



Haim Omer /
Anat Brunstein-Klomek

Suizidgefährdete Jugendliche unterstützen:

ein Leitfaden für Familie,
Schule und soziales Umfeld



Haim Omer / Anat Brunstein-Klomek

Suizidgefährdete Jugendliche unterstützen: ein Leitfaden für Familie, Schule und soziales Umfeld

Aus dem Englischen von Rachel Grünberger-Elbaz

VANDENHOECK & RUPRECHT

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2025 Vandenhoeck & Ruprecht, Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen,
ein Imprint der Brill-Gruppe
(Koninklijke Brill BV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA;
Brill Asia Pte Ltd, Singapore; Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutsch-
land; Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)
Koninklijke Brill BV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Schönigh,
Brill Fink, Brill mentis, Brill Wageningen Academic, Vandenhoeck & Ruprecht,
Böhlau und V&R unipress.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Myrarte/Shutterstock.com

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com
E-Mail: info@v-r.de

ISBN 978-3-647-40872-9

Inhalt

Einleitung	7
Eltern und pädagogische Fachkräfte	11
Gewaltloser Widerstand, Neue Autorität und die Ankerfunktion	12
Erstes Kapitel: die Neue Autorität und andere suizidverhindernde Ansätze	17
Dialektisch-Behaviorale Therapie	21
Kognitive Verhaltenstherapie in der Suizidprävention	25
Interpersonelle Therapie für Jugendliche	30
Bindungsbasierte Familientherapie	34
Fazit	37
Zweites Kapitel: Suizid und Suiziddrohungen aus der Perspektive der Neuen Autorität	40
Der breite gemeinsame Nenner von Suiziddrohung und tatsächlicher Suizidgefahr	42
Der Ansatz des »Parlaments des Geistes« und des »Fußes in der Tür«	46
Die verschiedenen Kreise der Suizidprävention	47
Der Aufgabenbereich der Neuen Autorität	52
Drittes Kapitel: Eltern und Unterstützer	58
Rekrutierung der Eltern und Aufbau einer therapeutischen Allianz	58
Eskalationsprävention	68
Die Rekrutierung von Unterstützern	74
Die Ankündigung	78
Validierung	83
Verschärfung der wachsamten Sorge	86
Schritte zur Wiedergutmachung	94
Die Fleh-Zeremonie	103

Eine Einladung zur Zugehörigkeit	107
Drohungen standhalten	110
Die Eröffnung neuer Möglichkeiten	113
Rückfallprävention	126
Fazit	130
Viertes Kapitel: »Was würden Sie der Person auf dem Dach sagen?«	132
Erster Teil: die empathische Haltung	136
Zweiter Teil: die herausfordernde Haltung	143
Übungen für Unterstützer	155
Fazit	159
Fünftes Kapitel: der externe Kreis – Schulen und informelle Bildung	160
Das Gatekeeper-Programm	160
Vom Gatekeeping zur Verankerung	168
Sechstes Kapitel: die Neue Autorität in Verbindung mit anderen Ansätzen zur Suizidprävention	199
Wie sich die Neue Autorität in (depressionsbedingte) Einzeltherapien integrieren lässt	199
Wie sich die Neue Autorität in die Arbeit einer Telefon- oder Online-Krisenhotline integrieren lässt	210
Treffen mit den Mitarbeitenden einer gemeindeorientierten Freiwilligenorganisation zur Suizidprävention	221
Fazit	231
Schluss	234
Literatur	238

Einleitung

Der Suizid von Teenagern ist für Eltern, Familien, Schulen, pädagogische und therapeutische Fachkräfte¹ sowie die Gesellschaft als solche eine Herausforderung von erster Priorität. Ziel dieses Buches ist es, einen systematischen und integrativen Ansatz anzubieten, der Suizid verhindert. Dieser Ansatz soll nicht nur in der individuellen Therapie angewendet werden, sondern auch Familie, Schule und Gemeinschaft miteinbeziehen. Eine suizidale Krise kann aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden: der Perspektive des Teenagers, der durch sein tief empfundenes Leid zunehmend verzweifelt und der Versuchung des Todes nicht länger widerstehen kann, und der Perspektive derer, die solche Teenager umgeben und deren Krise oft als erschreckende Tortur erleben, bei der sie ihren Einfluss, ihre Position und auch ihre Fähigkeit verlieren, den Teenager zu erreichen. Aus Sicht der Umgebung und vor allem der Eltern wird der Teenager fortgerissen und ihrer Reichweite entzogen. Auf dem Höhepunkt der Krise haben sie das Gefühl, ihr Kind völlig verloren zu haben. Die meisten Fachkräfte sind sich der Tatsache bewusst, dass sie in suizidalen Krisen nicht nur mit dem Jugendlichen, sondern auch mit seinen Eltern und manchmal auch mit seinen Lehrkräften arbeiten müssten. Das hat eine Reihe von Gründen: zum Beispiel, wenn das Kind nicht mit der angebotenen Behandlung kooperiert, wenn die Eltern Teil der Krise oder diejenigen sind, die den Teenager beschützen müssen, oder wenn sie selbst tief verzweifelt sind. Der Ansatz des gewaltlosen Widerstands (engl. »NVR« = non-violent resistance) wurde entwickelt, um Eltern und

1 Im Text werden in zufälliger Folge die männliche und weibliche sowie neutrale Formen verwendet. Im Sinne der gendersensiblen Sprache mögen sich bitte alle mitgemeint fühlen.

Lehrkräften die Fähigkeit zurückzugeben, das Kind zu schützen, seinen zerstörerischen Impulsen entgegenzutreten und ihm ein Gefühl der Zugehörigkeit zu vermitteln (Omer, 2011, 2021). Diese drei Ziele – Schutz, Widerstand und Zugehörigkeit – gelten für sämtliche in diesem Buch dargestellten Formen von Intervention.

Das Konzept der »Neuen Autorität« bedarf einer näheren Klärung. Die Notwendigkeit einer neuen Art von Autorität, die sich von jener der Vergangenheit unterscheidet, zeigt sich in der Krise, die sich in den meisten modernen Gesellschaften in der Kindererziehung abzeichnet. Diese Krise ist auf eine Verbindung von zwei Faktoren zurückzuführen: (1) Kinder sind heute mehr Gefahren und Versuchungen ausgesetzt als je zuvor in der Geschichte der Menschheit. Reizüberflutung ist eines der bekannteren Merkmale der Konsumgesellschaft, die sie in schwindelerregendem Tempo produziert und dann mit ausgedehnten, aggressiven Werbemethoden verbreitet. Über ihre Smartphones sind Kinder überall und zu jeder Tages- und Nachtzeit massiven Beeinflussungsangriffen und einem breiten Angebot an lebensbedrohenden Objekten, Substanzen und Taten bzw. Handlungen ausgesetzt. Mit einem einfachen Klick können sie auf Websites zugreifen, die ihnen extreme Diäten, leichte und schwere Drogen und praktische Suizidratschläge anbieten. Es ist wie eine mächtige Flutwelle, die die Kinder in unbekannte Extreme fortzureißen droht. (2) Und gerade in einer solchen Zeit, in der Kinder mehr denn je gefährlichen Einflüssen ausgesetzt sind, haben sich die Möglichkeiten der verantwortlichen Erwachsenen (Eltern und Lehrkräfte), ihnen Einhalt zu gebieten, erheblich reduziert. Die alten Autoritätsmittel wurden ihnen genommen. Das ist an sich eine positive Entwicklung. Wir würden uns nicht wünschen, dass Eltern oder Lehrkräfte auf körperliche Gewalt, Drohungen und Bestrafungen zurückgreifen, wie es in der Vergangenheit üblich war. Die zunehmende Tabuisierung dieser aggressiven Methoden hinterlässt jedoch ein pädagogisches Vakuum. Dabei ging die Kritik an der Autorität der Vergangenheit mitunter so weit, dass man jede Form von Autorität grundsätzlich als unerwünscht betrachtete. Nach dieser Auffassung ist sie keine Lösung, sondern die Wurzel des Problems. Dies ist der Stand der Dinge, der uns dazu veranlasst hat, Prinzipien zu erarbeiten, die es Eltern und Lehrkräften ermöglichen, eine

neue Autorität zu entwickeln, die ebenso akzeptabel wie anwendbar ist und unseren Werten in der Kindererziehung entspricht. Eine solche Autorität ermöglicht den verantwortlichen Erwachsenen, als Anker zu fungieren, um ihrem Kind angesichts der drohenden Flut Stabilität und Sicherheit zu gewähren.

In der Suizidprävention kann der Ansatz der Neuen Autorität auf zweierlei Arten zur Anwendung kommen: in Form einer Haupttherapie oder in Verbindung mit einer anderen Therapie. In den meisten Fällen wird ein Teenager, der sich in einer suizidalen Krise befindet, individuell behandelt. Das Konzept der Neuen Autorität enthält Prinzipien und Mittel, die einen reichen Dialog mit individuellen Therapien ermöglichen. In manchen Fällen hingegen, zum Beispiel, wenn ein Kind nicht kooperiert, kann die Behandlung nach dem Ansatz der Neuen Autorität auch als Hauptoption gewählt werden.

Wie weithin bekannt, basiert die Neue Autorität auf dem Ansatz des gewaltlosen Widerstands, der ursprünglich zum Umgang mit Gewalttätigkeit bei Kindern entwickelt wurde (Omer, 2004, 2021). Erst allmählich wurde er erweitert und auch anderen Situationen angepasst, darunter Angststörungen (Omer u. Lebowitz, 2007), Schulverweigerung (Omer, Schorr-Sapir u. Efron, 2016), Essstörungen (Shimshoni, Silberman u. Lebowitz, 2020), bei Kindern im autistischen Spektrum (Golan, Shilo u. Omer, 2016) und bei dysfunktionalen Abhängigkeiten bei Erwachsenen (Dulberger u. Omer, 2021). Suizid und Gewalttätigkeit sind zwei sehr unterschiedliche Probleme, sie haben jedoch einen gemeinsamen Nenner: Auch Suizid ist eine Form von Gewalt, obwohl sie sich eher gegen die Person selbst richtet als gegen andere. Dennoch ist die Schädigung von Menschen in der Umgebung der suizidalen Person oft weitaus tiefgreifender und schmerzhafter als eine Schädigung durch »normale Gewalt«, die sich gegen andere wendet.

Im familiären wie im sozialen Kontext geht der Freitod von Teenagern mit einer Schwächung oder Verletzung ihrer grundlegenden Bindung an ihre Bezugsgruppe einher. Ein suizidgefährdeter Teenager empfindet diese Bindung nur noch als sehr schwach. Diese Schwäche nimmt zu, wenn die Beziehungen, die die betroffene Familie oder Gruppe zusammengehalten haben, an sich schon labil waren. Geschwächte Beziehungen zeigen sich auf zwei Ebenen. Erstens auf

der Mikroebene: Zahlreiche Forscher betonen die problematischen Beziehungen von Teenagern zu ihren Familien und ihrem nahen Umfeld als Hauptursache einer suizidalen Gefährdung (Mufson, Dorta, Moreau u. Weissman, 2004). Zweitens auf der Makroebene: Die Laxheit und die Auflösung gegenseitiger Bindungen in der gesamten Gesellschaft werden schon lange mit hohen Suizidraten in Verbindung gebracht. Diese Erkenntnis verdanken wir Émile Durkheim (1897/2002), dem Vater der modernen Soziologie. Obwohl sie schon im späten 19. Jahrhundert postuliert wurde, gilt Durkheims Theorie über den Zusammenhang zwischen einer Auflösung sozialer Bindungen und Suizid bis heute weithin als relevant.

In diesem Zusammenhang prägte Durkheim den Begriff der »Anomie«. Sie bezeichnet Situationen, in denen das Gefühl der Zugehörigkeit in einer Gesellschaft schwächer wird, ihr Bindungsmittel sich auflöst und der verpflichtende Charakter der geltenden Regeln allmählich ausgehöhlt wird. Anomie entsteht vor allem bei rapiden sozialen Veränderungen wie zum Beispiel der industriellen Revolution, Massenmigration oder anderen kulturellen Wandlungen. Aktuell zeichnen sich solche raschen gesellschaftlichen Wechselfälle in Bereichen wie Technologie, urbaner Demografie und sozialen Normen ab. Sie können zu Bedingungen führen, die die Gefahr einer Anomie erhöhen. In seiner umfassenden Studie zum Suizid wies Durkheim nach, dass der Grad der Anomie in einer spezifischen Gesellschaft eng mit deren Suizidrate verbunden ist. Obwohl seine Forschungsergebnisse stark umstritten sind, gilt sein Argument im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen sozialer Zugehörigkeit und einer niedrigeren Suizidrate immer noch als richtig.

Suizid gibt es in allen Gesellschaften, sogar solchen, die sich nicht in einem Zustand der Anomie befinden. Dazu merkte Durkheim an, dass der Unterschied zwischen solchen Gesellschaften und anomen Gesellschaften nicht nur in der Selbstmordrate liege, sondern auch in der Fähigkeit der Gesellschaft, mit dem Problem umzugehen. Eine anome Gesellschaft vermittelt vage Botschaften und zeigt angesichts von Phänomenen wie dem Suizid große Hilflosigkeit. Und gerade im Zusammenhang mit dem Suizid von Teenagern sind die verantwortlichen Erwachsenen häufig unfähig, klare Botschaften zu vermitteln und entschlossen Schutz- und Präventionsmaßnahmen

zu ergreifen. Auch wenn sich die Gesellschaft als solche nicht unbedingt in einem Zustand der Anomie befindet, kann es bei den engeren Bezugspersonen des Kindes (Familie, Freunde und Schule) dennoch eine Schwächung der zwischenmenschlichen Beziehungen geben. Ebenso wie die Anomie auf der Makroebene funktioniert, kann eine Schwächung der Beziehungen auch auf der Mikroebene wirken. Forschende und Therapeuten haben beschrieben, wie das Versäumnis, für das Grundbedürfnis des Kindes nach Zugehörigkeit zu sorgen, das Suizidrisiko erhöhen kann (Mufson et al., 2004; van Orden et al., 2010; Weissman, Markowitz u. Klerman, 2000). Ein Kind, dessen Beziehungen mit seiner Umwelt nicht auf stabilen zwischenmenschlichen Bindungen fußen und das nur unzulängliche familiäre bzw. gesellschaftliche Unterstützung erfahren hat, ist nicht nur für Depressionen und Suizid anfälliger, sondern auch für andere emotionale Probleme und Verhaltensstörungen.

Eltern und pädagogische Fachkräfte

Die Bezugspersonen eines Kindes sind nicht nur im Hinblick auf ihren möglichen Beitrag zum Problem oder dessen Lösung zu betrachten, sondern auch als potenzielle Opfer einer suizidalen Krise. Eltern gehören zu den Hauptleidtragenden solcher Situationen. Manchmal leiden sie sogar selbst an suizidalen Neigungen. Es ist daher wichtig, sie nicht nur als Partner bei der Hilfe für den Teenager zu betrachten, sondern auch als Menschen, denen selbst geholfen werden muss. Eltern müssen sowohl ihrem Kind helfen als auch sich selbst. Eine der Stärken unseres Ansatzes ist, dass er es ermöglicht, Eltern und Lehrkräfte als eigenständige Zielpersonen zu behandeln und gleichzeitig als wichtige Akteure einer Veränderung für das Kind. Der Ansatz der Neuen Autorität lehrt sie, das Kind zu beschützen und seinen gefährlichen Impulsen entgegenzutreten, und sich dabei gleichzeitig selbst zu helfen und ihre eigene Hilflosigkeit zu verringern.

Gewaltloser Widerstand, Neue Autorität und die Ankerfunktion

Zu Beginn umfasste unser Ansatz noch nicht alle Merkmale, die es ihm ermöglichen, das dreifache Ziel von Schutz, Widerstand und Förderung des Zugehörigkeitsgefühls zu erfüllen. In der ersten Version des Modells konzentrierten wir uns hauptsächlich auf den gewaltlosen Widerstand gegen kindliche Gewalt (Omer, 2004). Dieser Ansatz zielte eher auf Intervention als auf Prävention. Er ging davon aus, dass die problematischen Verhaltensweisen bereits einen Schweregrad erreicht hatten, der eine intensive therapeutische Intervention rechtfertigte. Das Modell enthielt jedoch keinen systematischen Rahmen für Prävention. Dieses Konzept wurde einige Jahre lang weiterentwickelt und gipfelte in der Veröffentlichung des Buches »Stärke statt Macht: Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde« (Omer u. von Schlippe, 2010). Die zentrale These des Modells der Neuen Autorität ist, dass unser traditionelles Konzept von Autorität (»die alte Autorität«) Elemente enthält, die für uns als Grundlagen der Kindererziehung nicht mehr akzeptabel sind. Die alte Autorität basierte auf Elementen wie Distanz, Kontrolle und Gehorsam, einer steilen Hierarchie und sofortiger Bestrafung zur Unterdrückung negativer Tendenzen, sobald solche auftauchten. Diese Elemente sind nicht mehr mit unseren Werten und Wünschen für die Erziehung unserer Kinder vereinbar. Der Konflikt zwischen unserer üblichen Vorstellung von Autorität und den pädagogischen Werten der jüngsten Generationen führte dazu, dass Autorität viele Jahre lang als etwas Negatives betrachtet wurde, das Probleme nur verschlimmern würde, anstatt ihnen vorzubeugen.

Aus der Kritik an der Autorität entstand der Traum von einer autoritätsfreien Erziehung. Diese Philosophie hat seit den 1960er Jahren an Bedeutung gewonnen und ist noch heute sehr einflussreich. In seiner reinsten Form fordert der Traum von einer Erziehung ohne Autorität, Kinder ohne externe Grenzen oder Anforderungen aufzuziehen, die ihr spontanes Wachstum ersticken. Dieser Traum konnte der Prüfung durch die Realität nicht standhalten. Es ist nicht nur offensichtlich, dass sich das Versprechen auf eine Generation von kreativen, neugierigen, friedlichen und verantwortungsbewussten Kindern nicht erfüllt hat, diese Erwartungen wurden vielmehr auch

durch Hunderte von Studien widerlegt, die die Ergebnisse einer solchen Erziehung im Vergleich zu einer gemäßigten autoritären Erziehung unter die Lupe nahmen. Eine bahnbrechende Forscherin auf diesem Gebiet ist Diane Baumrind (1971, 1991), gefolgt von zahllosen weiteren Forschenden, die nachwiesen, dass eine liberale Erziehung in ihrer konsistenten Version (die daher als »permissive Erziehung« bezeichnet wurde) zu einem hohen Maß an Impulsivität und Gewalt führte, zum Schulabbruch von Kindern, zu einer höheren Anfälligkeit für Gefahren aus deren Umfeld und sogar zu einem geringeren Selbstwertgefühl. Das gilt im Vergleich zu Kindern, die mit einer traditionelleren, aber nicht rigiden autoritären Erziehung aufwachsen (Larzelere, Morris u. Harrist, 2013). Der Grad von Depressionen, Angstzuständen und Suizid bei Kindern mit einer freizügigen Erziehung war bedeutend höher als bei Kindern, die eine traditionellere Erziehung erlebt hatten (Ebrahimi, Amiri, Mohamadlou u. Rezapur, 2017; Fletcher, Steinberg u. Sellers, 1999). Diese Ergebnisse sind für unser Thema von großer Bedeutung: Sie zeigen, dass Kinder ohne Autorität eher gefährdet sind, suizidale Muster zu entwickeln.

Die Grundlagen der Neuen Autorität wurden so definiert, dass die Autoritätsperson ihren Status aufbauen und ihre Rolle erfüllen kann – und das ohne die für die alte Art von Autorität so charakteristischen Elemente wie Distanz, Kontrolle, Gehorsamkeit, rigide Hierarchien und sofortige Bestrafung. Anstelle von Distanz beruht die Neue Autorität also auf der wohlmeinenden, entschlossenen und zugewandten Präsenz der Autoritätsperson; anstatt die Kontrolle über das Kind zu suchen, basiert die Neue Autorität auf der Selbstkontrolle der oder des verantwortlichen Erwachsenen; anstelle einer rigiden Hierarchie, wo der oder die verantwortliche Erwachsene unmissverständlich an der Spitze der Pyramide steht und gegen Kritik immun ist, basiert die Neue Autorität auf Unterstützung (der Autoritätsperson und des Kindes), breiter Legitimität und Transparenz; und anstatt sofortige Ahndung zu suchen, basiert die Neue Autorität auf Beharrlichkeit und Geduld. Unsere Studien zur Neuen Autorität zeigen, dass diese Komponenten den Status der Erwachsenen stärken, Konflikte mit den Kindern einschränken und die Beziehung zwischen den beiden verbessern (siehe Omer, 2021 für einen umfassenden Überblick über unsere Studien zum Thema).

Indem wir die Grundlagen der Neuen Autorität manifestiert haben, haben wir mit unserem Ansatz eine klare Dimension der Prävention aufgewiesen, denn diese Autorität kann nicht nur Probleme beheben, sondern auch die Bedingungen dafür schaffen, dass sie sich gar nicht erst entwickeln. Die Effizienz der Neuen Autorität in diesem Bereich wurde durch eine Reihe von Studien zur Risikominderung bei Jugendlichen belegt (Omer, Satran u. Dritter, 2017).

Das Konzept, das der gesamten Struktur zugrunde liegt, die mit gewaltlosem Widerstand begann und mit der Neuen Autorität fortgesetzt wurde, ist das der »Ankerfunktion«. Es wurde entwickelt, als wir begannen, Autorität nicht nur aus der Perspektive der Erwachsenen, sondern auch aus der Perspektive der psychologischen Entwicklung des Kindes zu betrachten. Wir fragten uns, welche Rolle die Neue Autorität für diese Entwicklung spielt und kamen zu dem Schluss, dass Eltern, Erziehende und Lehrkräfte, die den Prinzipien der Neuen Autorität folgen, für das Kind eine Ankerfunktion erfüllen. Das Konzept der Ankerfunktion schlägt eine Brücke zwischen dem Modell der Neuen Autorität und der Bindungstheorie (Omer, Steinmetz, Carthy u. von Schlippe, 2013). Die Bindungstheorie benennt zwei Elternrollen als notwendig und ausreichend, um eine sichere Bindung zu schaffen: einen sicheren Hafen und eine sichere Basis. Der sichere Hafen bezieht sich auf die bedingungslose Akzeptanz des Kindes durch die Eltern. Diese Akzeptanz wird am besten durch offene Arme und eine beschützende, liebevolle und tröstende Umarmung repräsentiert. Die sichere Basis bezieht sich auf die Ermutigung der Eltern und den sanften Druck, mit dem sie das Kind aus ihrer Umarmung entlassen, damit es die Außenwelt erkunden kann. Je sicherer sich das Kind ist, dass es notfalls immer in den sicheren Hafen zurückkehren kann, desto stärker erlebt es die Beziehung zu den Eltern als feste Basis für seine Streifzüge in der Umgebung. Obwohl wir der Notwendigkeit dieser beiden Rollen uneingeschränkt zustimmen, fragen wir uns, ob sie tatsächlich ausreichen, um eine sichere und dauerhafte Bindung zu schaffen. Unsere Antwort darauf ist, dass bei dieser Sichtweise ein bedeutendes Element fehlt: die Ankerfunktion. Die Bindungstheorie ist die konzeptuelle und theoretische Weiterentwicklung einer Metapher: Die Eltern werden mit einem Hafen und das Kind mit einem wachsenden Boot

verglichen. Damit der Hafen seine Rolle erfüllen kann, muss er sich nach innen öffnen (sicherer Hafen). Aber er muss auch nach außen geöffnet sein (sichere Basis), sonst ist er kein Hafen, sondern eine Falle. Bei näherer Betrachtung dieser Metapher fragen wir: Fehlt hier nicht ein drittes Element? Was passiert, wenn das Schiff wächst, stärker wird und beginnt, mit den anderen Schiffen im Hafen oder mit den Mauern des Hafens selbst zu kollidieren? Was passiert, wenn das Schiff von der Strömung mitgerissen oder vom Gesang der Sirenen angezogen wird? Was passiert, wenn das Schiff gegen Felsen prallt und seinen eigenen Untergang verursacht? Wir sind der Überzeugung, dass diese Gefahren eine sichere Verankerung des Schiffes erfordern. Die Ankerfunktion ist die Garantie gegen Schäden durch innere Impulse und Versuchungen durch das soziale Umfeld, die zur Selbsterstörung und zur Schädigung anderer führen.

Die vier Stützpfeiler der Neuen Autorität ermöglichen es ihr, für das sich entwickelnde Kind eine effektive Ankerfunktion zu erfüllen. Das erste Element ist die Präsenz: Der Elternteil oder der bzw. die verantwortliche Erwachsene muss physisch und mental im Leben des Kindes präsent sein. Ein Anker ist ein gutes Symbol für ständige Präsenz, da er immer sicher auf dem Meeresboden befestigt ist. Das zweite Element ist die Selbstbeherrschung: Ein Anker ist ein ideales Symbol dafür. Eine Person, die sich selbst unter Kontrolle hat, dreht weder durch noch schießt sie aus der Hüfte, sondern zeigt vielmehr Stabilität und Glaubwürdigkeit. Wenn Eltern die Werkzeuge unseres Ansatzes nutzen, um ihre Selbstkontrolle zu verbessern, demonstrieren sie diese Veränderung manchmal durch Gesten, die aussehen, als würden sie nach dem Boden greifen, in anderen Worten: Selbstverankerung. Das dritte Element besteht aus Unterstützung und Legitimität. Der Anker mit seinen drei Armen ist ein perfektes Symbol für festen Halt durch Punkte wie Verlässlichkeit und Unterstützung. Ohne sie würde der Anker über den Boden treiben, anstatt sich in ihn hineinzubohren. Das vierte Element ist Beharrlichkeit: Auch für sie ist der Anker ein gutes Symbol, weil er auch morgen und übermorgen, also so lange wie nötig, am Meeresboden befestigt bleiben wird. Während es heranwächst, lernt das Kind allmählich, sich zu verankern, das heißt, die Rolle des verankernden Elternteils zu verinnerlichen. Unsere Metapher ließe

sich noch weiter fortsetzen: Mit zunehmendem Alter wird das Kind irgendwann den Anker lichten und davonsegeln, begleitet von dem sicheren Gefühl, dass es sich immer wieder verankern kann, sobald es sein nächstes Ziel erreicht hat. Das Konzept der Ankerfunktion hilft uns zu verstehen, wie die Neue Autorität nicht nur als Bremsmechanismus fungiert, sondern auch verbindet. Die Ankerfunktion bietet eine Antwort auf das Gefühl des Getrenntseins, die Lockerung der Bande und die extreme Unbeständigkeit in der Beziehung zwischen dem Kind und seiner Umgebung.

Alle unsere Interventionen zur Suizidprävention bei Jugendlichen zielen darauf ab, die Ankerfunktion der Eltern und anderer für das Kind verantwortlicher Personen zu fördern. Das Leiden des Kindes und seine lockeren und gestörten Beziehungen überlassen es einer gefährlichen Strömung, die schließlich in der Suizidkrise gipfelt. Demzufolge ist es unser Ziel, jene Elemente zu stärken, die das Kind mit dem Leben, seinem sicheren Hafen und seiner Bezugsgruppe verbinden.

Wie bereits erwähnt, wurde unser Ansatz ursprünglich nicht dazu entwickelt, mit internalisierten Verhaltensproblemen – Angstzuständen oder Depressionen – umzugehen. Er musste erheblich angepasst werden, um auf solche Situationen übertragen zu werden. Das gilt bei jeder Anwendung auf einen neuen Bereich, insbesondere jedoch für verinnerlichte Verhaltensstörungen. Suizidprävention ist eine ganz andere Herausforderung als die Situationen, bei denen wir das Konzept bislang zum Einsatz gebracht haben. Wir haben es daher einem weitreichenden konzeptuellen und praktischen Entwicklungsprozess unterzogen. Eines der Ziele dieses Buches ist, die Anwendung unseres Ansatzes in der Suizidprävention vorzustellen, mit Schwerpunkt auf den Anpassungen, die für suizidale Krisen notwendig sind. Eine der wichtigsten davon ist die Notwendigkeit, mit Therapeutinnen und Therapeuten anderer Ansätze zusammenzuarbeiten. Suizidale Krisen erfordern häufig die Einbeziehung verschiedener Experten und Expertinnen mit einer Vielfalt von theoretischen und praktischen Hintergründen. Dieses Buch ist der erste Versuch, die Neue Autorität nicht nur als eigenständigen Ansatz darzustellen, sondern als Praxis, die mit anderen Ansätzen verbunden werden kann.

Erstes Kapitel: die Neue Autorität und andere suizidverhindernde Ansätze

Co-Autorin dieses Kapitels ist Tal Nakash

Der Ansatz der Neuen Autorität kann auf unterschiedliche Arten und in verschiedenen Zusammenhängen angewandt werden: als Coaching-Methode für Eltern und Lehrkräfte (Omer, 2011), als Selbsthilfensatz für Eltern (Omer, 2020) und Lehrkräfte (Omer, 2022), als Leitfaden für freiwillige Mitarbeiter von Organisationen, die psychische Gesundheitsberatung anbieten, und als integrierte Ergänzung einer bereits vorhandenen Psychotherapie. Dieses Kapitel befasst sich mit der letzten Anwendungsform, nämlich der Integration der Neuen Autorität in laufende Psychotherapien für junge Menschen mit Suizidrisiko.

Um den potenziellen Beitrag der Neuen Autorität zu bereits existierenden therapeutischen Ansätzen zu verstehen, müssen wir uns zunächst mit den in der Suizidprävention üblichen Interventionen auseinandersetzen. Ausnahmslos alle in diesem Kapitel vorgestellten Interventionen zeigen Offenheit für die Komponenten anderer Ansätze oder, wie es im Fachjargon heißt, die »Integration«. In der Suizidprävention ist die Notwendigkeit einer Integration noch viel ausgeprägter zu spüren als in anderen Therapiebereichen. Grund dafür ist, dass Suizid ein komplexes Problem darstellt, das nicht nur suizidale Jugendliche selbst betrifft, sondern ihre gesamte Umgebung (Eltern, Pädagoginnen, Krankenhauspersonal und diverse Körperschaften aus der Gemeinde). Es gibt keinen vereinzelt Ansatz, der das Gesamtspektrum der Herausforderungen ansprechen könnte, die sich auf all diesen Ebenen ergeben. Hinzu kommt, dass Suizidgefahr mit einer Form von Dringlichkeit und Stress einhergeht, die man in solchem Maß in den meisten anderen Bereichen der Psychotherapie nicht kennt. Eine Therapeutin, die einem jungen Menschen gegenübersteht, der von dem überwältigenden Drang beherrscht ist, seinem Leben ein Ende zu setzen, muss eine Lösung finden, die

dem Patienten (und ihr selbst) ein gewisses Maß an Sicherheit bietet. Diese Herausforderung führte Therapeuten der kognitiven Verhaltenstherapie dazu, den Gedanken eines Sicherheitsplans zu entwickeln. Wie es für dieses System so typisch ist, erarbeiteten sie detaillierte Anleitungen zur Erstellung eines solchen Plans. Innerhalb von kürzester Zeit tauchten solche Sicherheitspläne auch in anderen therapeutischen Systemen auf. Dasselbe gilt für weitere Merkmale der Suizidprävention: zum Beispiel die Notwendigkeit von Selbstkontrolle, der Einbeziehung der Eltern und eines Präventionsplans für Rückfälle. Sobald einer der therapeutischen Ansätze eine Lösung für eine dieser Herausforderungen anbot, folgten ihm die anderen auf dem Fuße. Obwohl jeder von ihnen die spezifischen Inhalte des Sicherheitsplans gemäß seiner eigenen Begriffswelt darstellt, ist die Ähnlichkeit der verschiedenen Lösungen offensichtlich. Wir wagen es sogar zu sagen, dass Ansätze zur Suizidprävention bei Teenagern eine Integration mit anderen Ansätzen »erfordert«, da kein Ansatz den Entwicklungen anderer gegenüber gleichgültig bleiben kann.

Es gibt verschiedene Psychotherapien, die sich auf die Suizidprävention bei Jugendlichen konzentrieren, darunter die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A); die kognitive Verhaltenstherapie zur Suizidprävention (KVT-SP); die Interpersonelle Psychotherapie für depressive Jugendliche (IPT); und die Bindungsorientierte Familientherapie (ABFT). Die ersten drei dieser Therapien sind individuell, bei der vierten handelt es sich um eine Familientherapie. Aber selbst die individuellen Therapien erkennen die Notwendigkeit an, die Eltern miteinzubeziehen, und manchmal auch die Schule.

Über die verschiedenen Therapien für suizidale Jugendliche sind zahllose Bücher und Artikel geschrieben worden, ihre Wirksamkeit für diesen Sektor blieb jedoch bis vor wenigen Jahrzehnten unerforscht. Das änderte sich erst, als sich einige der genannten Ansätze bei der Einschränkung von depressiven Symptomen als effizient erwiesen hatten und Suizidversuche und Suizidgedanken mitunter sogar verringern konnten. Die Neue Autorität ist im Zusammenhang mit Suizid nicht direkt getestet worden, hat sich aber bei einer Reihe von Variablen, die mit Suizid bei Jugendlichen assoziiert werden, als wirksam erwiesen, darunter Depression, Vereinsamung, Impulsivität,

Krisen von Eltern-Kind-Beziehungen und problematischen elterlichen Reaktionen (Omer, 2021; Turecki u. Brent, 2016).

Wie wichtig die Entwicklung effektiver psychologischer Interventionen für den Suizid bei Jugendlichen ist, wird von der allgemeinen Unzufriedenheit mit medikamentösen Behandlungen für Heranwachsende, darunter dem Einsatz von Antidepressiva und Medikamenten gegen Angstzustände, noch stärker unterstrichen.² Obwohl solche Medikamente die Symptome einer Depression oder eines Angstzustands erheblich mildern können, hat die Forschung sie zugleich auch mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung gebracht. 2004 veröffentlichte die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) eine Warnung, dass diese Medikamente bei einigen Kindern und Jugendlichen mit Depressionen oder Angstzuständen suizidale Gedanken und Verhaltensweisen hervorrufen können (Lenzer, 2004). Vor wenigen Jahren wurden einige Studien veröffentlicht, die anführen, dass die Vorteile dieser Medikamente ihr Risiko überwiegen, solange sie unter strenger Aufsicht eingenommen werden (Center for Drug Evaluation and Research, 2018). Dennoch ist diese Warnung nach wie vor gültig und verstärkt die Notwendigkeit von Psychotherapien, die keine derartigen Risiken enthalten.

In der Forschungsliteratur werden vier Hauptkriterien genannt, nach denen eine Behandlung als wirksam angesehen werden kann (Kaslow u. Thompson, 1998):

1. die Behandlung geht mit einem detaillierten therapeutischen Protokoll einher;
2. die getesteten Eigenschaften sind klar definiert;
3. die Behandlung wurde in einer stichprobenartigen klinischen Studie getestet; und
4. mindestens zwei Forscherteams konnten die Wirkung der Intervention nachweisen.

Die hier vorgestellten Behandlungen zur Suizidprävention befinden sich in unterschiedlichen Stadien ihrer Bewertung als forschungsbasierte Interventionen im Sinn dieser Kriterien. Wie wir bereits sagten,

2 Die wichtigsten Medikamente in diesem Bereich sind die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs).

wurde der Ansatz der Neuen Autorität noch nicht direkt an einer Population suizidgefährdeter Heranwachsender getestet. Seine Wirksamkeit ist jedoch an verschiedenen anderen Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Suizidrisiko getestet worden, darunter: Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (Schorr-Sapir, Gershy, Apter u. Omer, 2021); Kinder mit Angststörungen (Lebowitz, Omer, Hermes u. Scahill, 2014; Lebowitz, Marin, Martino, Shimshoni u. Silverman, 2019); Erwachsene mit Abhängigkeiten (Lebowitz, Dolberger, Nortov u. Omer, 2012) und Jugendliche mit Mediensucht (Sela, 2020). Weiter wurde die Effizienz des Ansatzes auch in diversen Zusammenhängen untersucht, beispielsweise Pflegefamilien (Van Holen, Vanderfaellie u. Omer, 2016; Van Holen, Vanderfaellie, Omer u. Vanschoolandt, 2018) und Psychiatrie (Van Gink et al., 2018, 2019). Für jede dieser Konstellationen gibt es ein detailliertes therapeutisches Protokoll.

Bevor wir die Therapien vorstellen, ist es wichtig zu beachten, dass – wie bei allen psychologischen Interventionen – die Elemente, die alle guten Psychotherapien gemeinsam haben, höchstwahrscheinlich die wichtigsten sind. Zu diesen gemeinsamen Elementen zählen: die therapeutische Allianz, ein wertfreier Ansatz und eine wachsende Motivation. Im Zusammenhang mit dem Suizid von Jugendlichen spielen die Eltern eine zentrale Rolle. Daher ist die Fähigkeit, mit ihnen eine therapeutische Allianz einzugehen und sie für die Präventionsbemühungen zu gewinnen, so überaus entscheidend. Zudem müssen die Therapeuten in der Lage sein, offen und direkt über Suizid zu sprechen und auch außerhalb ihrer offiziellen Arbeitsstunden zur Verfügung stehen. Jeder Therapeut, der suizidgefährdete Heranwachsende betreut, muss mit der emotionalen Erfahrung des suizidalen Jugendlichen vertraut sein, unabhängig davon, welchen Ansatz er vertritt. Israel Orbach (1997, 2007) hat viel über diese Aspekte veröffentlicht. Er betonte die Sehnsucht zu leben, die beim suizidgefährdeten Jugendlichen parallel mit dem Wunsch zu sterben einhergeht, und forderte Therapeuten auf, die beängstigenden Erfahrungen dieser jungen Menschen und ihren unerträglichen emotionalen Schmerz nachzuvollziehen. Orbach war davon überzeugt, dass paradoxerweise nur eine unerschrockene Empathie für den Patienten, zu der auch dessen Todessehnsucht gehört, Hoffnung und die Bereitschaft erwecken kann, das Leben zu wählen.

Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde ursprünglich von Marsha Linehan als Ansatz für Erwachsene mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt (Linehan u. Wilks, 2015). Später übernahm man ihn auch für Jugendliche mit derselben Persönlichkeitsstörung (Miller, Rathus u. Linehan, 2007). Die Therapieform basiert auf vier Elementen: individueller Psychotherapie, Gruppentherapie, einer Mehrfamiliengruppe zum Erlernen und Üben von Fähigkeiten und einer Supervisions- und Selbsthilfegruppe für therapeutische Fachkräfte. Die Eltern sind ein untrennbarer Teil dieser Therapie. Sie nehmen an den Sitzungen der Mehrfamiliengruppen zum Erlernen von Kompetenzen teil. Bei Bedarf auch an Einzelsitzungen.

Das dialektische Denken, auf dem der Ansatz basiert, betont die Begegnung zwischen Kontrasten. So ist diese Therapie ebenso validierend wie herausfordernd und spricht die Tendenz zum Zerstören und die Tendenz zum Funktionieren, den Wunsch zu leben und den Wunsch zu sterben gleichermaßen an. Eine weitere dialektische Grundannahme ist, dass der Teenager, obwohl er seine Probleme nicht verursacht hat, doch der Einzige ist, der sie lösen kann. Das Ziel des dialektischen Denkens ist nicht, einen Aspekt überwiegen zu lassen, sondern vielmehr beide Aspekte in einer reicheren Synthese miteinander zu verbinden. Dieser Ansatz ist auch von ostasiatischen Doktrinen beeinflusst (zum Beispiel dem Zen-Buddhismus), etwa in der Anwendung von Mindfulness. Einer seiner Schwerpunkte ist die Validierung der Erfahrung des Jugendlichen: seine Reaktionen werden als signifikant bezeichnet und gelten angesichts seiner aktuell erfahrenen Lebenssituation sogar als vernünftig. Validierung ist ein wichtiges therapeutisches Ziel, nicht nur für den Jugendlichen, sondern auch für die Eltern. Die Validierung der Erfahrung bedeutet jedoch keineswegs eine Legitimierung des Aktes selbst. In einer Therapie bedeutet dialektisches Denken nicht nur eine theoretische Grundthese des Therapeuten. Es wird zu einer gemeinsamen Sprache, mit der der Jugendliche und die Eltern lernen, die entgegengesetzten Aspekte ihrer Erfahrung zu artikulieren und auszuhalten.

Die wichtigste Verhaltenskomponente dieses Ansatzes ist das Erlernen von Fähigkeiten und Fertigkeiten wie Stresstoleranz und Kon-

trolle von Emotionen. Zudem soll auf der zwischenmenschlichen Ebene eine größere Wirksamkeit entstehen. Diese Fähigkeiten sind auch ein zentrales Ziel der Arbeit mit Eltern. Diese behaviorale Komponente kommt in einer Kombination aus direkten Anweisungen, deren praktischer Übung während und zwischen den Sitzungen und einer positiven Verstärkung der von der Therapeutin wie auch den Eltern erbrachten Ergebnissen zur Geltung.

Die Inhalte einer Einzeltherapie sind hierarchisch strukturiert, wobei lebensbedrohende Verhaltensweisen und Akte der Selbstverletzung oberste Priorität haben. Der nächste Schwerpunkt gilt Verhaltensweisen, die die Behandlung untergraben, zum Beispiel mangelnde Kooperation, Zuspätkommen oder Nichterscheinen bei Terminen. Nur wenn es keine lebensgefährdenden oder die Therapie torpedierenden Inhalte gibt, konzentriert sich das Gespräch auf Inhalte, die mit der Lebensqualität zusammenhängen, darunter Konflikte mit Gleichaltrigen, schulische Probleme oder die Beziehung zu den Eltern.

Zu jeder Sitzung gehört die Besprechung eines wöchentlichen Tagebuchs, in dem der Teenager Verhaltensweisen wie Selbstverletzung, Lebensgefährdung oder andere destruktive Handlungen aufschreibt. Die Überprüfung des Tagebuchs zu Beginn jeder Sitzung bestimmt die Tagesordnung. Sollte es eine suizidale oder eine selbstschädigende Handlung gegeben haben, führen der Teenager und die Therapeutin eine »Verhaltensanalyse« durch, bei der sie die Schwachstellen und Verletzlichkeiten herausarbeiten, die mit dem Vorfall, den Auslösern und den Auswirkungen – zum Beispiel einer positiven oder negativen Verstärkung des problematischen Verhaltens – zusammenhängen könnten. Die Therapeutin ermutigt den Teenager, sie anzurufen, sobald er gegen den Drang zur Selbstverletzung ankämpft oder Hilfe braucht, um eine der genannten Fähigkeiten anzuwenden.

In der Mehrfamiliengruppe erlernen die Teenager und ihre Eltern oder andere Familienmitglieder gemeinsam vier Gruppen von Fähigkeiten und Fertigkeiten:

1. Achtsamkeit (mindfulness) – Sie lernen, ihre Gedanken und ihre Aufmerksamkeit auf die Gegenwart zu richten und sie mit urteilsfreiem Denken und Akzeptanz der Realität zu verbinden.

2. Schmerztoleranz – Die Teilnehmenden wählen eine Reihe von Erfahrungen, die sie für unerträglich halten, und lernen, sie zu betrachten, ohne zu versuchen, sie sofort zu ändern.
3. Emotionsregulation – Die Teilnehmenden erlernen Fähigkeiten zur Kontrolle starker Emotionen wie Wut, Angst und Verzweiflung.
4. Arbeit an zwischenmenschlichen Beziehungen – Die Teilnehmenden erlernen Strategien zur Verbesserung von Beziehungen und zur Konfliktbewältigung. Für die Eltern gibt es dabei ein zweifaches Ziel: die Verbesserung ihres eigenen Verhaltens und als Vorbilder für ihre Kinder zu dienen.

Selbsthilfegruppen für therapeutische Fachkräfte sind ein untrennbares Element dieses Ansatzes. Sie werden unterstützt und ermutigt, therapeutische und persönliche Schwierigkeiten anzusprechen, sie lernen, sich an die therapeutische Hierarchie zu halten und diskutieren die Notwendigkeit, in das Umfeld des Teenagers einzugreifen, zum Beispiel durch Termine mit der Familie, der Schule oder anderen betreuenden Beteiligten. Dies bereichert den Ansatz um eine integrierte systemische Dimension.

Die erste systematische Studie des Dialektisch-Behavioralen Ansatzes konzentrierte sich auf suizidale Heranwachsende mit Borderline-Persönlichkeitsmerkmalen (Rathus u. Miller, 2002). Die Versuchsgruppe erhielt zwölf Wochen lang zusätzlich zu einer Mehrfamilien-Studiengruppe zweimal wöchentlich auch eine individuelle DBT-Therapie. Die Kontrollgruppe erhielt zwölf Wochen lang zweimal wöchentlich eine psychodynamische Therapie, zusätzlich zu einer wöchentlichen Familiensitzung. Hinsichtlich der Zahl der während der Behandlung aufgetretenen Suizidversuche konnte die Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen nachweisen. Dennoch gab es bei der DBT-Gruppe während der Behandlung weniger Hospitalisierungen, eine niedrigere Dropout-Rate und einen bedeutenden Rückgang der suizidalen Gedanken, der allgemeinen psychiatrischen Symptome und der Borderline-Persönlichkeitssymptome. Eine weitere Studie desselben Zentrums, die DBT mit einer gewöhnlichen Therapie verglich, wurde in einer Krankenhausabteilung für Jugendliche durchgeführt, die bereits Suizidversuche hinter sich hat-

ten (Katz, Cox, Gunasekara u. Miller, 2004). Dabei stellte man fest, dass die mit einer DBT behandelten Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts eine signifikante Verbesserung ihrer Verhaltensstörungen zeigten. Nach Abschluss der Behandlung und eines einjährigen Follow-ups wiesen die Therapie- und die Kontrollgruppe eine ähnliche Verbesserung ihres suizidalen Verhaltens, ihrer depressiven Symptome und ihrer suizidalen Gedanken auf.

DBT und Neue Autorität verfolgen zwar zum Teil übereinstimmende Ziele, benutzen dabei aber unterschiedliche Mittel. Beide Ansätze bemühen sich um Validierung, Selbstkontrolle und Miteinbeziehung von Eltern und Angehörigen. Ein bedeutender Unterschied liegt jedoch darin, dass die Neue Autorität Eltern und andere Parteien aus dem Umfeld des Teenagers auch miteinbezieht, wenn er sich nicht in Therapie befindet und nicht kooperativ ist. Vereinfachend darf man folgende Feststellung treffen: Bei einer DBT dient die Zusammenarbeit mit den Eltern zur Verstärkung der Arbeit mit dem Heranwachsenden, während sie bei der Neuen Autorität ein eigenständiges Ziel darstellt. Ein weiterer Unterschied sind die Ziele, die Mittel und die Sprache, die in der Kommunikation mit den Eltern gebraucht werden. So geht es beim Ansatz der Neuen Autorität schwerpunktmäßig darum, die Eltern, ihre Autorität und ihren Einfluss im Leben des Teenagers und der Familie zu verstärken. Das zentrale Konzept ist die elterliche Verankerung. Das bedeutet vor allem Maßnahmen für eine Verbesserung der Verbundenheit und den gleichzeitigen Widerstand gegen die zerstörerische Tendenz. Wir denken, dass diese Ziele und Konzepte für die meisten Eltern wichtig sind und eine hohe Rekrutierungsrate wie auch eine minimale Abbrecherquote ermöglichen (Omer, 2021).

In Anbetracht der gemeinsamen Ziele scheint eine Kombination mit dem Ansatz der Neuen Autorität vielversprechend. Dementsprechend wurde in den Niederlanden ein Programm entwickelt, das die auf der Neuen Autorität basierte Zusammenarbeit mit den Eltern und die Behandlung von Jugendlichen mittels einer DBT-A verbindet (Van Dongen et al., 2023).³ Dabei ging man davon aus,

3 Das Programm wurde unter Leitung von Kathelijne van Dongen an der Universität von Leiden entwickelt und gewann einen nationalen Preis für Suizidprävention.

dass Eltern ihre eigene Therapie und Hilfe brauchen, was nicht unbedingt eine 1:1-Kopie der Arbeit mit ihren Kindern bedeutet. Die Neue Autorität lieferte den Organisatoren des Programms das nötige Werkzeug. Die Eltern wurden im Rahmen von Gruppen behandelt. Dieser Rahmen erschwerte es jedoch, ein gemeinsames Treffen mit den Unterstützern zu organisieren. Dafür fanden die Leiter des Programms eine originelle Lösung: Sie planten eine Sonderveranstaltung für alle Eltern, ihre organischen Unterstützer und die Jugendlichen selbst. Dieser Abend hat sich als enorm effektiv und stabilisierend erwiesen. Viele Familien beschreiben ihn als *das zentrale Ereignis* der gesamten Therapie.

Kognitive Verhaltenstherapie in der Suizidprävention

Ein spezifisches Suizid-Präventionsprogramm wurde auch im Rahmen des Ansatzes der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) entwickelt. Dieses Programm diente ursprünglich der Arbeit mit Erwachsenen und wurde später auch für Heranwachsende übernommen, die an Depressionen litten und Suizidversuche hinter sich hatten (Brown et al., 2005; Stanley et al., 2009).

Schwerpunkt der Therapie ist die Interaktion von Gedanken, Emotion und Verhalten. Zur Arbeit auf der kognitiven Ebene gehört es, automatische Gedanken und kognitive Verzerrungen wie zum Beispiel schwarzweiße Denkmuster oder eine katastrophale Sichtweise der Ereignisse zu erkennen, die bekanntlich mit Suizid verbunden sind. Weiter umfasst die therapeutische Arbeit Elemente der Verhaltensaktivierung und der Wiederaufnahme freudiger Aktivitäten sowie die Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten. Diese Elemente zielen darauf ab, Passivität, Anhedonie und erlernte Hilflosigkeit zu verbessern. Die Therapie umfasst auch eine Komponente des emotionalen Bewusstseins, der emotionalen Kontrolle und der Akzeptanz von negativen Emotionen und Stresszuständen. Diese Komponente hat sich erst in der dritten Generation der KVT entwickelt und wurde von der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) (Hayes, Strosahl u. Wilson, 1999) inspiriert. Tatsächlich ist das Programm keine »reine« KVT, sondern eher ein Bei-