und -verlauf

In der Literatur wird in der Regel zwischen zwei verschiedenen Formen von Krisen unterschieden: der Veränderungskrise und der traumatischen Krise (Meischner-Al-Mousawi, 2015, S. 282; Sonneck et al., 2016, S. 61). Dieser Einteilung schließe ich mich an, da diese für das später vorgestellte Kriseninterventionskonzept von Bedeutung ist. Eine traumatische Krise „ist eine durch einen Krisenanlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich

aufkommende Situation von allgemein schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit und/ oder die fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten bedroht“ (Cullberg, 1978, zit. n. Sonneck et al., 2016, S. 33). Ausgelöst werden kann diese Krisenart beispielsweise durch Krankheit, Trennung, oder den Tod einer nahestehenden Person (Sonneck et al., 2016, S. 33). Die Veränderungskrise tritt auf, wenn Anpassungsprozesse an typische Lebensveränderungen oder Alltagssituationen, wie der Auszug aus dem Elternhaus oder eine Vorladung in eine behördliche Einrichtung, nicht gelingen und die Person mit ihren vorhandenen Bewältigungsstrategien überfordert ist (ebd., S. 36-37).

Sonneck et al. geben mit folgender tabellarischer Auflistung einen guten Überblick über den Verlauf der Phasen:

Veränderungskrisen (G. Caplan)	Traumatische Krisen (J. Cullberg)
1. Phase: Konfrontation mit Ereignis	
2. Phase: Lösung misslingt – Gefühl des Versagens	
3. Phase: Mobilisierung aller Bewältigungskapazitäten führt zu a) Lösung, Bewältigung b) Rückzug mit Resignation Chronifizierungsgefahr	1. Phase: Schockphase: Zustand der Betäubung oder chaotisch-ungesteuerte Aktivitäten
4. Phase: Vollbild der Krise mit innerer „Lähmung“ oder ziellosen Aktivitäten. <i>Gefahren:</i> Fixierung und Chronifizierung, Krankheit, Missbrauch, Suizidalität	2. Phase: Reaktionsphase: Konfrontation mit Realität, Versuche, sie zu integrieren <i>Gefahren:</i> Fixierung: Wenn intrapsychische Konflikte aktiviert werden. Chronifizierung: Wenn soziale Isolation, wenn äußere Hilfsstrukturen unbefriedigend, Krankheit, Missbrauch, Suizidalität
5. Phase: Bearbeitung des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen	3. Phase: Bearbeitungsphase: Lösung von Trauma und Vergangenheit
6. Phase: Neuanpassung	4. Phase: Neuorientierung: Selbstwertgefühl wieder gewonnen, neue Beziehungen hergestellt

Tab. 8: Verlauf akuter Krisen (Sonneck, Kapusta, Tomandl & Voracek, 2016, S. 61)

Aspekte von Krisen

Für die Durchführung der Intervention sind Kenntnisse der Aspekte von Krisen von besonderer Bedeutung. Das Wissen um sie ist für den weiteren Verlauf einer Krise sowie für die Einleitung weiterer Interventionsmöglichkeiten notwendig. Der Krisenanlass, also ob es sich um eine Veränderungs- oder traumatische Krise handelt, muss entsprechend wahrgenommen werden. Ebenso müssen die Krisenbegleiter/-innen wissen, welche subjektive Bedeutung der Krisenanlass für die Betroffenen hat und ob derzeit ein funktionsfähiges oder ein isoliertes soziales Netzwerk abrufbar ist, sowie, falls vorhanden, dessen Reaktion auf die Krise. Des Weiteren müssen sie erkennen, inwieweit die Gefangenen für Krisen anfällig

sind. Diese Anfälligkeit ist von insgesamt drei Faktoren abhängig: der subjektiven Bedeutung des Krisenanlasses, der Fähigkeit, sich mit dem Anlass auseinanderzusetzen und dem Maß an sozialer Integration (Sonneck et al. 2016, S. 66; ebd., S. 160).

Allgemeine Prinzipien

Eine professionelle Krisenintervention soll folgende Aspekte erfüllen: Sie muss möglichst schnell nach dem Bekanntwerden des Suizidversuchs beginnen. Grund dafür ist, dass die Bereitschaft, über den Auslöser der Suizidalität zu reden, kurz nach einer Handlung am höchsten ist. Dies liegt daran, dass sich längere Zeit nach einem Suizidversuch oftmals Scham- und Schuldgefühle entwickeln und die Gefangenen durch diese ihre Schwierigkeiten bagatellisieren und leugnen. Ebenso soll dadurch eine Chronifizierung verhindert werden. Die Therapeut(inn)en sollen sich aktiv in die Bewältigung einbringen. Jedoch ist dabei zu beachten, dass sie die Grenzen der Klient(inn)en berücksichtigen müssen, da sonst die Gefahr einer Abhängigkeit von Seiten der Gefangenen entstehen kann. Die Intervention muss mit dem Einsatz verschiedener Methoden aus dem sozialen, medikamentösen und psychologischen Bereich erfolgen. Entscheidend ist, dass der Fokus der Beratung auf der aktuellen Situation liegt. Zwar muss bei jeder Maßnahme der lebensgeschichtliche Hintergrund miteinbezogen werden, jedoch ist eine komplette Bearbeitung dieses nicht vorgesehen. Ferner ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein wichtiger Baustein bei der Krisenintervention. Um die Inhaftierten von ihrem emotionalen Druck adäquat zu entlasten, ist die Einbeziehung ihrer sozialen Umwelt von entscheidender Bedeutung. Die Ressourcen sollen sie allerdings nur bis zu dem Maß entlasten, dass sie weiterhin einen Wunsch nach Veränderung verspüren (Eink & Haltenhof, 2017, S. 90-95; Sonneck et al., 2016, S. 67).

6.3.2 Das Kriseninterventionskonzept

Bei der Entscheidung, welches konkrete Interventionskonzept ich nun vorstelle, ist meine Wahl auf das Kriseninterventionskonzept „BELLA“ für akute Krisensituationen und -zustände von Sonneck et al. gefallen. Im Gegensatz zu anderen Wissenschaftler(inne)n (Bronisch, 2014; Ciompi, 1993; Eink & Haltenhof, 2017; Giernalczyk & Doll, 2004; Schnyder, 1993; Teismann & Dorrman, 2014) haben die Autoren konkrete Anweisungen in Form von ausformulierten Fragestellungen an die Klient(inn)en zu den einzelnen Ablaufschritten der Intervention gegeben. Jede Aufgabe enthält ein Ziel und ermöglicht methodische Anregungen für die Praxis.

Diese Konzeption enthält notwendige Zielsetzungen sowohl für den Erstkontakt als auch für weitere Folgegespräche bis hin zur Beendigung der Krisenintervention (Sonneck et al.,

2016, S. 110). Neben den allgemeinen Zielen der Krisenintervention (vgl. Kapitel 6.2.1), sind weitere Absichten die Herstellung einer Beziehung zwischen den beiden Kriseninterventionsteilnehmer(inne)n sowie die Linderung der aktuell vorherrschenden Symptomatik. Die Krisenintervention ermöglicht somit in Form von übergeordneten Zielen den Inhaftierten die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, die Wiedererlangung der Entscheidungsfähigkeit sowie das Finden und Erproben von alternativen und konstruktiven Verhaltensweisen. (Sonneck et al., 2016, S. 109). Sonneck et al. bringen die übergeordnete Zielsetzung folgendermaßen auf den Punkt: „Der Klient soll sein Leben aktiv selbst gestalten, er soll von passiv-abhängigem zu aktiv-autonomen Verhalten finden“ (ebd., S. 81).

Insgesamt lässt sich das Interventionskonzept in fünf Teilbereiche gliedern, welche jedoch nicht separat zu betrachten sind (ebd., S. 76).

BELLA – Interventionskonzept für akute Krisensituationen

Beziehung aufbauen

Grundlegend für die Krisenintervention ist der Beziehungsaufbau mit den Klient(inn)en. Dies geschieht, indem die Therapeut(inn)en einen einladenden Anfang schaffen, beispielsweise durch eine freundliche Begrüßung, den Gefangenen aufmerksam und einfühlsam zuhören und ihnen vermitteln, dass sie ernst genommen werden und, dass man sich ihrer Schwierigkeiten bewusst ist. Dies kann geschehen, indem die Krisenbegleiter/-in ihr Mitgefühl ausdrückt, zum Beispiel durch die Phrase „Ich sehe, es fällt Ihnen schwer, darüber zu reden“ (ebd., S. 106).

Erfassen der Situation

Die Therapeut(inn)en befassen sich mit den Gründen des Erscheinens, dem Krisenanlass, der gegenwärtigen Lebenssituation, den möglichen Veränderungen, welche durch die Situation ausgelöst wurden, und den bisher angewandten Bewältigungsstrategien. Auf die Lebensgeschichte der Klient(inn)en wird nicht näher eingegangen, außer diese steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der aktuellen Krisensituation. Dies ist der Fall, wenn die Gefangenen beispielsweise schon einmal in ähnlichen Schwierigkeiten waren und die Dauer und die damaligen Lösungsstrategien der Krise ermittelt werden soll (ebd., S. 82; ebd., S. 107). Bei diesem Punkt ist es meines Erachtens sinnvoll, eine Abschätzung der Suizidalität vorzunehmen.

Linderung der schweren Symptomatik

In diesem Bereich steht die emotionelle Situation der Inhaftierten im Mittelpunkt. Diese kann durch Panik, Depression und/ oder einem erhöhten Suizidrisiko gekennzeichnet sein. Die

Gefangenen sollen durch die Äußerung ihrer Emotionen, durch Entspannungsübungen und/ oder durch die Ordnung ihres gedanklichen Chaos entlastet werden. Falls notwendig, bedarf es einer supportiven medikamentösen Therapie. Diese ist vor allem bei erhöhter Suizidgefahr notwendig (ebd., S. 82; ebd., S. 107).

Leute einbeziehen, die unterstützen

Innerhalb der Krisenintervention ist wichtig, dass die soziale Einbettung der Häftlinge erörtert wird und mögliche Belastungen, aber insbesondere Ressourcen, entdeckt werden. Die unterstützenden Hilfesysteme sollen (re-)aktiviert und eingesetzt werden. Falls keine vorhanden sind, dann werden Hilfen der Gemeinschaft, wie Selbsthilfegruppen oder weitere Institutionen, vermittelt (ebd., S. 82; ebd., S. 108). Während der Inhaftierung ist die Aktivierung und Einsetzung der sozialen Systeme jedoch erschwert, da die Kommunikation zu Personen außerhalb des Vollzugs nur bedingt und nur unter Einschränkungen möglich ist. Zwar darf Inhaftierte nach § 28 Abs. 1 StVollzG und § 32 StVollzG mit Personen außerhalb der Haftanstalt jederzeit in Kontakt treten, jedoch sind sowohl der postalische Schriftwechsel als auch Telefongespräche lediglich mit Hürden realisierbar. Briefe von Häftlingen erfolgen einer Kontrolle. Überwachte Telefonate für Untersuchungs- und Strafgefangene finden nur mit entsprechender, vorher eingeholter Genehmigung statt und werden meist auch nur in begründeten Ausnahmefällen erlaubt (§ 119 Strafprozeßordnung; §§ 29, 32 StVollzG). In einigen Haftanstalten gibt es die Möglichkeit, ein Telefon zu mieten und mit Personen unter genehmigten Telefonnummern Kontakt aufzunehmen, jedoch konnte sich ein solches Angebot noch nicht in allen Justizvollzugsanstalten durchsetzen, obwohl dies natürlich in Krisensituationen durchweg positiv zu betrachten ist (Committee against Torture, 2017, S. 33). Sofern keine helfenden Bezugspersonen innerhalb der Anstalt vorhanden sind, ist die (Re-)Aktivierung der Hilfesysteme deutlich erschwert und oftmals nicht möglich.

Ansatz zur Problembewältigung finden

Den Betroffenen soll dazu verholfen werden, das eigentliche Problem für sich selbst zu definieren und mögliche Widersprüchlichkeiten zu entdecken. Von Belang ist die Erfassung der gefühlten und realen Bedeutung des Problems. Der wichtigste Punkt ist jedoch, dass sich die Klient(inn)en selbst für eine Veränderung entscheiden (Sonneck et al., 2016, S. 108).

Wie ein solches Gespräch im Konkreten aussieht, möchte ich nun näher vorstellen.

Das Erstgespräch

Das Fundament in der Krisenintervention bildet das Erstgespräch zwischen Klient(inn)en und Therapeut(inn)en, weshalb ich dieses näher ausführe. Das erste Gespräch wird von

Therapeut(inn)en aktiv geleitet, da bestimmte Informationen und Ziele erarbeitet werden sollen. Neben den eben im BELLA-Konzept beschriebenen Bereichen muss auch das weitere Vorgehen und die weitere Zusammenarbeit geklärt werden (ebd., S. 76). Wichtig ist zu beachten, dass das Erstgespräch durchaus mehrere Stunden andauern kann. Bei Bedarf sollten deswegen zwischen den einzelnen Gesprächsinhalten regelmäßige Pausen eingelegt werden (ebd., S. 79).

Mehrere Ebenen sind dabei zu identifizieren, welche ich im Folgenden vorstelle:

Beziehung

Erfolgt die Kontaktaufnahme eigenmotiviert durch die Gefangenen, so lässt sich auf einfache Weise ein Kontakt herstellen, da der Kontakt zu den Therapeut(inn)en ein persönliches Anliegen ist. Eine Atmosphäre, welche frei ist von äußeren Störungen wie Telefonklingeln oder ungewollte Zuhörer, ist beziehungsfördernd. Darüber hinaus soll man den Klient(inn)en vermitteln, dass man sie so akzeptiert, wie sie sind, ihnen Raum und Zeit gibt und aufmerksam zuhört. Dies ist möglich, indem man sie ernst nimmt, freundlich entgegenkommt, ihnen zuhört und Interesse an ihnen zeigt (ebd., S. 77). Werden die Inhaftierten gegen ihren Willen, beispielsweise durch Vollzugsbedienstete, zu der Fachkraft gebracht, so ist oftmals zu beobachten, dass sich diese verschließen oder sogar aggressiv-abweisend verhalten. Dann ist es besonders wichtig, sich beim Beziehungsaufbau auf die Argumente und Reaktionen der Klient(inn)en einzulassen und den Zweck des Gesprächs gemeinsam festzulegen. Den Gefangenen soll deutlich gemacht werden, dass ihre Person und ihre Bedürfnisse und Erwartungen wichtig sind (ebd., S. 74).

Inhalt

Auf inhaltlicher Ebene muss im Erstgespräch das auslösende Ereignis, die aktuelle psychische Verfassung und die bisher stattgefundenen Problembewältigungsweisen erörtert werden. Während bei traumatischen Krisen der Auslöser oftmals bekannt ist, ist dies bei Veränderungskrisen nicht der Fall. Bei diesen können die Klient(inn)en selbst den Zusammenhang zwischen ihren Empfindungen wie Ängsten, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Unruhe und dem Krisenanlass nicht herstellen, was dann Aufgabe der Krisenbegleiter/-innen ist. Geschehen kann das, indem die Therapeut(inn)en fragen, seit wann sich das Befinden verändert hat, wann und in welchen Situationen erste Symptome aufgetreten sind und wie die subjektive Reaktion auf diese war, welche Auswirkungen diese hatten, wie die Person jetzt darüber denkt, welche Beeinträchtigungen es durch die Krise gab und welche Bewältigungsversuche zur Überwindung der Krisenereignisses bisher unternommen wurden. In der Regel werden dabei die letzten vier bis fünf Wochen vor dem Suizidversuch durchleuchtet, da eine akute Krise in der Regel diesen Zeitraum umfasst. Lässt sich kein

Zusammenhang finden, so handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um keine akute Krise, sondern um einen Krisenzustand im Rahmen einer psychischen Erkrankung. Ist der Krisenanlass bekannt, dann wird nach der persönlichen Bedeutung der Krise und den emotionalen Reaktionen gesucht. Auch soll danach das weitere Vorgehen besprochen werden und Befürchtungen seitens des Klienten angesprochen werden. Gemeinsam wird beredet, wie die inhaftierte Person die Situation beurteilt, ob sie diese realistisch einschätzen kann, wie sie ihre Probleme oder Schwierigkeiten definiert und welche Bewältigungsversuche sie bereits unternommen hat und zu welchem Ergebnis diese geführt haben. Ebenfalls wird besprochen, welche Lösung sie sich vorstellt, welche Rolle sie dabei spielt, wer sie dabei unterstützen kann und auf welchem Weg sie das Ziel erreichen kann. In der Praxis zeigt sich, dass bei der Bewältigung der Probleme häufig mehrere Gespräche nötig sind. Es können Erschwernisse im Zusammenhang mit dem krisenauslösenden Ereignis auftreten und die Schwierigkeiten können durch die seelische Verfassung bedingt sein. Ist letzteres der Fall, so dient das Erstgespräch primär der Entlastung und Stützung. Gerade dann ist das soziale Umfeld besonders gefordert, um eine Verschlechterung der Krise vermeiden zu können (ebd., S. 77-78).

Therapeutische Interventionen

Um die Klient(inn)en zu entlasten, sollen sie ermutigt werden, ihre Gefühle ausführlich zu berichten und zu zeigen. Tabuisierte Gefühle wie Wut und Zorn dürfen, in angemessener Weise, ausgedrückt werden. Ebenfalls dürfen Angstvorstellungen und Suizidgedanken ausfantasiert werden. Indem die Therapeut(inn)en das suizidale Verhalten als Reaktion auf den Krisenanlass erklären, sind sie eine Stütze für die Gefangenen. Der Krisenanlass soll bewältigt werden, die Probleme werden definiert und Lösungsmöglichkeiten besprochen. Dabei müssen auch Ängste, welche bei der Realisierung auftreten könnten, ausführlich besprochen werden (ebd., S. 78-79).

Direkte Unterstützung und Vermittlung von Hilfen

Gegen Ende der Krisenintervention muss gemeinsam mit den Gefangenen vereinbart werden, wie diese im Falle einer Zuspitzung der Krise weiter verfahren sollen. Ihnen können beispielweise Anleitungen für Entspannungsübungen angeboten werden und zudem kann eine unterstützende medikamentöse Hilfestellung eingeleitet werden. Ebenfalls muss geklärt werden, wie sie im Notfall Kontakt zu jemanden aufnehmen können und wer Hilfestellung leisten kann. Falls notwendig, muss, in Absprache mit den Gefangenen, die Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung einer Justizvollzugsanstalt oder eines Bezirkskrankenhauses organisiert werden (ebd., S. 79).

Weiteres Vorgehen

Abschließend fassen die Therapeut(inn)en das bisher Erarbeitete kurz zusammen. Dabei sollte geklärt werden, ob die Gefangenen und die Krisenbegleiter/-innen die gleichen Erkenntnisse aus dem Gespräch gewonnen haben. Nicht vergessen werden darf eine Nachfrage nach dem aktuellen Befinden der Inhaftierten. Abschließend werden Vereinbarungen über den weiteren Verlauf geklärt. Dabei muss über die Anzahl und Intervalle der folgenden Sitzungen, die Dauer und über die Teilnahme weiterer Personen gesprochen werden (ebd., S. 79-80). Einige Forscher/-innen schlagen den Einsatz von Anti-Suizid-Verträgen bzw. Suizidpakten vor. Dies ist eine mündliche, eventuell auch schriftliche Vereinbarung, in welcher die Gefangenen gemeinsam mit den Krisenbegleiter/-innen vereinbaren, für einen bestimmten Zeitraum, welcher in der Regel bis zum nächsten Treffen andauert, keine Suizidhandlungen auszuführen. Ein solches Abkommen richtet sich jedoch nur an Patient(inn)en mit entsprechender Absprachefähigkeit. Für Personen, die einen Realitätsverlust erlitten haben, mangelnde Impulskontrolle zeigen oder noch akute, drängende Suizidalität verspüren, ist dies nicht geeignet. Die Wirksamkeit des Einsatzes dieser Methode ist jedoch umstritten (Eink & Haltenhof, 2017, S. 124-125; Bronisch, 2007, S. 239; Dormmann, 2018, S. 58-67).

Nachdem das Erstgespräch abgeschlossen ist, und keine Einweisung in eine psychiatrische Abteilung nötig ist, müssen die Folgegespräche folgenden groben Ablauf aufweisen:

Struktur der Folgegespräche

Die weitere Begleitung orientiert sich immer an folgenden Leitfaden (Sonneck et al., 2016, S. 83):

- 1) Das Gespräch beginnt mit der Abfrage des Zustandes heute im Vergleich zum vorherigen Treffen. Dabei sollen Verbesserungen und Verschlechterungen sowie deren Ursachen besprochen werden. Des Weiteren müssen die Therapeut(inn)en die Gefangenen fragen, welche Vereinbarungen geholfen haben und welche nicht den gewünschten Effekt mit sich brachten. Auch wird die Frage nach Neuigkeiten und deren Auswirkungen gestellt.
- 2) Als Nächstes wird nach dem Zeitverlauf seit dem letzten Gespräch gefragt. Das Ziel ist es, herauszufinden, was in der Arbeit, im Bekanntenkreis und in der Familie geschehen ist und wie die Freizeit verbracht wurde.
- 3) Nun werden Vereinbarungen des letzten Zusammenkommens näher erörtert. Die Krisenbegleiter/-innen erkundigen sich, ob diese eingehalten, unter Umständen modifiziert oder nicht eingehalten wurden. Bei Nichteinhaltung müssen die Gründe, welche dazu geführt haben, in Erfahrung gebracht werden. Bei Bedarf muss dann die Bearbeitung dieser Problematik erfolgen.

- 4) Nachfolgend beschäftigen sich die Therapeut(inn)en und die Inhaftierten mit der Entwicklung der Fähigkeiten und Möglichkeiten der Klient(inn)en. Dabei wird herausgefunden, ob sich neue Potentiale ergeben haben und ob diese erfolgreich eingesetzt werden konnten.
- 5) Selbstverständlich muss auch auf die Problematik an sich näher eingegangen werden. Dabei sind die Fragen nach den eingetretenen Veränderungen seit dem letzten Gespräch und deren Entstehung sowie gezielte Fragen nach den schon bekannten Problembereichen sowie nach neuen Problemen erforderlich. Womöglich sind dann neue Vereinbarungen nötig.
- 6) Die Beziehung zwischen den Krisenbegleiter(inn)en und den Klient(inn)en muss wahrgenommen werden. Es ist jedoch nicht zwingend erforderlich, diese in jedem Gespräch zu besprechen. Bei Bedarf ist das jedoch sinnvoll.

In der Regel erfolgt der Abschluss der Krisenintervention nach zehn bis zwölf Treffen. Die Vorbereitung des Gesprächs ist von besonderer Bedeutung. Gemeinsam wird die erfolgreiche Bewältigung der Krise rekapituliert. Dabei wird der Fokus darauf gelegt, was und wie die straffällige Person die Krisenbewältigung erreicht hat. Auch wird gemeinsam besprochen, welche Verhaltensweisen bei künftigen Hindernissen geplant sind. Ist eine weitere Stabilisierung nötig, so muss gemeinsam eine kurzzeitige oder längerfristige Psychotherapie eingeleitet werden (ebd., S. 25).

6.3.3 Grenzen der Krisenintervention

Voraussetzung für die Durchführung einer Krisenintervention ist, dass eine adäquate Ausdrucksfähigkeit der Gefangenen gegeben ist. Sprachverständigungsprobleme sind ein Ausschlusskriterium für die Ausführung, da der Gebrauch von Dolmetscher(inne)n problematisch ist. Auch dürfen keine Schutzmaßnahmen für die Inhaftierten notwendig sein und angeordnet werden, d.h. die Klient(inn)en dürfen nicht akut psychotisch, verwirrt oder akut suizidal sein (Rupp, 2004, S. 100-101; Wedler, 1992, S. 301-302). Auch müssen die Klient(inn)en einer Krisenintervention zustimmen und sich aktiv an der Bewältigung beteiligen. Verweigert jemand dies, so ist keine erfolgreiche Bearbeitung der Problematik möglich (Wedler, 1992, S. 301-302).

6.4 Projekt „Listener“

Das Präventionsprojekt „Listener“ ist eine praktische Methode zur Suizidverhütung. Diese möchte ich in diesem Kapitel vorstellen. Ich beginne mit der Entstehungsgeschichte, beschreibe danach das Konzept der Maßnahme und abschließend gehe ich auf die Wirksamkeit des Projektes näher ein. Die Maßnahme ist an Inhaftierte gerichtet, welche als latent suizidal eingestuft werden. Der Begriff „latent suizidal“ wird jedoch in der Forschung vermieden, da man grundsätzlich der Auffassung ist, dass jede Person latent suizidal ist und es nur ein Ereignis benötigt, um aus der Latenz gehoben zu werden (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 35; Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 404). In der von mir gesichteten Literatur zu dem Projekt wird der Begriff ebenfalls nicht definiert (Bennefeld-Kersten, n.d.; Breuer & Pecher, 2015; Haider, 2015; Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, 2013; Lohner & Pecher, 2013). Es wird lediglich festgehalten, dass der Einsatz von „Listenern“ insbesondere indiziert ist, wenn sich bei der Abklärung der Suizidgefahr ein unklarer Befund ergibt und der Neuzugang als psychisch tendenziell belastet gilt oder sich eine suizidale Krise androht (Bennefeld-Kersten, n.d., S. 15; Breuer & Pecher, 2015, S. 325-326). Für akute Suizidalität ist der Einsatz jedoch nicht geeignet (ebd., S. 325). Somit ist nur die direkte wörtliche Übersetzung der Begrifflichkeit möglich. Somit richtet sich das Projekt an Gefangene, bei denen das Auftreten von Suizidalität zu Haftbeginn vermutet werden kann, da sie zum Beispiel bei Eintritt in die Haftanstalt schon überfordert, depressiv und/ oder perspektivlos wirkten. Dormmann sieht latente Suizidalität auch bei Menschen, die Freizeit- und Hochrisikoverhalten zeigen (Dormmann, 2018, S. 43).

6.4.1 Entstehung und Entwicklung des Projekts

Erstmals wurde die Peer-Suizidprävention 1991 in England und Wales vom Prison Service Headquarter in Zusammenarbeit mit den „Samaritans“ unter dem Begriff „Listener Scheme“ eingeführt. „Samaritans“, eine Wohltätigkeitsorganisation, hat sich zum Ziel gesetzt, durch freiwillige Helfer/-innen Suizidprävention zu leisten (Perrin & Blagden, 2014, S. 902). Grund für die Einführung war die hohe Anzahl an vollendeten Suiziden in den 1980er Jahren in den Haftanstalten (Samaritans, n.d.).

1994 wurde das Projekt in Schottland und 2002 in Irland eingeführt (ebd.). Erst im Jahr 1999 erfolgte durch die Justizanstalt Innsbruck die Übernahme der Maßnahme in den deutschsprachigen Raum. Seit 2011 wird das Projekt auch in einer Justizvollzugsanstalt in Deutschland, der Justizvollzugsanstalt (JVA) München, durchgeführt (Lohner & Pecher, 2013, S. 582-583). Die JVAen Aichach, Bernau und Bayreuth erarbeiteten bereits ein modifiziertes Konzept, welches es noch umzusetzen gilt (Breuer & Pecher, 2015, S. 339). Im

englischsprachigen Raum ist diese Methode der Suizidverhütung weiter verbreitet als im deutschsprachigen Raum. So wird das Projekt beispielsweise in Schottland in allen Haftanstalten, mit Ausnahme einer einzigen, durchgeführt sowie in fast allen Gefängnissen in England und Wales (Samaritans, n.d.).

Der Ursprung des Projekts ist das in der Behindertenarbeit durchgeführte peer-to-peer-Prinzip, was durch seine einzigartige und besondere Beratungsform charakterisiert ist. Dabei berät ein Mensch mit Behinderung einen anderen Menschen mit Behinderung. Kernelement der Beratungsform ist, dass sowohl Berater/-innen als auch Ratsuchende/-r den gleichen Erfahrungshintergrund haben und eine ähnliche Lebenserfahrung teilen (Breuer & Pecher, 2015, S. 321).

6.4.2 Projektbeschreibung

In der JVA München werden „Listener“ ausschließlich bei männlichen Neuzugängen eingesetzt. Stellt sich im Rahmen eines Suizidscreenings innerhalb des Zugangsgesprächs heraus, dass ein Gefangener latent suizidgefährdet ist, so wird ihn für die erste Nacht in Haft ein geschulter Mitgefangener als „Listener“ zugeteilt (Bennefeld-Kersten, n.d., S. 3-4; Breuer & Pecher, 2015, S. 324-325; Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, 2013, S. 56; Lohner & Pecher, 2013, S. 583).

Grundgedanke ist, dass der Haftbeginn als belastend oder krisenhaft erlebt werden kann und der „Listener“ als Ansprechpartner und Zuhörer während dieser Zeit zur Verfügung steht. Der „Listener“ soll den Neuzugang entlasten und ihn während des Haftbeginns begleiten, mögliche Informationen bezüglich des Verfahrensverlaufs und der weiteren Zeit der Inhaftierung geben und ihn als Gesprächspartner zur Verfügung stehen. Dies soll die risikobehaftete Zeit des Haftbeginns entschärfen und so zu einer Reduktion von Suizidalität beitragen. Besonders nachts ist die Begleitung durch den Mitgefangenen sinnvoll, da dort zum einen die meisten Suizide vollzogen werden und zum anderen steht während dieser Zeit keine Fachpersonal zur Verfügung, welcher die krisenhafte Situation versuchen kann zu klären (Breuer & Pecher, 2015, S. 322-324; Lohner & Pecher, 2013, S. 582). Die Dauer des Einsatzes eines „Listener“ sollte nicht länger als eine Nacht dauern, um eine Überforderung des „Listeners“ auszuschließen (Breuer & Pecher, 2015, S. 340). Auch darf der „Listener“ nicht eine professionelle Fachkraft ersetzen. Er darf jedoch ergänzend eingesetzt werden (Deville, Sorbello, Eccleston & Ward, 2005, S. 237). Die Arbeit als „Listener“ basiert auf freiwilliger ehrenamtlicher Basis und kann jederzeit beendet werden, auch während eines Einsatzes. Jeder Inhaftierte darf mitmachen, die Einsätze dürfen auch abgelehnt werden (Breuer & Pecher, 2015, S. 339). Bisher sind in der JVA München nur Strafgefangene der

sozialtherapeutischen Abteilung für Gewaltstraftäter als „Listener“ tätig (ebd., S. 325; Lohner & Pecher, 2013, S. 583). Denkbar wären auch Gefangene aus einer Betreuungs- oder Wohngruppe innerhalb der Justizvollzugsanstalt. Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, dass ein „Listener“ Teil eines umfassenden Behandlungskonzeptes ist, da somit ein enger Austausch zwischen den zuständigen Mitarbeiter/-innen der Justizvollzugsanstalt und dem „Listener“ möglich ist und somit ein therapeutischer Mehrwert aus dem Projekt genutzt werden kann (Breuer & Pecher, 2015, S. 340; Lohner & Pecher, 2013, S. 593). Ein „Listener“ sollte ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz besitzen, vor allem sollte er die Bereitschaft und Fähigkeit haben, sich in die Einstellungen und Empfindungen anderer Menschen einzufühlen und ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz aufweisen (Breuer & Pecher, 2015, S. 339). Die Gefangenen müssen vor ihrem Einsatz entsprechend geschult werden. Schulungsinhalte umfassen die Grundprinzipien der Gesprächsführung und Krisenintervention, die persönliche Auseinandersetzung mit dem Suizid und die Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs (Breuer & Pecher, 2015, S. 339; Haider, 2015, S. 345-349). Sowohl der „Listener“ als auch der betreute Inhaftierte sollten sich in ihrem Alter, Temperament und ihren Lebensstil, z.B. Raucher oder Nichtraucher, ähnlich sein. Grundsätzlich sollte die Durchführung des Projektes in einem speziell dafür ausgerichteten Haftraum stattfinden. Dieser darf keine Stockbetten enthalten, sondern muss mit zwei einzelnen Betten ausgestattet sein. Den Gefangenen muss gegenseitiger Blickkontakt ermöglicht werden. Jede dieser Zellen muss einen „Listener-Koffer“ enthalten, welcher beispielsweise Kaffee, Tabak, Spiele und Wasserkocher enthält. Die Idee dahinter ist, dass die Kontaktaufnahme dadurch erleichtert wird. Eine Nachbesprechung jedes Einsatzes mit dem „Listener“ ist obligatorisch (Breuer & Pecher, 2015, S. 340-341).

6.4.3 Evaluation der Maßnahme

In einer Selbstauskunft geben Neuzugänge nach der gemeinsamen Nacht mit dem „Listener“ ein verbessertes Wohlbefinden an. Generell stehen die Inhaftierten der Methode positiv gegenüber und sehen sie als hilfreich an (Breuer & Pecher, 2015, S. 329; Hall & Gabor, 2004, S. 25). Negative Emotionen, welche mit einer Inhaftierung verbunden sind, wie Perspektivlosigkeit, können verringert werden (Perrin & Blagden, 2014, S. 907). Nicht nur für die neu Inhaftierten bringt das Projekt Vorteile mit sich, auch „Listener“ profitiert davon. Gefangene können ein persönliches Wachstum erleben, was zu einer Einstellungsänderung führen kann. Die Empathiefähigkeit wird erweitert, die soziale Kompetenz ausgebaut, das Selbstwerterleben und das Selbstbild wird durch das Vertrauen, dass dem „Listener“ für den Einsatz seitens der Mitarbeiter/-innen der Justizvollzugsanstalt entgegengebracht wird, und durch die positive Rückmeldung des Neuzugangs, gestärkt. Das Gefühl des

„Gebrauchtwerdens“ darf dabei nicht unterschätzt werden. Auch werden prosoziale Werte gestärkt und die eigenen Möglichkeiten können künftig realistischer eingeschätzt werden. Dies ist der Fall, wenn der „Listener“ erfährt, dass auch er sich selbst über- und unterschätzen kann, indem er beispielsweise die Grenzen seines eigenen Handelns erfährt und innerhalb des zwischenmenschlichen Kontaktes ebenfalls Grenzen gesetzt sind (Dhaliwal & Harrower, 2009, S. 37-38; Hall & Gabor, 2004, S. 25; Lohner & Pecher, 2013, S. 590-591; Perrin & Blagden, 2014, S. 907). Es zeigen sich auch erste Andeutungen, dass dies eine hilfreiche Strategie zur Reduzierung von suizidalen Handlungen ist (Bagnall et al., 2015, S. 2; Griffiths & Bailey, 2015, S. 165; Junker, Beeler & Bates, 2005, S. 25-26). Jedoch darf die Maßnahme nicht überschätzt werden. Sie wirkt sich zwar grundsätzlich positiv auf einige Gefangenen aus, aber nicht alle profitieren davon. Für Menschen, die sowieso gerne mit anderen über ihre Probleme reden, ist das Projekt geeignet. Introvertierte Personen profitieren in keinem so großen Ausmaß davon (Cooper & Berwick, 2001, S. 180).

Abschließend muss die juristische Perspektive geklärt werden, da sich aus der Rechtslage die getrennte Unterbringung von Straf- und Untersuchungsgefangenen ableiten lässt. Zwar willigen die Untersuchungshäftlinge schriftlich ein, dass eine gemeinschaftliche Unterbringung während der Maßnahme angestrebt ist, jedoch ist fraglich, ob diese Einwilligung aus rechtlicher Sicht ausreichend ist. In der Praxis ist dieser Einwand derzeit jedoch nebensächlich, da die positiven Effekte der Methode deutlich überwiegen (Lohner & Pecher, 2013, S. 593).

6.5 Zusammenfassung der suizidpräventiven Maßnahmen

Es gibt verschiedene Methoden, um präventiv gegen Suizidalität vorzugehen. Grundlegend dabei ist, dass Personen mit erhöhtem Suizidrisiko überhaupt erst erkannt werden. Da Gefangene aufgrund einer Vielzahl von Faktoren potentiell suizidgefährdet sind, gestaltet sich die Identifizierung schwieriger als in der Allgemeinbevölkerung. Aus diesem Grund soll die Suizidabschätzung bereits beim Zugangsgespräch stattfinden. Da eine umfangreiche Exploration eines jeden Inhaftierten jedoch sowohl aus administrativen als auch aus kostenmäßigen Gründen nicht umsetzbar ist, wurden Screeninginstrumente zur Verfügung gestellt. Diese sollen potentiell suizidgefährdete Häftlinge erkennen. Hinweise zu suizidalen Häftlingen seitens Angehöriger, dem Justizpersonal und von Mithäftlingen müssen ernst genommen und diesen muss nachgegangen werden. Auf Grundlage des Ergebnisses des Messinstruments und durch Informationen anderer muss eine umfangreiche Suizidabschätzung stattfinden. Im Rahmen dieser muss sich die dafür zuständige Fachkraft an bestimmte Richtlinien halten. Suizidalität ist ein sensibles Thema, welches besondere Aufmerksamkeit

benötigt und ein besonderer Umgang mit diesem ist unerlässlich. Die zuständigen Diagnostiker/-innen müssen um ein entsprechendes fachliches Wissen verfügen, sich den Grenzen ihrer eigenen Möglichkeiten bewusst sein und sie müssen wissen, dass sie einen Suizid nicht verhindern können und sie für eine durchgeführte suizidale Handlung keine Verantwortung tragen. Findet trotz Vorkehrungen eine suizidale Handlung statt, welche nicht zum Tod geführt hat, so muss eine Krisenintervention durch entsprechend geschultes ärztliches, psychologisches oder sozialpädagogisches Fachpersonal erfolgen. Eine gute Methode zur Verhinderung der Entstehung von Krisen ist das „Listener“-Projekt. Bisher findet die Maßnahme jedoch wenig Verwendung. Ihr gesamtes Potential wird bislang noch nicht ausreichend ausgeschöpft.

7. Fazit

Suizidalität und Suizidprävention im Justizvollzug ist ein wichtiges Thema angesichts der, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, deutlich erhöhten Suizidrate und Anzahl von Selbstverletzungen. Zwei Ursachen können dafür festgemacht werden. Zum einen sind in einer Haftanstalt ausgewählte Personen, welche ein höheres Suizidalitätsrisiko beherbergen. Zum anderen kann die Inhaftierung und die mit ihr einhergehenden Umstände und Ereignisse als stressreich erachtet und als krisenhaft erlebt werden. Für die Entstehung von Suizidalität spielen eine Vielzahl von demografischen, medizinischen, psychopathologischen, neurobiologischen und genetischen, biografischen und kriminologischen Faktoren eine wichtige Rolle. Besonderes Augenmerk muss jedoch auf gefängnispezifischen Risikofaktoren liegen, da diese auch als Auslöser für Suizidalität fungieren können. Ein Aufenthalt in einer Haftanstalt ist immer mit einem erheblichen Eingriff ins Leben des Einzelnen verbunden. Dabei muss die Anpassung und Einordnung in neue, oftmals bis dato unbekannte, Strukturen erfolgen. Gerade zu Haftbeginn ist die gewohnte soziale Unterstützung zur Bewältigung nur schwer greifbar. Folglich sind viele Neulinge unsicher, da die Inhaftierung und die mit ihr verbundenen Umstände eine große psychische und emotionale Belastung darstellt, was zur Entstehung von Suizidalität führen kann. Um dies zu verhindern, empfiehlt sich der Einsatz von „Listenern“. Bisher wird diese Möglichkeit jedoch ausschließlich in der Justizvollzugsanstalt München angewandt. Der Ausbau des Projektes sollte angestrebt werden, da die Maßnahme viele Vorteile bietet. Sie wirkt sich beispielsweise positiv auf den Gemütszustand der Inhaftierten aus und kann die Entstehung einer Krise verhindern.

Da die Entwicklung von Suizidalität einen prozessartigen Charakter besitzt und meist über einen längeren Zeitraum verläuft, ist Prävention und Intervention möglich. Voraussetzung dafür ist, dass Suizidalität erkannt und entsprechend darauf reagiert wird. Dafür müssen jedoch vor allem die Mitarbeiter/-innen der Anstalten für die Thematik sensibilisiert werden. Sie müssen wissen, wie sie Suizidalität während dem Haftalltag erkennen können und wie sie entsprechend darauf reagieren müssen. Entsprechende Meldungen an Fachpersonal zur Abschätzung der Suizidalität müssen immer ernst genommen und zwingend überprüft werden. Nur durch eine umfangreiche Exploration können entsprechende Angebote und Maßnahmen eingeleitet werden, um eine (weitere) suizidale Handlung zu vermeiden. Erfolgt trotz entsprechend präventiv eingeleiteten Angeboten eine suizidale Handlung, so muss diese im Rahmen einer Krisenintervention durch entsprechend geschulte Fachkräfte aufgearbeitet werden. Anzumerken dabei ist, dass die Berufsgruppen jedoch nur eine begrenzte Stundenanzahl am Tag in der Haftanstalt als Ansprechpartner zur Verfügung

stehen und somit nicht entsprechend schnell auf eine Krise außerhalb ihrer Präsenzzeit reagieren können. Eine suizidale Person richtet sich aber nicht nach den Arbeitszeiten der Mitarbeiter/-innen und kann oftmals spontan nachts entstehen, weshalb der Einsatz eines Kriseninterventionsteams mit Rufbereitschaft sinnvoll ist, da dieses dann entsprechend rasch vor Ort ist. Ein Kriseninterventionsteam umfasst mehrere in der Krisenintervention ausgebildete Mitarbeiter/-innen, welche abwechselnd Bereitschaftsdienst haben und in Krisensituation hinzugerufen werden können.

Grundsätzlich existieren eine Vielzahl an Forschungsarbeiten zum Thema Suizidalität. Dabei bilden Gefangene jedoch eher eine Randgruppe. Forschungsschwerpunkte liegen auf Personen in der Allgemeinbevölkerung und mit psychischen Erkrankungen sowie der Prävention von Suiziden. Weitere Untersuchungen speziell zu der Population in Justizvollzugsanstalten ist nötig. Interessant zu wissen wäre, ob sich der Ausbau von Kontaktmöglichkeiten zu Familie und Freund(inn)en, zum Beispiel durch gemietete Telefone, positiv auf potentiell entstehende Krisen auswirken kann. Des Weiteren muss analysiert werden, welche Gründe für den Anstieg der Suizidrate in den letzten Jahren ursächlich sind. Trotz der Sensibilisierung und stetigen fachlichen Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen der Justizvollzugsanstalt ist eine deutlich erhöhte Suizidrate zu erkennen. Dieser muss, um der rechtlich verankerten Fürsorgepflicht gerecht zu werden, entgegengewirkt werden.

Literaturverzeichnis

- Abram, Karen M.; Choe, Jeanne Y.; Washburn, Jason J.; Teplin, Linda A.; Kind, Devon C. & Dulcan, Mina K. (2008): Suicidal Ideation and Behaviors Among Youth in Juvenile Detention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (3), S. 291-300.
- Adler, Lothar (2010): Amok im Spektrum homizidal-suizidaler Handlungen. *Suizidprophylaxe*, 37 (1), S. 8-14).
- Agrawal, Arpana; Narayanan, Gitanjali & Oltmanns, Thomas F. (2013): Personality Pathology and Alcohol Dependence at Midlife in a Community Sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4 (1), S. 55-61.
- Ajdacic-Gross, Vladeta; Weiss, Mitchell G.; Ring, Mariann; Hepp, Urs; Bopp, Matthias; Gutzwiller, Felix & Rössler, Wulf (2008): Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9), S. 726-732.
- Althaus, D. & Hegerl, U. (2004): Ursache, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Der Nervenarzt*, 75 (11), S. 1123-1135.
- American Civil Liberties Union (2012): *At America's Expense: The Mass Incarceration of the Elderly*. https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/elderlyprisonreport_20120613_1.pdf (abgerufen am 08.06.2019).
- Améry, Jean (1976): *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. Stuttgart: Klett.
- Anders, S.; Tsokos, M. & Püschel, K. (2003): Todesfälle im Gewahrsam. Hamburg 1990-2001. *Rechtsmedizin*, 13 (2), S. 77-81.
- Ansell, Emily B.; Wright, Aidan G.C.; Markowitz, John C.; Sanislow, Charles A.; Hopwood, Christopher J.; Zanarini, Mary C.; Yen, Shirley, Pinto, Anthony; McGlashan, Thomas H. & Grilo, Carlos M. (2015): Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow up. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 62 (2), S. 161-167.
- Arango, Victoria; Huang, Yung-yu; Underwood, Mark D. & Mann, J. John (2003): Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 37 (5), S. 375-386.

- Arie, Miri; Apter, Alan; Orbach, Israel; Yefet, Yael & Zalzman, Gil (2008): Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (1), S. 22-29.
- Arsenault-Lapierre, Geneviève; Kim, Caroline & Turecki, Gustavo (2004): Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4 (2004), 37.
- Arseniou, Stylianos; Arvaniti, Aikaterini & Samakouri, Maria (2014): HIV infection and depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68 (2), S. 96-109.
- Åsberg, Marie; Träskman, Lil & Thorén, Peter (1976): 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33 (10), S. 1193-1197.
- Audenaert, K.; Peremans, K.; Goethals, I. & van Heeringen, C. (2006): Functional imaging, serotonin and the suicidal brain. *Acta Neurologica Belgica*, 106 (3), S. 125-131.
- Bachmann, Silke (2018): Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (7), 1425.
- Bagnall, Anne-Marie; South, Jane; Hulme, Claire; Woodall, James; Vinall-Collier, Karen; Raine, Gary; Kinsella, Karina; Dixey, Rachael; Harris, Linda & Wright, Nat MJ (2015): A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*, 15, 290.
- Baldessarini, Ross J. & Hennen, John (2004): Genetics of suicide: an overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (1), S. 1-13.
- Barry, Lisa C.; Wakefield, Dorothy B.; Trestman, Robert L. & Conwell, Yeates (2016): Active and Passive Suicidal Ideation in Older Prisoners. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37 (2), S. 88-94.
- Baumann, Ursula (2012): Suizid: Soziale Relevanz und ethisch-moralische Beurteilung. In: Michael Anderheiden & Wolfgang Uwe Eckart (Hrsg.): *Handbuch Sterben und Menschenwürde* (S. 629-645). Berlin: Walter de Gruyter.
- Baumeister, Britta (2017): *Gewalt im Jugendstrafvollzug* (Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik, Bd. 20). Baden-Baden: Nomos.
- Baxter, David & Appleby, Louis (1999): Case register study of suicide risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 175 (4), S. 322-326.
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz (03.02.2018): *Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Markus Rinderspacher vom 8. Januar 2018 betreffend „Suizide in*

- bayerischen Justizvollzugsanstalten“. <https://bayernspd-landtag.de/workspace/media/static/rinderspacher-2823-j-5b03efccd5bf9.pdf> (abgerufen am 24.05.2019).
- Bender, Theodore William (2009): *Suicidality and Impulsivity: A Test of the Mediating Role of Painful Experiences* [Masterarbeit]. <http://fsu.digital.flvc.org/islandora/object/fsu:175862/datastream/PDF/view> (abgerufen am 22.04.2019).
- Bender, Theodore W.; Gordon, Kathryn H.; Bresin, Konrad & Joiner, Thomas E. (2011): Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorders*, 129 (1-3), S. 301-307.
- Bennefeld-Kersten, Katharina (n.d.): *Empfehlungen zum Einsatz von „Listeners“ im Rahmen der Suizidprävention*. <https://www.naspro.de/dl/AG-Strafvollzug-Listener.pdf> (abgerufen am 03.06.2019).
- Bennefeld-Kersten, Katharina (2009): *Ausgeschieden durch Suizid – Selbsttötungen im Gefängnis. Zahlen, Fakten, Interpretationen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bennefeld-Kersten, Katharina (2012): *Suizide von Gefangenen in Deutschland 2000 bis 2010*. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXjcawip3hAhUINOWKHVXtCsgQFjAAegQIA-RAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bildungsinstitut-justizvollzug.niedersachsen.de%2Fdownload%2F65640%2FSuizide_von_Gefangenen_von_2000_bis_2010.pdf&usg=AOvVaw1iBCHlich-zojfgLh9HuLa (abgerufen am 25.03.2019).
- Bennefeld-Kersten, Katharina (2018): Die Haftanstalt als gefährlicher Ort. In: Organisationsbüro der Strafverteidigervereinigungen (Hrsg.): *Räume der Unfreiheit. Texte und Ergebnisse des 42. Strafverteidigertages Münster, 2.-4. März 2018* (Schriftenreihe der Strafverteidigervereinigungen, Bd. 42, S. 65-75). https://www.strafverteidigervereinigungen.org/Schriftenreihe/Texte/Band%2042/Bennefeld-Kersten_65_75_41SchrStVV.pdf (abgerufen am 10.04.2019).
- Berger, Pascal & Riecher-Rössler, Anita (2004): Definition der Krise und Krisenassessment. In: Anita Riecher-Rössler, Pascal Berger, Ali Tarik Yilmaz & Rolf-Dieter Stieglitz (Hrsg.): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 19-30). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Bertolote, José & Fleischmann, Alexandra (2002): Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1 (3), S. 181-185.

- Bertolote, José M. & Wasserman, Danuta (2009): Development of definitions of suicidal behaviours: from suicidal thoughts to completed suicides. In: Danuta Wasserman & Camilla Wasserman (Hrsg.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective* (S. 87-90). Oxford: University Press.
- Bieneck, Steffen & Pfeiffer, Christian (2012): *Viktimisierungserfahrungen im Justizvollzug*. https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_119.pdf (abgerufen am 21.04.2019).
- Bijttebier, Stijn; Caeyenberghs, Karen; van den Ameele, Hans; Achten, Eric; Rujescu, Dan, Titeca, Koen & van Heeringen, Cornelis (2015): The Vulnerability to Suicidal Behavior is Associated with Reduced Connectivity Strength. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 632.
- Bijttebier, Patricia & Vertommen, Hans (1999): Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26 (5), S. 847-856.
- Bille-Brahe, Unni & Jensen, Borge (2004): The Importance of Social Support. In: Diego De Leo, Unni Bille-Brahe, Ad Kerkhof & Armin Schmidtke (Hrsg.): *Suicidal Behaviour. Theories and Research Findings* (S. 197-208). Göttingen u.a.: Hogrefe & Huber.
- Bing, Eric G.; Burnam, Audrey; Longshore, Douglas; Fleishman, John A.; Sherbourne, Cathy Donald; London, Andrew S.; Turner, Barbara J.; Eggan, Ferd; Beckman, Robin; Vitiello, Benedetto; Morton, Sally C.; Orlando, Maria; Bozzette, Samuel A.; Ortiz-Barron, Lucila & Shapiro, Martin (2001): Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States. *Archives Of General Psychiatry*, 58 (8), S. 721-728.
- Blaauw, Eric; Kerkhof, Ad J.F.M. & Hayes, Lindsay M. (2005): Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (1), S. 63-75.
- Blaauw, Eric; Kerkhof, Ad J. F. M.; Winkel, F. W. & Sheridan, L. (2001): Identifying Suicide Risk in Penal Institutions in the Netherlands. *The British Journal of Forensic Practice*, 3 (4), S. 22-28.
- Blaauw, Eric; Winkel, Frans Willem & Kerkhof, AD J.F.M. (2001): Bullying and Suicidal Behavior in Jails. *Criminal Justice and Behavior*, 28 (3), S. 279-299.
- Black, Donald W.; Blum, Nancee; Pfohl, Bruce & Hale, Nancy (2004): Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18 (3), S. 226-239.

- Blasko, Brandy L.; Jeglic, Elizabeth L. & Malkin, Stanley (2008): Suicide Risk Assessment in Jails. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8 (1), S. 67-76.
- Blasco-Fontecilla, Hilario; Rodrigo-Yanguas, Maria; Giner, Lucas; Lobato-Rodriguez, Maria Jose & de Leon, Jose (2016): Patterns of Comorbidity of Suicide Attempters: An Update. *Current Psychiatry Reports*, 18, 93.
- Blumenthal, Susan J. & Kupfer, David J. (1986): Generalizable Treatment Strategies for Suicidal Behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487 (1), S. 327-340.
- Bogue, John & Power, Kevin (1995): Suicide in Scottish prisons, 1976-93. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 6 (3), S. 527-540.
- Bohman, Hannes; Jonsson, Ulf; Päären, Aivar; von Knorring, Lars; Olsson, Gunilla & von Knorring, Anne-Liis (2012): Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry*, 12 (2012), 90.
- Bonner, Ronald L. (2006): Stressful Segregation Housing and Psychosocial Vulnerability in Prison Suicide Ideators. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), S. 250-254.
- Borges, Guilherme; Chiu, Wai Tat; Hwang, Irving; Panchal Bharat N.; Ono, Yutaka; Sampson, Nancy A.; Kessler, Ronald C. & Nock, Matthew K. (2012): Prevalence, onset, and transitions among suicidal behaviors. In: Matthew K. Nock, Guilherme Borges & Yutaka Ono (Hrsg.): *Suicide. Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* (S. 65-74). Cambridge: Cambridge University Press.
- Borrill, Jo (2002): Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *The British Journal of Forensic Practice*, 4 (4), S. 30-38.
- Borrill, Jo; Snow, Louisa; Medlicott, Diana; Teers, Rebecca & Paton, Jo (2005): Learning from 'Near Misses': Interviews with Women who Survived an Incident of Severe Self-Harm in Prison. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 44 (1), S. 57-69.
- Borschmann, Rohan; Thomas, Emma; Moran, Paul; Carroll, Megan; Heffernan, Ed; Spittal, Matthew J.; Sutherland, Georgina; Alati, Rosa & Kinner, Stuart A. (2017): Self-harm following release from prison: a prospective data linkage study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51 (3), S. 250-259.
- Bortolato, Marco; Pivac, Nela; Seler, Dorotea Muck; Perkovic, Matea Nikolac; Pessia, Mauro & Di Giovanni, Giuseppe (2013): The role of serotonergic system at the interface of aggression and suicide. *Neuroscience*, 236 (2013), S. 160-185.

- Bottke, Wilfried (1992): Juristische Aspekte von Suizidprävention und Suizidtherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf & Rainer Welz (Hrsg.): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 345-358). Regensburg: S. Roderer.
- Bourgoin, N. (1993): Mortality due to suicide in prison. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 41 (2), S. 146-154.
- Brady, John (2006): The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (5), S. 473-478.
- Brenner, Lisa; Ignacio, Rosalinda & Blow, Frederic (2011): Suicide and Traumatic Brain Injury Among Individuals Seeking Veterans Health Administration Services. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26 (4), S. 257-264.
- Brent, David A. & Mann, John J. (2005): Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C (1), S. 13-24.
- Breuer, Maike M. & Pecher, Willi (2015): Listener. In: Katharina Bennefeld-Kersten, Johannes Lohner & Willi Pecher (Hrsg.): *Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen* (S. 321-342). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Britton, Peter C.; Stephens, Brady; Wu, Jing; Kane, Cathleen; Gallegos, Autumn; Ashrafoun, Lisham; Tu, Xin & Conner, Kenneth R. (2015): Comorbid depression and alcohol use disorders and prospective risk for suicide attempt in the year following inpatient hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 187, S. 151-155.
- Bromet, Evelyn; Andrade, Laura Helena; Hwang, Irving; Sampson, Nancy A.; Alonso, Jordi; de Girolamo, Giovanni; de Graaf, Ron; Demyttenaere, Koen; Hu, Chiyi; Iwata, Noboru; Karam, Aimee N.; Kaur, Jagdish; Kostychenko, Stanislav; Lépine, Jean-Pierre; Levinson, Daphna; Matschinger, Herbert; Medina Mora, Maria Elena; Oakley Browne, Mark; Posada-Villa, Jose; Viana, Maria Carmen; Williams, David R. & Kessler, Ronald C. (2011): Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90.
- Bronisch, Thomas (1999): Erkennen von Suizidalität. *Psychotherapie*, 4 (2), S. 141-144.
- Bronisch, Thomas (2002): Diagnostik von Suizidalität. In: Thomas Bronisch (Hrsg.): *Psychotherapie der Suizidalität. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – erklärungspezifisch und schulenübergreifend* (Lindauer Psychotherapie Module, S. 9-15). Stuttgart u.a.: Thieme.

- Bronisch, Thomas (2007): Krisenintervention bei Suizidalität. *Psychotherapie*, 12 (2), S. 234-240.
- Bronisch, Thomas (2014): *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention* (6. überarb. Aufl.). München: C.H.Beck.
- Brown, Gregory K.; Beck, Aaron T.; Steer, Robert A. & Grisham, Jessica R. (2000): Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), S. 371-377.
- Brown, Samantha & Day, Andrew (2008): The Role of Loneliness in Prison Suicide Prevention and Management. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47 (4), S. 433-449.
- Brown, Stephen L. & Ireland, Carol A. (2006): Coping style and distress in newly incarcerated male adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38 (6), S. 656-661.
- Bryan, Craig J. & Clemans, Tracy A. (2013): Repetitive Traumatic Brain Injury, Psychological Symptoms, and Suicide Risk in a Clinical Sample of Deployed Military Personnel. *JAMA Psychiatry*, 70 (7), S. 686-691.
- Butler, Tony; Andrews, Gavin; Allnutt, Stephen; Sakashita, Chika; Smith, Nadine E. & Basson, John (2006): Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (3), S. 272-276.
- Callahan, Jay (1996): Negative Effects of a School Suicide Postvention Program – A Case Example. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 17 (3), S. 108-115.
- Canetto, Silvia Sara & Sakinofsky, Isaac (1998): The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (1), S. 1-23.
- Carlborg, Andreas; Winnerbäck, Kajsa; Jönsson, Erik G.; Jokinen, Jussi & Nordström, Peter (2010): Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10 (7), S. 1153-1164.
- Carrico, Adam W.; Johnson, Mallory O.; Morin, Stephan F.; Remien, Robert H.; Charlebois, Edwin D.; Steward, Wayne T.; Chesney, Margaret A. & NIMH Health Living Team (2007): Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*, 21 (9), S. 1199-1203.

- Catalan, Jose; Harding, Richard; Sibley, Elissa; Clucas, Claudine; Croome, Natasha & Sherr, Lorraine (2011): HIV infection and mental health: Suicidal behaviour – Systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 16 (5), S. 588-611.
- Cavanagh, J.T.O.; Carson, A.J.; Sharpe, M. & Lawrie, S.M. (2003): Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), S. 395-405.
- Chehil, Sonia & Kutcher, Stan (2013): *Das Suizidrisiko. Abschätzung der Suizidgefahr und Umgang mit Suizidalität*. Bern: Huber.
- Chopin, Elena; Kerkhof, Ad & Arensman, Ella (2004): Psychological Dimensions of Attempted Suicide: Theories and Data. In: Diego De Leo, Unni Bille-Brahe, Ad Kerkhof & Armin Schmidtke (Hrsg.): *Suicidal Behaviour. Theories and Research Findings* (S. 41-60). Göttingen u.a.: Hogrefe & Huber.
- Cibis, Anna; Mergl, Roland; Bramesfeld, Anke; Althaus, David; Niklewski, Günter; Schmidtke, Armin & Hegerl, Ulrich (2011): Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders*, 136 (1-2), S. 9-16.
- Ciampi, Luc (1993): Krisentheorie heute – eine Übersicht. In: Ulrich Schnyder & Jean-Daniel Sauvart (Hrsg.): *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 13-26). Bern: Hans Huber.
- Cliquennois, Gaetan (2010): Preventing Suicide in French Prisons. *The British Journal of Criminology*, 50 (6), S. 1023-1040.
- Cohen, Donna; Llorente, Maria & Eisdorfer, Carl (1998): Homicide-Suicide in Older Persons. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (3), S. 390-396.
- Colfax, Grant; Santos, Glenn-Milo; Chu, Priscilla; Vittinghoff, Eric; Pluddemann, Andreas; Kumar, Suresh & Hart, Carl (2010): Amphetamine-group substances and HIV. *The Lancet*, 376 (9739), S. 458-474.
- Colins, Oliver; Vermeiren, Robert; Vreugdenhil, Coby; van den Brink, Wim; Doreleijers, Theo & Broekaert, Erik (2010): Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (4), S. 255-263.
- Colle, Romain; Chupin, Maria; Cury, Claire; Vandendrie, Christophe; Gressier, Florence; Hardy, Patrick; Falissard, Bruno; Colliot, Olivier; Decreux, Denis & Corruble, Emmanuelle (2015): Depressed suicide attempters have smaller hippocampus than depressed patients without suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research*, 61 (1), S. 13-18.

- Committee against Torture (Hrsg.) (2017): *Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT). Vom 25. November bis zum 7. Dezember 2015.* <https://rm.coe.int/168071803c> (abgerufen am 18.04.2019).
- Conner, Kenneth R.; Cox, Christopher; Duberstein, Paul R.; Tian, Lili; Nisbet, Paul A. & Conwell, Yeates (2001): Violence, Alcohol, and Completed Suicide: A Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), S. 1701-1705.
- Conner, Kenneth R.; Meldrum, Sean; Wieczorek, William F.; Duberstein, Paul R. & Welte, John W. (2004): The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (4), S. 363-373.
- Cooper, Colin & Berwick, Sinéad (2001): Factors affecting psychological well-being of three groups of suicide-prone prisoners. *Current Psychology*, 20 (2), S. 169-182.
- Cooperman, Nina A. & Simoni, Jane M. (2005): Suicidal Ideation and Attempted Suicide Among Women Living With HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (2), S. 149-156.
- Council of Europe (2006): *European Prison Rules.* <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae> (abgerufen am 02.04.2019).
- Cox, Judith F. & Morschauer, Pamela C. (1997): A Solution to the Problem of Jail Suicide. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18 (4), S. 178-184.
- Cox Lippard, Elizabeth T.; Johnston, Jennifer A.Y. & Blumberg, Hilary P. (2014): Neurobiological Risk Factors for Suicide: Insights from Brain Imaging. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (3), S. 152-162.
- Crosby, Alex E.; Ortega, LaVonne & Melanson, Cindi (2011): *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Version 1.0.* <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf> (abgerufen am 08.04.2019).
- Crump, Casey; Sundquist, Kristina; Sundquist, Jan & Winkleby, Marilyn A. (2014): Socio-demographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44 (2), S. 279-289.
- Dahle, Klaus-Peter; Lohner, Johannes C. & Konrad, Norbert (2005): Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early

- Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4 (1), S. 53-62.
- Dalton, Vicki (1999): *Suicide in Prison 1980 to 1998: National Overview*. <https://aic.gov.au/publications/tandi/tandi126> (abgerufen am 03.04.2019).
- D'Amelio, R. & Pajonk, F.-G.B. (2011): Psychiatrische Notfälle. In: Frank Lasogga & Bernd Gasch (Hrsg.): *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis* (2. überarb. Aufl., S. 331-345). Berlin u.a.: Springer.
- Daniel, Anasseril E. & Fleming, Jennifer (2006): Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 12 (1), S. 24-35.
- Darke, Shane & Ross, Joanne (2002): Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97 (11), S. 1383-1394.
- Davoren, Mary; Fitzpatrick, Mary; Caddow, Fintan; Caddow, Martin; O'Neill, Conor; O'Neill, Helen & Kennedy, Harry G. (2015): Older men and older woman remand prisoners: mental illness, physical illness, offending patterns and needs. *International Psychogeriatrics*, 27 (5), S. 747-755.
- Deisenhammer, Eberhard A.; Ing, Chy-Meng; Strauss, Robert; Kemmler, Georg; Hinterhuber, Hartmann & Weiss, Elisabeth M. (2009): The Duration of the Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and Accomplishment of a Suicide Attempt? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (1), S. 19-24.
- De Leo, Diego; Burgis, Shelley; Bertolote, José M.; Kerkhof, Ad J. F. M. & Bille-Brahe, Unni (2006): Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27 (1), S. 4-15.
- Dell'Osso, Bernardo; Berlin, Heather A.; Serati, Marta & Altamura, Alfredo Carlo (2010): Neuropsychobiological Aspects, Comorbidity Patterns and Dimensional Models in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychobiology*, 61 (4), S. 169-179.
- Denning, Diane G.; Conwell, Yeates; King, Deborah & Cox, Chris (2010): Method Choice, Intent, and Gender in Completed Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30 (3), S. 282-288.
- Department of Veterans Affairs [VA] & Department of Defense [DoD] (2013): *VA/DoD Practice Guideline for Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group*. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_Suicide-Risk_Full.pdf (abgerufen am 28.05.2019).

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018): *ICD-10-GM Version 2019. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Band 1 – Systematisches Verzeichnis*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/> (abgerufen am 04.04.2019).
- Deutscher Bundestag (15.06.2018): *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 19/2387*. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/028/1902872.pdf> (abgerufen am 15.04.2019).
- Devilly, Grant J.; Sorbello, Laura; Eccleston, Lynne & Ward, Tony (2005): Prison-based peer-education schemes. *Aggression and Violent Behavior, 10* (2), S. 219-240.
- Dhaliwal, Rani & Harrower, Julia (2009): Reducing prisoner vulnerability and providing a means of empowerment: evaluating the impact of a Listener Scheme on the Listeners. *The British Journal of Forensic Practice, 11* (3), S. 35-43.
- di Giacomo, Ester; Krausz, Michael; Colmegna, Fabrizia; Aspesi, Flora & Clerici, Massimo (2018): Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 172* (12), S. 1145-1152.
- Diaconu, G. & Turecki, G. (2009): Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: Evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70* (11), S. 1551-1556.
- Dickhaut, Hans H. (1995): *Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für helfende Berufe und Eltern*. Weinheim: Beltz.
- Dixon-Gordon, Katherine; Harrison, Natalie & Roesch, Ronald (2012): Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health, 11* (1), S. 33-50.
- Dooley, Enda (1990): Prison Suicide in England and Wales, 1972-87. *The British Journal of Psychiatry, 156* (1), S. 40-45.
- Dooley, Enda (1997): Prison Suicide – Politics and Prevention: A View from Ireland. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 18* (4), S. 185-190.
- Dormann, Wolfram (2018): *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten* (Leben lernen, Bd. 74, 9. aktual. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dougherty, Donald M.; Mathias, Charles W.; Marsh, Dawn M.; Papageorgiou, T. Dorina; Swann, Alan C. & Moeller, F. Gerard (2004): Laboratory Measured Behavioral

- Impulsivity Relates to Suicide Attempt History. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (4), S. 374-385.
- Drenkhahn, Kristin (2018): Entwicklung und Prognose der Gefangenenpopulation und ihrer Merkmale. In: Bernd Maelicke & Stefan Suhling (Hrsg.): *Das Gefängnis auf dem Prüfstand. Zustand und Zukunft des Strafvollzugs* (Edition Forschung und Entwicklung in der Strafrechtspflege, S. 51-72). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dross, Margret (2001): *Krisenintervention*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Dudeck, Manuela; Kopp, Daniel; Kuwert, Philipp; Drenkhahn, K.; Orlob, S.; Lüth, H.J.; Freyberger, Harald J. & Spitzer, Carsten (2009): Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. Ergebnisse aus einer norddeutschen Haftanstalt. *Psychiatrische Praxis*, 36 (5), S. 219-224.
- Dumont, Dora M.; Brockmann, Brad; Dickman, Samuel; Alexander, Nicole & Rich, Josiah D. (2012): Public Health and the Epidemic of Incarceration. *Annual Review of Public Health*, 33 (2012), S. 325-339.
- Durkheim, Émile (1973): *Der Selbstmord*. Neuwied u.a.: Luchterhand (zuerst erschienen 1893).
- Duthé, Géraldine; Hazard, Angélique; Kensey, Annie & Ké Shon, Jean-Louis (2013): Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*, 233 (1-3), S. 273-277.
- Dye, Meredith Huey (2010): Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38 (4), S. 796-806.
- Drye, Robert C.; Goulding, Robert L. & Goulding, Mary E. (1973): No-Suicide Decisions: Patient Monitoring of Suicidal Risk. *American Journal of Psychiatry*, 130 (2), S. 171-174.
- Eink, Michael & Haltenhof, Horst (2012): *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (4. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Eink, Michael & Haltenhof, Horst (2017): *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (5. erw. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Encrenaz, Gaëlle; Miras, Alain; Contrand, Benjamin; Galera, Cédric; Pujos, Stéphane; Michel, Grégory & Lagarde, Emmanuel (2014): Inmate-to-inmate violence as a marker

- of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22 (2014), S. 20-25.
- Enzmann, Dirk (2002): Alltag im Gefängnis: Belastungen, Befürchtungen und Erwartungen aus der Sicht jugendlicher und heranwachsender Inhaftierter. In: Mechthild Bereswill & Theresia Höynck (Hrsg.): *Jugendstrafvollzug in Deutschland. Grundlagen, Konzepte, Handlungsfelder. Beiträge aus Forschung und Praxis* (Schriftenreihe der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V., Bd. 33, S. 263-284). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Etzersdorfer, Elmar (1994): Einige Bemerkungen zum Konzept des „Rationalen Suizids“. *Suizidprophylaxe*, 80 (3), S. 93-98.
- Etzersdorfer, Elmar (2008): Krisenintervention bei alten Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (1), S. 29-37.
- Falissard, Bruno; Loze, Jean-Yves; Gasquet, Isabelle; Duburc, Anne; de Beaurepaire, Christiane; Fagnani, Francis & Rouillon, Frédéric (2006): Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6 (2006), 33.
- Farberow, Norman L. & Shneidman, Edwin S. (1961): *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.
- Favril, Louis & Vander Laenen, Freya (2018): Suicidal Ideation Among Female Inmates: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Forensic Mental Health*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14999013.2018.1519613> (abgerufen am 30.04.2019).
- Favril, Louis; Vander Laenen, Freya; Vandeviver, Christophe & Audenaert, Kurt (2017): Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flandres, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55 (2017), S. 19-28.
- Favril, Louis; Wittouck, Ciska; Audenaert, Kurt & Vander Laenen, Freya (2019): A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40 (1), S. 42-53.
- Fazel, Seena & Baillargeon, Jacques (2011): The health of prisoners. *The Lancet*, 377 (9769), S. 956-965.
- Fazel, Seena & Benning, Ram (2009): Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978-2004. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (2), S. 183-184.

- Fazel, Seena; Benning, Ram & Danesh, John (2005): Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *The Lancet*, 366 (9493), S. 1301-1302.
- Fazel, Seena; Cartwright, Julia; Norman-Nott, Arabella & Hawton, Keith (2008): Suicide in Prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (11), S. 1721-1731.
- Fazel, Seena & Danesh, John (2002): Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359 (9306), S. 545-550.
- Fazel, Seena; Grann, Martin; Kling, Boo & Hawton, Keith (2011): Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (3), S. 191-195.
- Fazel, Seena; Hayes, Adrian J.; Bartellas, Katrina; Clerici, Massimo & Trestman, Robert (2016): Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3 (9), S. 871-881.
- Fazel, Seena; Ramesh, Taanvi & Hawton, Keith (2017): Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4 (12), S. 946-952.
- Fazel, Seena & Seewald, Katharina (2012): Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (5), S. 364-373.
- Fazel, Senna; Wolf, Achim; Pillas, Demetris; Lichtenstein, Paul & Långström, Niklas (2014): Suicide, Fatal Injuries, and Other Causes of Premature Mortality in Patients With Traumatic Brain Injury. A 41-Year Swedish Population Study. *JAMA Psychiatry*, 71 (3), S. 326-333.
- Feest, Johannes & Straube, Ingo (2012): § 5 StVollzG. Aufnahmeverfahren. In: Johannes Feest & Wolfgang Lesting (Hrsg.): *StVollzG. Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. AK-StVollzG* (6. Aufl., S. 42-56). Köln: Carl Heymanns.
- Felthous, Alan R. & Saß, Henning (2010): Zusammenhang zwischen Art der strafbaren Handlung und Suizid in Haftanstalten der USA. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4 (3), S. 170-181.
- Fenner, Dagmar (2007): Theoretische und praktische Rationalität. Eine Anwendung auf die aktuelle Suiziddebatte. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 61 (1), S. 51-76.

- Feuerlein, Wilhelm (1971): Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung?. *Der Nervenarzt*, 42 (3), S. 127-130.
- Filipp, Sigrun-Heide & Aymanns, Peter (2010): *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Flanagan, Timothy J. (1980): The pains of long-term imprisonment. A Comparison of British and American Perspectives. *The British Journal of Criminology*, 20 (2), S. 148-156.
- Flynn, Sandra; Swinson, Nicola; While, David; Hunt, Isabelle M.; Roscoe, Alison; Rodway, Cathryn; Windfuhr, Kirsten; Kapur, Navneet; Appleby, Louis & Shaw, Jenny (2009): Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (2), S. 306-321.
- Foerster, Klaus (2005): Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Thomas Hillenkamp & Brigitte Tag (Hrsg.): *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug* (S. 143-157). Berlin u.a.: Springer.
- Folkman, Susan; Lazarus, Richard S.; Gruen, Rand J. & DeLongis, Anita (1986): Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), S. 571-579.
- Forkmann, Thomas; Teismann, Tobias & Glaesmer, Heide (2016): *Diagnostik von Suizidalität* (Kompendien Psychologische Diagnostik, Bd. 14). Göttingen: Hogrefe.
- Forrester, Andrew & Slade, Karen (2014): Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done. *The Lancet*, 383 (9923), S. 1109-1111.
- Fortune, Sarah; Stewart, Anne; Yadav, Vikram & Hawton, Keith (2007): Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100 (1-3), S. 199-210.
- Foster, Tom; Gillespie, Kate; McLelland, Roy & Patterson, Chris (1999): Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder: Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 175 (2), S. 175-179.
- Fowler, James Christopher (2012): Suicide Risk Assessment in Clinical Practice: Pragmatic Guidelines for Imperfect Assessments. *Psychotherapy*, 49 (1), S. 81-90.
- Fralick, Michael; Thiruchelvam, Deva; Tien, Homer C. & Redelmeier, Donald A. (2016): Risk of suicide after a concussion. *Canadian Medical Association Journal*, 188 (7), S. 497-504.

- Frottier, Patrick; Frühwald, Stefan; Ritter, Kristina & König, Franz (2001): Deprivation versus Importation: ein Erklärungsmodell für die Zunahme von Suiziden in Haftanstalten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 69 (2), S. 90-96.
- Frottier, Patrick; König, Franz; Matschnig, Teresa; Seyringer, Michaela-Elena & Frühwald, Stefan (2008): Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft. *Psychiatrische Praxis*, 35 (1), S. 1-8.
- Frühwald, Stefan; Drexler, K. & Frottier, Patrick (2011): FC15-01 – The „viennese instrument for suicidality in correctional institutions“ (VISCI) – evaluation of two years routine administration in austrian correctional institutions. *European Psychiatry*, 26 (1), S. 1898.
- Frühwald, Stefan; Frottier, Patrick; Eher, Reinhard; Benda, Norbert & Ritter, Kristina (2001): Welche Relevanz hat die dokumentierte Suizidalität in Gefangensuiziden?. *Psychiatrische Praxis*, 28 (7), S. 326-329.
- Frühwald, Stefan; Frottier, Patrick; Matschnig, Teresa; König, Franz; Lehr, Stephan & Eher, Reinhard (2004): Do monthly or seasonal variations exist in suicides in a high-risk setting? *Psychiatry Research*, 121 (3), S. 263-269.
- Frühwald, Stefan; Matschnig, Teresa; Koenig, Franz; Bauer, Peter & Frottier, Patrick (2004): Suicide in custody. Case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (6), S. 494-498.
- Fulwiler, Carl; Forbes, Catherine; Santangelo, Susan L. & Folstein, Marshall (1997): Self-Mutilation and Suicide Attempt: Distinguishing Features in Prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25 (1), S. 69-77.
- Gaes, Gerald G. & Goldberg, Andrew L. (2004): *Prison Rape: A Critical Review of the Literature*. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/213365.pdf> (abgerufen am 21.04.2019).
- Geppert, Cynthia (17.01.2015): A Rational Suicide? *Psychiatric Times*, 32 (1). <https://www.psychiatristimes.com/suicide/rational-suicide> (abgerufen am 23.04.2019).
- Giegling, Ina; Olgiati, Paolo; Hartmann, Annette M.; Calati, Raffaella; Möller, Hans-Jürgen; Rujescu, Dan & Serretti, Alessandro (2009): Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (16), S. 1262-1271.

- Giernalczyk, Thomas & Doll, Hans (2004): Fortbildung für KrisenhelferInnen – Ein Leitfaden für SeminarleiterInnen. In: Wolf Müller & Ulrike Scheuermann (Hrsg.): *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 73-92). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gifuni, Anthony J.; Ding, Yang; Olié, Emilie; Lawrence, Natalia; Cyprien, Fabienne; Le Bars, Emmanuelle; Bonafé, Alain; Philips, Mary L.; Courtet, Philippe & Jollant, Fabrice (2016): Subcortical nuclei volumes in suicidal behavior: nucleus accumbens may modulate the lethality of acts. *Brain Imaging and Behavior*, 10 (1), S. 96-104.
- Goffman, Erving (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goldstein, Rise B.; Dawson, Deborah A.; Chou, S. Patricia & Grant, Bridget F. (2012): Sex Differences in Prevalence and Comorbidity of Alcohol and Drug Use Disorders: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73 (6), S. 938-950.
- Goodman, Marianne; Roiff, Tracey; Oakes, Allison H. & Paris, Joel (2012): Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14 (1), S. 79-85.
- Goodwin, Renee D.; Beautrais, Annette L. & Fergusson, David M. (2004): Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Research*, 126 (2), S. 159-165.
- Goss, J. Richard; Peterson, Kari; Smith, Lawrence W.; Kalb, Kate & Brodey, Benjamin B. (2002): Characteristics of Suicide Attempts in a Large Urban Jail System With an Established Suicide Prevention Program. *Psychiatric Services*, 53 (5), S. 574-579.
- Griffiths, Louise & Bailey, Di (2015): Learning from peer support schemes – can prison listeners support offenders who self-injure in custody? *International Journal of Prisoner Health*, 11 (3), S. 157-168.
- Gross-Iseroff, Ruth; Dillon, Kathryn A.; Israeli, Malka & Biegon, Anat (1990): Regionally selective increases in μ opioid receptor density in the brains of suicide victims. *Brain Research*, 530 (2), S. 312-316.
- Große Perdekamp, Markus; Pollak, Stefan & Thierauf, Annette (2010): Medicolegal evaluation of suicidal deaths exemplified by the situation in Germany. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 6 (1), S. 58-70.

- Guintivano, Jerry; Brown, Tori; Newcomer, Alison; Jones, Marcus; Cox, Olivia; Maher, Brion S.; Eaton, William W.; Payne, Jennifer L.; Wilcox, Holly C. & Kaminsky, Zachary A. (2014): Identification and Replication of a Combined Epigenetic and Genetic Biomarker Predicting Suicide and Suicidal Behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 171 (12), S. 1287-1296.
- Gullone, Eleonora; Jones, Tessa & Cummins, Robert (2000): Coping styles and prison experience as predictors of psychological well-being in male prisoners. *Psychiatry, Psychology and Law*, 7 (2), S. 170-181.
- Gvion, Yari & Apter, Alan (2011): Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 15 (2), S. 93-112.
- Haenel, Thomas (1989): *Suizidhandlungen. Neue Aspekte der Suizidologie*. Berlin u.a.: Springer.
- Haenel, Thomas & Pödingner, Walter (1986): Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.): *Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie* (Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2, 3. völlig neu gestalt. Aufl., S. 107-132). Berlin u.a.: Springer.
- Haglund, Axel; Tidemalm, Dag; Jokinen, Jussi; Långström, Niklas; Liechtenstein, Paul; Fazel, Seena & Runeson, Bo (2014): Suicide after release from prison – a population-based cohort study from Sweden. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75 (10), S. 1047-1053.
- Haider, Julia (2015): Ausbildung von Listeners. In: Katharina Bennefeld-Kersten, Johannes Lohner & Willi Pecher (Hrsg.): *Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen* (S. 343-349). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hales, H.; Davison, S.; Misch, P. & Taylor, P.J. (2003): Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 26 (6), S. 667-685.
- Hall, Berry & Gabor, Peter (2004): Peer Suicide Prevention in a Prison. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25 (1), S. 19-26.
- Hall, Richard C.W.; Platt, Dennis E. & Hall, Ryan, C.W. (1999): Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts: Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care. *Psychosomatics*, 40 (1), S. 18-27.

- Hanna, S. J. (2004): A study of 13 cases of near-hanging presenting to an Accident and Emergency Department. *Injury*, 35 (3), S. 253-256.
- Hanslmaier, Michael; Kemme, Stefanie; Stoll, Katharina & Baier, Dirk (2014): *Kriminalität im Jahr 2020. Erklärung und Prognose registrierter Kriminalität in Zeiten demografischen Wandels*. Wiesbaden: Springer.
- Harding, Timothy & Zimmermann, Erwin (1989): Psychiatric Symptoms, Cognitive Stress and Vulnerability Factors: A Study in a Remand Prison. *The British Journal of Psychiatry*, 155 (1), S. 36-43.
- Harrington, Richard (2001): Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57 (1), S. 47-60.
- Harris, Elizabeth Clare & Barraclough, Brian (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170 (3), S. 205-228.
- Hassan, Lamiece; Birmingham, Luke; Harty, Mari A.; Jarrett, Manuela; Jones, Peter; King, Carlene; Lathlean, Judith; Lowthian, Carrie; Mills, Alice; Senior, Jane; Thornicroft, Graham; Webb, Roger & Shaw, Jenny (2011): Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, 198 (1), S. 37-42.
- Haw, Camilla; Hawton, Keith; Niedzwiedz, Claire & Platt, Steve (2013): Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43 (1), S. 97-108.
- Hawton, Keith; Casañas i Comabella, Carolina; Haw, Camilla & Saunders, Kate (2013): Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), S. 17-28.
- Hawton, Keith & Catalán, José (1987): *Attempted suicide. A practical guide to its nature and management* (2. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, Keith; Linsell, Louise; Adeniji, Tunde; Sariaslan, Amir & Fazel, Seena (2014): Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, 383 (9923), S. 1147-1154.
- Hawton, Keith; Rodham, Karen & Evans, Emma (2008): *Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention* (Klinische Praxis). Bern: Hans Huber.

- Hawton, Keith; Zahl, Daniel & Weatherall, Rosamund (2003): Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (6), S. 537-542.
- Hayes, Lindsay M. (1989): National study of jail suicides: Seven years later. *Psychiatric Quarterly*, 60 (1), S. 7-29.
- Hayes, Lindsay M. (1995): Prison Suicide: An Overview and a Guide to Prevention. *The Prison Journal*, 75 (4), S. 431-456.
- Hayes, Lindsay M. (2009): *Juvenile Suicide in Confinement: A National Survey*. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/213691.pdf> (abgerufen am 09.04.2019).
- Hayes, Lindsay M. (2012): National Study of Jail Suicide: 20 Years Later. *Journal of Correctional Health Care*, 18 (3), S. 233-245.
- He, XY; Felthous, Alan R.; Holzer, Charles E.; Nathan, Pradan & Veasey, Spark (2001): Factors in Prison Suicide: One Year Study in Texas. *Journal of Forensic Sciences*, 46 (4), S. 896-901.
- Heidenreich, Thomas & Noyon, Alexander (2013): *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung* (2. erw. Aufl.). Weinheim u.a.: Beltz.
- Held, T.; Hawellek, K.; Dickopf-Kaschenbach, K.; Schneider-Asmann, Th.; Schmidtke, A. & Möller, H.-J. (1998): Harte und weiche Methoden des Parasuizids: was bestimmt die Wahl?. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 66 (11), S. 505-511.
- Hempel, Anthony G.; Levine, Ruth E.; Meloy, J. Reid & Westermeyer, Joseph (2000): A Cross-Cultural Review of Sudden Mass Assault by a Single Individual in the Oriental and Occidental Cultures. *Journal of Forensic Sciences*, 45 (3), S. 582-588.
- Henriksson, Svante; Boëthius, Göran & Iscasson, Göran (2001): Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (4), S. 301-306.
- Henriques, Gregg; Wenzel, Amy; Brown, Gregory K. & Beck, Aaron T. (2005): Suicide Attempters' Reaction to Survival as a Risk Factor for Eventual Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (11), S. 2180-2182.
- Henson, Katherine E.; Brock, Rachael; Charnock, James; Wickramasinghe, Bethany & Pitman, Alexandra (2019): Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76 (1), S. 51-60.

- Hiroeh, Urara; Appleby, Louis; Mortensen, Preben Bo & Dunn, Graham (2001): Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*, 358 (9299), S. 2110-2112.
- Hjelmeland, Heidi; Hawton, Keith; Nordvik, Hilmar; Bille-Brahe, Unni; De Leo, Diego; Fekete, Sandor; Grad, Onja; Haring, Christian; Kerkhof, Ad J.F.M.; Lönnqvist, Jouko; Michel, Konrad; Renberg, Ellinor Salander; Schmidtke, Armin; van Heeringen, Kees & Wasserman, Danuta (2002): Why People Engage in Parasuicide: A Cross-Cultural Study of Intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (4), S. 380-393.
- Hjelmeland, Heidi & Knizek, Birthe Loa (2016): Time to Change Direction in Suicide Research. In: Rory C. O'Connor & Jane Pirkis (Hrsg.): *The International Handbook of Suicide Prevention* (2. Aufl., S. 696-709). Hoboken: Wiley.
- Hoertel, N.; Franco, S.; Wall, M.M.; Oquendo, M.A.; Kerridge, B.T. Limosin, F. & Blanco, C. (2015): Mental disorders and risk of suicide attempt: prospective study. *Molecular Psychiatry*, 20 (6), S. 718-726.
- Holmstrand, C.; Bogren, M.; Mattisson, C. & Brådvik, L. (2015): Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132 (6), S. 459-469.
- Hor, Kahyee & Taylor, Mark (2010): Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24 (11), S. 81-90.
- Huey, Meredith P. & McNulty, Thomas (2005): Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding. *The Prison Journal*, 85 (4), S. 490-514.
- Humber, Naomi; Emsley, Richard; Pratt, Daniel & Tarrier, Nicholas (2013): Anger as a predictor of psychological distress and self-harm ideation in inmates: A structured self-assessment diary study. *Psychiatry Research*, 210 (1), S. 166-173.
- Humber, N.; Piper, M.; Appleby, L. & Shaw, J. (2011): Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychological Medicine*, 41 (11), S. 2275-2285.
- Hume, David (2013): *Über Selbstmord. Über die Unsterblichkeit der Seele*. Berlin: Holzinger (zuerst erschienen 1757).
- Hurley, William & Dunne, Michael P. (1991): Psychological Distress and Psychiatric Morbidity in Women Prisoners. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 25 (4), S. 461-470.

- Ivanoff, Andre & Jang, Sung Joon (1991): The Role of Hopeless and Social Desirability in Predicting Suicidal Behavior: A Study of Prison Inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3), S. 394-399.
- Ireland, Jane L. & Quinn, Karen (2007): Officer attitudes towards adult male prisoners who self-harm: development of an attitudinal measure and investigation of sex differences. *Aggressive Behavior*, 33 (1), S. 63-72.
- Irwin, John & Cressey, Donald R. (1962): Thieves, Convicts and the Inmate Culture. *Social Problems*, 10 (2), S. 142-155.
- Isometsä, Erkki (2014): Suicidal Behaviour in Mood Disorders – Who, When, and Why? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (3), S. 120-130.
- James, Doris J. & Glaze, Lauren E. (2006): *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates* (Bureau of Justice Statistics, Special Report). <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf> (abgerufen am 09.06.2019).
- Jenkins, Rachel; Bhurgra, Dinesh; Meltzer, Howard; Singleton, Nicola; Bebbington, Paul; Brugha Traloch; Coid, Jeremy; Farrell, Mike; Lewis, Glyn & Paton, Jo (2005): Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35 (2), S. 257-269.
- Jensen, Lisbeth L.; Gilbert, John D. & Byard, Roger W. (2009): Coincident deaths: double suicide or murder-suicide? *Medicine, Science and the Law*, 49 (1), S. 27-32.
- Jia, Cun-Xian; Mehlum, Lars & Qin, Ping (2012): AIDS/HIV Infection, Comorbid Psychiatric Illness, and Risk for Subsequent Suicide: A Nationwide Register Linkage Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73 (10), S. 1315-1321.
- Joiner, Thomas E. (2007): *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jokinen, Jussi; Forslund, Kaj; Ahnemark, Ewa; Gustavsson, J. Petter; Nordström, Peter & Åsberg, Marie (2010): Karolinska Interpersonal Violence Scale Predicts Suicide in Suicide Attempters. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (8), S. 1025-1032.
- Joukamaa, Matti (1997): Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science International*, 89 (3), S. 167-174.
- Junker, Gary; Beeler, Art & Bates, Jeffrey (2005): Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win-Win Solution. *Psychological Services*, 2 (1), S. 10-27.

- Kaplan, Mark S.; McFarland, Bentson, H.; Huguet, Nathalie & Newsom, Jason T. (2007): Physical Illness, Functional Limitations, and Suicide Risk: A Population-Based Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (1), S. 56-60.
- Kapur, N.; Hunt, I.M.; Windfuhr, K.; Rodway, C.; Webb, R.; Rahman, M.S.; Shaw, J. & Appleby, L. (2013): Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 43 (1), S. 61-71.
- Kariminia, Azar; Law, Matthew G.; Butler, Tony G.; Levy, Michael H.; Corben, Simon P.; Kaldor, John M. & Grant, Luke (2007): Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia. *Medical Journal of Australia*, 187 (7), S. 387-390.
- Kelly, Claire M.; Jorm, Anthony F.; Kitchener, Betty A. & Langlands, Robyn L. (2008): Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 8 (17).
- Keppler, K.; Stöver, Heino; Schulte, B. & Reimer, J. (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (2), S. 233-244.
- Kerkhof, Ad J. F. & Bernasco, Wim (1990): Suicidal Behavior in Jails and Prisons in The Netherlands: Incidence, Characteristics, and Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20 (2), S. 123-137.
- Kessler, Ronald C.; Petukhova, Maria; Sampson, Nancy A.; Zaslavsky, Alan M. & Wittchen, Hans-Ulrich (2012): Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21 (3), S. 169-184.
- King, Michael; Semlyen, Joanna; See Tai, Sharon; Killaspy, Helen; Osborn, David; Popyuk, Dimitri & Nazareth, Irwin (2008): A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8 (2008), 70.
- Kirtley, Olivia J.; O'Carroll, Ronan E. & O'Connor, Rory C. (2015): The role of endogenous opioids in non-suicidal self-injurious behavior: Methodological challenges. *Neuroscience & Behavioral Reviews*, 48 (2015), S. 186-189.
- Kjervik, Diane K. (1984): The psychotherapist's duty to act reasonably to prevent suicide: A proposal to allow rational suicide. *Behavioral Sciences & the Law*, 2 (2), S. 207-218.

- Klimke, A. (2002): Suizidalität. In: Wolfgang Gaebel & Franz Müller-Spahn (Hrsg.): *Diagnostik und Therapie psychischer Störungen* (S. 1099-1107). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Klimkiewicz, Anna; Klimkiewicz, Jakub; Jakubczyk, Andrzej; Kieres- Salomoński, Ilona & Wojnar, Marcin (2015): Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. epidemiology of dual diagnosis. *Psychiatria Polska*, 49 (2), S. 265-275.
- Klinger, David A. (2001): Suicidal Intent in Victim-Precipitated Homicide. Insights From the Study of „Suicide-by-Cop“. *Homicide Studies*, 5 (3), S. 206-226.
- Klonsky, David E. (2007): The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27 (2), S. 226-239.
- Klonsky, David E. (2009): The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166 (2-3), S. 260-268.
- Knafo, Alexandra; Guilé, Jean-Marc; Breton, Jean-Jacques; Labelle, Réal; Belloncle, Vincent; Bodeau, Nicolas; Boudailliez, Bernard; de la Rivière, Sébastien Garny; Kharij, Brahim; Mille, Christian; Mirkovic, Bojan; Pripis, Cornelia; Renaud, Johanne; Vervel, Christine; Cohen, David & Gérardin, Priscille (2015): Coping Strategies Associated With Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (2 Suppl 1), S. 36-54.
- Konrad, Norbert (2001): Suizid in Haft – Europäische Entwicklungen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 50, S. 103-109.
- Konrad, Norbert (2002): Suizid in Haft – europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz. *Schweizer Archiv für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 153 (3), S. 131-136.
- Konrad, Norbert (2009): Psychiatrie. In: Karlheinz Keppler & Heino Stöver (Hrsg.): *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen* (S. 208-222). Stuttgart u.a.: Thieme.
- Konrad, Norbert; Daigle, Marc S.; Daniel, Anasseril E.; Dear, Greg E.; Frottier, Patrick; Hayes, Lindsay M.; Kerkhof, Ad; Liebling, Alison & Sarchiapone, Marco (2007): Preventing Suicide in Prisons, Part I. recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28 (3), S. 113-121.

- Kopp, Daniel (2012): *Psychische Erkrankungen bei Gefängnisinsassen* [Dissertation]. <https://d-nb.info/1025856627/34> (abgerufen am 17.04.2019).
- Kovasznyai, Beatrice; Miraglia, Richard; Beer, Richard & Way, Bruce (2004): Reducing Suicides in New York State Correctional Facilities. *Psychiatric Quarterly*, 75 (1), S. 61-70.
- Kraemer, Helena Chmura; Kazdin, Alan E.; Offord, David R.; Kessler, Ronald C.; Jensen, Peter S. & Kupfer, David J. (1997): Coming to Terms With the Terms of Risk. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), S. 337-343.
- Kreitman, Norman; Philip A.E.; Greer, S. & Bagley, C.R. (1969): Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 115 (523), S. 746-747.
- Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs (Hrsg.) (2013): *Suizidprävention. Empfehlungen für den Justizvollzug. Heft II. Umgang mit Suizidalität*. https://www.bag-suizidpraevention.de/wp-content/uploads/2018/02/Empfehlungen-f%C3%BCr-den-Justizvollzug_HeftII.pdf (abgerufen am 26.05.2019).
- Kunert, Hanns Jürgen; Herpertz, Sabine & Saß, Henning (2005): Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung. In: Hans Förstl (Hrsg.): *Frontalhirn. Funktionen und Erkrankungen* (2. neu bearb. u. erw. Aufl., S. 321-346). Heidelberg: Springer Medizin.
- Köhler, Denis; Heinzen, Hanna; Hinrichs, Günter & Huchzermeier, Christian (2009): The Prevalence of Mental Disorders in a German Sample of Male Incarcerated Juvenile Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53 (2), S. 211-227.
- Kõlves, Kairi; Värnik, Airi; Schneider, Barbara; Fritze, Jürgen & Allik, Jüri (2006): Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Social Science & Medicine*, 62 (11), S. 2887-2896.
- Laishes, Jane (1997): Inmate Suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18 (4), S. 157-162.
- Large, Matthew; Ryan, Christopher & Nielssen, Olav (2011): The Validity and Utility of Risk Assessment for Inpatient Suicide. *Australasian Psychiatry*, 19 (6), S. 507-512.
- Larney, Sarah; Topp, Libby; Indig, Devon; O’Driscoll, Colmán & Greenberg, David (2012): A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 12 (2012), 14.

- Lasgaard, Mathias; Goossens, Luc & Elklit, Ask (2011): Loneliness, Depressive Symptomatology, and Suicide Ideation in Adolescence: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (1), S. 137-150.
- Laubenthal, Klaus (2015): *Strafvollzug* (7. neu bearb. Aufl.). Berlin u.a.: Springer.
- Laux, Gerd & Möller, Hans-Jürgen (2011): *Memorix. Psychiatrie und Psychotherapie* (2. aktual. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Laye-Gindhu, Aviva & Schonert-Reichl, Kimberly A. (2005): Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the „Whats“ and „Whys“ of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (5), S. 447-457.
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1 (3), S. 141-179.
- Leenaars, Antoon A.; Lester, David; Wenckstern, Susanne & Heim, Nikolaus (1994): Suizid-Abschiedsbriefe – Ein Vergleich deutscher und amerikanischer Abschiedsbriefe von Suizidenten. *Suizidprophylaxe*, 3 (80), S. 99-101.
- Leese, Morven; Thomas, Stuart & Snow, Louisa (2006): An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (5), S. 355-360.
- Lekka, Nicoletta P.; Argyriou, Andreas A. & Beratis, Stavroula (2006): Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (2), S. 87-92.
- Lesting, Wolfgang & Stöver, Heino (2012): § 56 StVollzG. Allgemeine Regeln. In: Johannes Feest & Wolfgang Lesting (Hrsg.): *StVollzG. Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. AK-StVollzG* (6. Aufl., S. 381-419). Köln: Carl Heymanns.
- Lieb, Roselind; Bronisch, Thomas; Höfler, Michael; Schreier, Andrea & Wittchen, Hans-Ulrich (2005): Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings From a Community Study. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (9), S. 1665-1671.
- Liebling, Alison (1993): Suicides in young prisoners: a summary. *Death Studies*, 17 (5), S. 381-407.
- Liebling, Alison (1995): Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35 (2), S. 173-187.

- Liebling, Alison (1999): Prison Suicide and Prisoner Coping. In: Michael Tonry & Joan Petersilia (Hrsg.): *Prisons* (Crime and Justice. A Review of Research, Bd. 26, S. 283-359). Chicago: The University of Chicago Press.
- Liebling, Alison (2013): Prison suicide and its prevention. In: Yvonne Jewkes (Hrsg.): *Handbook on Prisons* (S. 423-446). London u.a.: Routledge.
- Liebling, Alison & Ludlow, Amy (2016): Suicide, distress and the quality of prison life. In: Yvonne Jewkes, Ben Crewe & Jamie Bennett (Hrsg.): *Handbook on Prisons* (2. Aufl., S. 224-245). London u.a.: Routledge.
- Liem, Marieke & Nieuwebeerta, Paul (2010): Homicide Followed by Suicide: A Comparison with Homicide and Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40 (2), S. 133-145.
- Liem, Marieke; Postulart, Marieke & Nieuwebeerta, Paul (2009): Homicide-Suicide in the Netherlands. *Homicide Studies*, 13 (2), S. 99-123.
- Linden, Karl-Joachim (1969): *Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse* (Forum der Psychiatrie, Nr. 25). Stuttgart: Enke.
- Linehan, Marsha M. (1997): Behavioral treatments of Suicidal Behaviors. Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836 (1), S. 302-328.
- Linehan, Marsha M. & Goodstein, Judith L. (1983): Reasons for Staying Alive: When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2), S. 276-286.
- Links, Paul S.; Gould, Brent & Ratnayake, Ruwan (2003): Assessing Suicidal Youth With Antisocial, Borderline, or Narcissistic Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (5), S. 301-310.
- Logan, Joseph E.; Hill, Holly A.; Lynberg Black, Michele; Crosby, Alex E.; Karch, Debra L.; Barnes, Jamar D. & Lubell, Keri M. (2008): Characteristics of Perpetrators in Homicide-Followed-by-Suicide Incidents: National Violent Death Reporting System – 17 US States, 2003-2005. *American Journal of Epidemiology*, 168 (9), S. 1056-1064.
- Lohner, Johannes (2008): *Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten im Justizvollzug* (Schriftenreihe Criminologia. Interdisziplinäre Schriftenreihe zur Kriminologie, kritischen Kriminologie, Strafrecht, Rechtssoziologie, forensischen Psychiatrie und Gewaltprävention, Bd. 3) [Dissertation]. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

- Lohner, Johannes (2015): Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten von Gefangenen. In: Katharina Bennefeld-Kersten, Johannes Lohner & Willi Pecher (Hrsg.): *Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen* (S. 105-117). Lengerich: Pabst Sciene Publishers.
- Lohner, Johannes & Pecher, Willi (2013): Teilnehmer der Sozialtherapie als „Listeners“ im Rahmen der Suizidprävention – Hilfe für „beide Seiten“. In: Bernd Wischka, Willi Pecher & Hilde van den Boogaart (Hrsg.): *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug, Bd. 26, 2. durchgesehene Aufl., S. 581- 593). Freiburg: Centaurus.
- Lopez-Larson, Melissa; King, Jace B.; McGlade, Erin; Bueler, Elliott; Stoeckel, Amanda; Epstein, Daniel J. & Yurgelun-Todd, Deborah (2013): Enlarged thalamic volumes and increased fractional anisotropy in the thalamic radiations in Veterans with suicide behaviors. *Frontiers in Psychiatry*, 4 (83), S. 1-13.
- Mackenzie, Nicola; Oram, Chris & Borrill, Jo (2003): Self-inflicted deaths of women in custody. *The British Journal of Forensic*, 5 (1), S. 27-35.
- Madge, Nicola; Hawton, Keith; McMahon, Elaine M.; Corcoran, Paul; De Leo, Diego; de Wilde, Erik Jan; Fekete, Sandro; van Heeringen, Kees; Ystgaard, Mette & Arensman, Ella (2011): Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20 (10), S. 499-508.
- Madsen, Trine; Erlangsen, Annette; Orlovskaja, Sonja; Mofaddy, Ramy; Nordentoft, Merete & Benros, Michael E. (2018): Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide. *JAMA*, 320 (6), S. 580-588.
- Mann, J. John (2003): Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4 (2003), S. 819-828.
- Mann, J. John; Brent, David A. & Arango, Victoria (2001): The Neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide: A Focus on the Serotonergic System. *Neuropsychopharmacology*, 24 (5), S. 467-477.
- Mann, J. John; Waternaux, Christine; Haas, Gretchen L. & Malone, Kevin M. (1999): Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (2), S. 181-189.

- Marcikic, Mladen; Vuksic, Zeljka; Dumencic, Boris; Matuzalem, Elizabeta & Cacinovic, Vesna (2011): Double Suicide. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 32 (3), S. 200-201.
- Marcus, Paula & Alcabes, Philip (1993): Characteristics of Suicides by Inmates in an Urban Jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (3), S. 256-261.
- Maris, Ronald W. (2002): Suicide. *The Lancet*, 360 (9329), S. 319-326.
- Marušič, Andrej (2004): Toward a New Definition of Suicidality? Are We Prone to Fregoli's Illusion? *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25 (4), S. 145-146.
- Marzano, Lisa; Fazel, Seena; Rivlin, Adrienne & Hawton, Keith (2010): Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 197 (3), S. 219-226.
- Marzano, Lisa; Hawton, Keith; Rivlin, Adrienne & Fazel, Seena (2011): Psychosocial influences on prisoner suicide: A case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social Science & Medicine*, 72 (6), S. 874-883.
- Marzano, Lisa; Hawton, Keith; Rivlin, Adrienne; Smith, E. Naomi; Piper, Mary & Fazel, Seena (2016): Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. An Overview of Initiatives Based on a Systematic Review of Research on Near-Lethal Suicide Attempts. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37 (5), S. 323-334.
- Mayo, David J. (1986): The concept of rational suicide. *Journal of Medicine and Philosophy*, 11 (2), S. 143-155.
- McCann, Stewart J.H. (2010): Suicide, Big Five Personality Factors, and Depression at the American State Level. *Archives of Suicide Research*, 14 (4), S. 368-374.
- McClure, G.M.G. (2000): Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *British Journal of Psychiatry*, 176 (1), S. 64-67.
- McCue, Robert E. & Balasubramaniam, Meera (2017): *Rational Suicide in the Elderly. Clinical, Ethical, and Sociocultural Aspects*. Schweiz: Springer Nature.
- McGirr, Alexander; Paris, Joel; Lesage, Alain; Renaud, Johanne & Turecki, Gustavo (2007): Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (5), S. 721-729.

- McGuffin, Peter; Marušič, Andrej & Farmer, Anne (2001): What Can Psychiatric Genetics Offer Suicidology? *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22 (2), S. 61-65.
- McKenzie, Nigel & Keane, Michael (2007): Contribution of Imitative Suicide to the Suicide Rate in Prisons. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (5), S. 538-542.
- McPherson, A. (2005): An overview of the assessment tools available to mental health professionals to help determine patients at risk of suicide. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 10 (2), S. 1129-1142.
- Meerwijk, Ester L.; van Meijel, Berno; van den Bout, Jan; Kerkhof, Ad; de Vogel, Win & Grypdonck, Mieke (2009): Development and Evaluation of a Guideline for Nursing Care of Suicidal Patients With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (1), S. 65-73.
- Meischner-Al-Mousawi, Maja (2015): Fortbildung – Suizidprävention für Bedienstete der Justiz. In: Katharina Bennefeld-Kersten, Johannes Lohner & Willi Pecher (Hrsg.): *Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen* (S. 279-292). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Merikangas, Kathleen Ries; He, Jian-ping; Burstein, Marcy; Swanson, Sonja A.; Avenevoli, Shelli; Cui, Lihong et al. (2010): Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49 (10), S. 980-989.
- Meurer, Sigrid (2004): „Wenn ich das machen würde ... wäre ich ja wirklich tot.“ Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: Wolf Müller & Ulrike Scheuermann (Hrsg.): *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 195-207). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, Ilan H. (2003): Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), S. 674-697.
- Ministry of Justice (Hrsg.) (24.08.2017): *Prison Population Projections 2017 to 2022, England and Wales*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/639801/prison-population-projections-2017-2022.pdf (abgerufen am 04.05.2019).

- Ministry of Justice (Hrsg.) (25.04.2019): *Safety in custody quarterly: update to December 2018. Safety in custody statistics over deaths, self-harm and assaults in prison custody in England and Wales. Self-harm in prison custody 2004 to 2018.* <https://www.gov.uk/government/statistics/safety-in-custody-quarterly-update-to-december-2018> (abgerufen am 04.05.2019).
- Ministry of Justice (Hrsg.) (2010): *Offender Management Caseload Statistics 2009. Statistics bulletin.* https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/218065/omcs-2009-complete-210710a.pdf (abgerufen am 08.06.2019).
- Mohandi, Kris; Meloy, J. Reid & Collins, Peter I. (2009): Suicide by Cop Among Officer-Involved Shooting Cases. *Journal of Forensic Sciences*, 54 (2), S. 456-462.
- Mościcki, Eve K. (1997): Identification of Suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (3), S. 499-517.
- Muehlenkamp, Jennifer J. (2005): Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), S. 324-333.
- Mumola, Christopher J. (2005): *Suicide and Homicide in State Prisons and Local Jails.* <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/shsplj.pdf> (abgerufen am 30.04.2019).
- Mößle, Regine (2013): Altern hinter Gittern – Wie kann Intervention bei älteren Gefangenen gelingen? In: Bernd Wischka, Willi Pecher & Hilde van den Boogaart (Hrsg.): *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (2. durchgesehene Aufl., S. 548-556). Freiburg: Centaurus.
- Müller, Jürgen Leo & Nedopil, Norbert (2017): *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (5. überarb. Aufl.). Stuttgart u.a.: Thieme.
- Nanni, Maria Giulia; Caruso, Rosangela; Mitchell, Alex J.; Meggiolaro, Elena & Grassi, Luigi (2015): Depression in HIV Infected Patients: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 17 (1), 530.
- New Zealand Guidelines Group [NZGG] & Ministry of Health (2003): *The assessment and management of people at risk of suicide. For Emergency Departments and Mental Health Services. Acute Assessment Settings.* https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf (abgerufen am 28.05.2019).
- Niklewski, Günter & Riecke-Niklewski Rose (2011): *Leben mit einer Borderline-Störung* (3. vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Stuttgart: TRIAS.

- Nixon, Mary K.; Cloutier, Paula F. & Aggarwal, Sanjay (2002): Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (11), S. 1333-1341.
- Nock, Matthew K.; Borges, Guilherme; Bromet, Evelyn J.; Alonso, Jordi; Angermeyer, Matthias; Beautrais, Annette; Bruffaerts, Ronny; Chiu, Wai Tat; de Girolamo, Giovanni; Gluzman, Semyon; de Graaf, Ron; Gureje, Oye; Haro, Josep Maria; Huang, Yueqin; Karam, Elie; Kessler, Ronald C.; Lepine, Jean Pierre; Levinson, Daphna; Medina-Mora, Maria Elena; Ono, Yutaka; Posada-Villa, José & Williams, David (2008): Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (2), S. 98-105.
- Nock, Matthew K.; Borges, Guilherme; Bromet, Evelyn J.; Cha, Christine B.; Kessler, Ronald C. & Lee, Sing (2008): Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), S. 133-154.
- Nock, Matthew K.; Hwang, I.; Sampson, N.A. & Kessler, Ronald C. (2010): Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (8), S. 868-876.
- Nock, Matthew K. & Mendes, Wendy Berry (2008): Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem-Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), S. 28-38.
- Noll, Thomas & Endrass, Jérôme (2014): Suizidprävention im Gefängnis. *Kriminologisches Journal*, 46 (1), S. 2-14.
- Obschonka, Marting; Wams, Martin; Schulte-Markwort, Michael & Barkmann, Claus (2010): Psychische Belastungen bei deutschsprachigen jugendlichen und heranwachsenden Inhaftierten in der Hafteingangssituation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59 (2), S. 101-118.
- O'Carroll, Patrick W.; Berman, Alan L.; Maris, Ronald W.; Móscicki, Eve K.; Tanney, Bryan L. & Silverman, Morton M. (1996): Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26 (3), S. 237-252.
- O'Connor, Rory C. (2011): Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. In: Rory C. O'Connor, Stephen Platt & Jacki Gordon (Hrsg.): *International Handbook of Suicide Prevention. Research, Policy and Practice* (S. 181-198). Hoboken: Wiley-Blackwell.

- Oexle, N. & Rüschi, N. (2018): Stigma – Risikofaktoren und Konsequenz suizidalen Verhaltens. Implikationen für die Suizidprävention. *Der Nervenarzt*, 89 (7), S. 779-783.
- Office of the Correctional Investigator of Canada (2014): *A Three Year Review of Federal Inmate Suicides (2011-2014)*. <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/oth-aut/oth-aut20140910-eng.pdf> (abgerufen am 18.04.2019).
- Onkay, Angela (2014): Suicide: Rationality and Responsibility for Life. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (3), S. 141-147.
- Ontario Hospital Association [OHA] (2011): *Suicide Risk Assessment Guide. A Resource for Health Care Organizations*. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/tools-Resources/SuicideRisk/Documents/Suicide%20Risk%20Assessment%20Guide.pdf> (abgerufen am 27.05.2019).
- Opitz-Welke, Annette; Konrad, Norbert; Welke, Justus; Bennefeld-Kersten; Gauger, Ulrich & Voulgaris, Alexander (2019): Suicide in Older Prisoners in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (Article 154), S. 1-7.
- Opitz-Welke, Annette; Lehmann, Marc; Seidel, Peter & Konrad, Norbert (2018): Medizin im Justizvollzug. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (48), S. 808-815.
- Oquendo, M.A.; Currier, D.; Liu, S.; Hasin, D.; Grant, B. & Blanco, C. (2010): Increased Risk for Suicidal Behavior in comorbid Bipolar Disorder and Alcohol Use Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (7), S. 902-909.
- Osváth, Peter; Vörös, Viktor & Fekete, Sandor (2004): Life events and psychopathology in the group of suicide attempters. *Psychopathology*, 37 (1), S. 36-40.
- Owens, Michael J. & Nemeroff, Charles B. (1994): Role of Serotonin in the Pathophysiology of Depression: Focus on the Serotonin Transporter. *Clinical Chemistry*, 40 (2), S. 288-295.
- Palazidou, Eleni (2012): The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin*, 101 (1), S. 127-145.
- Papadimitriou, George N.; Linkowski, Paul; Delarbre, C. & Mendlewicz, J. (1991): Suicide on the paternal and maternal sides of depressed patients with a lifetime history of attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (6), S. 417-419.
- Paris, Joel & Zweig-Frank, Hallie (2001): A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (6), S. 482-487.

- Patterson, Raymond F. & Hughes, Kerry (2008): Review of Completed Suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. *Psychiatric Services*, 59 (6), S. 676-682.
- Perrin, Christian & Blagden, Nicholas (2014): Accumulating meaning, purpose and opportunities to change 'drip by drip': the impact of being a listener in prison. *Psychology, Crime & Law*, 20 (9), S. 902-920.
- Petermann, Franz & Winkel, Sandra (2007): Selbstverletzendes Verhalten. Diagnostik und psychotherapeutische Ansätze. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55 (2), S. 123-133.
- Peters, Uwe Henrik (1990): Bilanzsuizid. In: Uwe Henrik Peters (Hrsg.): *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie* (4. überarb. u. erw. Aufl., S. 74). München u.a.: Urban & Schwarzenberg.
- Petersen, Johannes (2016): *Todesfälle von Inhaftierten in Hamburg 1996-2012 unter besonderer Berücksichtigung der Suizide mit Vorschlägen zur Suizidprävention im Gefängnis* [Dissertation]. <https://d-nb.info/112120712x/34> (abgerufen am 25.03.2019).
- Phillips, David P. (1974): The Influence of Suggestion on Suicide. Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*, 39 (3), S. 340-354.
- Plöderl, Martin; Kralovec, Karl & Fartacek, Reinhold (2010): The Relation Between Sexual Orientation and Suicide Attempt in Austria. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (6), S. 1403-1414.
- Plöderl, Martin; Sauer, Joachim & Fartacek, Reinhold (2006): Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen – Eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38 (2), S. 283-302.
- Pohlmeier, Herman (1995): *Depression und Selbstmord* (Schriften der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e.V., Bd. 3, 3. Aufl.). Bonn: Parerga.
- Pollak, Stefan (2005): Rechtsmedizinische Aspekte des Suizids. *Rechtsmedizin*, 15 (4), S. 235-249.
- Pompili, Maurizio; Forte, Alberto; Palermo, Mario; Stefani, Henry; Lamis, Dorian A.; Serafini, Gianluca, Amore, Mario & Girardi, Paolo (2012): Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 73 (6), S. 411-417.

- Pompili, Maurizio; Lester, David; Innamorati, Marco; De Pisa, Eleonora; Amore, Mario; Ferrara, Camilla; Tatarelli, Roberto & Girardi, Paolo (2009): Quality of Life and Suicide Risk in Patients With Diabetes Mellitus. *Psychosomatics*, 50 (1), S. 16-23.
- Pompili, M.; Mancinelli, I. & Tatarelli, R. (2003): Stigma as a cause of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 138 (2), S. 173-174.
- Poorolajal, Jalal; Haghtalab, Tahereh; Farhadi, Mehran & Darvishi, Nahid (2016): Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38 (3), S. 282-291.
- Pope, Laura (2018): *Self-harm by adult men in prison: A rapid evidence assessment (REA)*. Her Majesty's Prison and Probation Service (Hrsg.). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/739521/self-harm-adult-men-prison-2018.pdf (abgerufen am 18.04.2019).
- Pratt, Daniel; Appleby, Louis; Piper, Mary; Webb, Roger & Shaw, Jon (2010): Suicide in recently released prisoners: a case-control study. *Psychological Medicine*, 40 (5), S. 827-835.
- Pratt, Daniel; Piper, Mary; Appleby, Louis; Webb, Roger & Shaw, Jenny (2006): Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *The Lancet*, 368 (9530), S. 119-123.
- Preti, Antonio (2008): School Shooting as a Culturally Enforced Way of Expressing Suicidal Hostile Intentions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36 (4), S. 544-550.
- Preti, Antonio & Cascio, Maria Teresa (2006): Prison Suicides and Self-harming Behaviours in Italy, 1990-2002. *Medicine, Science and the Law*, 46 (2), S. 127-134.
- Puzo, Quirino; Qin, Ping & Mehlum, Lars (2016): Long-term trends of suicide by choice of method in Norway: a joinpoint regression analysis of data from 1969 to 2012. *BMC Public Health*, 16 (2016), 255.
- Pöldinger, Walter (1982): Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Christian Reimer (Hrsg.): *Suizid. Ergebnisse und Therapie* (S. 13-23). Berlin u.a.: Springer.
- Qin, Ping (2011): The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (11), S. 1445-1452.

- Qin, Ping; Agerbo, Esben & Mortensen, Preben Bo (2003): Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (4), S. 765-772.
- Qin, Ping; Hawton, Keith; Mortensen, Preben Bo & Webb, Roger (2014): Combined effects of physical illness and comorbid psychiatric disorder on risk of suicide in a national population study. *The British Journal of Psychiatry*, 204 (6), S. 430-435.
- Radeloff, Daniel; Lempp, Thomas; Albowitz, Marius; Oddo, Silvia; Toennes, Stefan W.; Schmidt, Peter H.; Freitag, Christine M. & Kettner, Mattias (2012): Suizide im Kindes- und Jugendalter. Eine 13-Jahreserhebung im Einzugsgebiet einer deutschen Großstadt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40 (4), S. 263-269.
- Radeloff, Daniel; Lempp, Thomas; Herrmann, E.; Kettner, Mattias; Bennefeld-Kersten, Katharina & Freitag, Christine M. (2015): National total Survey of German adolescent Suicide in Prison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (2), S. 219-225.
- Radeloff, Daniel; Lempp, Thomas; Kettner, Matthias; Rauf, Anna; Bennefeld-Kersten, Katharina & Freitag, Christine M. (2017): Male suicide rates in German prisons and the role of citizenship. *PLoS ONE*, 12 (6), e0178959.
- Radeloff, Daniel; Stoeber, Franziska; Lempp, Thomas; Kettner, Mattias & Bennefeld-Kersten, Katharina (2019): Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PLoS One*, 14 (4), e0214936.
- Raja, Michele & Azzoni, Antonella (2007): The Impact of Obsessive-Compulsive Personality Disorder on the Suicidal Risk of Patients with Mood Disorders. *Psychopathology*, 40 (3), S. 184-190.
- Ramluggun, Pras (2013): A Critical Exploration of the Management of Self-Harm in a Male Custodial Setting: Qualitative Findings of A Comparative Analysis of Prison Staff Views on Self-Harm. *Journal of Forensic Nursing*, 9 (1), S. 23-34.
- Rasic, Daniel T.; Belik, Shay-Lee; Bolton, James M.; Chochinov, Harvey M. & Sareen, Jitender (2008): Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psycho-Oncology*, 17 (7), S. 660-667.
- Ratcliffe, Gregory; Enns, Murray; Belik, Shay-Lee & Sareen, Jitender (2008): Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective. *The Clinical Journal of Pain*, 24 (3), S. 204-210.

- Reiner, Artur & Kulesa, Christoph (1981): *Ich sehe keinen Ausweg mehr. Suizid und Suizidverhütung. Konsequenzen für die Seelsorge* (Gesellschaft und Theologie, Bd. 17) (3. veränd. u. erw. Aufl.). Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Reiter, Antje K. (2012): *Genetische Variationen im 5-HT2A Gen im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten* [Dissertation]. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/15057/1/Reiter_Antje.pdf (abgerufen am 22.04.2019).
- Reynders, Alexandre; Scheerder, Gert & Van Audenhove, Chantal (2011): The reliability of suicide rates: An analysis of railway suicides from two sources in fifteen European countries. *Journal of Affective Disorders*, 131 (1-3), S. 120-127.
- Rhyne, Clinton Ernest; Templer, Donald I.; Brown, Lilian G. & Peters, Noel B. (1995): Dimensions of Suicide: Perceptions of Lethality, Time, and Agony. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (3), S. 373-380.
- Ringel, Erwin (1969): *Selbstmordverhütung*. Bern u.a.: Huber.
- Ringel, Erwin (1997): *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern* (6. unveränd. Aufl.). Frankfurt am Main: Klotz (zuerst erschienen 1953).
- Rivlin, Adrienne; Fazel, Seena; Marzano, Lisa & Hawton, Keith (2011): The suicidal process in male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Psychology, Crime & Law*, 19 (4), S. 305-327.
- Rivlin, Adrienne; Hawton, Keith; Marzano, Lisa & Fazel, Seena (2010): Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 197 (4), S. 313-319.
- Rudd, M. David (2000): Integrating Science into the Practice of Clinical Suicidology: A Review of the Psychotherapy Literature and a Research Agenda for the Future. In: Ronald W. Maris, Silvia Sara Canetto, John L. McIntosh & Morton M. Silverman (Hrsg.): *Review of Suicidology*, 2000 (S. 47-83). New York: Guilford.
- Rudd, M. David (2012): Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) for Suicidality in Military Populations. *Military Psychology*, 24 (6), S. 592-603.
- Rudd, M. David; Berman, Alan L.; Joiner, Thomas E.; Nock, Matthew K.; Silverman, Morton M.; Mandrusiak, Michael; van Orden, Kimberly & Witte, Tracy (2006): Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (3), S. 255-262.

- Rujescu, D.; Möller, H.-J. & Riederer, Peter (2002): Postmortem Befunde bei Depression. In: Peter Riederer, Gerd Laux & Walter Pödlinger (Hrsg.): NEURO-PSYCHOPHARMAKA. Ein Therapie-Handbuch (Band 3: Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Stimmungsstabilisierer, 2. neubearb. Aufl., S. 12-30). Wien: Springer.
- Runeson, Bo & Åsberg, Marie (2003): Family History of Suicide Among Suicide Victims. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), S. 1525-1526.
- Runeson, Bo; Odeberg, Jenny; Pettersson, Agneta; Edbom, Tobias; Adamsson, Ingalill Jildevik & Waern, Margda (2017): Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 12 (7), e0180292.
- Rupp, Manuel (2004): Ambulante psychiatrische Notfall- und Krisenintervention. In: Anita Riecher-Rössler, Pascal Berger, Ali Tarik Yilmaz & Rolf-Dieter Stieglitz (Hrsg.): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 100-116). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Sachsse, Ulrich (2011): Selbstverletzendes Verhalten (SVV) als somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Birger Dulz; Sabine C. Hertz, Otto F. Kernberg & Ulrich Sachsse (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. vollst. überarb. u. erw. Aufl., S. 390-405). Stuttgart u.a.: Schattauer.
- Salize, Joachim & Dressing, Harald (2008): Epidemiologie und Versorgung psychischer Störungen im europäischen Strafvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35 (7), S. 353-360.
- Salvatore, Tony; Dodson, Kimberly D.; Kivisalu, Trisha M.; Caulkins, Chris G. & Brown, Jerrod (2018): Suicide in Prisons: A Brief Review. *The Forensic Mental Health Practitioner*, 1 (1), S. 1-18.
- Samaritans (n.d.): *The Listener scheme*. <https://www.samaritans.org/how-we-can-help/prisons/listener-scheme/> (abgerufen am 03.06.2019).
- Samuels, Jack (2011): Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23 (3), S. 223-233.
- Sanislow, Charles A.; Grilo, Carlos M.; Fehon, Dwain C.; Axelrod, Seth R. & McGlashan, Thomas H. (2003): Correlates of suicide risk in juvenile detainees and adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), S. 234-240.
- Sareen, Jitender; Houlihan, Tanya; Cox, Brian J. & Asmundson, Gordon J. G. (2005): Anxiety Disorders Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the

- National Comorbidity Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (7), S. 450-454.
- Sattar, Ghazala & Killias, Martin (2005): The Death of Offenders in Switzerland. *European Journal of Criminology*, 2 (3), S. 317-340.
- Schaefer, Karen E.; Esposito-Smythers, Christianne & Tangney, June P. (2016): Suicidal ideation in a United States jail: demographic and psychiatric correlates. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27 (5), S. 698-704.
- Schmidt, Holger (2014): Der Gefangenensuizid – ein rein psychiatrisches Problem? Ein Kommentar zum Beitrag Suizidprävention im Gefängnis von Thomas Noll und Jérôme Endrass. *Kriminologisches Journal*, 46 (1), S. 15-27.
- Schmitt, Günter (2006): Verhütung von Suizid und Suizidversuchen im Justizvollzug. *Be-währungshilfe*, 53 (4), S. 291-307.
- Schneider, Barbara; Schnabel, Axel; Wetterling, Tilman; Bartusch, Bernadette; Weber, Bernhard & Georgi, Klaus (2008): How do personality disorders modify suicide risk? *Journal of Personality Disorders*, 22 (3), S. 233-245.
- Schnittker, Jason & John, Andrea (2007): Enduring Stigma: The Long-Term Effects of In-carceration on Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (2), S. 115-130.
- Schnyder, Ulrich (1993): Ambulante Krisenintervention. In: Ulrich Schnyder & Jean-Daniel Sauvnt (Hrsg.): *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 55-74). Bern: Hans Huber.
- Seiffge-Krenke, Inge (2007): Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechterunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (3), S. 185-205.
- Shaffer, David & Pfeffer, Cynthia R. (2001): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (7), S. 24-51.
- Shaw, Jenny; Baker, Denise; Hunt, Isabelle M.; Moloney, Anne & Appleby, Louis (2004): Suicide by prisoners: National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 184 (3), S. 263-267.
- Shein, Benjamin (2016): Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 138 (1), e20161420.
- Sher, L. (2006): Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (1), S. 13-22.

- Sher, Leo & Stanley, Barbara H. (2008): The Role of Endogenous Opioids in the Pathophysiology of Self-Injurious and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 12 (4), S. 299-308.
- Sherr, Lorraine; Lampe, Fiona; Fisher, Martin; Arthur, Gilly; Anderson, Jane; Zetler, Sarah; Johnson, Margaret; Edwards, Simon & Harding, Richard (2008): Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *AIDS*, 22 (13), S. 1651-1658.
- Siegel, Karolynn (1986): Psychosocial Aspects of Rational Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 40 (3), S. 405-418.
- Silverman, Morton M. (2006): The Language of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (5), S. 519-532.
- Silverman, Morton M.; Berman, Alan L.; Sanddal, Nels D.; O'Carroll, Patrick W. & Joiner, Thomas E. (2007a): Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), S. 248-263.
- Silverman, Morton M.; Berman, Alan L.; Sanddal, Nels D.; O'Carroll, Patrick W. & Joiner, Thomas E. (2007b): Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), S. 264-277.
- Silverman, Morton M. & De Leo, Diego (2016): Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37 (2), S. 83-87.
- Simmich, Thomas; Reimer, Christian; Alberti, Luciano; Bronisch, Thomas; Erbe, Corinna; Milch, Wolfgang & Plaß, Angela (1999): Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. *Psychotherapeut*, 44 (6), S. 394-398.
- Simon, Thomas R.; Swann, Alan C.; Powell, Kenneth E.; Potter, Lloyd B.; Kresnow, Marciejo & O'Carroll, Patrick W. (2001): Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (s1), S. 49-59.
- Simpson, Grahame & Tate, Robyn (2002): Suicidality after traumatic brain injury: demographic, injury and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 32 (4), S. 687-697.
- Singh Bhui, Hindpal (2007): Alien experience: Foreign national prisoners after the deportation crisis. *The Journal of Community and Criminal Justice*, 54 (4), S. 368-382.

- Snow, Louisa (2002): Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 4 (4), S. 18-29.
- Snow, Louisa; Paton, Jo; Oram, Chris & Teers, Rebecca (2002): Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4 (4), S. 3-17.
- Soloff, Paul H.; Pruitt, Patrick; Sharma, Mohit; Radwan, Jacqueline; White, Richard & Diwadkar, Vaibhav A. (2012): Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (4), S. 516-525.
- Sonneck, & Etzersdorfer (1992): Krisenintervention. In: Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf & Rainer Welz (Hrsg.): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 57-70). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Sonneck, Gernot; Kapusta, Nestor; Tomandl, Gerald & Voracek, Martin (Hrsg.) (2016): *Krisenintervention und Suizidverhütung* (3. aktual. Aufl.). Wien: facultas.
- Spinellis, Calliope D. & Themeli, Olga (1997): Suicide in Greek Prisons: 1977 to 1996. *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18 (4), S. 152-156.
- Spoletini, Ilaria; Piras, Fabrizio; Fagioli, Sabrina; Rubino, Ivo Alex; Martinotti, Giovanni; Siracusano, Alberto; Caltagirone, Carlo & Spalletta, Gianfranco (2011): Suicidal attempts and increased right amygdala volume in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 125 (1), S. 30-40.
- Statham, Dixie J.; Heath, A.C.; Madden, P.A.F.; Bucholz, Kathleen K.; Bierut, L.; Dinwiddie, Stephen H.; Slutske, W.S.; Dunne, M.P. & Martin, N.G. (1998): Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 28 (4), S. 839-855.
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (n.d.): *Todesursachen. Zahl der Todesfälle im Jahr 2016 um 1,5 % gesunken*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle-2016.html> (abgerufen am 05.04.2019).
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2019a): *Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2016*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaeztliche-selbstbeschaedigung/> (abgerufen am 05.04.2019).
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2019b): *Anzahl der Sterbefälle durch Suizid unter Männern in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2000 bis 2016*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318434/umfrage/anzahl-der-sterbefaelle-durch-suizid-unter-maennern-in-deutschland-nach-art-der-methode/> (abgerufen am 30.03.2019).

- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2019c): *Anteil ausgewählter Selbstmordmethoden an der Gesamtzahl der Suizide in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2016*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318453/umfrage/anteil-ausgewaehelter-selbstmordmethoden-an-der-gesamtzahl-der-suizide-in-deutschland/> (abgerufen am 30.03.2019).
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2019d): *Anzahl der Sterbefälle durch Suizid unter Frauen in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2000 bis 2016*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318441/umfrage/anzahl-der-sterbefa-elle-durch-suizid-unter-frauen-in-deutschland-nach-art-der-methode/> (abgerufen am 30.03.2019).
- Statistisches Bundesamt, Robert Koch-Institut & Bundeskriminalamt (2019): *Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen bis 2017*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318378/umfrage/anzahl-der-suizide-in-deutschland-im-vergleich-zu-ausgewaehlten-todesursachen/> (abgerufen am 05.04.2019).
- Stein, Claudius (2012): Krisenintervention. *Neuropsychiatrie*, 26 (3), S. 106-110.
- Steinert, Tilman (1993): Freizeitrisikoverhalten – ein suizidales Phänomen? *Suizidprophylaxe*, 20 (74), S. 45-55.
- Stengel, Erwin (1969a): *Selbstmord und Selbstmordversuch*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Stengel, Erwin (1969b): Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: Erwin Ringel (Hrsg.): *Selbstmordverhütung* (S. 9-50). Bern u.a.: Huber.
- Stengel, Erwin (1970): Attempted Suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 116 (531), S. 237-238.
- Stokes, Marquita L.; McCoy, Kathleen P.; Abram, Karen M.; Byck, Gayle R. & Teplin, Linda A. (2015): Suicidal Ideation and Behavior in Youth in the Juvenile Justice System: A Review of the Literature. *Journal of Correctional Health Care*, 21 (3), S. 222-242.
- Stompe, Thomas; Brandstätter, N.; Ebner, N. & Fischer-Danzinger, D. (2010): Psychiatrische Störungen bei Haftinsassen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11 (2), S. 20-23.
- Stöver, Heino; Tielking, Knut & Becker, Susanne (2003): *Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg* (Schriftenreihe

Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Bd. 9). <http://oops.uni-oldenburg.de/458/3/tieent03.pdf> (abgerufen am 10.04.2019).

- Stravynski, Ariel & Boyer, Richard (2001): Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide: A Population-Wide Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (1), S. 32-40.
- Suk, Eefje; van Mill, Josine, Vermeiren, Robert; Ruchkin, Vladislav; Schwab-Stone, Mary; Doreleijers, Theo & Deboutte, Dirk (2009): Adolescent suicidal ideation: a comparison of incarcerated and school-based samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (6), S. 377-383.
- Suto, Ildiko & Arnaut, Genevieve L. Y. (2010): Suicide in Prison: A Qualitative Study. *The Prison Journal*, 90 (3), S. 288-312.
- Swannell, Sarah; Martin, Graham; Scott, James; Gibbons, Marion & Glifford, Shaune (2008): Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: development of a self-report measure. *Australasian Psychiatry*, 16 (2), S. 98-103.
- Sykes, Gresham M. (1964): *The society of captives. A study of a maximum security prison* (3. Aufl.). Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Tartaro, Christine & Lester, David (2005): An Application of Durkheim's Theory of Suicide to Prison Suicide Rates in the United States. *Death Studies*, 29 (5), S. 413-422.
- Teasdale, T. W. & Engberg, A. W. (2001): Suicide after traumatic brain injury: a population study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74 (4), S. 436-440.
- Teismann, Tobias & Dorrman, Wolfram (2013): Suizidalität. Risikoabschätzung und Krisenintervention. *Psychotherapeut*, 58 (3), S. 297-311.
- Teismann, Tobias & Dorrman, Wolfram (2014): *Suizidalität* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 54). Göttingen: Hogrefe.
- Teismann, Tobias; Forkmann, Thomas; Wachtel, Sarah; Edel, Marc-Andreas; Nyhuis, Peter & Glaesmer, Heide (2015): The German version of the Painful and Provocative Events Scale: A psychometric investigation. *Psychiatry Research*, 226 (1), S. 264-272.
- Teplin, Linda A.; Abram, Karen M.; McClelland, Gary M.; Dulcan, Mina K. & Mericle, Amy A. (2002): Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*, 59 (12), S. 1133-1143.
- Tomaševski, Katarina (1992): *Prison health. International standards and national practices in Europe* (Yhdistyneiden Kansakuntien Yhteydessä Toimiva Helsingin

- Kriminaalipoliittinen Instituutti, Publication series, 21). Helsinki: Helsinki Institute for Crime Prevention and Control.
- Tonn, P.; Reuter, S.; Gerlach, N.; Dahmen, N. & Pajonk, F.-G.B. (2008): Psychiatrische Patienten in der Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin*, 11 (8), S. 537-546.
- Trotter, Chris & Baidawi, Susan (2015): Older prisoners: Challenges for inmates in prison management. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 48 (2), S. 200-218.
- Trull, Timothy J.; Jahng, Seungmin; Tomko, Rachel L.; Wood, Phillip K. & Sher, Kenneth J. (2010): Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24 (4), S. 412-426.
- Tsirigotis, Konstantinos; Gruszczynski, Wojciech & Tsirigotis, Marta (2011): Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical Science Monitor*, 17 (8), S. 65-70.
- Tye, Christine S. & Mullen, Paul E. (2006): Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (3), S. 266-271.
- Ukere, Asi (2012): *Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen* [Dissertation]. <https://d-nb.info/1028862210/34> (abgerufen am 03.05.2019).
- United Nations (1955): *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.* https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf (abgerufen am 02.04.2019).
- van Heeringen, C.; Bijttebier, S. & Godfrin, K. (2011): Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35 (3), S. 688-698.
- van Heeringen, Kees & Mann, J. John (2014): The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1 (1), S. 63-72.
- van Orden, Kimberly A.; Witte, Tracy K.; Cukrowicz, Kelly C.; Braithwaite, Scott, Selby, Edward A. & Joiner, Thomas E. (2010): The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117 (2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130348/pdf/nihms301351.pdf> (abgerufen am 15.05.2019).
- Verrotti, Alberto; Cicconetti, Alessandra; Scorrano, Barbara; De Berardis, Domenico; Cotellessa, Carla; Chiarelli, Francesco & Ferro, Filippo Maria (2008): Epilepsy and suicide:

- pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4 (2), S. 365-370.
- Vicens, Enric; Tort, Vicenç; Dueñas, Rosa María; Muro, Álvaro; Pérez-Arnau, Francesc; Arroyo, José Manuel; Acín, Enrique; De Vicente, Angel; Guerrero, Rafael; Lluch, Joan; Planella, Ramón & Sarda, Pilar (2011): The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21 (5), S. 321-332.
- Vitiello, Benedetto & Pearson, Jane L. (2008): A Depressed Adolescent at High Risk of Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (3), S. 323-328.
- von Borczyskowski, Annika; Lindblad, Frank; Vinnerljung, Bo & Hjern, Anders (2009): Gender Differences in Risk Factors for Suicide: Findings From a Swedish National Cohort Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2), S. 108-111.
- von Schönfeld, C.-E.; Schneider, F.; Schröder, T.; Widmann, B.; Botthof, U. & Driessen, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt*, 77 (7), S. 830-841.
- Völlm, Birgit A. & Dolan, Mairead C. (2009): Self-harm among UK female prisoners: a cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (5), S. 741-751.
- Walker, Kristin L.; Chang, Edward C. & Hirsch, Jameson K. (2017): Neuroticism and Suicidal Behavior: Conditional Indirect Effects of Social Problem Solving and Hopelessness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15 (1), S. 80-89.
- Wang, Jen; Häusermann, Michael; Wydler, Hans; Mohler-Kuo, Meichung & Weiss, Mitchell G. (2012): Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: findings from 3 probability surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (8), S. 980-986.
- Wasserman, Gail A. & McReynolds, Larkin S. (2006): Suicide Risk at Juvenile Justice Intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), S. 239-249.
- Wasserman, Gail A.; McReynolds, Larkin S.; Schwalbe, Craig S.; Keating, Joseph & Jones, Shane A. (2010): Psychiatric Disorder, Comorbidity, and Suicidal Behavior in Juvenile Justice Youth. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (12), S. 1361-1376.
- Wasserman, Lori; Shaw, Tammy; Vu, Michael; Ko, Clara; Bollegala, Dimitri & Bhalerao, Shree (2008): An overview of traumatic brain injury and suicide. *Brain Injury*, 22 (11), S. 811-819.

- Watzka, Carlos (2008): *Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Watzke, Stefan; Ullrich, Simone & Marneros, Andreas (2006): Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (7), S. 414-421.
- Way, Bruce B.; Miraglia, Richard; Sawyer, Donald A.; Beer, Richard & Eddy, John (2005): Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28 (3), S. 207-221.
- Webb, Roger T.; Shaw, Jenny; Stevens, Hanne; Mortensen, Preben B.; Appleby, Louis & Qin, Ping (2012): Suicide Risk Among Violent and Sexual Criminal Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27 (17), S. 3405-3424.
- Webb, Roger T.; Qin, Ping; Stevens, Hanne; Appleby, Louis; Shaw, Jenny & Mortensen, Preben Bo (2013): Combined influence of serious mental illness and criminal offending on suicide risk in younger adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (1), S. 49-57.
- Weber, Matthias M. (2002): Rechtliche Aspekte bei der Psychotherapie Suizidaler. In: Thomas Bronisch (Hrsg.): *Psychotherapie der Suizidalität. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – erklärungspezifisch und schulenübergreifend* (Lindauer Psychotherapie Module, S. 108-119). Stuttgart u.a.: Thieme.
- Wedler, Hans (1992): Behandlung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf & Rainer Welz (Hrsg.): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 293-304). Regensburg: S. Roderer.
- Wenzel, Amy & Beck, Aaron T. (2008): A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12 (4), S. 189-201.
- Wenzel, Amy; Berchick, Edward R.; Tenhave, Thomas; Halberstadt, Steffanie; Brown, Gregory K. & Beck, Aaron T. (2011): Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: A 30-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 132 (3), S. 375-382.
- Westheide, Jens (2006): *Neuropsychologie der Depression: Die Bedeutung von Suizidalität und Impulsivität* [Dissertation]. <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2006/0856/0856.pdf> (abgerufen am 22.04.2019).

- Weßels, Oliver (2015): Inhaftierte Frauen und Suizidalität. In: Katharina Bennefeld-Kersten, Johannes Lohner & Willi Pecher (Hrsg.): *Frei Tod? Selbst Mord? Bilanz Suizid? Wenn Gefangene sich das Leben nehmen. Einschätzung und Prävention* (S.179-188). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Weyrauch, Karl F.; Roy-Byrne, Peter; Katon, Wayne & Wilson, Larry (2001): Stressful Life Events and Impulsiveness in Failed Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (3), S. 311-319.
- Wiesner, G. (2004): Suizidmethoden – ein Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland. Epidemiologische, rechtsmedizinische und sozialmedizinische Aspekte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47 (11), S. 1095-1106.
- Wilcox, Holly C.; Conner, Kenneth R. & Caine, Eric D. (2004): Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76 (Supplement), S. 11-19.
- Williams, J. Mark G. (2001): *Suicide and Attempted Suicide. Understanding the Cry of Pain* (2. Aufl.). London: Penguin Books.
- Wingenfeld, Katja; Mensebach, Christoph; Rullkoetter, Nina; Schlosser, Nicole; Schaffrath, Camille; Beblo, Thomas & Driessen, Martin (2009): Relationship between coping with negative life-events and psychopathology: Major depression and borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 (4), S. 421-425.
- Winkler, Gregory E. (1992): Assessing and Responding to Suicidal Jail Inmates. *Community Mental Health Journal*, 28 (4), S. 317-326.
- Winter, Melinda M. (2003): County Jail Suicides in a Midwestern State: Moving Beyond the Use of Profiles. *The Prison Journal*, 83 (2), S. 130-148.
- Witte, Michael (2004): „Männer haben's schwer, nehmen's leicht“ – Suizidrisikogruppe Männer erreichen und mit ihnen arbeiten. In: Wolf Müller & Ulrike Scheuermann (Hrsg.): *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 216-228). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, Manfred (1991): Depression und Suizidalität. Diagnostik und Umgang mit depressiv-suizidalen Patienten. In: Reinhard Steinberg (Hrsg.): *Depressionen. 16 Psychiatrie-Symposion, Pfalzlinik Landeck, Klingenmünster 1990* (S.15-34). Klingenmünster: Tilia-Verlag. Mensch und Medizin.

- Wolfersdorf, Manfred (1995): Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In: Manfred Wolfersdorf & Wolfgang P. Kaschka (Hrsg.): *Suizidalität. Die biologische Dimension. Tropon-Symposium X am 2. Dezember 1994 in Köln*. Berlin u.a.: Springer.
- Wolfersdorf, Manfred (2000): *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wolfersdorf, Manfred (2008): Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51 (4), S. 443-450.
- Wolfersdorf, Manfred & Etzersdorfer, Elmar (2011): *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, Manfred & Franke, C. (2006): Suizidalität – Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 74 (7), S. 400-419.
- Wolfersdorf, Manfred; Franke, Ch; Mauerer, Ch. & Dobmeier, M. (2002): Krisenintervention bei Suizidalität. In: Thomas Bronisch (Hrsg.): *Psychotherapie der Suizidalität. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – erklärungspezifisch und schulenübergreifend* (Lindauer Psychotherapie Module, S. 16-29). Stuttgart u.a.: Thieme.
- Wolfersdorf, Manfred; Heydt, G.; Potschigmann, B.; Vogel, R.; Vogel, Wolf-Dieter & Hole, G. (1992): Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus. In: Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf & Rainer Welz (Hrsg.): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 305- 326). Regensburg: S. Roderer.
- Wolfersdorf, Manfred & Jockusch, Ulrich (1988): Der erweiterte Suizidversuch bei psychiatrischen Patienten. Zur Diagnostik und Beurteilung bei depressiv Kranken. *Suizidprophylaxe*, 15 (54), S. 21-27.
- Wolfersdorf, Manfred; König, Frank & Franke, Christoph (2002): Suizid. In: Horst Berzewski & Bernd Nickel (Hrsg.): *Neurologische und psychiatrische Notfälle. Die Erstversorgung* (S. 411- 426). München u.a.: Urban & Fischer Verlag.
- Wolfersdorf, Manfred; Mauerer, C.; Franke, Chr.; Schiller, M. & König, F. (1999): Krisenintervention bei Suizidalität im ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. *Psychotherapie*, 4 (2), S. 146-154.
- Wolfersdorf, Manfred; Wedler, Hans & Welz, Rainer (1992): Diagnostik von Suizidalität. In: Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf & Rainer Welz (Hrsg.): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 23-50): Regensburg: S. Roderer Verlag.

- Wolfgang, Marvin Eugene (1958): *Patters in criminal homicide*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- World Health Organization [WHO] (21.08.2019): Suicide. Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (abgerufen am 05.04.2019).
- World Health Organization [WHO] (n.d.): Suicide data. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (abgerufen am 05.04.2019).
- World Health Organization [WHO] (2001): *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf?ua=1 (abgerufen am 05.04.2019).
- World Health Organization [WHO] (2002): *Multisite intervention study on suicidal behaviours – SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.174.5140&rep=rep1&type=pdf> (abgerufen am 22.04.2019).
- World Health Organization [WHO] (2007): *Suizidprävention. Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes*. https://www.who.int/mental_health/resources/resource_jails_prisons_german.pdf (abgerufen am 26.03.2019).
- World Health Organization [WHO] (2014): *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf;jsessionid=53B40B14486B68BC2610DB9E43885102?sequence=14> (abgerufen am 09.04.2019).
- World Health Organization [WHO] & International Association for Suicide Prevention (n.d.): First World Suicide Prevention Day. September 10, 2003. https://www.iasp.info/wspd/pdf/2003_wspd_brochure.pdf (abgerufen am 06.04.2019).
- Yin, Honglei; Pantazatos, Spiro P.; Galfalvy, Hanga; Huang, Yung-yu; Rosoklija, Gorazd B.; Dwork, Andrew J.; Burke, Ainsley; Arango, Victoria; Oquendo, Maria A. & Mann, John J. (2016): A Pilot Integrative Genomics Study of GABA and Glutamate Neurotransmitter Systems in Suicide, Suicidal Behavior, and Major Depressive Disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 171 (3), S. 414-426.

- Yousaf, U.; Christensen, M.L.; Engholm, G. & Storm, H.H. (2005): Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *British Journal of Cancer*, 92 (6), S. 995-1000.
- Zamble, Edward & Porporino, Frank J. (1988): *Coping, Behavior, and Adaptation in Prison Inmates* (Research in criminology). New York u.a.: Springer.
- Zemishlany, Z.; Weinberger, A.; Ben-Bassat, M. & Mell, H. (1987): An Epidemic of Suicide Attempts by Burning in a Psychiatric Hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 150 (5), S. 704-706.
- Zetterqvist, Maria; Lundh, Lars-Gunnar; Dahlström, Örjan & Svedin, Carl Göran (2013): Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (5), S. 759-773.
- Zoccali, R.; Muscatello, M.R.A.; Bruno, A.; Cambria, R.; Cavallaro, L.; D'Amico, G.; Isgrò, S.; Romeo, V. & Meduri, M. (2008): Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31 (5), S. 447-450.